



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA NOS AUTOCUIDADOS UM ESTUDO DE CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO DE CUIDADOS NO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS - PÓLO PORTO

Hugo Rogério Pedroto Conde Silva

Maio de 2023
Porto



NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA NOS AUTOCUIDADOS
UM ESTUDO DE CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO
DE CUIDADOS NO HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS -
PÓLO PORTO

Hugo Rogério Pedroto Conde Silva

Dissertação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, orientado pela Professora Doutora Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Maio de 2023

Porto

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta jornada de crescimento pessoal e académico, muitas pessoas contribuíram de maneira significativa e inspiradora, iluminando o caminho e fortalecendo a minha determinação. Por isso, gostaria de expressar a minha gratidão a todos os que me acompanharam e apoiaram neste percurso, tornando-o mais rico e significativo.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Bruna Gouveia, por seu apoio e partilha de conhecimento. A sua orientação foi fundamental para a concretização da dissertação.

Gostaria também de agradecer ao grupo de investigadores, Cristina Vieira e Filipe Fonseca, que embarcaram comigo nesta jornada. A partilha de conhecimento, experiências, ideias e apoio mútuo foram cruciais para o desenvolvimento do estudo, criando um ambiente de cooperação e aprendizagem em conjunto.

Agradeço à minha família, que sempre acreditaram em mim e apoiaram-me incondicionalmente, transmitindo segurança e alento. Aos meus amigos e colegas de trabalho, que estiveram ao meu lado, disponibilizando o seu apoio, risadas e amizade, tornando este percurso mais leve e prazeroso.

Um agradecimento especial a todos os docentes do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior Saúde Santa Maria, Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny e Escola Superior Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa. Os mesmos tiveram um papel fundamental na minha formação académica e profissional, e sou grato por cada ensino e oportunidade proporcionada.

Aos entrevistados que gentilmente concordaram em participar neste estudo, meu mais sincero agradecimento. Sem a sua contribuição e disposição em partilhar as suas experiências, este trabalho não teria sido possível.

Por fim, gostaria de agradecer a todos que, direta ou indiretamente, acompanharam-me neste percurso. Cada palavra de incentivo, cada crítica construtiva e cada gesto de carinho fizeram parte desta jornada e foram fundamentais para o culminar desta etapa.

Muito obrigado a todos! Juntos, construímos uma trajetória marcada pela aprendizagem, crescimento e realizações.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

%	Frequência relativa
\bar{X}	Média
ABDS	Atividades Básicas da Vida Diária
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção-Geral da Saúde
DP	Desvio Padrão
EEER	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
HFARPP	Hospital das Forças Armadas - Polo Porto
IB	Índice de Barthel
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IHME	<i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estatística
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
<i>n</i>	Frequência absoluta
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
ONU	Organização das Nações Unidas
RCAAP	Repositórios Científicos de Acesso Aberto a Portugal
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

Enquadramento: As mudanças sociais e políticas ocorridas na última década têm levado a fenómenos de envelhecimento da população e mudança no perfil das doenças mais prevalentes. Neste contexto, sobressaem questões relacionadas com a independência nos autocuidados.

Objetivos: Caracterizar a população alvo de cuidados em relação a variáveis sociodemográficas e de saúde e descrever o seu nível de independência no autocuidado.

Material e Métodos: Estudo quantitativo, transversal, descritivo e recorrendo a uma amostragem não probabilística. Participaram neste estudo 82 pessoas com assistência no Hospital das Forças Armadas - Pólo Porto. A recolha de dados foi feita através de um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde e o Índice de Barthel.

Resultados: A idade média dos participantes foi 68,12 anos (DP=17,93), sendo maioritariamente do sexo masculino (63,4%). A maioria é caracterizada por: nível educacional até o 1º ciclo (45,1%), estado civil casado ou em união de facto (67,1%) e reformados (67,1%), residência em domicílio (91,5%), principalmente no Porto (28%). A existência de cuidador informal foi confirmada em 41,5% dos casos e o tipo de ajuda mais frequente é a gestão da medicação (94,1%). A pontuação média do índice de Barthel foi de 85,91. Segundo os pontos de corte de Sequeira (2010), a maioria foi classificada como independente (67,1%; \bar{x} =96,27), seguida por ligeiramente dependente (22,0%; \bar{x} =71,94) e moderadamente dependente (11,0%; \bar{x} =50,56). O nível de independência, por domínio de autocuidado, mostrou que a maioria dos participantes eram independentes, com destaque para o controlo intestinal (89,0%) e alimentação (87,8%).

Conclusão: Considerando o âmbito de intervenção do EEER, designadamente na promoção da independência, os resultados do presente estudo sugerem a existência de um espaço de intervenção destes profissionais de saúde no HFAR-PP, com potenciais ganhos e impacto relevante na saúde da população alvo de cuidados.

Palavras-chave: Independência, Autocuidado, Avaliação das Necessidades, Enfermagem de Reabilitação.

ABSTRACT

Background: The social and political changes in the last decade have led to phenomena of population aging and a change in the profile of the most prevalent diseases. In this context, issues related to independence in self-care have emerged.

Objectives: To characterize the target population of care in relation to sociodemographic and health variables and to describe their level of independence in self-care.

Material and Methods: A quantitative, cross-sectional, descriptive study was conducted using non-probabilistic sampling. A total of 82 individuals receiving care at the Armed Forces Hospital - Porto Branch participated in this study. Data collection was performed through a sociodemographic and health characterization questionnaire and the Barthel Index.

Results: The participants had a mean age of 68.12 years ($SD=17.929$) and were predominantly male (63.4%). The majority were characterized by an educational level up to the 1st cycle (45.1%), being married or in a civil union (67.1%), and retired (67.1%), with a residence in a household (91.5%), mainly in Porto (28%). The presence of informal caregivers was confirmed in 41.5% of cases, with medication management being the most frequent type of assistance (94.1%). The mean score on the Barthel Index was 85.91. According to the cutoff points by Sequeira (2010), the majority were classified as independent (67.1%; $MD=96.27$), followed by slightly dependent (22.0%; $MD=71.94$), and moderately dependent (11.0%; $MD=50.56$). The level of independence, by self-care domain, showed that the majority of participants were independent, with a notable emphasis on bowel control (89.0%) and feeding (87.8%).

Conclusion: Considering the scope of intervention of Rehabilitation Nursing, particularly in promoting independence, the results of this study suggest the existence of a space for these healthcare professionals to intervene at HFAR-PP, with potential gains and significant impact on the health of the target population of care.

Keywords: Independence, Self-Care, Needs Assessment, Rehabilitation Nursing.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS	8
INTRODUÇÃO.....	9
1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	11
1.1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	12
1.2. INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO.....	14
1.3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	15
1.3.1. Modelo de enfermagem	17
2. ESTADO DE ARTE.....	19
3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	31
3.1. TIPO DE ESTUDO	31
3.2. VARIÁVEIS EM ESTUDO	31
3.3. POPULAÇÃO	34
3.3.1. Critérios de inclusão e exclusão	34
3.4. ASPETOS ÉTICOS	34
3.5. RECOLHAS DE DADOS	35
3.5.1. Instrumento de recolha de dados.....	36
3.6. APLICAÇÃO DE MÉTODOS ESTATÍSTICOS DESCRITIVOS	37
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	38
4.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CONDIÇÃO DE SAÚDE	38
4.2. CARATERIZAÇÃO DO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA	45
5. DISCUSSÃO.....	50
5.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	50
5.2. LIMITAÇÕES E PONTOS FORTE DO ESTUDO	53
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	66
ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e autorização da Direção do HFAR-PP (Anexo)	67
ANEXO II – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	71
ANEXO III – Instrumento de Colheita de Dados: Índice de Barthel	74

APÊNDICES	76
APÊNDICE I – Pedido de Autorização para a realização do Estudo de Caracterização da População Alvo de Cuidados no HFAR-PP	77
APÊNDICE II – Instrumento de Colheita de Dados: Questionário de Caracterização Sociodemográfica e de Saúde.....	79
APÊNDICE III – Carta de Informação ao Participante	83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Resumo de Estudos Seleccionados	21
Tabela 2 Operacionalização das Variáveis de Atributo Relativas à Caracterização Sociodemográfica da Pessoa Dependente no Autocuidado	32
Tabela 3 Operacionalização das Variáveis de Atributo Relativas à Condição de Saúde da Pessoa Dependente no Autocuidado	33
Tabela 4 Distribuição dos Participantes pelo Sexo, Nível de Escolaridade, Estado Civil, Situação Profissional e Coabitantes	38
Tabela 5 Distribuição dos Participantes pelo Local de Residência.....	39
Tabela 6 Distribuição dos Participantes pela Idade, Peso, Altura e Índice de Massa Corporal .	41
Tabela 7 Distribuição dos Participantes pelo Índice de Massa Corporal.....	41
Tabela 8 Distribuição dos Participantes pelo Cuidador Informal e Tipo de Ajuda	42
Tabela 9 Distribuição dos Participantes pelo Estado de Saúde e Condição Física Atual	43
Tabela 10 Distribuição dos Participantes pelo Motivo de Estar no Hospital, Tempo e Motivo de Internamento.....	43
Tabela 11 Distribuição dos Participantes pelos Antecedentes de Saúde	44
Tabela 12 Caracterização dos Participantes segundo a Pontuação do Índice de Barthel	45
Tabela 13 Distribuição da Pontuação segundo os Pontos de Corte do Índice de Barthel.....	46
Tabela 14 Distribuição do Nível de Independência por Domínio de Autocuidado	46
Tabela 15 Nível de Independência Global entre o Sexo Masculino e Feminino.....	47
Tabela 16 Nível de Independência Global e o Estado Civil.....	48
Tabela 17 Nível de Independência Global e o Cuidador Informal	48
Tabela 18 Nível de Independência Global e o Índice de Massa Corporal	49

INTRODUÇÃO

A crescente prevalência do envelhecimento da população em Portugal, aliada aos avanços terapêuticos e às melhorias nas condições socioeconómicas, tem contribuído para o surgimento de doenças crónicas e o aumento do número de pessoas com défices na capacidade de autocuidado (Petronilho, 2007).

Nesse contexto, e no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, lecionado pela Escola Superior Saúde Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny e Escola Superior Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa, foi proposto a elaboração da dissertação científica com o tema “Nível de Independência nos Autocuidados: Um Estudo de Caracterização da População Alvo de Cuidados no Hospital das Forças Armadas - Pólo Porto (HFAR-PP)”.

Segundo Sequeira (2010), o termo independência refere-se ao grau de dificuldade que uma pessoa tem em realizar as atividades diárias, ou seja, a dependência nos autocuidados. E dependência surge, normalmente, como consequência do declínio funcional da pessoa e pode ocorrer em qualquer altura do ciclo vital como resultado do aparecimento de patologias ou acidentes (Figueiredo, 2007).

Quanto ao autocuidado e conforme a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), é uma atividade decisiva para manter o bem-estar individual e lidar com as necessidades básicas da vida diária (International Council of Nurses [ICN], 2019).

O autocuidado está implícito, na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), na qual concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). A sua missão é promover ações para a prevenção e tratamento da doença e para a promoção dos processos de readaptação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, o aumento da funcionalidade e o autocuidado, gerando desta forma ganhos em saúde (OE, 2018).

Segundo Rocha (2010), a enfermagem de reabilitação atua em diversas áreas, como afeções neurológicas, cardiorrespiratórias e ortotraumatológicas, dando o seu contributo na diminuição do número e duração média de internamentos, bem como os custos associados, melhorando a independência das pessoas e famílias e aumentando a adesão ao regime terapêutico.

Tendo em consideração as referências descritas previamente, iremos realizar um estudo quantitativo, transversal, descritivo e amostragem não probabilística, utilizando como instrumento de avaliação o Índice de Barthel (IB). Colocamos como ponto de partida a seguinte questão: Qual o nível de independência no autocuidado da população alvo de cuidados do HFAR-PP?

Quanto aos objetivos deste estudo são: caracterizar a população alvo do HFAR-PP em relação a variáveis sociodemográficas e de saúde e descrever o nível de independência no autocuidado.

Esta investigação está inserida num projeto realizado no HFAR-PP, fazendo parte mais dois investigadores que avaliam variáveis como risco de queda, equilíbrio corporal, independência funcional e força muscular.

A presente dissertação está estruturada em cinco capítulos. O primeiro aborda a problemática em estudo, os conceitos relevantes, as intervenções do EEER e o modelo de enfermagem. O segundo capítulo apresenta o estado da arte, justificando o estudo com base na evidência científica. O terceiro capítulo descreve a metodologia adotada, incluindo o tipo de estudo, as variáveis, a população, os aspetos éticos e a recolha de dados. O quarto capítulo apresenta os resultados e a sua interpretação, enquanto o quinto e último capítulo discute as implicações e conclusões do estudo.

Espera-se que os resultados deste estudo possam fornecer insights importantes para a prática clínica e a gestão dos serviços de saúde no HFAR-PP, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias que promovam a independência nos autocuidados dos seus beneficiários e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

1. PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A investigação científica “é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos” (Fortin, 1999, p. 15).

Neste capítulo, o investigador terá de identificar uma área problemática para o seu processo, para uma melhor compreensão do estudo de investigação (Fortin, 1999).

Desta forma, quando falamos em problemática, direcionamos o mesmo para a independência nos autocuidados, sendo uma questão importante para as pessoas e famílias (World Health Organization [WHO], 2002; Araújo, 2010; Ribeiro & Pinto, 2014). Ela está relacionada à capacidade de uma pessoa em realizar as atividades diárias de forma independente, ou seja, sem ajuda ou supervisão de outra pessoa (WHO, 2002; Araújo, 2010; Ribeiro & Pinto, 2014).

Num entanto, existem muitos fatores que podem afetar a independência nos autocuidados, incluindo idade, doenças crónicas, lesões, limitações físicas e psicológicas, entre outras (Netto, 2007).

Outra questão importante é o acesso a recursos e tecnologias de apoio, que podem ajudar a melhorar a independência nos autocuidados (Lopes & Sakellarides, 2021).

Pelo exposto previamente o tema central deste estudo é o nível de independência nos autocuidados das pessoas assistidas no HFAR-PP, designado outrora por Hospital Militar D. Pedro V, em homenagem ao rei e com a assinatura do engenheiro Miguel Batista Maciel (Santos, 2021; Diniz, 2007).

O Hospital é constituído pelo edifício principal designado de neoclássico cuja obra eleva ao ano de 1862 e o edifício construído posteriormente no ano de 1993, com ligação por meio de um passadiço (Santos, 2021; Diniz, 2007).

Em 2008, com a reorganização dos hospitais militares em Portugal, foi criado o Hospital das Forças Armadas com dois polos, em Lisboa e no Porto (Ministério da Defesa Nacional [MDN], 2014).

Em 2022, e ao abrigo do acordo com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, passou a designar-se Hospital das Forças Armadas Pólo Porto - Centro Clínico Universitário D. Pedro V (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto [FMUP], 2022).

Quanto aos serviços disponibilizados aos militares e familiares e outras entidades protocolizadas, o HFAR-PP dispõe de especialidades médicas e especialidades cirúrgicas.

São ainda valências deste hospital o internamento médico, internamento cirúrgico, hospital de dia, bloco operatório, unidade de cirurgia de ambulatório, serviço de urgência, unidade de cuidados intermédios, psicologia clínica, serviço social, nutrição e dietética (HFAR-PP, 2022).

A sua principal missão é “prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar e aos deficientes das Forças Armadas, podendo, na sequência de acordos que celebre, prestar cuidados de saúde a outros utentes” (HFAR-PP, 2022).

Não obstante, todas as fases que o hospital passou, durante os seus 160 anos de atividade, manteve sempre a sua divisa “*Hic non hostes nisi morbi*”, significando que ali “não há outro inimigo que a doença” (Santos, 2021).

1.1. DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os dados epidemiológicos são informações vitais para o entendimento das características de uma população, bem como para o planeamento e monitorização de políticas de saúde (Melo, 2020).

A prevalência de independência nos autocuidados é um indicador importante para analisar a capacidade das pessoas em cuidar de si mesmas (WHO, 2019; Birtha et al., 2019). Isso é especialmente relevante quando consideramos o envelhecimento da população mundial, como mencionado pela WHO e a ONU (WHO, 2019; Birtha et al., 2019). WHO (2019) cita que a população mundial está em crescente e antecipa que até 2050 uma em cada cinco pessoas tenham mais de 60 anos, triplicando o número de pessoas com mais de 80 anos. A Organização das Nações Unidas (ONU) destaca que mais de 250 milhões da população mundial, apresenta défices moderados a graves (Birtha et al., 2019).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), a população de Portugal em 2021 é de 10.343.066, com uma queda de 2,1% face a 2011, com predomínio no sexo feminina (52,4%) e idade média de 45,4 anos. O índice de envelhecimento aumentou, com 182 idosos para cada 100 jovens (INE, 2022). Em relação ao estado civil, 43,5% são solteiros, 41,0% casados, 8,1% em união de facto, 8,0% divorciados e 7,5% viúvos (INE, 2022).

Essas mudanças sociodemográficas, aliadas aos avanços terapêuticos e às melhorias nas condições socioeconómicas, contribuíram para o surgimento de doenças crónicas e, conseqüentemente, para o aumento do número de pessoas com défices na capacidade de autocuidado (Petronilho, 2007; Araújo, 2010).

Os censos também fazem referência à realização das atividades diárias, na qual a maioria da população declarou não ter nenhuma dificuldade, num entanto, a partir dos 40 anos a situação vai a agravar, atingindo o seu máximo em idades superior a 75 anos (INE, 2022).

Em relação à esperança de vida aos 65 anos, nacionalmente situa-se nos 20,3 anos, estando Portugal acima da média da União Europeia que é 20 anos (Lopes & Sakellarides, 2021). Importa também realçar a esperança de vida com saúde na faixa etária mencionada previamente, que é de 7,3, abaixo da média europeia (9,9 anos) (Eurostat, 2020). Os portugueses vivem aproximadamente os mesmos anos que a população de outros países, mas com muito menos saúde, ou seja, menor qualidade de vida (Lopes & Sakellarides, 2021; Direção-Geral da Saúde [DGS] & *Institute for Health Metrics and Evaluation* [IHME], 2017).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015), refere que em Portugal 10% das famílias tem uma pessoa dependente no autocuidado. Os estudos destacam que a população idosa apresenta elevados níveis de dependência nos autocuidados, entre eles: 84% no alimentar-se, incluindo preparação dos alimentos e abertura de frascos; 83% no arranjar-se; 82% no tomar banho, especialmente a lavar o corpo e secá-lo; 80% no vestir/despir-se, principalmente calçar as meias e sapatos; 62% no uso do sanitário, apresentando maior dificuldade na limpeza do períneo; 44% no transferir-se; 30% no virar-se na cama (Ribeiro et al., 2014; Martins, 2011; Fernandes, 2014). Tendo em atenção aos resultados descritos, podemos dizer, que as atividades que precisam de maior amplitude, melhor coordenação de movimentos, melhor capacidade motora fina e grossa, força muscular e equilíbrio são as que apresentam maior dependência (Ribeiro et al., 2014; Martins, 2011; Fernandes, 2014).

As pessoas que apresentam dependência no autocuidado, 68% desenvolveram rigidez articular, 26% estão em desidratação, 22% com alteração mental, 21% sofreu uma queda no último mês acompanhado por maus cuidados de higiene, 19% desenvolveram úlceras de pressão e 10% complicações respiratórias (OPSS, 2015).

Neste contexto, a qualidade dos cuidados à pessoa idosa é fundamental, havendo necessidade de uma avaliação contínua com foco no impacto das estratégias realizadas (Lopes & Sakellarides, 2021). Os sistemas de saúde e sociais tem de estar preparados a nível conceptual, organizacional e logístico, podendo desta forma responder às necessidades da população (Lopes & Sakellarides, 2021).

1.2. INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

Na perspetiva da enfermagem, é crucial avaliar o nível de independência da pessoa em todas as atividades diárias e garantir acompanhamento de enfermagem com foco nos objetivos (Roper, Tierney, & Logan, 1995).

A Independência refere-se à capacidade de realizar atividades da vida diária sem ajuda, enquanto dependência é o estado em que o indivíduo não consegue suprir algumas ou todas as necessidades sem ajuda (Collière, 2003; WHO, 2002).

Outros autores, defendem a dependência como não sendo um estado permanente, modificando-se, prevenindo-se ou reduzindo-se, se o meio envolvente for o mais adequado e com assistência (Caldas, 2003).

Desta forma, deve-se definir com mais clareza o nível de dependência da pessoa, identificando as atividades de autocuidado (Frank et al., 2007). Podemos hierarquizar o tipo de dependência em quatro graus: no topo, a independência, onde a pessoa realiza atividades de autocuidado sem ajuda; nos graus intermédios temos a pessoa dependente de terceiros e produtos de apoio; e na base, a dependência total, em que o indivíduo não consegue realizar atividades de autocuidado (Araújo, 2010; Ribeiro & Pinto, 2014; Orem, 2001).

Netto (2007) destaca que o aumento da idade e a maior prevalência de doenças crónicas podem resultar na deterioração da capacidade de manter a independência. Por isso, é necessário aplicar instrumentos de avaliação que permitam identificar precocemente a condição de saúde do indivíduo (Araújo, 2010; Netto, 2007).

Quanto ao autocuidado é um conceito central na enfermagem, tendo evoluído significativamente nas últimas décadas e se tornado parte da comunicação das pessoas, que ajudam a disseminá-lo (Mills et al., 2018). Os autores referem ainda que a origem do termo autocuidado é incerta, com algumas fontes atribuindo a Sócrates e outras a Florence Nightingale, associando-a à ideia de cuidar de si próprio. O único consenso é que surgiu no âmbito da saúde (Mills et al., 2018). É crucial promover a compreensão do autocuidado

e aplicá-lo de forma profissional, comprometida e sustentável (Miller & Grise-Owens, 2020).

A WHO (2009) destaca a importância do autocuidado, especialmente em grupos vulneráveis, como pessoas com dependência física e mental.

Segundo Wilkinson e Whitehead (2009), o autocuidado é abordado sob diversas perspectivas, como conceito, estrutura, modelo, teoria, processo ou fenómeno. Orem (2001) introduziu o conceito, definindo-o como atividades que promovem a vida, saúde e bem-estar. O seu modelo de autocuidado serviu de suporte para novas teorias de médio alcance e estudos sobre práticas e fatores que influenciam o autocuidado e intervenções de enfermagem (Fonseca, 2013). A sua teoria, dá ênfase quando uma pessoa não tem capacidade de promover as atividades básicas de autocuidado, necessitando de ajuda de outra pessoa (Hoy et al., 2007).

A enfermagem, segundo Couto (2012), é orientada pelo modelo de autocuidado de Orem e foca em pessoas incapazes de cuidar de si mesmas.

Riegel et al. (2012) definem o autocuidado como atividades que procuram restaurar ou melhorar a saúde, bem-estar e prevenir doenças, variando de pessoa para pessoa e ao longo do ciclo vital.

O autocuidado envolve decisões e ações individuais, podendo contar com apoio de familiares e profissionais de saúde, influenciado por conhecimentos, habilidades e valores (Wilkinson & Whitehead, 2009).

1.3. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A enfermagem de reabilitação em Portugal surgiu no século XX, com a especialização de duas enfermeiras em Worm Springs, nos Estados Unidos no ano 1963 e 1964. A formação destas enfermeiras foi um impulso para a criação do primeiro curso de especialização em enfermagem de reabilitação em Alcoitão em 1965 (OE, 2003).

No ano de 1969, iniciou-se o processo de formação da Sociedade Portuguesa dos Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação, passando a designar-se em 1978 Associação Portuguesa de Enfermeiros Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2003).

Ao longo dos anos, a especialização em enfermagem de reabilitação sofreu várias alterações no seu plano de estudos, realçando como marco a aprovação do Regulamento Geral de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (Portaria n.º 268/2002), na

qual já se refere expressamente que os cursos visam assegurar a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à área (Correia et al., 2021).

O Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, assumiu como referência os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, publicadas no Regulamento n.º 125/2011, servindo como ferramenta para a promoção da segurança e melhoria contínua dos cuidados de reabilitação (OE, 2015).

O documento mencionado anteriormente destaca o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, focando na manutenção e promoção do bem-estar e qualidade de vida, restauração da funcionalidade, autocuidado, prevenção de complicações e maximização de capacidades (OE, 2015). Além disso, menciona 8 categorias relevantes, como satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional, reeducação funcional, estigma e exclusão social, e organização dos serviços de enfermagem (OE, 2015).

O EEER visa prestar cuidados ao longo do ciclo de vida da pessoa, capacitando aqueles com deficiências ou restrições para a reinserção e exercício da cidadania, desenvolvendo as suas capacidades, por abordagens preventivas e educativas (OE, 2010; Leite & Faro, 2005).

O enfermeiro de reabilitação pretende auxiliar a pessoa a recuperar a sua independência, promover e estimular o autocuidado, através da orientação, ensino, instrução, treino e motivação (Leite & Faro, 2005; Hoeman, 2000).

Hamilton e Lyon (1995), através do seu estudo com idosos aplicado em ambiente hospitalar em que o foco era a promoção da mobilidade e treino da continência durante 22 dias, permitiu verificar que o programa de reabilitação a nível dos cuidados de higiene, alimentar-se, usar a casa de banho, controlo de esfíncteres e transferência da cama para a cadeira teve resultados positivos na mobilidade. No andar e transferência apresentavam uma taxa de independência de 1,4% na admissão, subindo para 18% na alta, reforçando o papel do EEER (Hamilton & Lyon, 1995).

Em resumo, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem uma abordagem multidisciplinar para ajudar as pessoas a recuperar a sua independência nos autocuidados e melhorar a sua qualidade de vida (Leite & Faro, 2005).

1.3.1. Modelo de enfermagem

Como suporte teórica para a realização deste estudo e para servir como referência, irei abordar a teoria de Dorothea Orem.

A teoria do autocuidado de Dorothea Orem enfatiza que as pessoas precisam cuidar de si mesmas para manter a saúde e a independência (Queirós et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004). Orem (2001) define autocuidado como a prática de atividades que uma pessoa realiza por conta própria para manter a sua saúde e bem-estar, e é aprendido mediante experiências cognitivas, culturais e sociais. Essa teoria tem sido amplamente aplicada na prática da enfermagem, incluindo a enfermagem de reabilitação (Orem, 2001).

O modelo de Orem descreve os níveis de cuidados de enfermagem para atender às necessidades das pessoas em diferentes fases da vida, sendo o autocuidado o objetivo da enfermagem para melhorar a saúde e o funcionamento das pessoas (Queirós et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004). As intervenções educacionais, comportamentais e de controle de sintomas são usadas para informar e treinar as pessoas na automonitorização, percebendo e avaliando mudanças no funcionamento (Queirós et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

Assim, o autocuidado é entendido como o resultado da enfermagem em que se espera que as pessoas selecionem e desenvolvam ações para manter a vida, o funcionamento saudável e o bem-estar (Queirós et al., 2014).

Este modelo de enfermagem integra três teorias, entre elas, a teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). A primeira explica por que o autocuidado é vital para a saúde e o bem-estar da pessoa, seguindo-se a teoria do déficit do autocuidado que mostra a relação entre as capacidades de ação das pessoas e as necessidades de cuidados de enfermagem e a última descreve e explica como a enfermagem ajuda as pessoas (Tomey & Alligood, 2004)

Segundo Martins (2011), esta teoria realça que a concretização do autocuidado requer a ação intencional e prevista, estando dependente do conhecimento e capacidades da pessoa. O indivíduo aprende a dar resposta às suas necessidades, não sendo o autocuidado inato (Martins, 2011).

Com base nessa teoria, articulam-se três conceitos: o agente de autocuidado, que se refere a qualquer pessoa que assume a responsabilidade de conhecer e atender às necessidades; o agente do autocuidado dependente, em referência à pessoa externa que

aceita cuidar de outra pessoa; o agente de autocuidado terapêutico, direcionado o prestador de cuidados como sendo um profissional de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

O modelo de Orem no que respeita à promoção da independência para o autocuidado, em muito se relaciona com concepções intrínsecas ao modelo de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, isto é, ajuda a pessoa a superar as suas dificuldades (Tomey & Alligood, 2004). Este modelo apresenta cinco métodos que os enfermeiros podem usar com a pessoa, entre eles executar ou agir, guiar ou encaminhar, dar apoio físico e/ou psicológico e favorecer um ambiente de desenvolvimento e ensino (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria de autocuidado de Dorothea Orem é amplamente aplicada devido à sua ênfase na independência dos autocuidados para a saúde e bem-estar da pessoa, fornecendo instrumentos para o desenvolvimento seguro durante a prestação de cuidados (Queirós et al., 2014; Tomey & Alligood, 2004).

2. ESTADO DE ARTE

O estado de arte de suporte ao presente estudo foi elaborado com base numa revisão de literatura, que incluiu publicações indexadas na *Pubmed*, EBSCO (*CINAHL*, *MEDLINE* e *Cochrane*) e no repositório científico de acesso aberto a Portugal (RCAAP). Esta pretende fornecer uma visão geral do estado atual do conhecimento sobre o tópico em estudo.

A pesquisa foi realizada no período de 1 de setembro de 2022 e 31 de janeiro de 2023. Os termos designados *Medical Subjects Headings* (MeSH) utilizados foram: *independence, dependente person, self care, needs assessment, nursing e rehabilitation nursing*. Nesta foram definidos como critérios de seleção, o acesso livre e a identificação de pesquisas que evidenciassem o nível de independência nos autocuidados.

Os resultados da pesquisa são apresentados na Tabela 1 e consistem mostrarem estudos muito abrangentes quanto à temática. A quantidade de estudos que utilizaram o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2010) como instrumento de avaliação foi limitada, alargando o período de pesquisa de 2011 a 2022. O formulário famílias que integram dependentes no autocuidado é o instrumento mais usado na avaliação da independência (Pereira, 2014).

O género feminino foi o mais representativo, apresentando os inquiridos idade superior a 67 anos (Pereira et al., 2020; Dixe et al., 2019; Fermento et al., 2019; Torregroza et al., 2018; Fernandes, 2014; Ribeiro et al., 2014; Veríssimo, 2013; Silva, 2011; Martins, 2011). Quanto ao estado civil a maioria dos estudos são consistentes nos resultados, ou seja, as viúvas estão em maioria, seguido os casados/união de facto, solteiros e por último os divorciados (Pereira et al., 2020; Fermento et al., 2019; Silva, 2011).

Os estudos refletem que a doença crónica, seguido do envelhecimento são os principais fatores que originam a dependência (Pereira et al., 2020; Ribeiro et al., 2014).

No que respeita ao nível de dependência por domínio de autocuidado, aquele que registou maior dependência foi usar a cadeira de rodas (Fernandes, 2014; Veríssimo, 2013; Silva, 2011; Martins, 2011). A toma da medicação também é referenciada com elevadas taxas de dependência (Pereira et al., 2020; Dixe, et al., 2019). Em sentido inverso, no autocuidado virar-se, elevar-se e transferir-se apresentam maior

independência (Pereira et al., 2020; Fernandes, 2014; Veríssimo, 2013; Silva, 2011; Martins, 2011).

Os resultados dos estudos analisados refletem uma realidade epidemiológica, sendo sugeridas políticas de saúde mais direcionadas à dependência no envelhecimento. Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros são identificados como recurso fundamental, na resposta às necessidades reais das pessoas, permitindo o reforço de processos de capacitação e de apoio (Pereira et al., 2020; Fermento et al. 2019; Fernandes, 2014; Ribeiro et al., 2014; Veríssimo, 2013; Martins, 2011; Carvalho, 2021).

Tabela 1*Resumo de Estudos Seleccionados*

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Instrumento de Avaliação	Resultados	Implicações
(Carvalho, 2021)	Avaliar a independência nas atividades de vida diárias dos idosos através da aplicação do Índice de Barthel, identificando o impacto de um programa de enfermagem de reabilitação em estruturas residenciais para pessoas idosas, na promoção da autonomia do idoso.	Estudo quantitativo, quasi-experimental e transversal.	Amostra não probabilística por conveniência constituída por 37 idosos.	Índice de Barthel. Cada participante realizou dois momentos de avaliação, um antes e um após a participação no programa composto por 15 sessões com duração de 45 minutos e duas vezes por semanas.	Os dependentes eram, maioritariamente, do sexo feminino (75,68%) e média de idades é de 84,35 anos. Quanto ao estado civil, 62,16% das pessoas eram viúvos e 10,81% eram casados. No nível de escolaridade, 37,84% eram analfabetos e 37,84% frequentou a 4. ^a classe. No que respeita ao nível de dependência por domínio de autocuidado, aquele que registou um maior nível de dependência no primeiro e segundo momento de avaliação foi o autocuidado tomar banho com média de 0,00, seguido subir e descer escadas com 0,81 e higiene pessoal com média de 7,35. Os autocuidados com maior nível de independência no primeiro e segundo momento de avaliação é o transferir-se com média de 9,19, mobilidade com média de 7,70 e alimentar-se com média de 7,30.	A aplicação de um programa de enfermagem de reabilitação e integração do enfermeiro de reabilitação nas equipas multidisciplinares das estruturas residenciais para pessoas idosas é uma mais-valia na prestação de cuidados ao idoso para a autonomia e independência nas ABVD.

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Instrumento de Avaliação	Resultados	Implicações
(Pereira et al., 2020)	Compreender o fenómeno da dependência, explorando as características sociodemográficas da amostra de pessoas dependentes em estudo; nível e tipo de dependência e qual o comportamento dos diferentes domínios do autocuidado em função de variáveis sociodemográficas e clínicas.	o Estudo da colheita de colheita sistemática e transversal.	O método de amostragem utilizado é o não probabilístico, do tipo acidental. A amostra foi constituída por 76% de indivíduos do sexo feminino, sendo este o grupo mais representativo (n = 114) e 24% do sexo masculino.	Para a colheita de dados recorreu-se à versão reduzida do Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado.	Os dependentes eram, maioritariamente, do sexo feminino (76%) e média de idades é de 78,45 anos. Quanto ao estado civil, 54% das pessoas dependentes eram viúvas 33,3% eram casadas/união de facto, 8,0% eram solteiros e 4,7% divorciados. No nível de escolaridade, 86,7% tinham o ensino básico ou sem instrução. Em relação à situação profissional, 98,7% não tinha nenhuma ocupação. Relativamente à origem da dependência, a doença crónica foi a situação mais presente com 57,3%, seguida pelo envelhecimento com 48,7% e doença aguda com 15,3%. No que respeita ao nível de dependência por domínio de autocuidado, aquele que registou um maior nível de dependência foi o autocuidado tomar medicação com média de 2,19, seguido do vestir/despir-se com média de 2,27 e o tomar banho com média de 2,50. Os autocuidados com menor nível de dependência é o virar-se com média de 3,20, seguido do transferir-se	Os enfermeiros assumem assim um papel fundamental na definição de políticas que vão ao encontro das necessidades reais das pessoas ao nível dos cuidados de saúde.

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Instrumento de Avaliação	Resultados	Implicações
(Dixe et al., 2019)	Avaliar os níveis de dependência para o autocuidado da pessoa dependente no momento de alta para o domicílio e a relação em cada domínio do autocuidado; avaliar a relação entre o grau de dependência de cada domínio de autocuidado, o tempo de internação, tempo de dependência e idade da pessoa dependente no momento da alta.	Estudo qualitativo e transversal.	A amostra foi constituída por 143 doentes dependentes (44,1%).	Formulário Famílias que integram Dependentes no Autocuidado	<p>com média de 2,77 e o autocuidado elevar-se com média de 2,73.</p> <p>Quanto ao nível global de dependência, este apresenta média de 2,64, o que revela que a amostra em estudo se caracteriza por elevados graus de dependência no autocuidado.</p> <p>Os dependentes eram, maioritariamente, do sexo feminino (51,7%) e uma idade média de 80,07 anos. Dos 143 participantes, 86,3% já eram dependentes antes do internamento em pelo menos um domínio do autocuidado. No que respeita ao nível de dependência por domínio de autocuidado, aquele que registou um maior nível de dependência foi a ingestão de medicamentos (41,3%), seguido o tomar banho (39,9%), vestir/despir-se (30,1%), eliminação intestinal e vesical (28,7%), alimentação (25,2%) e comunicação (7,7%). Verificou-se também que a dependência aumenta à medida que aumenta o tempo de internamento.</p>	As pessoas que já forem dependentes nos autocuidados antes do internamento, tem um agravamento do seu estado funcional na realização das atividades de vida diárias, especialmente na eliminação, alimentação, higiene pessoal, vestir/despir-se e tomar banho.

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Instrumento de Avaliação	Resultados	Implicações
(Fermento et al., 2019)	Avaliar a percepção dos idosos sobre o investimento na vida pessoal e independência funcional e analisar associações entre estas variáveis e as de caráter sociodemográfico, clínico e psicossocial.	Tipo de estudo quantitativo, descritivo, transversal e analítico-correlacional.	Amostra não probabilística por conveniência constituída por 103 idosos da Santa Casa da Misericórdia de Viseu.	Índice de Barthel e Escala de Investimento na Vida Pessoal.	As pessoas eram, maioritariamente, do sexo feminino (54,4%) e uma idade média de 83,17 anos. Quanto ao estado civil, 53,4% eram viúvas, 34% eram casadas e 8,0% eram solteiros. Relativamente à situação residencial, 68% está institucionalizada, 29,1% reside no domicílio com apoio domiciliário e 2,9% estão em centros de dia. Quanto à situação de saúde, a grande maioria dos inquiridos sofre de alguma doença (85,4%) e apenas 14,6% diz não sofrer. As práticas de atividade física regular são mencionadas por cerca de 61% dos inquiridos, que privilegiam essencialmente as caminhadas. Relativamente aos diferentes domínios de autocuidado, higiene (66%) e arranjar-se (44,7%) eram as atividades em que apresentavam mais dependência. Na alimentação (80,6%) e eliminação intestinal (77,7%) e vesical (75,7%) tinham maior independência. Na globalidade, 40,8% são independentes segundo o índice de Barthel.	Apesar dos níveis de investimento na vida, pessoa e independência funcional dos idosos apresentarem valores positivos, estes podem ser ainda melhorados através da implementação de estratégias de intervenção que estimulem maior investimento e promovam uma melhor independência funcional no sentido da prossecução de um envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Instrumento de Avaliação	Resultados	Implicações
(Torregroza et al., 2018)	Determinar o funcionamento cognitivo, a autonomia e a independência de idosos institucionizados	Tipo de estudo quantitativo, descritivo e transversal.	Amostra aleatória, constituída por 62 idosos institucionizados, mas só 37 preencheram os critérios de inclusão.	Escala de Avaliação da Autonomia para Autocuidados e Escala de Autonomia para atividades básicas do Índice de Barthel	As pessoas eram, maioritariamente, do sexo feminino (51,20%) com uma idade média de 80 anos. No nível de escolaridade, 43,24% eram analfabetos e 32,43% têm o ensino primário. Quanto às atividades quotidianas, 76,70 % eram completamente autónomos, 5,10% eram dependentes e 40,50% eram independentes. No autocuidado de controlo intestinal, controlo urinário e o uso da sanita, apresentam 100,00% independência. No estado cognitivo, 32,40% apresentavam uma grave deterioração cognitiva; 24,20% com uma deterioração moderada e 27% sem deterioração.	A maioria dos idosos são autónomos e independentes na realização das suas atividades diárias, mas a funcionalidade cognitiva foi a mais deteriorada.
(Fernandes, 2014)	Identificar as necessidades de autocuidado de pessoas dependentes inseridas no seu contexto familiar, no concelho da Maia.	Tipo de estudo quantitativo, exploratório e descritivo.	Amostra aleatória, probabilística e estratificada constituída por 98 pessoas.	Formulário Famílias que integram Dependentes no Autocuidado	Os dependentes eram, maioritariamente, do sexo feminino (72,2%) e média de idade de 72,20 anos. Quanto ao estado civil, 51% das pessoas dependentes eram casadas/união de facto, 40,6% eram viúvas e 8,3% eram solteiros. No nível de escolaridade, 58,5% tinham o 1.º ciclo. Relativamente à situação profissional, 92,8% era	Existe necessidade de apoio nos mais variados tipos de autocuidado. Se as pessoas dependentes tivessem sido estimuladas e assistidas por terceiros ou auxiliadas por

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Instrumento de Avaliação	Resultados	Implicações
					<p>pensionista/reformado. O autocuidado com maior dependência é usar a cadeira de rodas (57,1%), seguido, tomar banho (37,8%), tomar a medicação (28,6%) e arranjar-se (25,5%).</p> <p>No virar-se (57,1%), transferir-se (33,3%) e elevar-se (32,7%) apresentam maior independência.</p>	<p>equipamentos na promoção da sua autonomia, não apresentariam estes défices. Os enfermeiros são um grupo profissional indispensável, pois mobilizam processos de capacitação e de apoio.</p>
(Ribeiro et al., 2014)	<p>Descrever a dependência no autocuidado das pessoas dependentes em contexto familiar; identificar áreas de intervenção de enfermagem no apoio às pessoas dependentes e às famílias que as integram.</p>	<p>Estudo quantitativo, exploratório e descritivo</p>	<p>Amostra probabilística, aleatória, estratificada e proporcional constituída por 241 famílias que integram pessoas dependentes no concelho de Paços de Ferreira.</p>	<p>Formulário Famílias que integram Dependentes no Autocuidado (Duque, 2009).</p>	<p>Os dependentes eram, maioritariamente, do sexo feminino (53,1%) e média de idade de 67,57 anos. A maioria dos dependentes tinha uma idade \geq 80 anos (39,8%) e 6,2% tinha menos de 18 anos. A maioria dos dependentes era casados/união de facto (41,7%) e 37,1% viúvos e em situação de pensão/reforma 81,5%. Quanto à escolaridade, 44,6% dos dependentes não tinha nenhum nível de escolaridade e 41,3% o 1.º ciclo do ensino básico. As principais causas que originaram à dependência são: doença crónica (63,6%) e o</p>	<p>Os resultados obtidos confirmam uma dependência significativa e preocupante. As pessoas dependentes evidenciam a necessidade de cuidados de saúde, precisando do apoio dos profissionais de enfermagem.</p>

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Instrumento de Avaliação	Resultados	Implicações
(Veríssimo, 2013)	Caracterizar os clientes institucionalizados num estudo quanto ao tipo e nível de dependência e perfil de autocuidado.	Tipo de estudo quantitativo, exploratório e descritivo.	Amostra não probabilística de conveniência, constituída por 186.	Nível de dependência no Autocuidado (Duque, 2009)	<p>envelhecimento (31,5%). Relativamente aos diferentes domínios de autocuidado, secar o corpo (81,1%) e lavar o corpo (77,4%) eram as atividades em que apresentavam mais dependência e necessitavam de ajuda de outra pessoa. As atividades em que precisavam só do auxílio do equipamento era obter objetivos para o banho (3,8%). Por último, abrir a torneira era a atividade em que eram mais independentes (44,7%).</p> <p>As pessoas eram, maioritariamente, do sexo feminino (64,5%) com uma idade média de 75 anos. Quanto ao estado civil 64,5% das pessoas eram viúvas e 26,3% eram solteiros. A grande maioria dos participantes é reformado (99,5%) e 0,5% estão no ativo. O autocuidado com maior dependência é usar a cadeira de rodas (41,4%), seguido arranjar-se (27,4%), tomar banho (25,3%) e vestir/despir-se (24,7%). No alimentar-se (77,4%), virar (69,4%) e elevar-se (67,2%) apresentam maior independência.</p>	Este estudo remete-nos para a necessidade de uma resposta mais efetiva dos enfermeiros, às necessidades em cuidados de saúde das pessoas, aumentando a sua qualidade de vida.

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Instrumento de Avaliação	Resultados	Implicações
(Silva, 2011)	Conhecer a dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas residentes no concelho do Porto; caracterizar os dependentes no autocuidado; avaliar o tipo e o nível de dependência evidenciado nos casos identificados.	Tipo de estudo quantitativo, exploratório e descritivo.	Amostra probabilística e estratificada constituída 157 pessoas com algum nível de dependência.	Famílias que integram dependentes no Autocuidado	<p>Relativamente ao nível e tipo de dependência, 17,7% dos clientes são independentes e 13,4% dependentes, nos diferentes domínios do autocuidado.</p> <p>Os dependentes eram, maioritariamente, do sexo feminino (69,3%) com uma idade média de 78,44 anos. Quanto ao estado civil 51,5% das pessoas dependentes eram viúvas e 32,1% eram casadas/união de facto. No nível de escolaridade a maioria (46,1%) apresenta o 1º ciclo e 40,8% não possui nenhuma formação. A grande maioria dos participantes é pensionista/reformado (83,7%) e 8,5% é doméstica. Relativamente à caracterização do alojamento, 48,4% vive em apartamentos e 33,1% em moradias. O envelhecimento é a maior causa da dependência (17,2%), seguido da doença crónica (15,3%) e da doença aguda (12,3%). O autocuidado com maior dependência é usar a cadeira de rodas (72,7%), seguido tomar banho (28,6%), vestir/despir-se (24,2%) e tomar a medicação</p>	Tendo em conta o número de pessoas completamente dependentes ou a necessitar de ajuda de pessoas na realização das atividades, é de sublinhar que o processo de reabilitação da pessoa dependente está muito ligado ao perfil de prestação de cuidados dos familiares.

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Instrumento de Avaliação	Resultados	Implicações
(Martins, 2011)	Conhecer a dimensão do fenómeno da dependência no autocuidado, no seio das famílias clássicas residentes no concelho de Lisboa; caracterizar os dependentes no autocuidado; avaliar o tipo e o nível de dependência evidenciado pelos casos identificados.	Tipo de estudo quantitativo, exploratório e descritivo.	Amostra probabilística e estratificada constituída por 121 pessoas com algum nível de dependência nos autocuidados.	Famílias que integram dependentes no Autocuidado	<p>(21,5%). No virar-se (76,4%), transferir-se (57,2%) e elevar-se (56,5%) apresentam maior independência.</p> <p>Os dependentes eram, maioritariamente, do sexo feminino (60,33%) com uma idade média de 72,57 anos. Em relação ao estado civil, existe uma percentagem muito próximo entre os casados/união de facto (41,88%) e os viúvos (41,02%). No nível de escolaridade a maioria (52,9%) apresenta o 1º ciclo e 18,5% não possui nenhuma formação. A grande maioria dos participantes é pensionista/reformado (83,3%) e 6,1% está desempregado. Relativamente à caracterização do alojamento, 91,4% vive em apartamentos e 6,8% em moradias, realçando que 90,3% dos alojamentos não possuem acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida. O autocuidado com maior dependência é usar a cadeira de rodas (35,3%), seguido tomar a medicação (28,4%) e tomar banho (27,5%). No virar-se (73,5%),</p>	Estes dados confirmam os novos desafios que se impõem para o sistema de saúde, para a Enfermagem e para a sociedade. Os Enfermeiros têm um papel crucial na promoção do autocuidado, aumentando a independência e responsabilidade individual no seu estado de saúde.

Autor e Ano	Objetivo	Tipo de Estudo	População/ Amostra	Instrumento de Avaliação	Resultados	Implicações
					<p>elevar-se (50,9%) e transferir-se (48,6) apresentam maior independência.</p> <p>Tendo em consideração o nível global de dependência, verificámos que 82,6% dos dependentes necessitam de ajuda de terceiros e 7,4% dos casos avaliados são totalmente dependentes.</p>	

3. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A origem da palavra Metodologia vem do termo “método”, que tem a sua raiz no latim “methodus” e se refere a um “caminho” ou “meio” para atingir um objetivo (Rangel, 2006). Em relação à definição de método, podemos entendê-lo como um procedimento estruturado que visa alcançar um determinado propósito ou obter conhecimento (Rangel, 2006).

Segundo Fortin (1999), é nesta fase que serão descritos os métodos a utilizar no estudo para adquirir respostas às questões de investigação, pelo que os mesmos serão descritos nos pontos que se seguem.

3.1. TIPO DE ESTUDO

A presente investigação consiste num estudo quantitativo, transversal, descritivo e recorrendo a uma amostragem não probabilística.

3.2. VARIÁVEIS EM ESTUDO

De acordo com diversos autores, as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações estudadas em investigações, podendo ser observáveis e mensuráveis (Fortin, 1999; Polit & Hungler, 1995; Néné & Sequeira, 2022). Essas variáveis podem ser classificadas em dependentes e independentes, de atributo e estranhas, e conforme o seu papel no estudo e escala de medição (Fortin, 1999; Néné & Sequeira, 2022). A variável dependente é o resultado esperado das outras variáveis do estudo, enquanto as independentes podem influenciar ou não a variável dependente (Néné & Sequeira, 2022).

Neste enquadramento, para presente investigação, definiu-se como variável dependente a independência nos autocuidados e variáveis independentes as relacionadas com a caracterização sociodemográfica e condição de saúde (Tabela 2 e 3).

A Tabela 2 define um conjunto de variáveis independentes de natureza sociodemográfica relativas aos participantes em estudo. As variáveis em estudo foram: idade, peso, altura, género, nível de escolaridade, estado civil, situação profissional, convivência, local e concelho que reside e cuidador informal. Os dados foram colhidos através de um questionário previamente realizado pela equipa de investigação com o objetivo de fornecer uma compreensão abrangente do perfil sociodemográfico dos indivíduos alvo de cuidados no HFAR-PP.

Tabela 2

Operacionalização das Variáveis de Independentes Relativas à Caracterização Sociodemográfica da Pessoa Independente no Autocuidado

Descrição da Variável	Unidade ou Categorias	Tipo de Variável
Idade	Anos	Quantitativa contínua
Peso	Quilogramas	Quantitativa contínua
Altura	Metros	Quantitativa contínua
Género	Masculino Feminino	Qualitativa nominal dicotómica
Nível de Escolaridade	Nenhum 1º ciclo (4 anos) 2º ciclo (6 anos) 3º ciclo (9 anos) Ensino secundário Ensino superior	Qualitativa ordinal
Estado Civil	Solteiro Casado/União de facto Viúvo Divorciado	Qualitativa nominal
Situação Profissional	Empregado Desempregado Reformado Invalidez Outro	Qualitativa nominal
Convivência	Sozinho Cônjuge Cônjuge e filhos Filhos Outro	Qualitativa nominal
Local que reside	Domicílio Lar Outro	Qualitativa nominal
Concelho que reside		Qualitativa nominal
Cuidador Informal	Sim/Não	Qualitativa nominal dicotómica

De seguida, operacionalizamos as variáveis relativas à condição de saúde da pessoa independente no autocuidado. Variáveis como estado de saúde atual, condição

física, prática de exercício físico, motivo de internamento, antecedentes de saúde, audição e visão permitem analisar variáveis de elevada importância na independência da população em estudo (Tabela 3).

Tabela 3

Operacionalização das Variáveis Independentes Relativas à Condição de Saúde da Pessoa Independente no Autocuidado

Descrição da Variável	Unidade ou Categorias	Tipo de Variável
Estado de saúde atual	Muito mau Mau Razoável Bom Muito Bom	Qualitativa ordinal
Condição física	Muito má Má Razoável Boa Muito Boa	Qualitativa ordinal
Pratica exercício físico	Sim/Não	Qualitativa nominal dicotómica
Motivo de estar no Hospital	Internamento Ambulatório Consulta Externa Outro	Qualitativa nominal
Motivo de internamento	Doença cardiovascular Doença Neurológica Doença ortopédica Outro	Qualitativa nominal
Antecedentes de saúde	Asma Arritmia Acidente vascular cerebral Depressão Diabetes mellitus Doença pulmonar obstrutiva crónica Doença renal Hipertensão	Qualitativa nominal

Descrição da Variável	Unidade ou Categorias	Tipo de Variável
	Hábitos tabágicos Hábitos etílicos Insuficiência cardíaca Obesidade Outro	
Audição	Normal Comprometida	Qualitativa nominal dicotômica
Visão	Normal Comprometida	Qualitativa nominal dicotômica

3.3. POPULAÇÃO

A população, conforme definido por Polit e Hungler (1995) e Fortin (1999), representa o conjunto abrangente de casos com características específicas relevantes ao investigador. Na nossa investigação, a população de estudo são os beneficiários de cuidados na área de pneumologia, cardiologia, ortopedia, neurologia, internamento de cirurgia, internamento de medicina e hemodiálise, no HFAR-PP.

3.3.1. Critérios de inclusão e exclusão

O estudo em questão utiliza critérios de inclusão e exclusão para selecionar a população. Os critérios de inclusão podem ser sociodemográficos ou clínicos e são usados para definir a população de origem com base em aspetos temporais e geográficos (Néné & Sequeira, 2022). Para garantir a ética e evitar interferências nos resultados, os critérios de exclusão devem ser mínimos (Néné & Sequeira, 2022).

Neste estudo, os critérios de inclusão incluem indivíduos com 18 anos ou mais, sem déficits cognitivos (avaliado pelo *Mini Mental State Examination*), e que sejam acompanhados na consulta externa de pneumologia, cardiologia, ortopedia, neurologia, internamento de cirurgia, internamento de medicina e hemodiálise do HFAR-PP. O critério de exclusão considerado é a presença de problemas de comunicação que impossibilitem a resposta aos questionários.

3.4. ASPETOS ÉTICOS

Néné e Sequeira (2022), destacam que a investigação em saúde assume uma particular relevância ética, exigindo um nível elevado de ponderação. Isto significa que,

embora a necessidade de produzir conhecimento seja legítima, é crucial garantir que o estudo em causa respeite a dignidade das pessoas envolvidas e o ecossistema em que vivem.

Neste contexto, os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsínquia, que aborda a investigação clínica envolvendo seres humanos, são essenciais para orientar a condução de estudos na área da saúde (Fortin, 1999). Um dos principais objetivos é salvaguardar os direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação (Fortin, 1999).

No presente estudo, seguimos rigorosamente os princípios éticos mencionados.

Na fase de planeamento, foi elaborado um projeto de investigação e submetido ao centro de formação do HFAR-PP. Após aprovação pela comissão de ética e direção da instituição, o estudo foi iniciado. Todos os participantes foram informados individualmente sobre os objetivos e procedimentos do estudo, a identidade do grupo de investigação e as condições inerentes à sua participação. Após esclarecimentos de dúvidas e validação do processo, uma folha com todas as informações foi assinada pelos investigadores e pelos participantes, em duplicado, formalizando o consentimento informado (Apêndice II).

A confidencialidade dos dados foi garantida através da anonimização dos questionários, atribuindo um número de identificação (IDNR) a cada participante após o consentimento informado. Além disso, os participantes foram informados de que poderiam recusar ou desistir da sua participação no estudo a qualquer momento, sem prejuízo.

Por fim, todos os instrumentos de avaliação serão destruídos após a conclusão da investigação.

3.5. RECOLHAS DE DADOS

A recolha de dados foi efetuada através de um questionário de caracterização sociodemográfica e condição de saúde, elaborado pela equipa de investigação, assim como os instrumentos de avaliação, validados para a população portuguesa.

A responsabilidade pelo preenchimento do questionário e dos instrumentos de avaliação foi do grupo de investigação composto por três mestrandos em Enfermagem de Reabilitação, dois dos quais já Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, garantindo

assim conhecimentos suficientes para a realização de algumas avaliações de natureza clínica.

O processo de recolha de dados ocorreu durante três semanas, no período compreendido entre os dias 7 e 28 de fevereiro de 2023.

3.5.1. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo é o Índice de Barthel validado para a população portuguesa (*Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007*). Além disso, também utilizamos um questionário de caracterização sociodemográfico e de saúde, mencionado previamente.

O objetivo é avaliar o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas da vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (*Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2010*).

Cada atividade é pontuada separadamente, podendo ser classificada entre 2 (0 e 5) a 4 níveis (0, 5, 20, 15), indicando que a pontuação total pode variar entre 0 (dependência máxima) e 100 (total independência) (*Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2010*). Os pontos de corte observados foram os sugeridos por Sequeira (2010).

Na versão validada por Sequeira (2010), a pontuação total varia também entre 0 e 100 pontos, de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, de acordo com os seguintes pontos de corte: 90-100 (independente), 60-89 (ligeiramente dependente), 40-55 (moderadamente dependente) e 20-35 (severamente dependente)

O Índice de Barthel (IB) é amplamente utilizado em ambiente hospitalar devido à sua fácil aplicação, interpretação, baixo custo, rapidez no preenchimento e possibilidade de uso frequente, permitindo assim análises longitudinais (*Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007*).

Este instrumento pode ser aplicado através de uma entrevista à pessoa e/ou familiares, bem como por meio da observação direta do desempenho do mesmo (*Simões, Ferreira, & Dourado, 2018*).

O IB tem sido usado e validado em versões diferentes para a população portuguesa, sendo a versão modificada, validada através de um estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007), numa amostra de idosos não institucionalizados.

Em relação às propriedades psicométricas, Araújo et al. (2007) conduziram um estudo com 207 idosos em Portugal e utilizaram o alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna do instrumento. O resultado foi de 0,96, demonstrando uma alta consistência interna (Araújo et al., 2007).

3.6. APLICAÇÃO DE MÉTODOS ESTATÍSTICOS DESCRITIVOS

Neste estudo recorreu-se ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 29.0.0.0 para tratamento dos dados. Os dados foram introduzidos na aplicação excel e posteriormente exportados para o SPSS.

A análise estatística é descritiva simples, permitindo a interpretação dos resultados através da elaboração de tabelas. São utilizadas frequências absolutas e relativas, médias, medidas de localização, tendência central e dispersão para analisar os dados.

A aplicação de métodos estatísticos descritivos usando o SPSS é de grande importância para a compreensão dos resultados da estatística descritiva, bem como para a realização de análises exploratórias de dados utilizando uma das ferramentas mais populares de análise estatística disponível.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo faz referência aos resultados obtidos a partir da realização do estudo em questão. Os dados colhidos são analisados a partir das ferramentas e métodos utilizados, com o objetivo de responder às questões de pesquisa inicialmente propostas. A apresentação dos resultados será feita de forma clara e objetiva, utilizando tabelas e outros recursos para facilitar a compreensão e interpretação dos dados.

4.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CONDIÇÃO DE SAÚDE

A amostra deste estudo, conforme expresso na Tabela 4, é composta por 82 indivíduos, sendo 63,4% do sexo masculino (n=52) e 36,6% do sexo feminino (n=30).

Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que a maioria dos participantes possui formação até o 1º ciclo (45,1%), seguido pelo ensino secundário (22,0%) e ensino superior (9,8%). Apenas 2,4% dos participantes afirmaram não ter qualquer tipo de escolaridade.

No que se refere ao estado civil, a maior parte dos indivíduos está casada ou em união de facto (67,1%), seguida por viúvos (18,3%). Uma percentagem significativa (7,3%) dos participantes era solteira e outra (7,3%) era divorciada.

Em relação à situação profissional, a maioria dos participantes é composta por reformados (67,1%), enquanto cerca de um terço (29,3%) estava empregada e apenas uma pequena percentagem (3,7%) estava na reserva.

Quanto aos coabitantes, a maioria dos participantes (48,8%) vivia com o cônjuge, seguida pelos que viviam sozinhos (20,7%) e cônjuge e filhos (17,1%), enquanto outros viviam com filhos (8,5%) ou com outros familiares (4,9%).

Tabela 4

Distribuição dos Participantes pelo Sexo, Nível de Escolaridade, Estado Civil, Situação Profissional e Coabitantes

Variáveis sociodemográficas	<i>n</i>	%
Amostra	82	100
Sexo		
Masculino	52	63,4
Feminino	30	36,6

Variáveis sociodemográficas	n	%
Nível de Escolaridade	2	2,4
Nenhum	37	45,1
1º Ciclo	13	15,9
2º Ciclo	4	4,9
3º Ciclo	18	22,0
Ensino secundário	8	9,8
Ensino Superior		
Estado Civil	6	7,3
Solteiro	55	67,1
Casado/União de facto	15	18,3
Viúvo	6	7,3
Divorciado		
Situação Profissional	24	29,3
Empregado	55	67,1
Reformado	3	3,7
Reserva		
Coabitantes	17	20,7
Sozinho	40	48,8
Cônjuge	14	17,1
Cônjuge e filhos	7	8,5
Filhos	4	4,9
Outros familiares		

No que diz respeito ao local de residência, 91,5% vive no domicílio, enquanto 2,4% residem em lar e 6,1% em outros tipos de residência (Tabela 5).

Tabela 5

Distribuição dos Participantes pelo Local de Residência

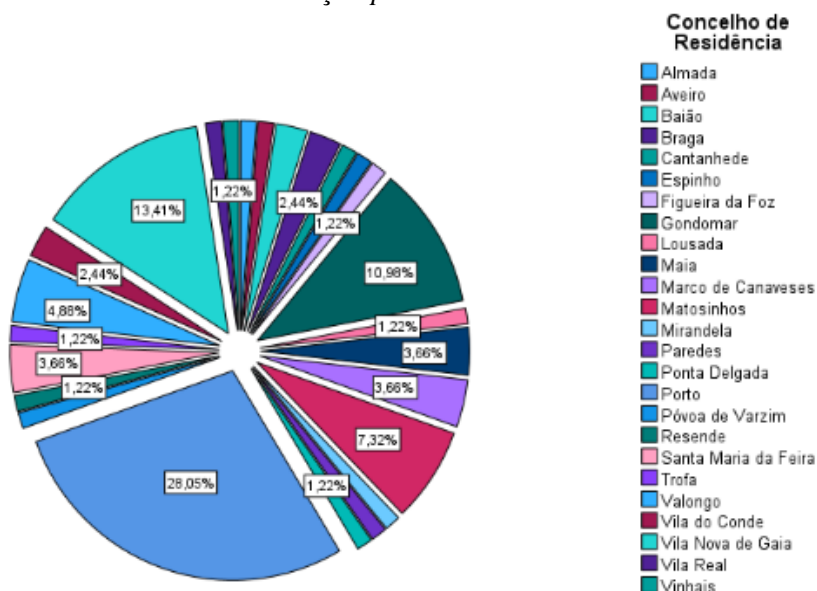
	n	%
Local de Residência		
Domicílio	75	91,5
Lar	2	2,4
Outros	5	6,1

No concelho de residência, observa-se uma concentração significativa no Porto, com 28% (n=23) da população. Em seguida, vem Vila Nova de Gaia, com 13,4% (n=11),

seguida por Gondomar, com 11% (n=9), Matosinhos, com 7,3% (n=6) e Valongo, com 4,9% (n=4). Os concelhos da Maia, Marco de Canaveses e Santa Maria da Feira tiveram uma participação de 3,7% (n=3), 3,7% (n=3) e 3,7% (n=3), respetivamente. Com uma percentagem menor, encontram-se os concelhos de Baião, Braga e Vila do Conde, com 2,4% (n=2) cada um. Por fim, os concelhos com apenas um participante (1,2%; n=1) na amostra foram: Almada, Aveiro, Cantanhede, Espinho, Figueira da Foz, Lousada, Mirandela, Paredes, Ponta Delgada, Póvoa de Varzim, Resende, Trofa, Vila Real e Vinhais. Esta distribuição de participantes por concelho de residência ilustra a diversidade geográfica da população envolvida no estudo, abrangendo diferentes regiões e cidades, desde grandes centros urbanos até localidades menores (Figura 1).

Figura 1

Distribuição pelo Concelho



Na Tabela 6 observa-se que a idade média da população é de 68,12 anos, com um desvio padrão relativamente alto de 17,93. Isso indica que a população tem uma ampla distribuição de idades. A idade mínima observada é de 22 anos e a máxima é de 98 anos.

A média de peso é de 74,24 kg, com um desvio padrão de 12,92. A distribuição de peso também é ampla, com um peso mínimo de 50,0 kg e um peso máximo de 115,0 kg.

Em relação à altura, o estudo registou uma altura mínima de 148 cm e uma altura máxima de 190 cm. A média de altura dos participantes foi de 167,62 cm, com um desvio padrão de 8,23.

O índice de massa corporal (IMC) também foi avaliado no estudo, com um valor mínimo de 19,3 e um máximo de 40,6. A média do IMC foi de 26,42 kg/m², com um desvio padrão de 4,27.

Tabela 6

Distribuição dos Participantes pela Idade, Peso, Altura e Índice de Massa Corporal

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	82	22	98	68,12	17,93
Peso (kg)	82	50,0	115,0	74,24	12,92
Altura (cm)	82	148	190	167,62	8,23
IMC (kg/m ²)	82	19,3	40,6	26,42	4,27

O estudo realizado mostrou que 82 participantes avaliados, 35 (42,7%) apresentaram peso normal, o que significa que seu IMC estava dentro da faixa considerada saudável, entre 18,5 e 24,9 kg/m² (Tabela 7).

No entanto, foi observado que uma fração significativa dos participantes, 33 (40,2%), apresentou excesso de peso, com um IMC entre 25 e 29,9 kg/m². Outros 8 participantes (9,8%) foram classificados na obesidade grau I, com um IMC entre 30 e 34,9 kg/m². Cinco participantes (6,1%) foram classificados na obesidade grau II, com um IMC entre 35 e 39,9 kg/m². Apenas 1 participante (1,2%) foi classificado como sendo obeso de grau III, com um IMC maior ou igual a 40 kg/m² (Tabela 7).

Tabela 7

Distribuição dos Participantes pelo Índice de Massa Corporal

Índice de Massa Corporal	n	%
Peso Normal (18,5 a 24,9 kg/m ²)	35	42,7
Excesso de Peso (25 a 29,9 kg/m ²)	33	40,2
Obesidade Grau I (30 a 34,9 kg/m ²)	8	9,8
Obesidade Grau II (35 a 39,9 kg/m ²)	5	6,1
Obesidade Grau III (≥40 kg/m ²)	1	1,2

A amostra total (n=82) revelou ainda que a maioria (58,5%) não tinha cuidador informal, enquanto 41,5% tinha apoio (Tabela 8).

Em relação ao tipo de ajuda que os participantes tinham, 64,7% das pessoas recebem ajuda no tomar banho, seguida pelo andar (55,9%) e vestir e despir-se (52,9%).

Outras áreas em que a ajuda era necessária incluíam transferir-se (47,1%), elevar-se (41,2%), usar o sanitário (44,1%), na alimentação (20,6%) e no virar-se (5,9%). Além disso, o estudo revelou que a gestão de medicação é o tipo de ajuda mais presente, com 94,1% dos casos (Tabela 8).

Tabela 8

Distribuição dos Participantes pelo Cuidador Informal e Tipo de Ajuda

	n	%
Cuidador Informal		
Não	48	58,5
Sim	34	41,5
Tipo de Ajuda		
Alimentação	7	20,6
Virar-se	2	5,9
Transferir-se	16	47,1
Elevar-se	14	41,2
Tomar banho	22	64,7
Vestir e despir-se	18	52,9
Usar sanitário	15	44,1
Andar	19	55,9
Gestão de medicação	32	94,1

De acordo com descrito na Tabela 9, pode-se perceber como é o estado de saúde atual e a condição física da população em estudo. Em relação ao estado de saúde, 3,7% dos inquiridos disseram que o seu estado de saúde é “muito mau”, 18,3% “mau”, 58,5% “razoável” e 19,5% “bom”. Quanto à condição física, os resultados foram semelhantes, isto é, 4,9% das pessoas consideraram que a sua condição física é "muito má", 26,8% classificaram como "má", e 53,7% como "razoável". Pouco mais de 14% dos entrevistados afirmaram que sua condição física era "boa", e ninguém considerou como "muito boa".

Em relação aos hábitos de exercício físico, 73,2% dos inquiridos disseram que não praticavam exercício, enquanto 26,8% praticam, em média, três dias por semana. Entre aqueles que não praticam exercícios, 54,9% disseram que isso se deve à doença, 14,6% sem motivação, 3,7% à falta de tempo e 1,2% por outras razões (Tabela 9).

Tabela 9*Distribuição dos Participantes pelo Estado de Saúde e Condição Física Atual*

	n	%	Média
Estado de Saúde Atual			
Muito mau	3	3,7	
Mau	15	18,3	
Razoável	48	58,5	
Bom	16	19,5	
Condição Física Atual			
Muito má	4	4,9	
Má	22	26,8	
Razoável	44	53,7	
Boa	12	14,6	
Pratica Exercício Físico			
Não	60	73,2	
Sim	22	26,8	
Não, qual o motivo?			
Falta de tempo	3	3,7	
Doença	45	54,9	
Sem motivação	12	14,6	
Outro	1	1,2	
Sim, quantas vezes?			3

Quanto aos motivos que levaram os inquiridos a procurar o hospital, 24,4% dos entrevistados relataram estar internados na medicina, enquanto 19,5% estavam internados na cirurgia. Em média, o tempo de internamento foi de 13,5 dias. Entre os motivos de internamento, a doença respiratória foi a causa mais comum, afetando 22,2% dos entrevistados, seguido a doença ortotraumatológica com 8,3% e 69,4% citaram outras causas. Curiosamente, nenhum dos entrevistados internados tinha doença cardiovascular ou neurológica (Tabela 10).

Tabela 10*Distribuição dos Participantes pelo Motivo de Estar no Hospital, Tempo e Motivo de Internamento*

	n	%	Média	Mediana	Desvio Padrão
Motivo de estar no Hospital					
CE Cardiologia	14	17,1			

	n	%	Média	Mediana	Desvio Padrão
CE Neurologia	2	2,4			
CE Ortopedia	18	22,0			
CE Pneumologia	6	7,3			
Hemodiálise	6	7,3			
Internamento na medicina	20	24,4			
Internamento na cirurgia	16	19,5			
Tempo de internamento em dias			13,5	5	19,83
Motivo de internamento					
Doença respiratória	8	22,2			
Doença ortotraumatológica	3	8,3			
Outro	25	69,4			

Nos antecedentes pessoais, foi possível observar que 62,2% das pessoas apresentam hipertensão, enquanto 25,6% disseram ter diabetes mellitus. A obesidade foi descrita por 20,7%, aumentando o risco de doenças cardiovasculares. A depressão também foi comum, com 17,1% dos entrevistados relatando ter essa condição, que pode ter um grande impacto na qualidade de vida. A doença renal crônica é apresentada por 15,9% das pessoas como antecedente, 13,4% insuficiência cardíaca, enquanto 13,4% referem ter hábitos tabágicos e 9,8% hábitos etílicos. Por último, 8,5% já tiveram pelo menos um acidente vascular cerebral, 4,9% tem asma e 59,8% dizem ter outros antecedentes, como dislipidemia, hiperuricemia, anemia, hiperplasia benigna da próstata, osteoporose, neuropatia, gastrite crônica, glaucoma e prótese no joelho (Tabela 11).

O estudo revelou que 40,2% da população tem acuidade auditiva comprometida e 59% acuidade visual comprometida, problemas de saúde que podem afetar significativamente a capacidade das pessoas em realizar atividades de vida diária.

Tabela 11

Distribuição dos Participantes pelos Antecedentes de Saúde

	n	%
Antecedentes de Saúde		
Asma	4	4,9
Arritmia	10	12,2
Acidente vascular cerebral	7	8,5
Depressão	14	17,1
Diabetes mellitus	21	25,6

	n	%
Doença pulmonar obstrutiva crônica	8	9,8
Doença renal crônica	13	15,9
Hipertensão	51	62,2
Hábitos tabágicos	11	13,4
Hábitos etílicos	8	9,8
Insuficiência cardíaca	11	13,4
Obesidade	17	20,7
Outros	49	59,8
Acuidade Auditiva		
Normal	49	59,8
Comprometida	33	40,2
Equipamento adaptativo		
Prótese auditiva	12	36,4
Acuidade Visual		
Normal	23	23
Comprometida	59	59
Equipamento adaptativo		
Óculos	52	63,4

4.2. CARACTERIZAÇÃO DO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA

A caracterização da amostra em relação ao nível de independência foi avaliada com base na pontuação do Índice de Barthel, em 82 participantes. Os resultados mostram um mínimo de 45 pontos e um máximo de 100 pontos, com uma média de 85,91 e mediana de 95,00. O desvio padrão é de 16,76 (Tabela 12).

Tabela 12

Caraterização dos Participantes segundo a Pontuação do Índice de Barthel

	n	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
Independência	82	45	100	85,91	95,00	16,76

Segundo os pontos de corte de Sequeira (2010), a maioria foi classificada como independente (67,1%; \bar{x} =96,27), seguida por ligeiramente dependente (22,0%; \bar{x} =71,94) e moderadamente dependente (11,0%; \bar{x} =50,56). Não foram encontrados casos de indivíduos severamente dependentes ou totalmente dependentes (Tabela 13).

Tabela 13*Distribuição da Pontuação segundo os Pontos de Corte do Índice de Barthel*

Pontos de Corte	n	%	Média
Independente [90-100]	55	67,1	96,27
Ligeiramente dependente [60-89]	18	22,0	71,94
Moderadamente dependente [40-55]	9	11,0	50,56
Severamente dependente [20-35]	NA	NA	NA
Totalmente dependente [<20]	NA	NA	NA

O nível de independência por domínio de autocuidado mostrou que a maioria das pessoas eram independentes no controlo intestinal (89,0%), na alimentação (87,8%), utilização da casa de banho (76,8%), vestir-se (74,4%), mobilidade (73,2%), controlo urinário (72,0%), e transferência (70,7%). No entanto, algumas pessoas precisaram de alguma ajuda em algumas dessas atividades, como na transferência (29,3%), mobilidade (25,6%), vestir-se (25,6%), utilização da casa de banho (23,2%), e alimentação (12,2%). Em relação ao tomar banho, 67,1% das pessoas eram independentes, enquanto 32,9% eram dependentes. Já na subida de escadas, apenas 40,2% das pessoas eram independentes, enquanto 52,4% precisaram de alguma ajuda e 7,3% eram dependentes (Tabela 14).

Tabela 14*Distribuição do Nível de Independência por Domínio de Autocuidado*

Autocuidado	Independência	n	%
Alimentação	Independente	72	87,8
	Precisa de alguma ajuda	10	12,2
	Dependente	NA	NA
Transferência	Independente	58	70,7
	Precisa de alguma ajuda	24	29,3
	Precisa de ajuda moderada	NA	NA
	Dependente	NA	NA
Higiene Pessoal	Independente	62	75,6
	Dependente	20	24,4
Utilização da Casa de Banho	Independente	63	76,8
	Precisa de alguma ajuda	19	23,2
	Dependente	NA	NA
Tomar Banho	Independente	55	67,1
	Dependente	27	32,9

Autocuidado	Independência	n	%
Mobilidade	Independente	60	73,2
	Precisa de alguma ajuda	21	25,6
	Independente em cadeira de rodas	1	1,2
	Dependente	NA	NA
Subir Escadas	Independente	33	40,2
	Precisa de alguma ajuda	43	52,4
	Dependente	6	7,3
Vestir-se	Independente	61	74,4
	Precisa de alguma ajuda	21	25,6
	Dependente	NA	NA
Controlo Intestinal	Independente	73	89,0
	Acidente ocasional	9	11,0
	Incontinente	NA	NA
Controlo Urinário	Independente	59	72,0
	Acidente ocasional	21	25,6
	Incontinente ou algaliado	2	2,4

Quanto à relação entre o nível de independência no autocuidado e o sexo masculino e feminino, pode observar-se que os homens apresentam uma taxa de independência significativamente maior do que as mulheres. No sexo feminino 20,7% são classificadas como independentes, esse número sobe para 46,3% entre o sexo masculino. Por outro lado, o percentual de homens e mulheres ligeiramente dependentes no autocuidado é o mesmo, representando 11,0% do total em ambos os casos. Já na categoria de moderadamente dependentes, os homens apresentam um percentual ligeiramente maior do que as mulheres, com 6,1% e 4,9%, respetivamente (Tabela 15).

Tabela 15

Nível de Independência Global entre o Sexo Masculino e Feminino

Nível de Independência	Masculino	Feminino	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Independente	38 (46,3)	17 (20,7)	55 (67,1)
Ligeiramente dependente	9 (11,0)	9 (11,0)	18 (22,0)
Moderadamente dependente	5 (6,1)	4 (4,9)	9 (11,0)

Em relação ao estado civil, os resultados revelam que os casados ou união facto são os que apresentam maior independência no autocuidado, com 47,6% deles sendo independentes. Por outro lado, os solteiros apresentam o menor nível de independência, com apenas 4,9% deles sendo independentes. Já os viúvos e divorciados apresentam percentuais intermediários de dependência no autocuidado (Tabela 16).

Tabela 16

Nível de Independência Global e o Estado Civil

Nível de Independência	Solteiro	Casado/União facto	Viúvo	Divorciado	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Independente	4 (4,9)	39 (47,6)	7 (8,5)	5 (6,1)	55 (67,1)
Ligeiramente dependente	2 (2,4)	10 (12,2)	5 (6,1)	1 (1,2)	18 (22,0)
Moderadamente dependente	0	6 (7,3)	3 (3,7)	0	9 (11,0)

A presença de um cuidador informal também parece influenciar a relação entre o nível de independência no autocuidado. Os dados apresentados indicam que cerca de metade das pessoas independentes no autocuidado não têm um cuidador informal, enquanto 17,1% apresentem essa condição. Já na categoria de ligeiramente dependentes, 7,3% não possuem cuidador informal e 14,6% tem ajuda de outra pessoa. No grupo de moderadamente dependente, apenas 1,2% não possuem cuidador e 9,8% tem cuidador. Isso sugere que a presença de um cuidador informal pode ajudar a manter o nível de independência no autocuidado, mesmo em casos de dependência leve ou moderada (Tabela 17).

Tabela 17

Nível de Independência Global e o Cuidador Informal

Nível de Independência	Cuidador Informal		
	Não	Sim	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Independente	41 (50,0)	14 (17,1)	55 (67,1)
Ligeiramente dependente	6 (7,3)	12 (14,6)	18 (22,0)
Moderadamente dependente	1 (1,2)	8 (9,8)	9 (11,0)

No estudo realizado, observamos a relação entre o nível de independência global e o índice de massa corporal dos indivíduos. No grupo com nível de independência global no ponto de corte “independente”, a maioria apresenta excesso de peso, com um total de 24 indivíduos, o que representa 29,3% da amostra. Em contraste, 26,8% (n=22) deste grupo estão dentro da faixa de peso normal. Quando analisamos os indivíduos classificados como "ligeiramente dependente”, observou-se que a maioria está dentro da faixa considerada normal, representando 11,0% do total de avaliados, seguido por aqueles que apresentam excesso de peso, com 9,8%. Por fim, no grupo “moderadamente dependente”, apenas 4,9% dos avaliados apresentam peso normal, enquanto 2,4% apresentam obesidade grau II (Tabela 18).

Tabela 18

Nível de Independência Global e o Índice de Massa Corporal

Nível de Independência	Peso Normal (18,5 a 24,9)	Excesso de Peso (25 a 29,9)	Obesidade Grau I (30 a 34,9)	Obesidade Grau II (35 a 39,9)	Obesidade Grau III (≥40)	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Independente	22 (26,8)	24 (29,3)	6 (7,3)	3 (3,7)	0 (0,0)	55 (67,1)
Ligeiramente dependente	9 (11,0)	8 (9,8)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	18 (22,0)
Moderadamente dependente	4 (4,9)	1 (1,2)	1 (1,2)	2 (2,4)	1 (1,2)	9 (11,0)

5. DISCUSSÃO

Neste capítulo, são interpretados e discutidos os resultados obtidos neste estudo, tendo em consideração os objetivos estabelecidos, enquadramento teórico e estado de arte.

5.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O estudo de caracterização efetuado permite uma visão geral sobre a população alvo de cuidados no Hospital das Forças Armadas - Pólo Porto, descrevendo dados sociodemográficos, condição de saúde e nível de independência nos autocuidados.

Este estudo analisou uma amostra de 82 participantes, sendo 52 (63,4%) do sexo masculino e 30 (36,6%) do sexo feminino. A distribuição da população por níveis de escolaridade, estado civil e situação profissional foi variada, com maior concentração de indivíduos casados ou em união de facto (67,1%) e reformados (67,1%). A maioria dos participantes vive com o cônjuge (48,8%) ou com o cônjuge e filhos (17,1%). Os participantes vivem no domicílio (91,5%) e residem principalmente no Porto (28%), Vila Nova de Gaia (13,4%) e Gondomar (11%).

Quanto aos dados antropométricos, observou-se um IMC médio de 26,418 kg/m² (DP=4,2744). A distribuição do IMC mostrou que 42,7% dos indivíduos estavam no peso normal, 40,2% com excesso de peso e 17,1% com algum grau de obesidade. Comparando esses resultados com outros estudos, nota-se que as prevalências de excesso de peso e obesidade são semelhantes às observadas em estudos nacionais e internacionais (Gaio, et al., 2018; INE, 2021; WHO, 2022).

A presença do cuidador informal foi confirmada em 41,5% dos casos e o tipo de ajuda mais incidente é a gestão da medicação com 94,1%. Esses resultados corroboram outros estudos que também apontam a gestão da medicação com altos níveis de dependência, precisando de ajuda de outra pessoa. De acordo com o estudo de Ribeiro et al. (2014), 92,1% dos participantes precisam de ajuda de outra pessoa para providenciar os medicamentos, 89,1% para preparar a medicação e 35,3% na toma da medicação. Já o estudo de Silva (2011), avaliou no global, concluindo que 47,4% necessita de ajuda de outra pessoa e 29,7% é completamente independente na gestão da medicação.

Em relação à saúde e condição física, a maioria dos participantes considerou seu estado de saúde (58,5%) e condição física (53,7%) como razoáveis. Apenas 26,8% dos indivíduos praticavam exercício físico, sendo a falta de motivação (14,6%) e doença

(54,9%) os principais motivos para não praticar. Segundo o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), em 2019, cerca de metade da população portuguesa com idade superior a 16 anos afirmou estar de boa saúde, mas com baixo nível de exercício físico.

A análise dos antecedentes pessoais revela que a hipertensão (62,2%) e a diabetes mellitus (25,6%) são os mais prevalentes na amostra. Esses resultados estão alinhados com as estimativas da Organização Mundial de Saúde, que sugere que aproximadamente 1,13 bilhão de pessoas em todo o mundo tem hipertensão (WHO, 2019). Um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2019) refere que a prevalência da hipertensão arterial em Portugal Continental é de 43,1% e 8,9% de diabetes mellitus.

O Índice de Barthel foi utilizado para avaliar a independência nos autocuidados dos participantes. A média da pontuação foi de 85,91 (DP=16,76), com uma pontuação mínima de 45 e a máxima de 100 pontos. Quando analisamos a distribuição da pontuação conforme os pontos de corte definidos por Sequeira (2010), observamos que a maioria foi classificada como independente (67,1%; \bar{x} =96,27), seguida por ligeiramente dependente (22,0%, \bar{x} =71,94) e moderadamente dependente (11,0%; \bar{x} =50,56).

Em relação à independência por domínio de autocuidado e comparando os resultados de diferentes estudos, observa-se na alimentação um alto nível de independência (87,8%), em consonância com outros estudos (Carvalho, 2021; Fermento et al., 2019; Veríssimo, 2013), que também observaram alta independência nesta atividade. Na higiene pessoal a independência é de 75,6%, enquanto outros estudos (Fermento et al., 2019; Ribeiro et al., 2014) relataram taxas mais elevadas de dependência em atividades específicas, como secar e lavar o corpo. O presente estudo apresenta uma taxa de independência de 67,1% no tomar banho, enquanto Pereira et al. (2020) e Fernandes (2014) observaram alta dependência nesta atividade. No entanto, Dixe et al. (2019) e Veríssimo (2013) relataram taxas de dependência menores. Em relação à mobilidade, a independência é de 73,2%, em sintonia com outros autores, como Carvalho (2021). No autocuidado vestir-se a maioria dos participantes são independentes (74,4%), enquanto outros estudos (Pereira et al., 2020; Dixe et al., 2019; Fermento et al., 2019; Fernandes, 2014; Veríssimo, 2013; Silva, 2011) relataram taxas mais elevadas de dependência. O estudo demonstra ainda que 89,0% eram independentes no controlo intestinal e 72,0% no controlo urinário. Fermento et al. (2019) também encontraram alta

independência na eliminação intestinal (77,7%) e vesical (75,7%). Os estudos referem ainda que o ambiente físico e social que rodeia a pessoa interfere na autonomia e independência (Pereira et al., 2020; Dixe et al., 2019; Fermento et al., 2019; Fernandes, 2014; Veríssimo, 2013; Silva, 2011).

Em geral, pode-se observar que os níveis de independência e dependência variam consoante as atividades específicas e os estudos analisados. Alguns estudos relataram altas taxas de dependência em atividades específicas, enquanto outros observaram altos níveis de independência em geral. Além disso, os resultados podem ser influenciados por fatores como idade, sexo, estado civil, escolaridade e origem da dependência.

Os participantes que referiram ter um cuidador informal apresentaram uma maior necessidade de ajuda em todas as áreas avaliadas, indicando que a presença de um cuidador pode ser um fator importante para manter a independência no autocuidado.

Ao analisar a relação entre o nível de independência no autocuidado e variáveis sociodemográficas, observou-se uma maior proporção de indivíduos independentes do sexo masculino (46,3%) em comparação ao feminino (20,7%). Além disso, a independência no autocuidado foi maior entre os casados ou em união de facto (47,6%).

Um aspeto interessante a ser explorado em futuros estudos é a relação entre o estado nutricional e o nível de independência no autocuidado. Sabemos que a obesidade pode levar a problemas de saúde que afetam a capacidade das pessoas de realizar atividades de vida diária, mas seria interessante entender melhor como isso se relaciona com o nível de independência no autocuidado.

O estudo em questão tem implicações significativas para a prática de enfermagem de reabilitação, especialmente o nível de independência nos autocuidados. Os resultados mostram que a população alvo de cuidados é composta por pessoas idosas, maioritariamente do sexo masculino, com características sociodemográficas específicas, como baixo nível de escolaridade. A maioria dos participantes foi classificada como independente de acordo com o Índice de Barthel, mas também foram identificados casos de dependência leve e moderada. Isso sugere haver uma necessidade de intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, para manter, recuperar ou aumentar a independência das pessoas em relação às atividades de vida, minimizando o impacto dos antecedentes, ao nível cardiorrespiratório, neurológico, ortotraumatológico e outras incapacidades.

Além disso, foi identificado que a maioria dos participantes tem cuidador informal, que indica a importância de envolver e apoiar esses cuidadores no processo de reabilitação. Os EEER podem desempenhar um papel decisivo na capacitação e suporte aos cuidadores, através do ensino individualizado.

O estudo destaca ainda que a gestão da medicação é o tipo de ajuda mais incidente prestado pelo cuidador, o que implica a necessidade de fornecer apoio na gestão da medicação.

Do ponto de vista de enfermagem de reabilitação, o estudo oferece *insights* importantes sobre as características da população, demonstrando a importância do EEER na prestação de cuidados diferenciados no HFAR-PP.

5.2. LIMITAÇÕES E PONTOS FORTE DO ESTUDO

Embora os resultados tenham sido relevantes para a compreensão da dinâmica do autocuidado nesta população, é importante levar em consideração as limitações e pontos forte do estudo.

Uma das limitações é a representatividade da amostra. Embora a população de referência sejam os clientes do HFAR-PP em áreas clínicas específicas, a dimensão da amostra e a falta de aleatorização limita a representatividade e a generalização dos resultados a outros grupos de utentes e à população em geral. O estudo é descritivo e utilizou um desenho transversal, o que impossibilita a identificação de relações causais entre as variáveis analisadas. Estudos longitudinais permitiriam examinar mudanças no nível de independência nos autocuidados ao longo do tempo e identificar fatores preditivos. Poderá se considerar a possibilidade de existirem viés de resposta, principalmente se os participantes sentiram constrangimento para fornecer respostas socialmente desejáveis em situação de entrevista. O anonimato e a confidencialidade das respostas podem minimizar esse risco, mas não o eliminam completamente. Outra limitação foi a colheita de dados ser realizada no final da consulta em alguns serviços. Muitos não respondiam no final da consulta, com a justificação da falta de tempo.

Neste estudo, também foi identificando pontos fortes e de grande relevância. O estudo aborda questões relacionadas com o envelhecimento da população e independência nos autocuidados, que são tópicos de grande importância na atualidade dos cuidados de saúde. O tipo de estudo foi quantitativo, permitindo dados objetivos e análise

estatística para descrever a população alvo de cuidados. O instrumento de avaliação foi o Índice de Barthel, amplamente reconhecido e validado para a população portuguesa para avaliar o nível de independência funcional, aumentando a confiabilidade dos resultados obtidos.

CONCLUSÃO

Em conclusão, o estudo intitulado "Nível de Independência nos autocuidados - Um Estudo de Caracterização da População Alvo de Cuidados no Hospital das Forças Armadas - Pólo Porto" proporcionou uma visão abrangente em relação às variáveis sociodemográficas, saúde e nível de independência nos autocuidados. Os resultados demonstraram que a maioria dos participantes eram independentes nos autocuidados, com maior proporção no sexo masculino, e entre os casados ou em união de facto.

Foi possível identificar as áreas de alimentação, uso do banheiro, vestir-se, mobilidade, transferência, controlo intestinal e urinário com elevado nível de independência. No entanto, a presença de um cuidador informal pode ser um fator importante para preservar a autonomia no autocuidado. Estes resultados podem ser úteis para orientar ações de políticas de saúde, considerando as mudanças demográficas e as necessidades emergentes em saúde.

Ficou evidente que a população em estudo apresenta diferentes graus de dependência nos autocuidados, os quais estão relacionados a fatores como idade, presença de comorbidades, nível de instrução e condição socioeconómica. A identificação destes fatores permitiu a elaboração de um perfil detalhado dos pacientes e a compreensão das suas necessidades específicas.

Neste domínio, salienta-se que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação poderão ter um papel importante na definição de políticas de saúde ajustadas às necessidades reais dos indivíduos e às famílias. Eles são os profissionais que identificam, avaliam e intervêm nas limitações funcionais das pessoas, apoiando-os em seu processo de recuperação e reabilitação. Também atuam como educadores e promotores da saúde, ensinando à pessoa e famílias as melhores práticas no autocuidado, através de uma abordagem holística e eficaz (OE, 2018).

A evidência científica demonstra que ao promover a autonomia e prevenir a dependência, será possível alcançar ganhos em saúde potencialmente relevantes, o mesmo aplicando-se ao contexto do presente estudo para a população alvo de cuidados do Hospital das Forças Armadas - Pólo Porto e para a sociedade em geral. Os ganhos em saúde obtidos por meio de estratégias de intervenção focadas na promoção da independência nos autocuidados serão potencialmente significativos, tanto para as pessoas quanto para o sistema de saúde. Eles incluem a melhoria da qualidade de vida, a

prevenção de complicações de saúde, a redução das taxas de readmissão e, em última análise, a otimização dos recursos do sistema de saúde (Rocha, 2010). Além disso, o estudo também contribui para o fortalecimento da evidência científica sobre o tópico, fornecendo informações relevantes sobre a população alvo de cuidados do HFAR-PP.

Contudo, é importante destacar que embora os resultados tenham sido relevantes para a compreensão do nível de independência nesta população, o estudo apresentou algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados, como tamanho da amostra e viés de resposta.

Os resultados sugerem a existência de um espaço de intervenção para os profissionais de saúde na promoção da independência dos indivíduos. Isso pode ter implicações importantes para a prática de enfermagem de reabilitação e para a saúde da população-alvo de cuidados do HFAR-PP.

A implementação de estratégias de intervenção ajustadas às características e necessidades de cuidados dos clientes pode levar a maiores ganhos significativos em saúde, melhorando a qualidade de vida e a autonomia das pessoas, bem como, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde como um todo.

Salienta-se que os resultados do presente estudo servem como um ponto de partida para futuras investigações e práticas, com foco na melhoria dos cuidados de saúde prestados à população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>.
- Araújo, I. M. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem* [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>.
- Bernardo, S., & Sá, M. (2018). Validação transcultural para a população portuguesa da Care Dependency Scale for Rehabilitation. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19), 137-146. <https://doi.org/10.12707/RIV18046>.
- Birtha, M., Rodrigues, R., Zólyomi, E., Sandu, V., & Schulmann, K. (2019). *From disability rights towards a rights-based approach to long-term care in Europe: Building an index of rights-based policies for older people*. European Centre for Social Welfare Policy and Research. <https://www.euro.centre.org/publications/detail/3514>.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>.
- Câmara, G. R. (2020). *Ganhos funcionais dos clientes alvo de cuidados de reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/33120>.
- Carvalho, M. J. (2021). *Avaliação da (In)dependência Funcional do Idoso* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. RCAAP. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:10637>.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2nd. ed.). Edições Lusociência.
- Correia, N., Teixeira, J., Bernardes, R., & Queirós, P. (2021). A formação em enfermagem de reabilitação em Portugal entre 1963 e 2005. *Revista de Enfermagem de Referência*, 5(5), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20054>.

- Couto, G. M. (2012). *Autonomia/Independência no autocuidado sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/9323>.
- Diniz, S. (2007). *Hospital Militar D. Pedro V. Sistema de Informação para o Património Arquitectónico*.
http://www.monumentos.gov.pt/Site/APP_PagesUser/SIPA.aspx?id=20497.
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Norma clínica 054/2011: Acidente vascular cerebral - Prescrição de medicina física e de reabilitação*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde, & Institute for Health Metrics and Evaluation (2017). *Portugal: The Nation's Health 1990 - 2016*. Obtido de https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2018/PolicyReport_GBD-Portugal_2018.pdf.
- Dixe, M., Frontini, R., Sousa, P., Peralta, T., Teixeira, L., & Querido, A. (2019). Dependent person in self-care: Analysis of care needs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 727-735. <https://doi.org/10.1111/scs.12777>.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). *Autocuidado: Um foco central da enfermagem*. Edições ESEP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/39415/1/AUTOCUIDADO%20UM%20FOCO%20CENTRAL%20PARA%20A%20ENFERMAGEM.pdf>.
- Eurostat (2020). *Healthy life years statistics*. Eurostat Statistics Explained: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics.
- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2022). *Acordo com Hospital das Forças Armadas foi primeiro ato oficial*. U. Porto. https://sigarra.up.pt/fmup/pt/noticias_geral.ver_noticia?p_nr=81298.
- Fermento, C., Martins, R., & Campos, S. (2019). Investimento pessoal e independência funcional: estudo dos níveis e dos determinantes num grupo de idosos. *Servir*, 60(1-2), 75-83. <https://doi.org/10.48492/servir021-2.24496>.
- Fermento, C. I. (2016). *Investimento pessoal e Independência Funcional em Idosos* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde de Viseu]. RCAAP.

<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3187/1/CristianaIsabelSilvaFermento%20DM.pdf>.

- Fernandes, P. G. (2014). *Famílias que integram dependentes no autocuidado no concelho da Maia: Caraterização das necessidades da pessoa dependente* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/9517>.
- Figueiredo, D. M. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência* [Doctoral dissertation, Universidade de Aveiro]. RIA. <http://hdl.handle.net/10773/4664>.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).
- Fonseca, C. J. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem* [Doctoral dissertation, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/12196>.
- Fortin, M. F. (1999). *Processo de Investigação: da concepção à realização* (1nd. ed.). Edições Lusociência.
- Frank, S., Santos, S., Assmann, A., Alves, K., & Ferreira, N. (2007). Avaliação da capacidade funcional: Repensando a assistência ao idoso na saúde comunitária. *Estudos Interdisciplinares Envelhecimento*, 11(11), 123-134. <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4816>.
- Gaio, V., Antunes, L., Barreto, M., Gil, A., Kislaya, I., Namorado, Rodrigues, A., Santos, A., Nunes, B., & Dias, C. (2018). Prevalence of overweight and obesity in Portugal: Results from the first Portuguese Health Examination Survey. *Observações Boletim Epidemiológico* 22(7), 29-33. https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/17365628/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N22_2018_artigo7.pdf.
- Granger, C., Hamilton, B., Keith, R., Zielezny, M., & Sherwin, F. (1986). Advances in functional assessment for rehabilitation. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 1(3), 59-74.

- https://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/Abstract/1986/04000/Advances_in_functional_assessment_for_medical.7.aspx.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, A., Leitão, O., Garcia, C., & Caldas, A. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10. [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqw2orz553k1w0r45\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2003884](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqw2orz553k1w0r45))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2003884).
- Hamilton, L., & Lyon, P. (1995). A nursing-driven program to preserve and restore functional ability in hospitalized elderly patients. *Journal Of Nursing Administration*, 25(4), 30-37. https://journals.lww.com/jonajournal/Citation/1995/04000/A_Nursing_Driven_Program_to_Preserve_and_Restore.5.aspx
- Hill, M., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2nd. ed.). Edições Silabo.
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. Edições Lusodidacta. <https://www.docsiy.com/pt/enfermagem-de-reabilitacao/4742056/>.
- Hospital das Forças Armadas Pólo Porto (2022). *A prestar cuidados de saúde desde 1862*. http://www.aofa.pt/rimp/HFAR_Polo_Porto.pdf.
- Hoy, B., Wagner, L., & Hall, E. (2007). Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 456-466. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00491.x>.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_estudo_det&menuBOUI=13707294&contexto=es&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2&selTab=tab1.
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *As Pessoas*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=438632477&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2022). *Censos 2021: Resultado definitivos*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt.

- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2019). *Prevalência de fatores de risco cardiovascular na população portuguesa*. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/e_COR_relatorio.pdf
- International Council of Nurses (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.
- Leite, V., & Faro, A. (2005). The care of the nurse specialized in physical-motor rehabilitation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(1), 92-96. <https://www.scielo.br/j/reensp/a/rKBdghWh3yZdMRfc7NRZfS/?format=pdf&lang=pt>.
- Lista, A., Correia, J., & Fonseca, C. (2017). A Teoria do Autocuidado, uma proposta reflexiva dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 6(2), 13-16. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2-Auto-Cuidado-Proposta-de-Intervenção.pdf>.
- Lopes, M., & Sakellarides, C. (2021). *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo: Contributos para a gestão da mudança*. Imprensa Universidade de Évora. <https://imprensa.uevora.pt/uevora/catalog/book/21>.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61. <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/tools-bi-functional-evaluation-the-barthel-index.pdf>.
- Martins, R. A. (2011). *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9460/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20FINAL%20-%20DEPEND%C3%8ANCIA%20NO%20AUTOCUIDADO%20-%20202.pdf>.
- Melo, P. (2020). *A importância da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem*. justNews. https://justnews.pt/artigos/uma-nova-era-na-epidemiologia#.ZD71G_zMK3A
- Miller, J., & Grise-Owens, E. (2020). Self-Care: An Imperative. *Social Work*, 65(1), 5-9. <https://doi.org/10.1093/sw/swz049>.

- Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. (2018). Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), 2-12. <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0318-0>.
- Ministério da Defesa Nacional. (2014). Decreto-Lei n.º 84/2014. Diário da República: I série, n.º 84 (27 de Maio). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/84-2014-25345967>.
- Morse, J., Black, C., Oberle, K., & Donahue, P. (1989). A prospective study to identify the fall-prone patient. *Social Science & Medicine*, 28(1), 81-86. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90309-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90309-2).
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem* (1nd. ed.). Edições Lidel.
- Netto, M. P. (2007). *Tratado de Gerontologia* (2nd. ed.). Edições Atheneu.
- Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Universidade de Évora. <https://www.esesjd.uevora.pt/documentos/Relatorios-de-Primavera>.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *História de enfermagem de reabilitação*. APER. https://www.aper.pt/Ficheiros/documentos/Hist_Enf_Reab_Rev_OEn9_jul2003.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Padrão documental dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf.

- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6nd. ed.). Edições Mosby.
- Pedrosa, P. M. (2016). *Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na Promoção do Autocuidado na pessoa com Dependência nas ABVD* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18141/1/Relatorio%20Mestrado%20Set%202016.pdf>.
- Pereira, E. P. (2011). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado* [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto. <http://hdl.handle.net/10216/62191>.
- Pereira, S. C. (2014). *Formulário de avaliação da dependência no autocuidado: Versão reduzida* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/9737>.
- Pereira, S., Martins, T., & Machado, P. (2020). Avaliação da dependência no autocuidado: estudo exploratório do fenómeno em contexto comunitário. *Revista ROL Enfermeria*, 43(1), 486-492. <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/01/Avaliacao-da-dependencia-no-autocuidado.pdf>.
- Petronilho, F. A. (2007). *Preparação do Regresso a Casa*. Formasau. <https://hdl.handle.net/1822/32305>.
- Pinto, R. (2012). *Introdução à análise de dados: Com recurso ao SPSS* (2nd. ed.). Edições Sílabo.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3nd. ed.). Artmed.
- Polit, D., & Hungler, B. (1991). *Investigación científica en ciencias de la salud* (3nd. ed.). Interamericana McGraw-Hill.
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem de Referência*, 4(3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.
- Rangel, M. (2006). *Métodos de ensino para a aprendizagem e a dinamização das aulas*. Papyrus. <https://www.passeidireto.com/arquivo/23081346/livro-metodos-de-ensino-para-a-aprendizagem-e-a-dinamizacao-das-aulas>

- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: Um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>.
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2423&id_revista=24&id_edicao=60.
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Stromberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22739426/>.
- Rocha, B. M. (2010). *Maximizar os ganhos em saúde da população: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde*. APER. <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>.
- Rocha, M. (2015). *Dependência no autocuidado em contexto familiar - Estudo exploratório de base populacional no concelho da maia* [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto UP. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82488>.
- Roper, N., Tierney, A., & Logan, W. (1995). *Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney* (3rd. ed.). Edições McGrawHill.
- Santos, R. F. (2021). Hospital Militar do Porto: mais de 150 anos de história. *Revista militar* (2631), 354-357. <https://www.revistamilitar.pt/artigopdf/1548>.
- Sequeira, C. A. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (1nd. ed.). Edições Lidel.
- Silva, I., Oliveira, M., Silva, S., Polaro, S., Radünz, V., Santos, E., & Santana, M. (2009). Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 690-695. <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361033299028.pdf>.
- Silva, R. C. (2011). *A dependência no autocuidado no seio das famílias clássicas do concelho do Porto: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno* [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.14/10213>

- Simões, A., Ferreira, P., & Dourado, M. (2018). Medição da autonomia em atividades. *Journal of Public Health*. <https://run.unl.pt/handle/10362/112464>.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5nd. ed.). Lusociência.
- Torregroza, E., Jaimes, E., Carbonell, M., & Hernández, K. (2018). Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1640>.
- Veríssimo, L. M. (2013). *O autocuidado da pessoa institucionalizada - Estudo exploratório em lares do grande Porto* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/9460>.
- Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1143-1147. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011>.
- World Health Organization (2002). *Active Ageing - A Policy Framework*. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.
- World Health Organization (2009). *Self-care in the Context of Primary Health Care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206352>.
- World Health Organization (2018). *Noncommunicable diseases country profiles*. Obtido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>.
- World Health Organization (2019). *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324835>.
- World Health Organization (2022). *Who warns of worsening obesity epidemic in Europe*. <https://news.un.org/pt/story/2022/05/1788132>.

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde e autorização da Direção do
HFAR-PP (Anexo)

 <p>Hospital das Forças Armadas Polo do Porto (Hospital D. Pedro V)</p>	<p>PARECER 01/CESPP/2023</p>	 <p>CES CENTRE OF GERIATRIC HEALTH HOSPITAL D. PEDRO V HOSPITALS ESPECIALIZADOS - PORTO MEDICAL CENTRO DE SAÚDE GERIÁTRICA - HOSPITAL D. PEDRO V</p>
--	------------------------------	---

Handwritten signature

PARECER Nº1/2023 DA CES SOBRE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Ref SEFT: SEFT- ESTUDOS 0005/2023 de 9/1/2023; SEFT – ESTUDOS 0007/2022 de 09/01/2023

Data de receção do Documento: 13 de janeiro de 2023

Investigador responsável: Bruna Raquel Gouveia; Hugo Silva, Aurora Vieira, Filipe Fonseca

Elo de ligação no HFAR-PP: Hugo Silva

Título do Estudo:

“Estudo de caracterização da população alvo de cuidados do Hospital das Forças Armadas – Polo do Porto”

Objetivos:

Caracterizar a população alvo do HFAR-PP em relação a variáveis Sociodemográficas e de saúde. Tem ainda como objetivo a caracterização da dependência nos autocuidados, risco de queda, equilíbrio, independência funcional e força muscular.



Amostra: Utentes que frequentam a consulta externa de Pneumologia, Cardiologia, Ortopedia, Neurologia, Internamento Cirúrgico, Internamento Médico e Nefrologia, indivíduos maiores de 18 anos sem défices cognitivos.

Dados a recolher:

- Caracterização sociodemográfica e condição de saúde;
- Dependência nos autocuidados;
- Caracterização no risco de queda e teste de equilíbrio;
- Independência funcional e força muscular.

Material:

- Questionário de caracterização sociodemográfica;
- Mini Mental State Examination;
- Índice de Barthel;
- Escalas de Quedas e Morse;

 <p>Hospital das Forças Armadas Pol. de Porto (Hospital D. Pedro V)</p>	<p>PARECER 01/CESPP/2023</p>	 <p>CES COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE HOSPITAL DO PORTO HOSPITAL SANTA EUGÉNIA, HOSPITAL SANTO ANTÓNIO, HOSPITAL S. J. DE SÃO DOMINGOS, HOSPITAL S. MARTINHO</p>
--	-------------------------------------	--

- Time Up and Go;
- Escala Medida de Independência Funcional;
- Escala de Avaliação da Força Muscular – Medical Research Council.

Métodos:

Aplicação de inquéritos sob a forma de questionários e aplicação de escalas de avaliação.

Riscos:



- Garantir os preceitos das Considerações Éticas enumeradas na página 3 do Projeto de Investigação;
- Considerar as limitações do horário de colheita de dados do estudo conforme página 3 do Projeto de Investigação "... fora do horário laboral...";
- Garantir que as colheitas de dados são realizadas conformes as autorizações dos respetivos chefes de serviço;
- Reformular o cronograma de estudo.

Consentimento informado:

Sim, em anexo ao estudo.

Autorização do Serviço:

- Consulta Externa de Pneumologia autorizado condicionado apenas aos utentes que frequentem a consulta da Dra. Maria João Oliveira;
- Consulta Externa de Cardiologia autorizado condicionada a ser realizado após a realização de consulta ou exames;
- Internamento Médico autorizado sem restrições;
- Nefrologia autorizado sem restrições;
- Consulta Externa de Neurologia autorizado, alertando para a necessidade de não interferir com o normal funcionamento do serviço. Solicita aos investigadores fundamentação sobre os critérios de inclusão;
- Consulta Externa de Ortopedia autorizado sem restrições;
- Internamento Cirúrgico sem restrições.

 <p>Hospital das Forças Armadas Porto (Hospital D. Pedro V)</p>	<p>PARECER 01/CESPP/2023</p>	 <p>CES COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE HOSPITAL D. PEDRO V UNIDADE DE FARMACOLOGIA</p>
--	-------------------------------------	---

Apreciação da Comissão de Ética:

Do ponto de vista ético estão previstos os preceitos fundamentais para o estudo.

Contudo, devem ser tidos em consideração os riscos enumerados, nomeadamente, as limitações do horário de colheita de dados do estudo, i.e., "... fora do horário laboral..." e desde que sejam realizadas conforme as autorizações dos respetivos chefes de serviço.

Importa salientar que já foi indicado o Elo de ligação na HFAR-PP para o estudo em apreço e reformulado o Cronograma.

Parecer Final da Comissão de Ética

De acordo as informações prestadas, e com os dados analisados, o parecer é **APROVADO**, assumindo-se que são cumpridos todos os procedimentos submetidos e recomendando-se que a decisão seja suspensa caso se verifique algum incumprimento.

Porto, 06 de fevereiro de 2023

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


José Miguel Marques Martins Salazar
TCor Médico

Relator(es): Maj TS Enf Emanuel Lourenço

O presente parecer foi **APROVADO**, após terem sido revistos os fundamentos que o condicionaram, conforme decisão em reunião plenária de dia 25 de janeiro de 2023 em que estiveram presentes, para além do Presidente, os seguintes membros: Emanuel Lourenço; Branda Moura; Paula Ferreira; Ana Paula Almeida, Vasco Oliveira e Vasco Neves.

ANEXO II – Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

ORIGINAL

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Um Estudo de Caracterização da População Alvo de Cuidados no HFAR-PP

Eu, abaixo-assinado, _____
compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo/projeto em que irei participar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais, o eventual desconforto e quais os resultados que me serão comunicados e de que modo. Mais, foi-me afirmado que serei ressarcido de quaisquer despesas decorrentes da minha participação no estudo/projeto e que tenho o direito de recusar a minha participação em qualquer momento, sem que tal cause prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Local: _____

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura do participante: _____

O(A) Investigador(a) responsável:

Nome: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

DUPLICADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Um Estudo de Caracterização da População Alvo de Cuidados no HFAR-PP

Eu, abaixo-assinado, _____
compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo/projeto em que irei participar. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais, o eventual desconforto e quais os resultados que me serão comunicados e de que modo. Mais, foi-me afirmado que serei ressarcido de quaisquer despesas decorrentes da minha participação no estudo/projeto e que tenho o direito de recusar a minha participação em qualquer momento, sem que tal cause prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Local: _____

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura do participante: _____

O(A) Investigador(a) responsável:

Nome: _____

Assinatura:

ANEXO III – Instrumento de Colheita de Dados: Índice de Barthel

ÍNDICE DE BARTHEL		
	ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	Independente	10
	Precisa de alguma ajuda (por ex. para cortar os alimentos)	5
	Dependente	0
TRANSFERÊNCIA	Independente	15
	Precisa de alguma ajuda	10
	Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	5
	Dependente, não tem equilíbrio sentado	0
HIGIENE PESSOAL	Independente a cuidar da sua higiene diaria	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
UTILIZAÇÃO DO WC	Independente	10
	Precisa de alguma ajuda	5
	Dependente	0
TOMAR BANHO	Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	5
	Dependente, necessita de alguma ajuda	0
MOBILIDADE	Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	15
	Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	10
	Independente em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	5
	Imóvel	0
SUBIR E DESCER ESCADAS	Independente, com ou sem ajudas técnicas	10
	Precisa de ajuda	5
	Dependente	0
VESTIR-SE	Independente	10
	Com ajuda	5
	Dependente	0
CONTROLO INTESTINAL	Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso supositório ou similar.	10
	Acidente ocasional	5
	Incontinente ou precisa de uso de clisteres	0
CONTROLO URINÁRIO	Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de cuidar da algália sozinho	10
	Acidente ocasional	5
	Incontinente ou algaliado sendo incapaz de cuidar da algália sozinho	0
TOTAL		

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pedido de Autorização para a realização do Estudo de Caracterização da
População Alvo de Cuidados no HFAR-PP

Exmo. Senhor Sub-Diretor
Coronel António Moura, MD
Hospital das Forças Armadas - Pólo Porto

Assunto: Pedido de autorização para estudo de investigação

Nome do Investigador Principal/Orientador: Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia

Grupo de Investigadores: Hugo Rogério Pedroto Conde Silva; Aurora Cristina Coutinho Vieira;
Filipe Rodrigues da Fonseca

O grupo de investigadores supracitado, enfermeiros do Hospital das Forças Armadas - Pólo Porto a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior Saúde Santa Maria, sob orientação da Prof. Doutora Bruna R. Gouveia, solicita a V. Exa. autorização para realizar uma investigação de cariz científico e com fins académicos, designadamente, um “Estudo de Caracterização da População Alvo de Cuidados do Hospital das Forças Armadas - Pólo Porto”.

Com a pretensão da V. aprovação e da apreciação pela Comissão de Ética do Hospital, enviamos, em anexo, o resumo do estudo de investigação que se pretende realizar, bem como a documentação para ser utilizada na recolha de dados.

Agradecemos desde já a atenção dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.

Sem outro assunto de momento, apresentamos os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Porto, 11 de novembro de 2022

Assinatura do Investigador Principal

Gouveia
Num. de Identificação: 12405339
Hugo Rogério Pedroto Conde Silva
Aurora Cristina Coutinho Vieira
Filipe Rodrigues da Fonseca

Assinatura do Grupo de Investigação

APÊNDICE II – Instrumento de Colheita de Dados: Questionário de Caracterização
Sociodemográfica e de Saúde

IDNR

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

INSTRUÇÕES: Assinale com um X a resposta que considera mais correta.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. IDADE:	_____ anos				
2. PESO:	_____ (Kg)				
3. ALTURA	_____ (cm)				
4. GÉNERO:	Feminino <input type="radio"/>	Masculino <input type="radio"/>			
5. NÍVEL DE ESCOLARIDADE:	Nenhum <input type="radio"/>	1º Ciclo <input type="radio"/>	2º Ciclo <input type="radio"/>		
	3º Ciclo <input type="radio"/>	Ensino Secundário <input type="radio"/>	Ensino Superior <input type="radio"/>		
6. ESTADO CIVIL:	Solteiro(a) <input type="radio"/>	Casado(a)/ União de facto <input type="radio"/>			
	Viúvo(a) <input type="radio"/>	Divorciado(a) <input type="radio"/>			
7. SITUAÇÃO PROFISSIONAL:	Empregado <input type="radio"/>	Desempregado <input type="radio"/>			
	Reformado <input type="radio"/>	Invalidez <input type="radio"/>			
	Outro <input type="radio"/>				
8. CONVIVÊNCIA:	Sozinho <input type="radio"/>	Cônjuge <input type="radio"/>			
	Cônjuge e Filhos <input type="radio"/>	Filhos <input type="radio"/>			
	Outros Familiares <input type="radio"/>				
9. LOCAL QUE RESIDE:	Domicílio <input type="radio"/>	Lar <input type="radio"/>			
	Outro <input type="radio"/>	Qual: _____			
10. CONCELHO QUE RESIDE:	_____				
11. CUIDADOR INFORMAL:	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>			
12. SE SIM, QUAL A AJUDA:	Alimentar-se	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>		
	Virar-se	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>		
	Transferir-se	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>		
	Elevar-se	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>		
	Tomar banho	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>		
	Vestir e despir-se	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>		
	Usar o sanitário	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>		
	Andar	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>		
	Usar cadeira de rodas	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>		
	Tomar a medicação	Não <input type="radio"/>	Sim <input type="radio"/>		

CONDIÇÃO DE SAÚDE

13. COMO CLASSIFICA O SEU ESTADO DE SAÚDE ATUAL?

Muito mau Mau Razoável Bom Muito Bom

14. COMO AVALIA A SUA CONDIÇÃO FÍSICA?

Muito má Má Razoável Boa Muito Boa

15. PRATICA EXERCÍCIO FÍSICO? Sim Não

a) Se respondeu **sim**, quantas vezes por semana? ____

b) Se respondeu **não**, qual o motivo? Falta de tempo Doença
Sem motivação Outro

16. QUAL O MOTIVO DE ESTAR NO HOSPITAL?

Internamento: Cirurgia Medicina

Tempo de internamento: ____

Ambulatório: Hemodiálise

Consulta Externa: Cardiologia Neurologia Ortopedia
Pneumologia

Outro: Qual: _____

17. SE ESTÁ INTERNADO, QUAL O MOTIVO?

Doença Cardiovascular Qual? _____

Doença Neurológica Qual? _____

Doença Respiratória Qual? _____

Doença Qual? _____

Ortotraumatológica

Outro Qual? _____

18. QUAIS OS SEUS ANTECEDENTES DE SAÚDE?

Asma Arritmia Acidente Vascular Cerebral

Depressão Diabetes Mellitus Doença Pulmonar Obstrutiva
Crônica

Doença Hipertensão Hábitos Tabágicos
Renal

Hábitos Insuficiência Cardíaca Obesidade

Etílicos

Outros Qual: _____

19. AUDIÇÃO: Normal Comprometida Esquerda Direita

Equipamento adaptativo: Prótese auditiva

20. VISÃO: Normal Comprometida Esquerda Direita

Equipamento adaptativo: Prótese ocular Lentes de Óculos
contacto

21. FORÇA MUSCULAR: Normal Comprometida

22. EQUILÍBRIO: Sem alterações Comprometido em pé Comprometido sentado

A) TEM HISTÓRIA DE QUEDAS? Sim Não

Se respondeu sim, onde? Domicílio Exterior (Rua) Outro
Quando caiu? < 6 meses 6 m - 1 ano > 1 ano

APÊNDICE III – Carta de Informação ao Participante

Folha de Informação ao Participante

Nome do Investigador Principal: Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia

Grupo de Investigadores: Hugo Rogério Pedroto Conde Silva; Aurora Cristina Coutinho Vieira; Filipe Rodrigues da Fonseca

Telemóvel: 914321577

Email: hugopedroto@hotmail.com

O presente estudo insere-se na dissertação científica da tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, cujo principal objetivo é a caracterização da população alvo de cuidados do Hospital das Forças Armadas - Pólo Porto (HFAR-PP).

Neste sentido, solicita-se a sua colaboração neste estudo respondendo a todas as questões, pois só assim o questionário será válido. Todos os dados recolhidos serão para uso exclusivo deste trabalho de investigação estando garantida a confidencialidade e anonimato dos seus dados, respeitando a proteção de dados pessoais previstas por lei.

Agradece-se desde já a sua colaboração.

QUESTÃO	RESPOSTA
Onde vai ser realizado o estudo?	O estudo vai ser realizado aos utentes do HFAR-PP nos seguintes serviços: Consulta Externa (CE) de Pneumologia, CE Cardiologia, CE Ortopedia, CE Neurologia, Internamento de Cirurgia, Internamento de Medicina Interna e em Programa Regular de Hemodiálise.
Qual o objetivo do estudo?	O propósito deste estudo, é caracterizar a população alvo do HFAR-PP em relação a variáveis sociodemográficas e de saúde. Com este estudo pretende-se caracterizar variáveis, tais como: dependência nos cuidados, equilíbrio corporal, risco de queda, independência funcional e força muscular.
Qual o material que vai ser usado neste estudo?	Neste estudo será aplicado um questionário com dados sociodemográficos e condição de saúde. Também serão

	aplicadas escalas para avaliar a sua dependência nos autocuidados, risco de queda, teste de equilíbrio, independência funcional e força muscular.
Quem pode participar neste estudo?	Pode participar neste estudo se tiver idade igual ou superior a 18 anos, sem défices cognitivos e de comunicação.
Existe algum risco de participar?	Não existe nenhum risco. Os testes realizados são de baixa a moderada intensidade, equiparando-se ao nível de atividades de vida diárias.
Existe benefícios em participar?	Todos os participantes vão beneficiar de uma avaliação sobre a sua condição de saúde, através do questionário e escalas validadas para a nossa população.
Quem vai ter acesso aos meus dados?	Neste estudo, os instrumentos de avaliação não terão a sua identificação. Cada questionário será numerado por ordem de inscrição.
Se participar no estudo, vai ter custos?	Ao participar neste estudo, não irá ter qualquer custo. Todos os valores serão suportados pelo grupo de investigadores.
Que tempo terei de despende?	A sua participação neste estudo vai ter uma duração máxima de 1 hora.
Quais os meus direitos?	Os participantes serão informados individualmente dos objetivos e dos procedimentos do estudo, da identidade do grupo de investigação, bem como das condições inerentes à sua participação. Se decidir participar neste estudo pode recusar ou desistir em qualquer momento, sem qualquer prejuízo.
Se tiver alguma dúvida a quem posso contactar?	Se tiver alguma dúvida e/ou preocupação pode contactar o grupo de investigação ou a investigadora principal. Os contactos encontram-se no início do documento.

Data: __/__/____

Assinatura do Investigador Responsável: _____