

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

GANHOS EM SAÚDE NO SERVIÇO DE
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO -
CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

HEALTH GAINS IN AN PHYSICAL AND REHABILITATION
MEDICAL SERVICE - A CONTRIBUTION OF NURSE
SPECIALIST IN REHABILITATION.

Dissertação académica orientada pela Professora
Doutora Ana Paula Prata e coorientada pela
Professora Doutora Margarida Reis Santos

José Miguel Ferreira dos Santos

PORTO | 2017

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos à minha esposa Sara e aos meus filhos Miguel e David que me deram o seu apoio e demonstraram a sua compreensão nos momentos mais difíceis.

Às minhas orientadoras, a Prof. Doutora Ana Paula Prata e Prof. Doutora Margarida Reis Santos, pelo total apoio, dedicação e disponibilidade na concretização deste trabalho.

ABREVIATURAS

- ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde
- ARN - Association of Rehabilitation Nurses
- AVD - Atividades de vida diária
- AVC - Acidente vascular cerebral
- CHSJ - Centro Hospitalar de São João
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CIT - Contrato individual de trabalho
- CTFP - Contrato de trabalho em funções públicas
- DALY - Disability-Adjusted Life Year
- DGS - Direção Geral da Saúde
- DP - Desvio padrão
- EEER - Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação
- ESO - European Stroke Organization
- ICN - International Council of Nurse
- LACI - Lacunar infarct
- MFR - Medicina física e reabilitação
- MCDT - Meios complementares de diagnóstico e terapêutico
- MdE - Memorial de Entendimento
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OCSP - Oxford Community Stroke Project
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
- PACI - Partial Anterior Circulation Infarct
- POCI - Posterior Circulation Infarct
- QALY - Quality-adjusted life year

RNCC - Rede nacional de cuidados continuados

SAPE - Sistema de apoio à prática de enfermagem

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TACI - Total Anterior Circulation Infarct

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	3
1.1 A Medicina Física e Reabilitação no contexto clínico	3
1.2 O Acidente Vascular Cerebral	4
1.2.1 Enquadramento fisiopatológico e epidemiológico do AVC	4
1.2.2 Os custos do AVC.....	8
1.2.3 Reabilitação do doente com AVC	9
1.3 Enfermagem de reabilitação.....	11
1.3.1 Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação	14
1.3.2 Autocuidado como foco da enfermagem de reabilitação.....	16
1.4 Análise económica de saúde: o custo - efetividade	19
2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	25
2.1 Objetivos do estudo	25
2.2 Tipo de estudo de investigação	26
2.3 População e amostra	26
2.4 Instrumento de recolha de dados	27
2.4.1 Grelha de análise documental aos registos de enfermagem	27
2.4.2 Variáveis e sua operacionalização	30
2.5 Tratamento de dados.....	32
2.6 Considerações éticas	32
3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	33
3.1 Caracterização do contexto	33
3.2 Caracterização do doente com AVC.....	35
3.3 Caracterização do EEER	37
3.4 Efetividade da intervenção do EEER na autonomia do doente com AVC	37
3.4.1 Autocuidado Higiene	37
3.4.2 Autocuidado Arranjo pessoal	40
3.4.1 Autocuidado Vestuário.....	42

3.4.2	Autocuidado Comer	44
3.4.3	Autocuidado Uso sanitário	47
3.5	Custos do internamento do doente com AVC no serviço de MFR	49
4	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
5	CONCLUSÃO	63
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
	ANEXOS.....	75
	ANEXO 1 - GRELHA DE ANÁLISE DOCUMENTAL	77
	ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	85

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estado civil	35
Tabela 2 - Escolaridade	36
Tabela 3 - Avaliação da autonomia no autocuidado higiene	38
Tabela 4 - Avaliação da autonomia no autocuidado arranjo pessoal	41
Tabela 5 - Avaliação da autonomia no autocuidado vestuário	43
Tabela 6 - Avaliação da autonomia no autocuidado comer	45
Tabela 7 - Avaliação da autonomia no autocuidado uso de sanitário	47
Tabela 8 - Dados estatísticos relativos ao internamento no ano de 2013/2014	49
Tabela 9 - Custos de doente por dia de internamento	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Situação profissional	36
Gráfico 2 - Subtipo de AVC	36
Gráfico 3 - Caracterização do nível de dependência no autocuidado higiene.....	38
Gráfico 4 - Caracterização do nível de dependência no autocuidado arranjo pessoal.....	40
Gráfico 5 - Caracterização do nível de dependência no autocuidado vestuário	42
Gráfico 6 - Caracterização do nível de dependência no autocuidado comer	45
Gráfico 7 - Caracterização do nível de dependência no autocuidado uso de sanitário	47
Gráfico 8 - Destino após a alta	50

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Operacionalização das variáveis	31
---	----

RESUMO

O serviço de medicina física e reabilitação está vocacionado para a reabilitação e a recuperação da pessoa com deficiência ou incapacidade devido a doença ou traumatismo (DGS, 2003). A equipa multidisciplinar deverá incluir o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), profissional com competências para maximizar e potenciar a funcionalidade da pessoa. A efetividade da sua intervenção pode gerar ganhos de independência no autocuidado e ganhos na aprendizagem para o autocuidado, levando à obtenção de ganhos em saúde.

O estudo quantitativo, descritivo, e retrospectivo teve como objetivo conhecer os ganhos em saúde decorrentes das intervenções do EEER ao indivíduo com AVC, internado num serviço de MFR. A colheita de dados realizou-se com recurso a um questionário sociodemográfico e uma grelha de análise documental. Foram analisados os registos de enfermagem referentes aos diagnósticos e intervenções de enfermagem aos doentes com AVC, internados no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2014.

Constatámos que na admissão mais de 90% dos doentes apresentavam algum grau de dependência nos autocuidados e na alta mais de 50% adquiriram a sua autonomia. Dos doentes diagnosticados na admissão com autocuidados dependentes em grau elevado, no momento da alta, entre 25% a 50% progrediram para grau reduzido e 20% a 50% adquiriram a independência. Dos doentes com dependência em grau moderado, entre 22% a 64% progrediram para grau reduzido e 35% a 70% adquiriram autonomia. Em média, foram necessários 9 a 28 dias para a aquisição da autonomia. Os custos de internamento no serviço de MFR por dia rondaram os 335,9€, em 2013 e 285,67€ em 2014.

Os resultados obtidos permitiram-nos concluir a existência de efetividade da intervenção do EEER em doentes com AVC internados no serviço de MFR, pois obtiveram-se ganhos em saúde.

Conceitos chave: medicina física e reabilitação (MFR), acidente vascular cerebral (AVC), enfermagem de reabilitação e custo e efetividade.

ABSTRACT

Health gains in physical and rehabilitation medical service - a contribution of a nurse specialist in rehabilitation.

The service of physical medicine and rehabilitation is aimed to the rehabilitation and recovery of the person with some disability or disability due to illness or trauma (DGS, 2003). The multidisciplinary team should include the nurse specialist in rehabilitation nursing, a technician with competencies to maximize and enhance the person's functionality. The effectiveness of their intervention can generate independence gains in self-care and self-care learning leading to health gains.

The quantitative, descriptive and retrospective study had the purpose to identify the health gains derived from the EEER interventions to the individual with stroke, admitted in a MFR service. Data was collected using a socio-demographic questionnaire and a document analysis grid. The nursing records referring to nursing diagnoses and interventions were analyzed for stroke patients hospitalized from January 2013 to December 2014.

We have found that in the admittance more than 90% of the patients showed some level of dependency in self-care and in medical release, more than 50% acquired their independency. Those patients with a diagnosis of high level of self dependency at the moment of their admittance, showed a progress of 25% to 50% in medical release. The moderate dependency level patients, between 22% to 64%, showed a progress to a reduced level and 35% to 70% acquired autonomy. In average, 9 to 28 days were needed in order to show progress in the different levels of dependency until they acquired their independence. The costs of internment in the MFR service per day were about € 335.9 in 2013 and € 285.67 in 2014.

The results obtained enabled us to conclude that the EEER intervention was effective in stroke patients admitted to the MFR service since health gains were achieved.

Key concepts: physical medicine and rehabilitation (MFR), stroke, rehabilitation nursing and cost and effectiveness.

INTRODUÇÃO

A esperança de vida à nascença tem aumentado nos últimos anos, mas nem sempre com a qualidade desejada. As estatísticas revelam que o tempo de vida saudável depois dos 65 anos é na ordem dos sete anos, para uma esperança de vida de cerca de 80 anos (OCDE, 2014). Aliada a esta realidade o estilo de vida atual das pessoas tem originado um aumento das doenças crónicas e incapacitantes e dos acidentes de viação ou de trabalho, motivando um aumento de pessoas com deficiência. Uma das doenças crónicas com alto índice de morbilidade e que resulta na pessoa com deficiência é o acidente vascular cerebral, doença que abrange sobretudo o adulto com idade superior aos 65 anos (DGS, 2016).

O AVC, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, sendo responsável pela incapacidade motora de mais de cinco milhões de pessoas em todo o mundo (MacKay e Mensah, 2004). Tal situação acarreta um elevado custo para o doente, famílias e sistemas de saúde (Kjellström et al., 2006). Neste sentido, a reabilitação do doente com AVC é primordial com o objetivo de proporcionar a recuperação funcional, através de uma equipa multidisciplinar, que inclui o EEER (DGS, 2003).

A reabilitação tem um papel preponderante na recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência (DGS, 2003), traçando como objetivo a maximização do potencial funcional do indivíduo e a sua reintegração na família e sociedade. Constitui a base da medicina física e reabilitação (MFR), que procura dar a solução mais eficaz à pessoa com deficiência. Engloba uma equipa multidisciplinar, orientada por objetivos e estratégias de intervenção comuns e com base na interdisciplinaridade e complementaridade dos seus elementos (Menoita, 2012). O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) faz parte desta equipa e é um elemento essencial para o sucesso das intervenções por ela desenvolvidas.

O EEER “ (...) concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados (...) ” (regulamento n. 125, 2011, p. 8658), que têm como objetivo maximizar as capacidades funcionais da pessoa com deficiência ou incapacidade minimizando o impacto na sua vida e prevenindo complicações inerentes à sua situação (Ibidem, 2011). Para tal, é-lhe exigido um corpo de conhecimentos e competências, que permita que a tomada de decisão na prática clínica seja baseada na evidência científica, no sentido de promover o mais alto nível de qualidade de cuidados de enfermagem.

A enfermagem de reabilitação pode promover ganhos em saúde ao fomentar os ganhos de autonomia e de aprendizagem no autocuidado e ao promover a resolução da dependência do cliente (OE, 2004).

No atual sistema de saúde, onde cada vez mais os recursos são escassos e limitados é necessário delinear estratégias e aplicar instrumentos que, na prática clínica, possibilitem a eficaz gestão dos mesmos. Cada vez mais, é importante os profissionais de saúde obterem conhecimentos nesta área para melhor fundamentarem a sua tomada de decisão (Ferreira, 2014).

Partindo destes pressupostos foi lançada a questão orientadora para este estudo de investigação: **Quais os ganhos em saúde resultantes das intervenções do EEER nos doentes com AVC internados no serviço de MFR?**

Neste sentido, foi realizado um estudo de investigação que teve como objetivo conhecer os ganhos em saúde decorrentes das intervenções do EEER ao indivíduo com AVC, internado num serviço de MFR.

O trabalho encontra-se organizado em 4 capítulos:

- No primeiro, referente ao enquadramento conceptual, aprofundam-se os conceitos chave: medicina física e reabilitação, acidente vascular cerebral, enfermagem de reabilitação e custo e efetividade.
- No segundo procede-se ao enquadramento metodológico da investigação, apresentando-se os objetivos, o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos a utilizar para o tratamento de dados e os procedimentos éticos.
- A apresentação, interpretação e análise dos dados constituem o terceiro capítulo.
- No quarto capítulo apresenta-se a discussão dos resultados relacionando-os com resultados de outros estudos.

Após a conclusão, onde se faz uma síntese das principais conclusões do trabalho, dos resultados obtidos, da resposta aos objetivos do estudo e se apresentam as limitações e sugestões para estudos futuros, apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas no trabalho.

1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

No desenvolvimento de um estudo de investigação é primordial “(...) definir uma estrutura teórica ou conceptual que permita ordenar o conjunto de conceitos e sub-conceitos, de maneira a precisar a orientação do estudo (...)” (Fortin, 2009, p.114).

O quadro conceptual tem por objetivo descrever e explicar os diferentes conceitos, interligá-los e relacioná-los, no sentido de precisar a orientação à formulação do problema, às questões de investigação e à interpretação dos resultados (Ibidem, 2009).

Os conceitos que emergem da questão inicial deste estudo são: medicina física e reabilitação, acidente vascular cerebral, enfermagem de reabilitação e custo efetividade.

1.1 A Medicina Física e Reabilitação no contexto clínico

O aumento da esperança de vida, o progresso do conhecimento médico e o desenvolvimento tecnológico aliados às alterações de um novo paradigma de ritmo e modo de vida das pessoas tem provocado um aumento das doenças crónicas, de crianças com graves sequelas neurológicas e de pessoas com deficiência, que podem ser originadas por acidentes de viação, de trabalho ou doenças cardiovasculares (DGS, 2003; Faria, 2010).

Neste contexto, a MFR tem adquirido cada vez mais preponderância como especialidade clínica, justificada pelo seu papel na reabilitação e recuperação da pessoa com deficiência ou afetada por doença ou incapacidade, com o objetivo de desenvolver o seu potencial de reabilitação, capacitar para a sua autonomia e promover a sua reintegração familiar, social e profissional (DGS, 2003; Faria, 2010). A intervenção da MFR estende-se à prevenção e tratamento das complicações da patologia de base do doente, à redução do impacto da deficiência ou incapacidade e à adaptação à nova condição de vida e das atividades de vida diária (Neumann et al., 2010).

Para a MFR atingir o objetivo da reabilitação e recuperação da pessoa afetada por doença ou traumatismo, deverá ter por base o trabalho integrado de uma equipa de saúde com diferentes profissionais cujas ações devem convergir para objetivos comuns, no plano da reabilitação da pessoa (DGS, 2003). Para tal, é necessário a referida equipa criar no seu seio, um clima de respeito e confiança mútua, com base numa comunicação eficaz (Neumann et al. 2010).

Um serviço de MFR deve ser composto por uma equipa multidisciplinar e com um número adequado de profissionais: médicos fisiatras, enfermeiros especialistas em enfermagem de

reabilitação (EEER), fisioterapeutas, terapeutas da fala e ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e pessoal administrativo e de apoio (DGS, 2003; Neumann et al., 2010).

No documento da Direção Geral de Saúde (DGS), sobre Rede de Referência Hospitalar da Medicina Física e Reabilitação, os hospitais centrais especializados e os hospitais distritais que abrangem uma população superior a 400.000 habitantes, com casuística anual superior a 300 casos de AVC, integrando a rede de urgência como hospitais polivalentes, devem ter, obrigatoriamente, um serviço de internamento de MFR (DGS, 2003). Este requisito apresenta como vantagem, uma maior eficácia no tratamento de reabilitação, uma prestação de cuidados especializados durante 24h e uma libertação de camas nos diferentes serviços para outras situações clínicas. O serviço de MFR deve, preferencialmente, destinar-se a indivíduos com lesões cerebrais, lesões vertebro medulares, amputações e patologias músculo-esqueléticas (ibidem, 2003). A DGS prevê para os hospitais desta plataforma, a nível continental, um total de 240 camas, destacando a necessidade de atribuição de 140 camas para a patologia AVC, pelo que constatámos que a patologia AVC é aquela que prevê maior número de internamentos no serviço de MFR, configurando-se o AVC como uma das patologias com maior taxa de mortalidade e, no caso concreto, de morbilidade (ibidem, 2003).

1.2 O Acidente Vascular Cerebral

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o AVC é a terceira causa de morte nos países desenvolvidos, precedida pelo enfarte do miocárdio e pelas doenças oncológicas. Em cada ano existem cerca de 15 milhões de pessoas em todo o mundo que sofrem um AVC. Destas, cerca de cinco milhões morrem e outros cinco milhões ficam incapacitadas, provocando uma enorme sobrecarga nas famílias e na sociedade (MacKay e Mensah, 2004).

Em Portugal, como referenciado anteriormente e de acordo com a DGS, existe uma incidência de AVC - 20 000/ano; sobreviventes 17 000, dos quais 1700 necessitam, especificamente, de cuidados de reabilitação (DGS, 2003). Estes dados revelam a importância da abordagem deste tema.

1.2.1 Enquadramento fisiopatológico e epidemiológico do AVC

As doenças vasculares cerebrais mais comuns são o AVC isquémico, o AVC hemorrágico e as anomalias vasculares, como o aneurisma e as malformações arteriovenosas (Harrisson, 2013). Neste estudo iremos, sobretudo, debruçar-nos sobre o AVC isquémico e hemorrágico por apresentarem maior incidência neste grupo de patologias.

O AVC, com origem em distúrbios vasculares, define-se como um déficit neurológico focal ou por vezes global, de início súbito ou de duração superior a 24 horas e que pode causar a morte (OMS, 2005; Harrison, 2010).

Do ponto de vista fisiopatológico, o AVC caracteriza-se por uma oclusão ou rutura de um vaso intracraniano que resultará numa redução do suprimento sanguíneo em determinada área do tecido cerebral. O grau de redução e, por consequência, a isquemia cerebral do tecido afetado depende do fluxo sanguíneo colateral, do local onde ocorre e da pressão arterial sistémica. Uma diminuição drástica do fluxo sanguíneo cerebral para valores da ordem de zero, em 4 a 10 minutos, irá provocar a morte do tecido cerebral naquela área, causando a zona de enfarte cerebral. O tecido cerebral em volta desta zona que se encontra em isquemia denomina-se penumbra isquémica, pois a sua disfunção ainda é reversível (Harrison, 2013).

As causas mais comuns do AVC podem ser de origem trombótica, embólica, lacunar ou hemorrágica (Civetta, Taylor & Kirby, 1992). O AVC trombótico é o mais comum e resulta da estenose ou oclusão aterosclerótica de um grande vaso (artéria carotídea ou cerebral média), causando sintomatologia específica. O decurso estenótico ou oclusivo ocorre sobretudo durante a noite, é lento e gradual, podendo durar horas ou dias e apresentar um processo transitório (acidente isquémico transitória) (Ibidem, 1992).

O AVC de origem embólica pode ter como causa as cardiopatias, devido à formação e desprendimento de trombos das paredes auricular ou ventricular ou das válvulas cardíacas. Ao entrarem na corrente sanguínea, os trombos poderão ocluir os vasos cerebrais, como a artéria cerebral média, a cerebral anterior ou a cerebral posterior ou, no caso de pequenos êmbolos, os vasos arteriais corticais. Pode ter um início súbito e a sua gravidade depende da localização, da extensão do enfarte e da eficácia da circulação colateral (Civetta, Taylor & Kirby, 1992; Harrison, 2013). O AVC embólico-arterial é também de origem embólica e tem como causa a formação e o desprendimento de trombos da placa aterosclerótica, nomeadamente na bifurcação carotídea, nas artérias carotídeas comuns e internas e nas artérias vertebrais e basilares (Harrison, 2013).

O AVC lacunar corresponde a pequenos enfartes que ocorrem em pequenas artérias perfurantes, ramificadas diretamente de grandes vasos em duas áreas distintas e comuns do cérebro: as estruturas profundas dos gânglios da base, tálamo, cápsula interna e tronco cerebral. As regiões onde ocorrem as trombozes destes vasos são chamadas lacunas (Chivetta, Taylor & Kirby, 1992).

O AVC hemorrágico é o menos comum, resulta do sangramento contínuo, por minutos ou horas, devido ao rompimento de um vaso cerebral. Tem início súbito e sintomatologia distinta: cefaleias, vômitos e alteração do estado de consciência. A sua localização é similar ao do AVC lacunar (ibidem, 1992).

Os fatores de risco fortemente associados às diferentes causas do AVC são na doença ateromatosa: a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, o tabagismo, a estenose carotídea e a diabetes mellitus; no embolismo cardíaco: a fibrilação auricular e a doença valvular e no AVC hemorrágico: a hipertensão arterial, o álcool, a angiopatia amiloide no idoso, uso de anticoagulantes, as drogas de abuso vasoativas (ex. cocaína), as malformações vasculares e as hemorragias em lesões tumorais subjacentes (Ferreira et al., 2011).

As manifestações clínicas do AVC estão associadas ao território vascular cerebral afetado, à área atingida e à gravidade da lesão. De acordo com a localização do AVC e das diferentes artérias envolvidas, os sinais e sintomas mais comuns são:

- **Artéria Cerebral Média**
 - Hemiparesia contralateral
 - Défice hemi-sensorial contralateral
 - Afasia motora (de Broca) - fala hesitante com dificuldade em encontrar as palavras e compreensão preservada (no hemisfério dominante)
 - Afasia central (de Wernick) - anomia, má compreensão, fala calão (no hemisfério dominante)
 - *Neglect* unilateral, apraxias
 - Hemianopsia e quadrantanopsia homônima
 - Visão preferencial com olhos desviados para o lado da lesão
- **Artéria Cerebral Anterior**
 - Paralisia do pé e da perna com ou sem paresia do braço contralateral
 - Perda sensorial cortical na perna contralateral
 - Reflexos de preensão e sucção
 - Incontinência urinária
 - Apraxia na marcha
- **Artéria Cerebral Posterior**
 - Hemianopsia homônima
 - Cegueira cortical
 - Défice de memória
 - Perda sensorial densa, dor espontânea, disestesias, coreoatetose
- **Artéria Cerebral Posterior**
 - Paralisia do III nervo e hemiplegia contra lateral
 - Paralisia/paresia do movimento ocular vertical
 - Nistagmo de convergência, desorientação
- **Artéria Basilar**
 - Paralisia facial
 - Paresia de abdução do olho
 - Paresia do olhar conjugado

- Défice sensorial hemifacial
- Síndrome de Horner
- Sensação dolorosa e térmica diminuída em metade do corpo (com ou sem atingimento da face)
- Ataxia
- **Artéria Vertebral**
 - Vertigem, nistagmo
 - Síndrome de Horner (miose, ptose, sudção diminuída, ataxia, queda para o lado da lesão)
 - Sensação dolorosa e térmica alterada em metade do corpo, incluindo ou não a face (Harrison, 2010).

O prognóstico do AVC pode ser influenciado, não só pela idade e condição física do indivíduo, como também, pelo tamanho e topografia da lesão (Bamford et al., 1991). A Oxford Community Stroke Project (OSCP) desenvolveu um método de avaliação clínica, sobretudo para o AVC Isquémico, baseado na sintomatologia, na localização e no território e extensão do enfarte e que se divide em quatro subtipos:

TACI (Enfarte Total da Circulação Anterior) - o doente com um TACI apresenta a combinação de uma nova disfunção cerebral superior (por exemplo: disfasia, discalculia, distúrbio viso espacial), com o defeito no campo visual homónimo e défice sensorial e/ou motor ipsilateral de pelo menos duas áreas (face, membro superior e membro inferior). No caso do nível de consciência estar diminuído e os testes formais da função cerebral superior ou campos visuais não serem possíveis de realizar, um défice é assumido, como se estivesse presente. Esta situação clínica apresenta o pior prognóstico.

PACI (Enfarte Parcial da Circulação Anterior) - o doente apresenta somente duas ou três componentes da síndrome de TACI, com uma disfunção isolada ou com défice sensório-motor mais restrito que na síndrome de Enfarte Lacunar (LACI) (por exemplo, somente a um membro ou face e mão, mas não em todo o membro superior). Apresenta um prognóstico moderado.

LACI (Enfarte Lacunar) apresenta um início súbito de uma das cinco síndromes lacunares major: défice motor puro, défice sensorial puro, hemiparesia atáxica, síndrome da disartria-mão “desajeitada” e défice sensorial e motor. É o que apresenta melhor prognóstico.

POCI (Enfarte da Circulação Posterior) apresenta um início súbito de um défice neurológico focal no qual inclui: paralisia facial unilateral com défice sensorial e/ou motor contra lateral, desvio conjugado dos olhos, disfunção cerebral sem défice do trato longo ipsilateral (exemplo hemiparesia atáxica) ou défice isolado do campo visual homónimo. Tal como o PACI, apresenta um prognóstico moderado (Bamford et al., 1991; Anderson et al., 1994; DGS, 2010).

O AVC é uma patologia incapacitante e com co-morbilidades graves e diversas, implicando um enorme custo para o doente, família e sociedade.

1.2.2 Os custos do AVC

O AVC foi responsável por 5,7 milhões de mortes em todo o mundo (OMS, 2005). Para além deste número de óbitos, muitos dos indivíduos com AVC apresentaram um grau considerável de incapacidade, necessitando de ajuda para as suas atividades de vida diária (AVD); acarretando um enorme custo para o doente, as suas famílias e para o sistema de saúde (Kjellström et al., 2006).

Em Portugal, no conjunto das doenças do aparelho circulatório que constituíram a principal causa de morte em 2013 apresentando valores na ordem dos 29,5% da mortalidade total ocorrida no nosso país, o AVC totalizou cerca de 11,5% do total das mortes. Este conjunto de doenças registou uma mortalidade prematura de 12,3% (proporção de indivíduos falecidos com idades inferiores a 70 anos), motivando 456,6 anos potenciais de vida perdidos por cada 100 mil habitantes (INE, 2015). Segundo a DGS (2015), em 2009 a taxa de incidência de AVC foi de 27 a 41 indivíduos/10 000 e a taxa de incidência de AVC, antes dos 65 anos, foi de 8 a 12 indivíduos/10 000. Na região norte, no triénio de 2008/2010 as doenças cerebrovasculares apresentaram uma taxa de mortalidade na ordem dos 14,8%, representando uma taxa de mortalidade de 8,9 indivíduos/100 000 habitantes com idade inferior a 65 anos. Relativo à morbilidade, constatou-se no mesmo triénio, uma taxa de internamento na ordem de 271,8 indivíduos/100 000 habitantes, motivado pela mesma patologia (ARS Norte, 2014).

Em termos monetários, *The American Heart* estima que o AVC nos Estados Unidos da América tenha tido, em 2004, um custo total de 53,6 biliões de dólares com custos diretos na medicação e no tratamento na ordem dos 33 biliões de dólares e com custos indiretos, provocado pela perda de produtividade, na ordem dos 20,6 biliões de dólares (MacKay e Mensah, 2004). Na Nova Zelândia foram estimados custos do AVC por pessoa na ordem dos 73 mil dólares, com custo anual de 450 milhões de dólares e estimou-se que a incidência e mortalidade do AVC no ano de 2015 poderão ter tido um custo global de mais de 700 milhões de dólares (Stroke Foundation of New Zealand, 2010).

Segundo a *Fundación Española de Enfermedades Neurológicas*, num estudo sobre o custo médio estimado por doente/AVC em diferentes países da Europa, Portugal apresentou um custo médio anual estimado, por doente, de 14 518 euros (Sánchez, 2006)

Hervás et al. (2007), num estudo realizado em Espanha, referente ao custo dos cuidados prestados pelos cuidadores informais a doentes vítimas de AVC, concluíram que o tempo médio gasto por doente é de 5 a 6 horas/dia e que segundo o grau de dependência, os

custos com o cuidador informal podem aumentar, de 10 400 euros para os moderadamente dependentes nas AVD, para 24 800 euros para os mais dependentes nas AVD.

Neste sentido, é primordial promover um conjunto de estratégias que visem minorar os custos diretos e indiretos com o AVC, para o doente, a família e a sociedade e simultaneamente promover toda a qualidade assistencial inerente a esta patologia.

A Declaração de Helsingborg, em 2006, definiu cinco aspetos fundamentais na gestão da patologia do AVC: organização dos serviços que acolhem estes doentes, gestão do AVC na fase aguda, reabilitação pós AVC e evolução dos resultados e avaliação da qualidade. Referente à reabilitação, a mesma declaração estabeleceu como meta que 70% dos doentes, que sobrevivem a um AVC, se tornem independentes nas atividades de vida diária (AVD) após 3 meses do início da reabilitação. Refere que uma reabilitação efetiva e eficaz requer uma equipa multidisciplinar, na qual está incluído o enfermeiro com experiência e treino na reabilitação do pós-AVC (Kjellström et al., 2006).

1.2.3 Reabilitação do doente com AVC

Reabilitar pode ser definido, como “ (...) um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiência, ou prestes a adquirir deficiência, a terem ou manterem uma funcionalidade na interação com o meio ambiente” (WHO, 2011, p.100). Nesta perspetiva, salientam-se dois tipos de intervenções: habilitar, visando os indivíduos com deficiência adquirida a potenciar a sua funcionalidade e reabilitar, visando naqueles que adquiriram deficiência, por doença ou acidente, a recuperarem a sua funcionalidade (Ibidem, 2011). A reabilitação é também entendida como um processo dinâmico, global que, integrando um modelo assistencial orientado desde o início para um processo preventivo e educativo do binómio indivíduo e família (Esteves & Faro, 2005), tem o intuito de recuperar ou potenciar a funcionalidade do indivíduo com deficiência e orientar para a reintegração na família e na sociedade (DGS, 2003; Menoita, 2012).

Para Hesbeen (2003) a reabilitação é uma prática multidisciplinar, fundamentada em conhecimento científico, que tem por finalidade, assegurar à pessoa com incapacidade ou deficiência ou aos seus cuidadores, diferentes competências que permitam analisar, suprimir, atenuar e ajudar a ultrapassar os obstáculos gerados pela sua condição, através de meios como a reeducação funcional e a reintegração familiar, social, escolar e profissional.

O processo de reabilitação deverá compreender uma abordagem holística do indivíduo, atendendo às suas perspetivas de vida e condições clínicas e não só à sua disfunção orgânica ou estrutural-funcional (Faro, 2006), respeitando o seu projeto de vida pessoal e não impondo o que julga ser melhor para ele (Menoita, 2012)

Nesta perspetiva, a reabilitação é um fator preponderante do tratamento global do doente com AVC e é recomendada em diversas *guidelines* de organizações dedicadas a esta patologia. Neste contexto, as recomendações sugeridas, para a reabilitação do doente com AVC, são essencialmente:

- a mobilização precoce do doente com AVC, de acordo com a sua situação clínica;
- a reabilitação deverá ser de 45 minutos a uma hora por dia, cinco dias por semana, de acordo com a tolerância do cliente ao programa de reabilitação;
- programar e estruturar o processo de reabilitação. Definir objetivos para os primeiros seis meses. O processo de reabilitação deve ser continuado, pelo menos durante o primeiro ano após a alta;
- ser realizada por uma equipa multidisciplinar e com competências na reabilitação do doente com AVC

(European Stroke Organization, 2008; *Intercollegiate Stroke Working Party*, 2012; Stroke Foundation of New Zealand, 2010).

Para estabelecer um plano terapêutico de reabilitação ao doente com AVC, é necessário efetuar uma avaliação clínica e funcional o mais precocemente possível, nas primeiras 24 a 48h. Tal, permitirá proporcionar o início precoce do tratamento de reabilitação e adequar a melhor orientação futura para os diferentes recursos nesta área, existentes nas instituições hospitalares ou na comunidade (DGS, 2011). No entanto, a referida orientação deverá ser efetuada de acordo com critérios de triagem bem definidos, como:

- estabilização clínica e sem risco de descompensação cardiopulmonar;
- presença de défices funcionais;
- capacidades cognitivas e motivacionais que permitam a adesão ao programa de reabilitação;
- capacidade de tolerância física ao programa de reabilitação e participação ativa do mesmo (Ibidem, 2011).

No entanto, existem outros fatores a ter em consideração, que podem determinar o rumo do programa de reabilitação e a recuperação da autonomia do indivíduo, como a gravidade da lesão, de acordo com a sua topografia e tamanho, a gravidade clínica com avaliação funcional através do recurso a escalas standardizadas, a capacidade de tolerância ao esforço, o défice prévio ao AVC e a idade do cliente (Ibidem, 2011).

O processo da reabilitação inicia-se pela identificação dos problemas e necessidades da pessoa, a relação dos seus transtornos com os fatores relevantes para a sua vida, a definição de metas de reabilitação, o planeamento, a implementação e execução de intervenções e a avaliação dos efeitos desejáveis (WHO, 2011).

A reabilitação, como referido anteriormente deverá ser efetuada por uma equipa multidisciplinar. Os elementos integrantes da equipa têm por base objetivos comuns previamente acordados, partilha de conhecimento e experiências distintas e

complementares, num clima de confiança e respeito mútuo (Neumann et al., 2010); ou seja, o trabalho em equipa deve ser desenvolvido na complementaridade funcional e na interdisciplinaridade (Menoita, 2012). A interdisciplinaridade “(...) implica uma maneira de funcionar baseada na complementaridade de atores esclarecidos sobre a complexidade do ser humano e animados pela preocupação como a ação do cuidar de uma pessoa deficiente incapacitada, bem como dos seus próximos” (Hesbeen, 2003, p. 69-70). Implica, também, uma estreita colaboração entre os diferentes profissionais, que traçam objetivos comuns, combinam a melhor forma de resolver os problemas, através de um trabalho específico de cada ator, evitando a duplicação de tratamentos e os conflitos (Hoeman, 2011). Resumindo, a reabilitação exercendo a sua ação sobre o indivíduo lesado, família ou cuidadores, deverá ser executada por profissionais qualificados, especializados e com um corpo de conhecimentos específico (Faro, 2006), numa base de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

Tal, poderá refletir-se em melhores resultados das taxas de sobrevivência, nomeadamente nos doentes afetados por esta patologia incapacitante - o AVC (Neumann et al., 2010). Evitar e minimizar sequelas como a incapacidade e a deficiência (DGS, 2003) e proporcionar uma redução dos custos através da diminuição do período de internamento hospitalar e da melhoria da qualidade de vida, pode traduzir-se em ganhos de saúde (WHO, 2011).

Na equipa multidisciplinar, evidencia-se o Enfermeiro com a especialidade em reabilitação, tal como preconiza a DGS no seu documento sobre a rede de referência hospitalar da MFR, referindo que os serviços/unidades de MFR “ (...) devem ser providos de enfermeiros com formação em reabilitação” (DGS, 2003, p.12). A importância do EEER é justificada pela sua intervenção, junto do doente, através do ensino e treino contínuo, com o objetivo da aprendizagem da execução de várias tarefas funcionais, como as AVD, durante 24h por dia e sete dias por semana, o mesmo não sucedendo com os outros membros da equipa multidisciplinar (Barreca & Wilkins, 2008). A inclusão do enfermeiro de reabilitação na equipa multidisciplinar de reabilitação do doente com AVC, pode permitir uma diminuição em 6% do tempo de internamento hospitalar, devido ao papel preponderante que estes profissionais têm na coordenação do *continuum* dos cuidados de reabilitação, (Nelson et al., 2007 cit. por Miller et al., 2010).

1.3 Enfermagem de reabilitação

A enfermagem de reabilitação é definida como uma área da intervenção que visa prevenir, recuperar e habilitar de novo as pessoas vítimas de doença súbita ou de descompensação, resultante de processo crónico e que provoque o défice funcional, cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, do autocuidado comer, da eliminação e da sua sexualidade;

promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas, potenciando o seu rendimento e desenvolvimento profissional (regulamento n. 350, 2015).

A Enfermagem de Reabilitação, numa base de parceria e relação de ajuda, tem por objetivo potenciar a autonomia da pessoa, obter a restauração da sua função e otimizar o seu modo de vida (Menoita, 2012).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação refere que:

Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação constituem uma área de intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades (Regulamento n.º 350, 2015, p. 16556).

O papel do EEER é assistir a pessoa com incapacidade ou doença crónica, com o objetivo de obterem ou manterem o máximo das suas capacidades funcionais, um ótimo nível de saúde e bem-estar e proporcionar-lhes um conhecimento efetivo para que saibam lidar com a mudança e as alterações do seu modo de vida (Hoeman, 2011).

Segundo Menoita (2012), no processo de reabilitação do indivíduo, o EEER assume os papéis de interpretação, avaliando as características específicas de cada situação clínica e traçando os objetivos para maximizar a independência funcional; de consolidação, ao promover o autocuidado e prevenindo complicações e limitações futuras; de conservação, reforçando os comportamentos de adaptação funcional, assegurando a continuidade dos cuidados e na sua intervenção minimizar o impacto da incapacidade; e de integração, promovendo a complementaridade e interdisciplinaridade entre os diferentes profissionais da reabilitação.

Ao EEER é exigido um corpo de conhecimentos que lhe permita tomar decisões baseadas na evidência científica, na qual se confere um conjunto de competências, tal como estão descritas no artigo 4º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados;*
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;*
- c) Maximiza a funcionalidade, desenvolvendo as capacidades da pessoa (regulamento n. 125, 2011, p. 8658).*

Nesse sentido, constata-se que o regulamento n. 125/2011 tal como o regulamento n. 350/2015, emanado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), traçam um conjunto de diretrizes que definem o perfil de competências para o EEER, promovendo os mais elevados padrões de excelência nos cuidados especializados na enfermagem de reabilitação.

A *Association of Rehabilitation Nurses* (ARN), através do seu modelo profissional de enfermagem de reabilitação, define um conjunto de competências para o enfermeiro de reabilitação, tendo por base quatro domínios específicos: a promoção da qualidade de vida, a liderança, a interdisciplinaridade e os cuidados liderados pelo enfermeiro. As competências foram ainda determinadas em três níveis, de acordo com a experiência profissional do enfermeiro: o iniciado (1 a 2 anos), o intermédio (3 a 5 anos) e o avançado (superior a 5 anos) (ARN, 2014).

O saber e as competências do EEER permitem, junto da pessoa com incapacidade ou deficiência, a gestão de situações complexas de saúde, a intervenção ao longo do ciclo de vida, a procura contínua dos melhores resultados para o doente, o estabelecimento de parcerias com o doente, a família ou a comunidade durante o processo de reabilitação e a coordenação de planos de cuidados interdisciplinares (Hoeman, 2011)

É neste sentido que a excelência da Enfermagem de Reabilitação pode trazer ganhos em saúde em todos os contextos da sua prática, tal como é referido no regulamento 350/2015 (p.16555), ao citar que a intervenção do EEER “(...) dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde”.

Ganhos em saúde, como referenciado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016:

Expressam a melhoria dos resultados (...) e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (DGS, 2012, p. 22).

Na mesma linha de pensamento, a OE refere ainda:

Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, demonstram o estado, comportamento ou perceção variável e mensurável de um utente ou seu convivente significativo, que é amplamente influenciado pelas intervenções de enfermagem que dependem da conceção do enfermeiro, de acordo com os mandatos sociais com que a enfermagem está investida (OE, 2015a, p.2).

No caso concreto da enfermagem e no caso específico da enfermagem de reabilitação, pode-se considerar “ (...) ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, as evoluções positivas ou modificações operadas no estado de diagnóstico de enfermagem após as intervenções.” (OE, 2004, p. 6). Como exemplo de ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem refere-se a taxa de resolução da dependência no autocuidado, os ganhos em independência no autocuidado e os ganhos em aprendizagem de capacidades para o autocuidado (ibidem, 2004).

Resumindo, a intervenção do EEER, pautada por um corpo de conhecimentos, baseado na evidência científica, e por um conjunto específico de intervenções autónomas numa

perspetiva holística e da individualidade da pessoa, pode promover ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem pela diminuição da incapacidade e maximização da funcionalidade física e psicossocial e, sobretudo, promovendo a qualidade de vida da pessoa com incapacidade ou deficiência.

1.3.1 Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação

O regulamento 125/2011, do DR n.35, 2ª série, emanado pela OE, confere ao EEER um conjunto de competências específicas que lhe permitem conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados enfermagem distintos, a pessoas com problemas reais ou potenciais. Nesse sentido, o enfermeiro de reabilitação tem competência para avaliar e elaborar diagnósticos de enfermagem relativos às alterações da funcionalidade e incapacidade da pessoa, elaborar planos de intervenção, implementar as intervenções e avaliar os resultados.

O melhor método para a elaboração e implementação dos planos de enfermagem de reabilitação é o processo de enfermagem, no intuito de organizar as condições necessárias à realização do cuidado e documentar a sua prática (Garcia & Nóbrega, 2009). A aplicação do processo de enfermagem, orientado pelos modelos conceptuais, permite uma elaboração precisa dos diagnósticos e intervenções de enfermagem (Andrade et al., 2010), possibilitando uma avaliação concreta da prática de enfermagem, fomentando a qualidade do cuidado e promovendo a visibilidade e reconhecimento profissional (Garcia & Nóbrega, 2009).

O processo de enfermagem é definido “ (...) como um instrumento tecnológico ou modelo metodológico para o cuidado profissional (...) ” com o objetivo da “ (...) especificação e verificação, na prática, de resultados do paciente que sejam sensíveis às intervenções de enfermagem” (Garcia & Nóbrega, 2009, p. 188). O processo de enfermagem, entendido como um processo dinâmico, que auxilia na gestão da informação e na tomada de decisão, compreende três etapas próprias: diagnóstico, intervenção e resultados de enfermagem (Ibidem, 2009).

Na elaboração dos diagnósticos de enfermagem na área da reabilitação é fundamental proceder-se a uma avaliação completa da pessoa, no sentido de uma intervenção clínica apropriada e particularmente de uma avaliação funcional, de forma a delinear as intervenções e estratégias da sua execução, com implicação futura nos resultados esperados (Hoeman, 2011).

As intervenções de enfermagem de reabilitação devem ser entendidas como um conjunto de ações estruturadas e desenvolvidas pelo EEER, tendo como alvo a globalidade da pessoa e família, no seu contexto familiar e meio ambiente e na obtenção da sua máxima independência e autonomia (Couto, 2012).

A intervenção de enfermagem de reabilitação, proposta por Couto (2012), relativa ao autocuidado, comporta três domínios na área da intervenção do enfermeiro: domínio de processos de ensino-aprendizagem, domínio do processo corporal e domínio do comportamento emocional.

A mesma autora (2012) refere que no domínio do processo de ensino-aprendizagem, o enfermeiro de reabilitação tem por objetivo capacitar o doente ou cuidador para o desempenho do autocuidado, informar e capacitar para a utilização dos produtos de apoio, através de intervenções de enfermagem do tipo aconselhar, ensinar, instruir e treinar:

Aconselhar - capacitar alguém para tomar a sua própria decisão através do diálogo (ICN, 2011, p. 98).

Ensinar - dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (ICN, 2011, p. 100).

Instruir - fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa (ICN, 2011, p. 101).

Treinar - desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa (ICN, 2011, p.104).

No domínio dos processos corporais, o enfermeiro de reabilitação tem por objetivo potenciar as capacidades físicas e a mobilidade geral do doente, através das sinergias músculo-articulares, pois estas interferem no desempenho funcional das atividades do autocuidado. Para tal, elabora planos de intervenção que contemplam os exercícios de mobilidade e coordenação motora, treino de equilíbrio, fortalecimento muscular e motricidade fina, recorrendo a intervenções do tipo assistir, estimular e treinar (Couto, 2012).

Assistir -Fazer parte do trabalho com ou para alguém (ICN, 2011, p. 98).

Estimular- Incitar ou despertar alguma coisa (ICN, 2011, p. 100).

Treinar - Desenvolver as capacidades de alguém ou funcionamento de alguma coisa (ICN, 2011, p. 104).

No domínio do comportamento emocional, o enfermeiro de reabilitação tem por objetivo promover o reforço positivo junto do doente, através do incentivo e motivação e recorrendo às intervenções de enfermagem incentivar e elogiar (Couto, 2012):

Incentivar - Levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade (ICN, 2011, p. 100).

Elogiar - Expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa (ICN, 2011, p. 101).

No decurso da sua prática, o EEER aplica, na maioria das vezes em conjunto, as várias intervenções acima referidas, ou seja, num momento de aprendizagem o enfermeiro pode colocar em prática a intervenção, instruir e treinar determinada técnica ou recurso,

relativo ao autocuidado, bem como, promover o reforço positivo elogiando, simultaneamente o cliente, pelo feito conseguido.

1.3.2 Autocuidado como foco da enfermagem de reabilitação

O autocuidado é parte integrante da pessoa, é uma prática do indivíduo adulto que se desenvolve e aperfeiçoa durante o seu ciclo de vida, dotando-o de capacidades para cuidar de si mesmo no seu ambiente natural (Orem, 1993), no objetivo de manter a saúde e o próprio bem-estar e prevenir ou ter aptidão para lidar com a doença ou incapacidade (Martins & Rocha, 2016).

Numa outra definição de autocuidado, o *International Council of Nurses* (ICN, 2011, p. 38) refere que “ Autocuidado é a atividade exercida pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e internas e as atividades da vida diária”. O autocuidado também pode ser definido como um recurso e um processo para a saúde, numa relação dinâmica. Um recurso para a saúde através da ação do indivíduo de manter, promover e reforçar a sua capacidade funcional com o objetivo de prevenir a doença, a disfuncionalidade e a incapacidade de forma a adquirir o seu bem-estar, a sua independência; e um processo para a saúde, no sentido do desenvolvimento da saúde individual em estreita relação com o bem-estar e a doença (Hoy, Wagner & Hall, 2007).

Erickson et al. (1983, cit. por MecEwen & Wills, 2009), na sua teoria de modelagem e teoria da modelagem de papel, definem o autocuidado pelo conhecimento que o indivíduo detém dos fatores predisponentes da doença e pela mobilização dos seus recursos internos a par da aquisição de outros recursos, com a finalidade de obter, manter e promover um nível ideal de saúde holística.

Todas as abordagens referem ser indispensável que o indivíduo seja dotado de conhecimento e competências, no sentido de adquirir comportamentos ou realizar atividades que promovam a sua saúde e bem-estar.

Queirós et al. (2014) afirmam que o autocuidado vai para além das atividades de vida diária e as atividades instrumentais, abrangendo todos os aspetos vivenciais do indivíduo.

A OE também preconiza como orientação para a qualidade dos cuidados de enfermagem o conceito de autocuidado. O documento sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem elaborado pela OE (2002), que se determina como um dos instrumentos de ajuda na clarificação do papel dos enfermeiros junto dos clientes, de outros profissionais e da sociedade, integra o autocuidado num dos seis enunciados descritivos. O mesmo documento define no enunciado descritivo referente ao autocuidado que “(...) na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar

dos clientes e suplementa/complementa as atividades relativamente às quais o cliente é dependente.” (OE, 2002, p.16).

Contudo, ao referir o conceito de autocuidado, teremos obrigatoriamente que o enquadrar na Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Orem. O autocuidado, segundo Orem (1993) é uma atividade apreendida pelo indivíduo e orientada para um objetivo concreto, um comportamento desempenhado pelo próprio em situações concretas do seu ciclo de vida, de forma a regular determinados fatores que afetam o seu desenvolvimento e a promoção da sua saúde e bem-estar. A autora preconiza que o indivíduo, no seu ciclo de vida e como agente do seu autocuidado, tem a responsabilidade de cuidar de si mesmo ou, pode ter a responsabilidade de cuidar dos seus dependentes diretos, no sentido de proporcionar, de os ajudar a realizar ou a supervisionar o autocuidado. (Georges, 2000; Tomey & Alligood, 2002)

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem é uma teoria geral que tem por base três outras teorias relacionadas entre si: a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 1993; Georges,2000, Queirós, Vidinha & Filho, 2014)

A Teoria do Autocuidado baseia-se no pressuposto que o indivíduo tem a capacidade de cuidar de si próprio e para isso desenvolve atividades ou comportamentos para manter o seu desenvolvimento, a sua saúde e seu bem-estar (Martins & Rocha, 2016). Para tal, necessita de estar provido de um conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades, que são reguladas pela idade, pelos estádios de desenvolvimento, pelas experiências da vida, pela orientação sociocultural, pela saúde e pelos recursos disponíveis (Orem, 1993; Georges, 2000). Orem (1993) refere três requisitos do autocuidado, ou seja, razões pela quais é colocado em prática o autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio da saúde.

Os requisitos universais são comuns a todos os indivíduos, e têm origem no que é conhecido, validado ou em processo de validação (Queirós, Vidinha & Filho, 2014; Tomey & Alligood, 2002; Georges, 2000), estão associados com os processos de vida e a manutenção da integridade e funcionamento estrutural do indivíduo (Georges, 2000). Os requisitos de desenvolvimento de autocuidado são os que promovem os processos de vida nas diferentes fases do desenvolvimento humano e previnem as condições prejudiciais (Queirós, Vidinha & Filho, 2014; Tomey & Alligood, 2002; Georges, 2000). Por sua vez os requisitos de desvio da saúde existem para pessoas em situação de doença, incapacidade de ordem física ou cognitiva, por razões patológicas ou genéticas e submetidas a diagnóstico e tratamento médico (Queirós, Vidinha & Filho, 2014; Tomey & Alligood, 2002; Georges, 2000; Orem, 1993).

A teoria do défice de autocuidado está relacionada com a capacidade ou a habilidade que o indivíduo tem de prover o autocuidado, ou seja, em determinados momentos do seu

ciclo de vida, este pode sentir-se incapaz ou limitado, de forma parcial ou total, para satisfazer as necessidades do seu autocuidado ou então, daqueles que, em determinado momento, dele dependem diretamente (Orem 1993; Tomey & Alligood, 2002). O défice do autocuidado pode ser completo, quando o indivíduo não tem capacidade ou habilidade para satisfazer as necessidades dos requisitos do autocuidado na totalidade, ou parcial, quando não consegue satisfazer um dos requisitos do autocuidado (Orem, 1993). A teoria do défice do autocuidado constitui o foco da teoria geral de enfermagem de Orem, uma vez que designa a necessidade dos cuidados de enfermagem (Georges, 2000).

A teoria dos sistemas de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do indivíduo para o desempenho das atividades de autocuidado. Se houver défice no autocuidado é necessária a intervenção do enfermeiro (Orem, 1993). A partir deste pressuposto, Orem identificou três tipos de sistemas de enfermagem que satisfazem os requisitos do autocuidado do indivíduo. O sistema totalmente compensatório, nas situações em que o indivíduo está totalmente incapacitado ou limitado do ponto de vista motor, cognitivo ou prescritivo, para a realização do seu autocuidado ou no papel de cuidador para a realização do mesmo, necessitando da intervenção do enfermeiro, de forma a satisfazer na íntegra o autocuidado (Queirós, Vidinha & Filho, 2014; Georges, 2000; Orem, 1993). O sistema parcialmente compensatório, nas situações em que a pessoa ou o cuidador para realizar e satisfazer as necessidades do autocuidado, necessitam do enfermeiro para ajudar naquilo que não são capazes de realizar por si mesmas (Queirós, Vidinha & Filho, 2014; Georges, 2000; Orem, 1993). O sistema de apoio-educação, neste sistema o indivíduo lesado ou doente ou no papel de cuidador consegue realizar e satisfazer as necessidades do autocuidado, por intermédio da orientação, ensino e supervisão do enfermeiro para a execução do mesmo (Queirós, Vidinha & Filho, 2014; Georges, 2000).

O EEER, no processo de reabilitação de um doente, usa em simultâneo os três sistemas de enfermagem de Orem, não fomentando o controlo e a dependência do doente, mas promovendo a aquisição de conhecimentos e competências, de forma a capacitar para a autonomia do autocuidado (Hoeman, 2011), como se constata pelo conjunto de competências definidas no regulamento 125/2011 do DR n.35, 2ª série. Este documento refere que o EEER deve capacitar “(...) pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania (...)”, intervindo através da elaboração e implementação de programas de treino de AVDs e “ (...) ensina a pessoa e/ou cuidador, técnicas específicas de autocuidado (...)” e “(...) realiza treinos específicos de AVDs (...)” com o objetivo da “(...) adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (regulamento 125, 2015, p. 8658).

1.4 Análise económica de saúde: o custo - efetividade

“A sociedade em geral tem necessidades ilimitadas que não podem ser sustentadas na sua totalidade porque os recursos são escassos” (Ferreira, 2005, p.42,). Reportando para o setor da saúde, na última década verificou-se um aumento dos custos dos cuidados de saúde, motivado por fatores como o envelhecimento da população, a expectativa da qualidade de vida, a inovação na área tecnológica, o estilo de vida saudável e a literacia (Kobelt, 2013). Neste cenário, torna-se imperioso estabelecer escolhas criteriosas e bem fundamentadas uma vez que não é possível satisfazer todas as necessidades da sociedade (Ferreira, 2005). Dado que a saúde é um bem essencial, mas escasso e finito, é exigido um controlo rigoroso dos seus custos e uma gestão adequada dos seus recursos.

No caso concreto de Portugal, Ferreira (2014, p.50) afirma que “ (...) as características demográficas e epidemiológicas da população portuguesa permitem prever um crescimento explosivo dos custos da saúde”. Dados apresentados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) corroboram com a afirmação anterior. O aumento da expectativa de vida dos portugueses, em 2015, era de 84,4 anos para a mulher e 78 anos para o homem (OCDE, 2016); a expectativa dos anos sem limitações na sua atividade para os portugueses com mais de 65 anos, no ano de 2012, era de 7,7 anos para o homem e 6,3 anos para a mulher (OCDE, 2014).

Também se verifica uma inversão significativa da pirâmide etária com um aumento significativo da população idosa. Em 2010, 19% dos portugueses tinham mais de 65 anos e 5% tinham uma idade igual ou superior a 80 anos, estimando-se para o ano 2050, um aumento para 33% da população com mais de 65 anos e 11% com mais de 80 anos (OCDE, 2015). Em contrapartida, a natalidade em 2010, apresentava uma taxa bruta de 9,5 nascimentos/1000 mil habitantes e uma taxa de fertilidade (número de crianças por mulher com idade entre 15 e 45 anos) na ordem de 1,4 crianças por cada mulher em idade fértil (Ferreira, 2014).

Este cenário é agravado com outros dados, do ano de 2013, onde se referia que a percentagem de obesidade nos adultos portugueses era na ordem dos 16,4% do total da população portuguesa, o índice de mortalidade de AVC era, em média, 130/100 000 indivíduos, a taxa de incidência do síndrome de imunodeficiência adquirida cifrava-se em 2,4/100 000 indivíduos e a taxa de prevalência de diabetes no adulto era de 9,6% (OCDE, 2014).

Estes dados demográficos e epidemiológicos levam a prever um elevado crescimento dos custos com a saúde em Portugal, salvaguardando que os recursos financeiros são cada vez mais limitados.

Nestes pressupostos, o papel da economia na saúde é fundamental na gestão e na administração dos recursos nas várias áreas do sistema de saúde e no decurso da prática

clínica (Kobelt, 2013), no sentido de “ (...) reexaminar os benefícios e custos das suas ações para assegurar que haja uma implementação efetiva das intervenções e alocação eficiente dos recursos” (Brasil, 2008, p.7).

A economia da saúde é definida como a aplicação dos conceitos, teorias e ferramentas da disciplina da economia ao setor da saúde, com o objetivo de assegurar uma eficaz gestão dos escassos recursos das várias áreas da saúde no âmbito da prática clínica (Kobelt, 2013). Nero (1995) também a define como o “ (...) ramo do conhecimento, que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estado das condições ótimas de distribuição de recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos disponíveis” (p. 20-21). O mesmo autor (1995) citando Campos (1985) refere ainda que a economia em saúde “ (...) é um modo de pensar que tem a ver com a consistência da escassez, a imperiosidade das escolhas e a necessidade de elas serem precedidas de avaliação de custos e das consequências das alternativas possíveis, com vista a melhorar a repartição final de custos” (p.21).

Contudo, o posicionamento da disciplina da economia no setor da saúde gera, por vezes, algum conflito entre os seus intervenientes, os economistas e os profissionais da saúde. Alguns profissionais da saúde defendem que a saúde não tem preço e que uma vida salva justifica qualquer custo. Em contraponto, os economistas têm na base das suas convicções, uma ética do social e do bem comum (Nero, 1995; Ugá, 1995). No entanto, tendo em conta que os recursos na saúde são escassos e findáveis é primordial que os seus profissionais adquiram conhecimentos nesta área, de forma a poderem fundamentar as suas tomadas de decisão na área da gestão, com o objetivo de uma justa e sustentável gestão do setor da saúde (Ferreira, 2014).

A avaliação económica em saúde tem por base a análise comparativa de programas, tecnologias ou investimentos na saúde, em termos dos custos e ganhos em saúde, com o objetivo final de facilitar a tomada de decisão entre as diferentes alternativas possíveis, num contexto em que os recursos financeiros neste setor são findáveis (Ferreira, 2005).

O campo de ação da avaliação económica em saúde pode abranger várias áreas de intervenção como:

- análise das diferentes políticas governativas do setor da saúde,
- o papel dos serviços de saúde no sistema económico,
- o sistema de produção e distribuição dos serviços de saúde,
- o estudo de indicadores e níveis de saúde,
- a empregabilidade, os salários, a oferta e a qualidade dos profissionais de saúde,
- as várias áreas da indústria da saúde (farmacêuticas, laboratórios e outros) no atual sistema económico,

- o papel dos prestadores de serviços (públicos ou privados) na saúde e as suas relações com os consumidores (Nero, 1995).

Um estudo de avaliação económica em saúde requer na sua elaboração, uma metodologia concreta e faseada. Segundo Campos (1986, cit. por Ferreira, 2005, p.42) as suas fases de desenvolvimento são “a definição e identificação dos objetivos a alcançar; a determinação das alternativas possíveis; a estimação dos custos e benefícios para cada alternativa; o ajustamento dos custos e consequências por diferença no tempo, ponderando as incertezas, e a apresentação dos resultados”.

A metodologia usualmente empregue na avaliação económica em saúde consiste em quatro tipos: análise de maximização de custos, análise de custo-benefício, análise de custo-efetividade e análise de custo-utilidade (Ferreira, 2005; Freitas, 2005; Kobelt, 2013). No entanto, antes de definir cada um deles, é importante abordar os conceitos que os conceptualizam, como: custos diretos, custos indiretos, custos intangíveis, eficácia, eficiência, efetividade, benefícios diretos e benefícios indiretos.

Os custos diretos que intervêm nos programas ou intervenções na saúde são, geralmente, os recursos financeiros gastos pelo sistema público de saúde e os custos suportados pelos consumidores ou outros (seguradoras ou subsistemas de saúde) e que envolvem os gastos, em valores monetários, no diagnóstico, na prevenção e no tratamento, realizados por instituições de saúde públicas ou privadas. Custos indiretos são os custos contabilizados com a perda de produtividade de um indivíduo, devido à sua condição física ou dos que cuidam dele, não envolvendo valores monetários. Custos intangíveis são, por norma, difíceis de mensurar e refletem-se na qualidade de vida afetada no indivíduo e família, como a dor ou o sofrimento, causados pela doença ou pela morte (Ferreira, 2005; Freitas, 2005).

O conceito de eficácia pode ser definido pela relação entre o resultado e o efeito global que uma intervenção pode alcançar quando aplicada em condições ideais. Efetividade é o efeito real demonstrado por uma intervenção aplicada na prática diária. Eficiência é definida pela relação entre os resultados alcançados e os recursos financeiros utilizados na aplicação de uma intervenção (Brasil, 2008). O objetivo, de qualquer estudo de análise economia em saúde, traduz-se em perceber quais os benefícios (ganhos em saúde) diretos ou indiretos de uma intervenção ou programa de saúde. Benefícios diretos traduzem-se na poupança em custos ou custos evitados pela menor utilização de recursos no programa de intervenção em saúde; benefícios indiretos traduzem-se no efeito ou na redução da perda do potencial de produtividade e os benefícios intangíveis refletem-se no potencial de qualidade de vida decorrente do estado de saúde do indivíduo (Ferreira, 2005).

Após a definição dos referidos conceitos, abordamos, de seguida, os quatro métodos de avaliação da economia em saúde, que analisam, de diferente forma, as alternativas existentes e as comparam quanto aos custo e consequências ou benefícios.

A análise de maximização de custos traduz-se numa análise simples onde são medidos e comparados os custos de várias alternativas ou intervenções, em valores monetários, pressupondo que as consequências ou os resultados são idênticos. É um tipo de análise que tem por objetivo identificar os custos monetários das várias alternativas, por exemplo, novos medicamentos ou novas formas de administração de fármacos (Ferreira, 2005; Freitas, 2005; Kobelt, 2013).

A análise de custo-benefício mede os custos e os benefícios, ambos em valores monetários, das diferentes alternativas em análise. Tem a particularidade de possibilitar a atualização dos custos e dos benefícios, no sentido de melhor objetivar as tomadas de decisão e maximizar a razão entre custos e benefícios (Ferreira, 2005; Kobelt, 2013). No entanto, apresenta como desvantagem a dificuldade de quantificação de determinados benefícios em valores monetários, como a qualidade de vida, a satisfação do doente ou as condições de trabalho dos profissionais de saúde pois, como referido anteriormente, a medição dos custos e benefícios é feita com a mesma unidade monetária (Freitas, 2005).

A análise custo-utilidade compara os custos, em unidades monetárias, com o efeito da intervenção, a consequência ou benefício, medidos em anos ajustados pela qualidade de vida (QALY) ou anos ajustados pela incapacidade (DALY). Especificamente, o custo em unidade monetária, é comparado com um “valor” atribuído à vida, como o número de anos de vida com a doença ou a incapacidade em relação à sua qualidade de vida, em cada ano (Freitas, 2005). Este tipo de análise é bastante utilizado em programas de saúde por permitir a comparação dos aspetos económicos com os aspetos relativos à condição e qualidade de vida do indivíduo (Ferreira, 2005).

A análise custo-efetividade compara o custo de diferentes opções ou alternativas de intervenção para executar a mesma ação. Os custos são traduzidos em unidades monetárias e os resultados são apresentados em indicadores físicos (ex. número de mortes de determinada doença evitadas, anos de vida ganhos ou redução da incapacidade) (Ugá, 1995; Ferreira, 2005; Freitas, 2005).

Este tipo de análise é muito utilizada no setor da saúde, nomeadamente, nos estudos de avaliação económica dos medicamentos, dos tratamentos e intervenções terapêuticas, sendo muito útil na comparação de programas alternativos cujos resultados são medidos na mesma unidade (Freitas, 2005).

A aplicação da análise de custo-efetividade na economia da saúde permite fornecer um conjunto de informações importantes ao gestor para a sua tomada de decisão. Pode, também, fornecer um conjunto de informações sobre custos e seus resultados relativos às novas tecnologias ou estratégias de intervenção na área da saúde, sempre com o objetivo de uma eficaz gestão dos recursos (World Health Organization, 2003).

A aplicação, na prática, deste tipo de análise requer a execução de um conjunto de etapas:

- Definição e quantificação do resultado;
- Definição das diferentes alternativas para alcançar o resultado pretendido;
- Identificação e cálculo dos custos de cada estratégia implementada;
- Identificação e cálculo da efetividade de cada estratégia;
- Análise do custo, da efetividade, e da relação custo-efetividade para cada estratégia;
- Análise de sensibilidade (método que permite simular ou testar a alteração de possíveis variáveis-chaves sobre os resultados do estudo) (Ugá, 1995).

A desvantagem deste método reside na dificuldade da comparação de resultados ou de custos em diferentes estudos em que se apresentam diferentes unidades de consequências (ex. redução do número de casos de hepatite B, versus número de casos de cancro da mama) (Brasil, 2008).

A mais-valia de uma análise de custo-efetividade está diretamente relacionada com a capacidade do seu estudo fornecer informação relevante e precisa para a alocação dos recursos e nos ganhos em saúde atribuídos a uma determinada intervenção (Ibidem, 2008).

2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Na fase metodológica, o investigador “(...) toma decisões sobre os métodos a serem usados para abordar a questão de pesquisa e planeia cuidadosamente a recolha de dados” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p.53) e tendo como objetivo de integrar a questão de partida num desenho de estudo que irá orientar as ações a desenvolver no decurso da investigação (Fortin, 2009). Para tal, é fundamental delinear um desenho de estudo que, segundo Fortin (2009), é definido por “ (...) um plano que permite responder às questões ou verificar as hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro” (p. 214).

Neste capítulo são apresentados os objetivos do estudo, o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados, o tratamento de dados e os procedimentos éticos.

2.1 Objetivos do estudo

Num trabalho de investigação, é primordial definirmos a orientação e a intenção com que pretendemos encetar o estudo, definindo claramente o seu objetivo. O objetivo tem a finalidade de orientar a pesquisa para uma metodologia apropriada com o intuito de obter a informação pretendida. O enunciado do objetivo deve indicar de uma forma clara e precisa qual a orientação que o investigador pretende dar à sua pesquisa, ou seja, descrever, explicar ou prever os fenómenos em estudo (Fortin, 2009)

Este estudo teve como objetivo geral:

- conhecer os ganhos em saúde decorrentes das intervenções do EEER ao indivíduo com AVC, internado num serviço de MFR.

e como objetivos específicos:

- identificar as intervenções de enfermagem efetuadas pelo EEER ao indivíduo com AVC internado num serviço de MFR;
- identificar os ganhos de autonomia do indivíduo com AVC internado num serviço de MFR, após intervenção do EEER;
- avaliar o número médio de dias necessários à obtenção de ganhos em autonomia do indivíduo com AVC internado num serviço de MFR, após intervenção do EEER;
- analisar os custos de internamento do indivíduo com AVC internado num serviço de MFR.

2.2 Tipo de estudo de investigação

Os objetivos deste estudo orientaram para uma investigação do tipo descritivo, retrospectivo, de cariz quantitativo.

A investigação quantitativa tem por objetivo “ (...) estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, predizer resultados de causa e efeito ou verificar teorias ou preposições teóricas”, com a finalidade de obter resultados que possam ser aplicados no plano prático (Fortin, 2009, p. 30). No caso concreto, a investigação tem o objetivo de estabelecer factos.

Com o estudo descritivo, pretende-se obter informação, descrever um conceito relativo às características de uma população específica, e contabilizar a frequência da ocorrência de determinados fenómenos em estudo para os quais existe pouca informação ou estudos relativos aos mesmos (Fortin, 2009; LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

A pesquisa retrospectiva permite-nos relacionar acontecimentos ocorridos no passado transpondo-os para o presente (Lobionde-Wood & Haber, 2001).

2.3 População e amostra

Uma das etapas fundamentais de um estudo de investigação é precisar a população que pretendemos estudar. Uma população define-se como um conjunto determinado de elementos que apresentam características comuns. O elemento, como unidade base da população, pode ser um grupo de pessoas, objetos, organizações ou acontecimentos (Fortin, 2009; Polit, Beck & Hungler, 2004).

No estudo em questão, a população que pretendemos estudar, refere-se a todos os doentes com AVC internados num serviço de MFR da rede hospitalar dos serviços de MFR, de Portugal. A população acessível é entendida como a porção da população alvo que pode ser acedida pelo investigador (Fortin, 2009). Neste caso, foram os doentes com AVC internados no serviço de MFR de um hospital central da região norte de Portugal.

Dada a impossibilidade logística e temporal de estudar toda a população, delineámos um plano de amostragem, que definisse o processo de escolha da amostra. O plano de amostragem “ (...) permite estimar, de forma precisa, as características de uma população a partir da informação obtida junto de uma amostra” (ibidem, 2009, p. 310). Estabelecemos, então, um intervalo para a recolha de dados, de janeiro de 2013 a dezembro de 2014, que possibilitou a constituição de uma amostra da população em questão.

Considerámos como critérios de inclusão na amostra, os registos produzidos pelos enfermeiros de MFR a doentes com:

- diagnóstico de AVC, previamente autónomos;
- idade inferior a 75 anos;
- o tempo de internamento no serviço de MFR superior a 14 dias;
- a escala de Glasgow superior a 14 pontos;
- ausência de novo evento de AVC durante o internamento.

De um total de 128 registos analisados, após aplicação dos critérios de inclusão resultou numa amostra de 96 registos referente aos doentes com AVC internado no serviço de MFR, nos anos de 2013 e 2014.

2.4 Instrumento de recolha de dados

A escolha do método para a recolha de dados é determinada pelo tipo de investigação, de fenómeno ou das variáveis em estudo, de modo a dar resposta aos objetivos propostos no estudo (Fortin, 2009).

No estudo em questão, o instrumento de recolha de dados foi uma grelha elaborada pelo investigador constituída por três partes:

- a primeira, compreendia questões destinadas a recolher os dados sociodemográficos da amostra. Incluía duas questões fechadas relativas ao sexo e ao estado civil, e três questões abertas referentes à idade, à escolaridade e à profissão;
- a segunda, englobava questões relacionadas com os dados clínicos do doente com AVC, cinco questões fechadas alusivas ao tipo de AVC, localização, data de admissão, data de alta e destino após a alta;
- e a terceira, por uma grelha de análise documental relativa aos registos de enfermagem (anexo 1).

A recolha de dados foi efetuada num serviço de MFR, e compreendeu a consulta dos processos clínicos e dos registos de enfermagem efetuados na plataforma informática do sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE).

2.4.1 Grelha de análise documental aos registos de enfermagem

Como já referido, a recolha de dados foi efetuada num serviço de MFR e compreendeu a consulta dos processos clínicos e dos registos de enfermagem produzidos pelo EEER a doentes com AVC.

A grelha de análise documental elaborada teve como objetivo servir de guia de orientação à consulta efetuada aos registos de enfermagem relativos aos doentes com AVC.

A construção da grelha de análise teve por base os diagnósticos e intervenções que constam no atual sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) da instituição onde decorreu o estudo, os quais foram elaborados a partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão Beta 2 (ICN, 2002). Da grelha de análise documental constaram os seguintes focos de enfermagem: autocuidado: higiene; autocuidado: arranjar-se; autocuidado: vestuário; autocuidado: comer (no SAPE identificado como “alimentar-se”) e autocuidado: uso de sanitário. A escolha dos referidos focos de enfermagem justifica-se por serem sensíveis à intervenção do EEER, e por estarem sujeitos a um menor grau de intervenção por parte de outros profissionais (fisioterapeuta e terapeuta ocupacional), durante o processo de reabilitação do doente.

Para cada foco foram determinados os diagnósticos de Enfermagem, definindo-se o respetivo conceito de acordo com a CIPE, versão Beta 2, 2002:

Autocuidado higiene

tipo de Autocuidado com as seguintes características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene (ICN, 2002, p. 55).

Diagnósticos:

- Autocuidado: higiene dependente [*afirmação de que alguém está dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda ou suporte (Ibidem, p. 92)*], em grau elevado/moderado/reduzido.

Grau reduzido: A pessoa inicia e completa as atividades, mas precisa de ajuda de equipamento;

Grau moderado: A pessoa inicia as atividades, mas não as completa sem ajuda de pessoas ou equipamentos;

Grau elevado: A pessoa não inicia nem completa as atividades sem ajuda de pessoas (Ibidem, p. 92).

- Conhecimento [*conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas; domínio e reconhecimento da informação (Ibidem, p. 45)*] sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene não demonstrado/demonstrado.
- Aprendizagem de capacidades [*adquisição do domínio das atividades práticas associadas ao treino, prática e exercício (Ibidem, p. 46)*] para o autocuidado: higiene não demonstrada/demonstrada.

Autocuidado arranjar-se

tomar cuidado com a apresentação, manter o cabelo, barba e bigode bem cuidados, lavados, penteados, lisos ou frisados; limpar, cortar e limar as unhas; aplicar desodorizante, cosméticos e pinturas; manter a roupa limpa, sem cheiro e arrumada; verificar a aparência no espelho (Ibidem, p. 55).

Diagnósticos:

- Autocuidado arranjar-se dependente em grau elevado/moderado/reduzido;
- Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: arranjar-se não demonstrado/demonstrado;
- Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: arranjar-se não demonstrada/demonstrada.

Autocuidado vestuário

encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima, tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir, vestir e despir a roupa pela ordem adequada, apertá-la convenientemente (Ibidem, p. 55).

Diagnósticos:

- Autocuidado vestuário dependente em grau elevado/moderado/reduzido;
- Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário não demonstrado/demonstrado;
- Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: vestuário não demonstrada/demonstrada.

Autocuidado comer (alimentar-se)

encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida à boca, metê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito (Ibidem, p. 56).

Diagnósticos:

- Autocuidado comer dependente em grau elevado/moderado/reduzido;
- Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado comer não demonstrado/demonstrado;
- Aprendizagem de capacidades para o autocuidado comer não demonstrado/demonstrado.

Autocuidado uso de sanitário

levar a cabo as atividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar e evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infeção (Ibidem, p. 56).

Diagnósticos:

- Autocuidado uso de sanitário dependente em grau elevado/moderado/reduzido;
- Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: uso de sanitário não demonstrado/demonstrado;
- Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: uso de sanitário não demonstrada/demonstrada.

Para cada diagnóstico de Enfermagem definiu-se o tipo de intervenção, segundo a CIPE versão Beta 2, 2002:

Assistir: fazer parte do trabalho de alguém ou ajudar alguém nas suas funções naturais (Ibidem, p.154).

Ensinar: dar a alguém informação sistematizada sobre temas de saúde (Ibidem, p.156).

Informar: falar com alguém acerca de alguma coisa (Ibidem, p.156).

Instruir: dar a alguém informação sistematizada sobre como fazer alguma coisa (Ibidem, p.156).

Motivar: levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade (Ibidem, p.154).

Supervisionar: vigiar o progresso de alguém ou de alguma coisa (Ibidem, p.147).

Treinar: desenvolver as competências de alguém ou o funcionamento de alguma coisa (Ibidem, p.156).

2.4.2 Variáveis e sua operacionalização

A variável assume a qualidade ou as características de uma pessoa, grupo ou acontecimento, que no caso dos estudos quantitativos são numericamente mensuráveis (Fortin, 2009; Polit, Beck & Hungler, 2004).

Neste sentido, as variáveis estão incluídas nas questões ou nos objetivos do estudo e ao serem trabalhadas podem tornar-se quantificáveis, permitindo a melhor análise e interpretação dos dados produzidos.

No quadro 1 indicamos a forma como foram operacionalizadas as variáveis em estudo:

Quadro 1 - Operacionalização das variáveis

Nome da variável	Tipo	Codificação
Sexo	Nominal	1 - Masculino 2 - Feminino
Idade	Discreta	
Estado civil	Nominal	1 - Casado 2 - Solteiro 3 - Divorciado 4 - Viúvo
Grau de escolaridade	Discreta, recodificada numa variável ordinal	0 - Sem escolaridade 1 - 1º ciclo incompleto 2 - 1º ciclo 3 - 2º ciclo 4 - 3º ciclo 5 - Ensino secundário
Profissão	Nominal	De acordo com a Classificação Nacional de Profissões (INE, 2011): 1 - Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa 2 - Especialistas das profissões intelectuais e científicas 3 - Técnicos e profissionais de nível intermédio 4 - Pessoal administrativo e similares 5 - Pessoal dos serviços e vendedores 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas 7 - Operários, artífices e trabalhadores similares 8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem 9 - Trabalhadores não qualificados 10 - Reformados
Localização do AVC	Nominal	Segundo a classificação da OSCP (1999) para o AVC isquémico: 1 - AVC TACI 2 - AVC PACI 3 - AVC LACI 4 - AVC POCI
Tipo de paresia	Nominal	1 - Hemiparesia direita 2 - Hemiparesia esquerda 3 - Paraparesia
Data de admissão	Escalar	
Data de alta	Escalar	
Dias de internamento	Ordinal	
Destino após alta	Nominal	1 - Casa 2 - Rede nacional de cuidados continuados (RNCC) 3 - Centro de reabilitação 4 - Outro hospital

2.5 Tratamento de dados

Após a recolha dos dados no período previamente definido procedemos ao tratamento dos mesmos, com recurso à estatística descritiva. A estatística descritiva é um procedimento que permite ao investigador organizar e interpretar, os dados recolhidos, em informação numérica com o objetivo de “ (...) descrever as características da amostra e responder às questões de investigação” (Fortin, 2009, p. 410).

Todos os dados obtidos foram tratados estatisticamente através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.

2.6 Considerações éticas

Na investigação do domínio da saúde as considerações éticas devem estar presentes desde o início do desenvolvimento do estudo, nomeadamente, na escolha do tema, do tipo de estudo, no recrutamento dos participantes e no método da recolha e interpretação dos dados (Fortin, 2009)

Desenvolvemos o estudo tendo por base os procedimentos ético-legais necessários para a realização do mesmo, e no qual se inclui:

- pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição hospitalar onde decorreu a recolha de dados;
- pedido de parecer ao Conselho de Ética da instituição;
- compromisso de assegurar a confidencialidade dos procedimentos inerentes à recolha e análise dos dados.

O pedido de autorização foi concedido (anexo 2) em 12 de janeiro de 2016 pelo CA da instituição, após o parecer favorável da Comissão de Ética.

3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a recolha dos dados é necessário proceder à sua apresentação, análise e interpretação. Os resultados devem ser apresentados de uma forma sintética, em dados numéricos e decompostos para mais facilmente se proceder à sua interpretação, de forma, a poder confrontá-los com os resultados apresentados noutros trabalhos de investigação (Fortin, 2009).

No capítulo seguinte procedemos à apresentação dos resultados, dividida nos subcapítulos caracterização do contexto, caracterização do doente com AVC, caracterização do EEER, efetividade da intervenção do EEER na autonomia do doente com AVC e custos do internamento do doente com AVC no serviço de MFR.

3.1 Caracterização do contexto

O serviço de internamento de MFR do hospital central da região norte, situado no piso 3 do Pólo de Valongo, foi oficialmente inaugurado em 29 de novembro de 2011, inicialmente com uma lotação de 13 camas, sendo aumentada para 14 camas no ano de 2014. É um serviço para doentes que necessitam de continuidade de reabilitação, com apoio especializado nas áreas de enfermagem, de terapia da fala, de terapia ocupacional e de fisioterapia, com o objetivo de reintegrar o doente nas suas atividades de vida diária (CHSJ, 2014). A sua missão é atender e reabilitar, com eficiência e qualidade, pessoas com perda súbita de autonomia e integrá-las num processo dinâmico e intensivo, visando alcançar a totalidade dos seus potenciais no mais curto espaço de tempo. Os seus valores são o respeito pela dignidade humana, a defesa e aplicação de princípios éticos nas relações pessoais, profissionais e institucionais, a cultura de excelência técnica e do cuidar e a cultura do conhecimento, como um bem em si mesmo (CHSJ, 2011).

Os destinatários do serviço de MFR são:

- Pessoas portadoras de deficiência de predomínio motor em *status* pós agudo, que necessitem de programa de reabilitação integrado e com capacidade física capaz de suportar um programa intensivo de duração, pelo menos, de 6 horas por dia, nomeadamente:
 - acidente vascular cerebral, segundo os critérios da DGS;
 - lesão medular;
 - queimaduras com descondicionamento importante;
 - traumatismo crânio encefálico;
 - cirurgia ortopédica;

- amputados;
- situações médicas complexas.
- Pessoas portadoras de deficiência de domínio motor para reavaliação, para terapêutica específica ou repetição de programa de reabilitação integrado.

A admissão ao referido serviço é estabelecida, de acordo com os seguintes critérios:

Critérios gerais de admissão

- Apresentar défices funcionais;
- apresentar capacidade de aprendizagem conservada e motivação para o programa de reabilitação;
- ter capacidade física geral para tolerar o programa de reabilitação;
- após a alta, estar orientado para a consulta externa pelas especialidades médicas intervenientes na sua patologia.

Critérios específicos para o AVC

- O doente deverá apresentar estabilidade hemodinâmica e neurológica há pelo menos 48h.

Estes critérios estão na mesma linha de orientação da norma da DGS (2011) referente à prescrição da MFR aos doentes com a patologia de AVC, designadamente para os serviços de internamento hospitalar.

A alta pode ser orientada para o domicílio, se o doente apresentar um grau de autonomia que lhe permita deambular com segurança [mesmo que seja necessário o recurso a ajuda técnica (andador, tripé ou canadiana)] e se demonstrar autonomia ou se necessitar de ajuda mínima para o autocuidado. A orientação para o centro de reabilitação ou para a rede nacional de cuidados continuados (RNCC), nomeadamente as unidades de convalescença, é para doentes com maior grau de incapacidade, mas com potencial de recuperação e para os quais, ainda não estão reunidas as condições de segurança para o regresso a casa.

O objetivo estabelecido para a duração do internamento é aproximadamente 30 dias, mas com a possibilidade de se prolongar, caso o potencial de recuperação indique o regresso a casa.

A equipa multidisciplinar é composta por três fisiatras, 17 enfermeiros com a especialidade em enfermagem de reabilitação, quatro terapeutas (duas fisioterapeutas, uma terapeuta ocupacional e uma terapeuta da fala) e 10 assistentes operacionais, contando com o apoio de uma psicóloga, uma assistente social, uma dietista e uma técnica administrativa. No seu processo de reabilitação, o doente é submetido a um plano terapêutico que inclui a intervenção dos diferentes profissionais, e no qual estão estabelecidos objetivos comuns e específicos para o doente. O plano é desenvolvido numa

base de respeito, de confiança mútua e de comunicação eficaz, o que exige um esforço dos vários intervenientes na sua concretização.

O processo de reabilitação do doente é estabelecido de acordo com um plano terapêutico diário, com tempos pré definidos para a intervenção do EEER, do fisioterapeuta e do terapeuta da fala e ocupacional, com o objetivo de rentabilizar ao máximo o potencial de reabilitação.

O EEER, na sua prática diária, para além da realização dos cuidados gerais de enfermagem, promove os cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo como maior foco de atenção a promoção da capacidade do doente na execução das atividades de vida diária, mas, intervindo em outras áreas da reabilitação como o posicionamento, a marcha, o equilíbrio, a mobilização segmentar dos membros, a deglutição e a prevenção de quedas e de úlceras de pressão.

No período em estudo, a distribuição da equipa de enfermagem pelos diferentes turnos foi de quatro enfermeiros no turno da manhã, dois no turno da tarde e dois no turno da noite, estando de acordo com a dotação segura para os cuidados de enfermagem recomendada pela Ordem dos Enfermeiros (regulamento n.º 533, 2014).

3.2 Caracterização do doente com AVC

A amostra, constituída por doentes com AVC, de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos, perfaz no total de 96 sujeitos.

Constatámos uma certa homogeneidade quanto ao sexo dos doentes, verificando-se que 55,2% ($n=53$) eram do sexo masculino e 44,8% ($n=43$) do sexo feminino. Referente ao estado civil, verificámos que 72,9% ($n=70$) eram casados e 10,4% ($n=10$) eram solteiros (tabela 1).

Tabela 1 - Estado civil

	<i>n</i>	%
CASADO	70	72,9%
SOLTEIRO	10	10,4%
VIUVO	7	7,3%
DIVORCIADO	9	9,4%

A média de idades dos doentes foi de 56,96 anos ($DP=10,9$). O mais novo tinha 25 anos e o mais velho 75 anos.

Relativamente à escolaridade, verificámos que 39,6% ($n=38$) dos doentes concluíram o 1º ciclo do ensino básico e 13,5% ($n=13$) concluíram o 3º ciclo e o ensino secundário (tabela 2).

Tabela 2 - Escolaridade

	Sem instrução	1º Ciclo incompleto	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário
<i>n</i>	2	6	38	7	13	13
%	2,1	6,3	39,6	7,3	13,5	13,5

Quanto à situação profissional, constatámos que 37,5% ($n=36$) dos participantes eram reformados. Dos que ainda estavam no ativo, 18,8% ($n=18$) enquadravam-se na categoria profissional dos operários, artífices e trabalhadores não qualificados, 13,5% ($n=13$) na do pessoal de serviços e vendedores e 12,5% ($n=12$) eram trabalhadores não qualificados (gráfico 1).

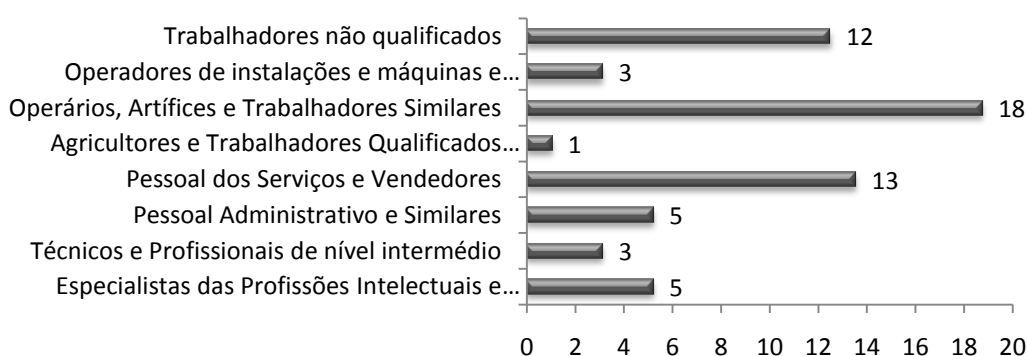


Gráfico 1 - Situação profissional

Verificámos uma predominância do AVC Isquémico de 66% ($n=63$) relativamente ao AVC hemorrágico presente em 34% ($n=33$) dos doentes. Segundo a classificação da OSCP (1991) para os subtipos de AVC Isquémico, constatámos que 24% ($n=23$) dos AVC eram do subtipo TACI e 19,5% ($n=19$) do subtipo PACI (gráfico 2).

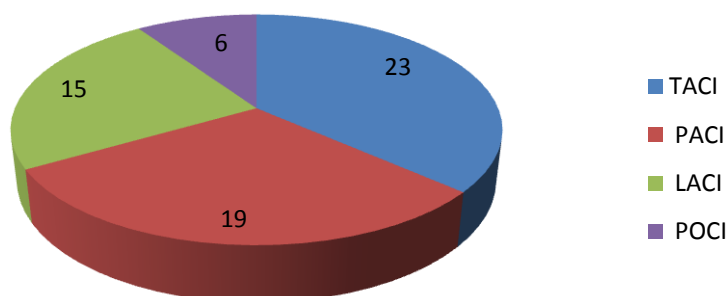


Gráfico 2 - Subtipo de AVC

Quanto à localização do AVC, concluímos que em 50% ($n=48$) dos casos o AVC atingiu o hemisfério esquerdo causando uma hemiparesia à direita, em 46,9% ($n=45$) das situações

foi afetado o hemisfério direito provocando uma hemiparesia à esquerda e em 3,1% ($n=3$) o AVC foi a nível medular causando uma paraparésia.

3.3 Caracterização do EEER

Neste subcapítulo, procedemos à caracterização da equipa de enfermagem do serviço de MFR, respeitante ao período que decorreu o estudo.

A equipa de enfermagem no ano de 2013 era composta por 15 enfermeiros e no ano de 2014 por 17 enfermeiros. Constatámos que dos 17 enfermeiros, 13 (76,5%) eram do sexo feminino e 4 (23,5%) era do sexo masculino. A sua média de idade era de 37,2 anos ($DP=6,3$), o elemento mais novo tinha 31 anos e o mais velho tinha 52 anos.

O tempo de exercício profissional variou entre os oito e 27 anos, com uma média 13,5 anos ($DP=6,5$) de atividade profissional.

Apuramos que os enfermeiros tinham concluído a especialidade em enfermagem de reabilitação entre os dois e cinco anos, com uma média de 3,6 anos ($DP=1,2$). Alusivo à sua experiência como EEER, constatámos que em média tinham 2,5 anos ($DP=1,2$) de experiência, três (17,6%) enfermeiros tinham menos de um ano de experiência profissional como enfermeiro especialista e 14 (83,4%) tinham três anos de experiência.

Em relação ao vínculo laboral, verificámos que 58% ($n=10$) dos enfermeiros tinham um contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) e 42% ($n=7$) um contrato individual de trabalho (CIT).

3.4 Efetividade da intervenção do EEER na autonomia do doente com AVC

Neste subcapítulo, através da análise dos dados, descrevemos evolução diagnóstica decorrente da intervenção do enfermeiro, para os diferentes focos de enfermagem.

3.4.1 Autocuidado Higiene

Referente à dependência no autocuidado higiene, verificámos que, no total de 96 registos (100%), no momento da admissão, tinha sido diagnosticado a 24% ($n=23$) dos doentes dependência no autocuidado higiene em grau elevado e a 63,5% ($n=61$) dependência no autocuidado higiene em grau moderado (gráfico 3).

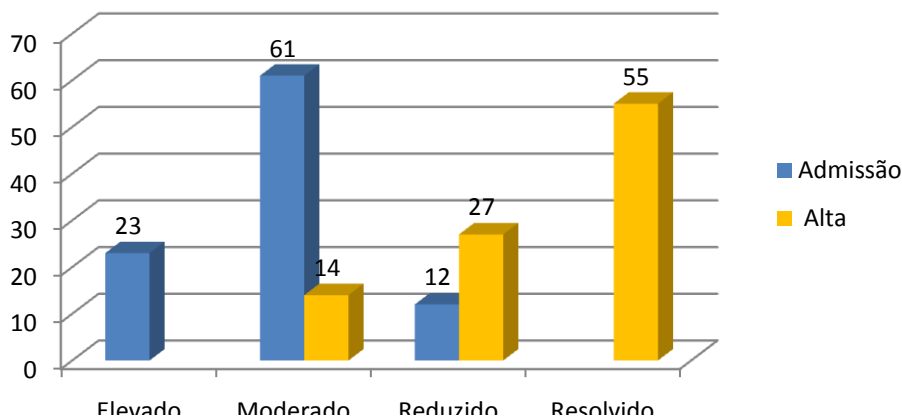


Gráfico 3 - Caracterização do nível de dependência no autocuidado higiene

No momento da alta, constatou-se que 57,3% ($n=55$) dos doentes readquiriram a independência no autocuidado higiene e 28,1% ($n=27$) manifestavam uma condição de dependência no autocuidado em grau reduzido.

Na tabela 3 podemos observar que dos 23 (100%) doentes a quem, na admissão, foi diagnosticado autocuidado higiene dependente em grau elevado, à data da alta clínica, 43,5% ($n=10$) tinham um reduzido grau de dependência e 21,7% ($n=5$) adquiriram a independência no autocuidado.

Dos 61 doentes (100%) com diagnóstico de dependência no autocuidado higiene em grau moderado, 62,3% ($n=38$) alcançaram a independência no autocuidado. Dos 12 (100%) doentes com o diagnóstico de dependência em grau reduzido todos obtiveram a independência no autocuidado.

Tabela 3 - Avaliação da autonomia no autocuidado higiene

		Dependência no autocuidado higiene: alta				Total	
		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido		
Dependência no autocuidado higiene: avaliação inicial	Grau						
	Elevado	n	0	8	10	5	23
		%	0,0%	34,8%	43,5%	21,7%	100,0%
	Moderado	n	0	6	17	38	61
		%	0,0%	9,8%	27,9%	62,3%	100,0%
	Reduzido	n	0	0	0	12	12
	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	

Os doentes com o diagnóstico autocuidado higiene em grau elevado demoraram entre 3 a 28 dias ($M=12$ dias; $DP=7,9$) a progredirem para um grau de dependência moderado, 2 a 41 dias ($M=13,8$ dias; $DP=10,7$) a progredirem para um grau de dependência reduzido e 5 a 51 dias ($M=28,4$ dias; $DP=19,3$) para ficarem independentes no autocuidado.

Com o autocuidado dependente em grau moderado demoraram entre 2 a 38 dias ($M=12,2$ dias; $DP=9,4$) a progrediram para um grau de dependência reduzido e 2 a 58 dias ($M=15,6$ dias; $DP=12,1$) para ficarem independentes no autocuidado. Com o diagnóstico autocuidado dependente em grau reduzido demoraram entre 2 e 16 dias e em média 9,3 dias ($DP=4,1$) para adquirirem a independência no autocuidado

Pela análise dos registos verificámos que as intervenções de enfermagem, de acordo com o grau dependência no autocuidado higiene, efetuadas foram: dar banho no chuveiro, assistir no autocuidado higiene, incentivar ao autocuidado higiene, lavar a boca, incentivar a lavar a boca, providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado higiene, supervisionar o autocuidado higiene.

Referente ao diagnóstico conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene, verificámos que, na admissão dos 96 (100%) doentes, 93,7% ($n=90$) apresentavam conhecimento não demonstrado sobre autocuidado higiene. No momento da alta, somente um (1%) sujeito continuou a não demonstrar conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado

Quanto aos dias necessários para o enfermeiro promover a aquisição de conhecimentos sobre as estratégias adaptativas para autocuidado higiene, constatámos que, em média, foram necessários 9,7 dias ($DP= 8,3$), com um mínimo de dois e um máximo de 41 dias.

As intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene foram: ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene e informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado higiene

Quanto ao diagnóstico aprendizagem de capacidades para o autocuidado higiene, constatámos que, na admissão, 97,9% ($n=94$) apresentavam aprendizagem de capacidades não demonstrada sobre autocuidado higiene. No momento da alta, um (1%) sujeito continuou a não demonstrar aprendizagem de capacidades para o autocuidado.

Os dias necessários para o enfermeiro promover a aprendizagem de capacidades para o autocuidado higiene, concluímos que, em média, foram necessários 12,4 dias ($DP= 9,03$), com um mínimo de dois e um máximo de 41 dias.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas pelo enfermeiro para o diagnóstico aprendizagem de capacidades para o autocuidado higiene foram: instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene, instruir sobre a utilização de

equipamento adaptativo para o autocuidado higiene, treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado higiene, treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado higiene.

3.4.2 Autocuidado Arranjo pessoal

Relativo ao autocuidado arranjo pessoal, num total de 79 (100%) registos, no momento da admissão apurámos que 15,2% ($n=12$) dos doentes apresentavam o diagnóstico autocuidado dependente em grau elevado, 65,8% ($n=52$) tinham um diagnóstico de dependência no autocuidado em grau moderado e 7,6% ($n=6$) apresentavam independência neste autocuidado (gráfico 4).

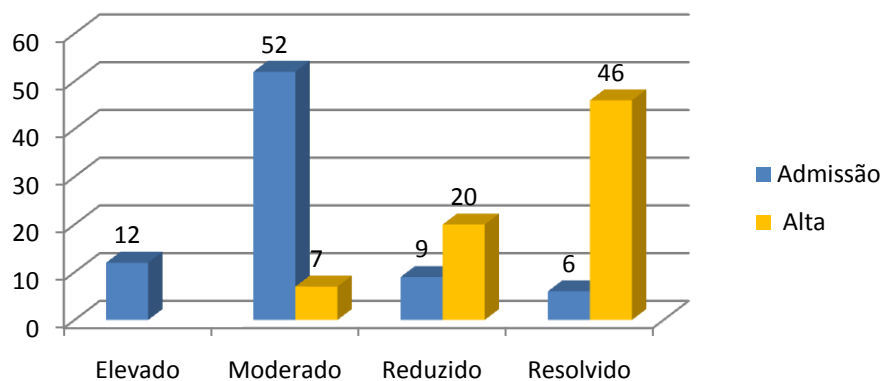


Gráfico 4 - Caracterização do nível de dependência no autocuidado arranjo pessoal

Na alta, conforme se pode verificar no gráfico 4, 25,3% ($n=20$) dos participantes apresentavam uma condição dependência em grau reduzido e 58,2% ($n=46$) readquiriram a independência neste autocuidado.

Relativamente aos ganhos de autonomia do doente com AVC após intervenção do EEER, no que respeita ao autocuidado arranjo pessoal, na tabela 4 podemos verificar que dos 12 (100%) doentes a quem, na admissão, foi diagnosticado autocuidado arranjo pessoal dependente em grau elevado, no momento da alta clínica, 33,3% ($n=4$) evoluíram para uma condição de dependência em grau reduzido e 50% ($n=6$) adquiriram independência no autocuidado.

Dos 52 (100%) doentes diagnosticados com dependência no autocuidado arranjo pessoal em grau moderado, 9,6% ($n=5$) mantiveram o grau de dependência e 59,6% ($n=31$) tornaram-se independentes neste autocuidado. Dos 9 (100%) doentes que apresentavam o diagnóstico autocuidado dependente em grau reduzido todos foram avaliados como independentes no autocuidado no momento da alta.

Tabela 4 - Avaliação da autonomia no autocuidado arranjo pessoal

		Dependência no autocuidado arranjo pessoal: alta			Total	
		Moderado	Reduzido	Resolvido		
Dependência no autocuidado arranjo pessoal: avaliação inicial	Elevado	<i>n</i>	2	4	6	12
		%	16,7%	33,3%	50,0%	100,0%
	Moderado	<i>n</i>	5	16	31	52
		%	9,6%	30,8%	59,6%	100,0%
	Reduzido	<i>n</i>	0	0	9	9
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Resolvido	<i>n</i>	0	0	6	6
		%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

Quanto ao número de dias necessários à aquisição da autonomia, os doentes a quem foi diagnosticado o autocuidado arranjo pessoal dependente em grau elevado demoraram entre 4 a 21 dias ($M=10,5$ dias; $DP=5,5$) a evoluírem para um grau de dependência moderado, 3 a 33 dias ($M=15,2$ dias; $DP=10,6$) a progredirem para um grau de dependência reduzido e 1 a 53 ($M=23$ dias; $DP=18,2$) para ficarem independentes no autocuidado.

Dos que foram diagnosticado a dependência em grau moderado demoraram entre 2 a 40 dias ($M=13,7$ dias; $DP=9,3$) a progredirem para um grau de dependência reduzido e 1 a 25 dias ($M=23$ dias; $DP=6,7$) para adquirirem a independência no autocuidado. Dos diagnosticados com o autocuidado em grau de dependência reduzido demoraram de 2 a 16 dias ($M=9,3$ dias; $DP=4,1$) para obterem a independência no autocuidado.

De acordo com o grau de dependência do autocuidado arranjo pessoal, as intervenções de enfermagem referenciadas foram: assistir a pessoa no autocuidado arranjo pessoal, incentivar ao autocuidado arranjo pessoal, providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado arranjo pessoal e supervisionar o autocuidado arranjo pessoal.

Alusivo ao diagnóstico conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado arranjo pessoal, apurámos que, no momento da admissão dos 79 (100%) doentes documentados, 86,1% ($n=68$) não demonstravam conhecimento sobre autocuidado. No momento da alta, todos (100%) demonstravam o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado.

Quanto ao número de dias necessários para o enfermeiro promover o conhecimento sobre as estratégias adaptativas do autocuidado arranjo pessoal, verificámos que, em média, foram necessários 8,6 dias ($DP=7,1$), com um mínimo de dois e um máximo de 41 dias.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas para o diagnóstico conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado arranjo pessoal foram: ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado arranjo pessoal e informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado arranjo pessoal.

No que concerne ao diagnóstico aprendizagem de capacidades para o autocuidado arranjo pessoal, concluímos que, na admissão, 91,1% ($n=72$) dos doentes não demonstravam a aprendizagem de capacidades para o autocuidado. No momento da alta, verificámos que apenas um (1,0%) sujeito continuou a não demonstrar a aprendizagem de capacidades para o autocuidado arranjo pessoal.

O número de dias necessários para o enfermeiro promover a aprendizagem de capacidades para o autocuidado arranjo pessoal, variou entre dois e 41 dias ($M=11,7$ dias; $DP=8,5$).

As intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico aprendizagem de capacidades para o autocuidado arranjo pessoal foram: instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado arranjo pessoal, instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado arranjo pessoal, treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado arranjo pessoal e treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado arranjo pessoal.

3.4.1 Autocuidado Vestuário

Dos 91 registos (100%) produzidos sobre o diagnóstico autocuidado vestuário, verificámos que no momento da admissão, tinha sido diagnosticado a 24,2% ($n=22$) dos doentes o autocuidado dependente em grau elevado, a 60,4% ($n=55$) o autocuidado dependente em grau moderado e 2,2% ($n=2$) dos doentes apresentavam o diagnóstico resolvido (gráfico 5).

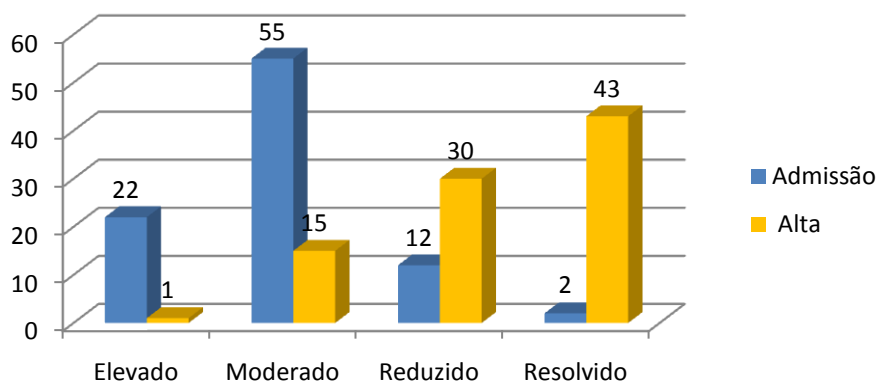


Gráfico 5 - Caracterização do nível de dependência no autocuidado vestuário

No momento da alta, apurámos que 1,0% ($n=1$) dos doentes manteve o diagnóstico autocuidado dependente em grau elevado, 33% ($n=30$) apresentavam uma condição de dependência em grau reduzido e 47,2% ($n=43$) recuperaram a independência no autocuidado vestuário.

A análise dos registos permitiu constatar que dos 22 (100%) doentes a quem, na admissão, foi diagnosticado autocuidado vestuário dependente em grau elevado, à data da alta clínica, 4,5% ($n=1$) mantiveram a dependência do autocuidado em grau elevado, 45,5% ($n=10$) apresentavam um grau de dependência reduzido e 18,2% ($n=4$) adquiriram a independência no autocuidado.

Dos 55 (100%) doentes a quem foi diagnosticado o autocuidado dependente em grau moderado, 14,5% ($n=8$) mantiveram o grau de dependência e 52,7% ($n=29$) alcançaram a independência no autocuidado. Dos 12 (100%) doentes diagnosticados com o autocuidado dependente em grau reduzido, 83,3% ($n=10$) adquiriram a independência no autocuidado, conforme consta na tabela 5.

Tabela 5 - Avaliação da autonomia no autocuidado vestuário

		Dependência no autocuidado vestuário: alta				Total	
		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido		
Dependência no autocuidado vestuário: avaliação inicial	Elevado	<i>n</i>	1	7	10	4	22
		%	4,5%	31,8%	45,5%	18,2%	100,0%
	Moderado	<i>n</i>	0	8	18	29	55
		%	0,0%	14,5%	32,7%	52,7%	100,0%
	Reduzido	<i>n</i>	0	0	2	10	12
		%	0,0%	0,0%	16,7%	83,3%	100,0%
	Resolvido	<i>n</i>	0	0	0	2	2
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

Relativo ao número de dias necessários para o ganho de autonomia no autocuidado vestuários, doentes que apresentavam o autocuidado vestuário dependente em grau elevado demoraram entre 2 a 46 dias ($M=16,5$ dias; $DP=11,9$) a progredirem para um grau de dependência moderado, 2 a 48 dias ($M=18,7$ dias; $DP=13,6$) para um grau de dependência reduzido e 2 a 58 dias ($M=21,5$ dias; $DP=25,0$) até obterem a independência no autocuidado.

Os que foram diagnosticados com um grau de dependência moderado no autocuidado, demoraram entre 2 a 40 dias ($M=14,1$ dias; $DP=10,1$) a avançarem para um grau de dependência reduzido e de 1 a 37 dias ($M=11,3$ dias; $DP=8,8$) até obterem a independência no autocuidado. Dos que foram diagnosticados o autocuidado dependente em grau reduzido demoraram entre 2 a 16 dias ($M=9,1$ dias; $DP=4,2$) para adquirirem a independência no autocuidado.

As intervenções de enfermagem associadas ao grau de dependência do autocuidado vestuário foram as seguintes: vestir a pessoa, assistir no autocuidado vestuário, incentivar ao autocuidado vestuário, providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário, supervisionar o autocuidado vestuário.

No que respeita ao diagnóstico conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário, verificámos que, na admissão dos 91 (100%) doentes, 89,0% ($n=81$) foram avaliados com o conhecimento não demonstrado. No momento da alta, verificámos

que apenas um (1%) doente manteve diagnóstico conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário não demonstrado.

O número de dias necessários para o enfermeiro promover os conhecimentos sobre as estratégias adaptativas do autocuidado vestuário, variou entre dois e 47 dias ($M=11,2$ dias; $DP=10$).

As intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário foram: ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário e informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário.

Quanto ao diagnóstico aprendizagem de capacidades para o autocuidado vestuário, na admissão, 94,5% ($n=86$) dos doentes expressavam a aprendizagem de capacidades não demonstrada sobre autocuidado. No momento da alta, somente 2,1% ($n=2$) continuaram a não demonstrar a aprendizagem de capacidades para o referido autocuidado.

Quanto ao número de dias necessários para o enfermeiro promover a aprendizagem de capacidades do autocuidado vestuário, alternou entre dois e 47 dias ($M=14,2$ dias; $DP=10,4$).

Ao diagnóstico aprendizagem de capacidades para o autocuidado vestuário foram associadas as intervenções de enfermagem instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário, instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário, treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado vestuário e treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado vestuário.

3.4.2 Autocuidado Comer

No que concerne ao diagnóstico autocuidado comer, no total dos 93 (100%) registos produzidos, apurámos que, no momento da admissão, a 4,3% ($n=4$) dos doentes foi diagnosticado o autocuidado dependente em grau elevado, a 45,2% ($n=42$) o autocuidado dependente em grau moderado e 14% doentes ($n=13$) tinham o diagnóstico resolvido (gráfico 6).

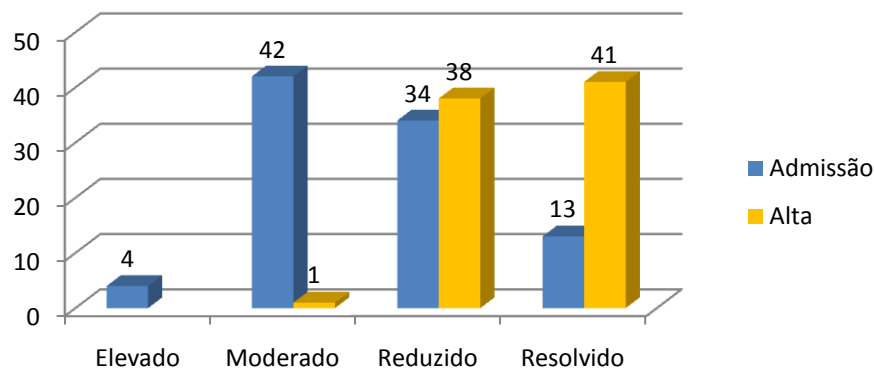


Gráfico 6 - Caracterização do nível de dependência no autocuidado comer

No momento da alta, verificámos, 40,8% ($n=38$) dos doentes foram avaliados com uma condição de dependência em grau reduzido e 44% ($n=41$) dos doentes recuperaram a independência no autocuidado comer.

Na tabela 6 podemos verificar todos os quatro (100%) doentes a quem, na admissão, foi diagnosticado autocuidado comer dependente em grau elevado, no momento da alta clínica todos tinham a sua situação melhorada, em que 50% ($n=2$) apresentavam uma condição de dependência em grau reduzido e 25% ($n=1$) apresentavam a independência no autocuidado.

Dos 42 doentes (100%) a quem foi diagnosticado o autocuidado comer dependente em grau moderado, 64,3% ($n=27$) detinham uma condição de dependência em grau reduzido e 35,7% ($n=15$) apresentavam a independência no autocuidado. Dos 34 (100%) doentes a quem foi diagnosticado o autocuidado comer dependente em grau reduzido, 73,5% ($n=25$) adquiriram a independência no autocuidado.

Tabela 6 - Avaliação da autonomia no autocuidado comer

		Dependência no autocuidado comer:			Total	
		alta				
Dependência no autocuidado comer: avaliação inicial	Grau		Moderado	Reduzido	Resolvido	
	Elevado	<i>n</i>	1	2	1	4
		%	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	Moderado	<i>n</i>	0	27	15	42
		%	0,0%	64,3%	35,7%	100,0%
	Reduzido	<i>n</i>	0	9	25	34
		%	0,0%	26,5%	73,5%	100,0%
	Resolvido	<i>n</i>	0	0	13	13
%		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	

Os doentes diagnosticados com o autocuidado comer dependente em grau elevado demoraram entre 3 a 49 dias ($M=18,5$ dias; $DP=21,1$) a progredirem para uma condição de dependência em grau moderado, 6 a 27 dias ($M=17,3$ dias; $DP=10,6$) para uma condição de

dependência em grau reduzido e seis dias a progredir para a independência no autocuidado.

Dos que apresentavam o diagnóstico autocuidado dependente em grau moderado demoraram 2 a 40 dias ($M=13,3$ dias; $DP=8,6$) a progredirem para uma condição de dependência em grau reduzido e 1 a 41 dias ($M=13,8$ dias; $DP=13,8$) para ficarem independentes. Dos que foram diagnosticados com o autocuidado dependente em grau reduzido demoraram entre 4 a 48 dias ($M=15,1$ dias; $DP=9,6$) para adquirirem a independência no autocuidado.

De acordo com o grau de dependência do autocuidado comer as intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros foram: alimentar a pessoa, alimentar a pessoa através de ostomia, alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica, assistir a pessoa a autocuidado comer, incentivar a pessoa a autocuidado comer, providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado comer e supervisionar o autocuidado comer.

Quanto ao diagnóstico conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado comer, dos 93 (100%) doentes, constatámos que na admissão, 75,3% ($n=70$) dos doentes foram avaliados como tendo o conhecimento não demonstrado. No momento da alta, verificámos que apenas 1% ($n=1$) manteve o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado não demonstrado.

O número dias necessários para o enfermeiro promover os conhecimentos sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado comer, variou entre 2 a 34 dias, em média 8,93 dias ($DP=6,4$). As intervenções de enfermagem realizadas pelo enfermeiro para resolver este diagnóstico foram: ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado comer e informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado comer

Relativo ao diagnóstico aprendizagem de capacidades para o autocuidado comer dos participantes na admissão, a 79,6% ($n=74$) foi diagnosticado aprendizagem de capacidades não demonstrada para o autocuidado. No momento da alta, somente um (1%) doente mantinha a aprendizagem de capacidades para o autocuidado comer não demonstrado.

O número de dias necessários para o enfermeiro promover a aprendizagem de capacidades para o autocuidado comer, em média, foram 11,8 dias ($DP=8,3$), com um mínimo de dois e um máximo de 47 dias.

Para este diagnóstico as intervenções de enfermagem associadas foram: instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado comer, instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado comer, treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado comer, treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado comer.

3.4.3 Autocuidado Uso sanitário

Referente ao autocuidado uso sanitário, verificámos que, no total de 96 (100%) registos, no momento da admissão, tinha sido diagnosticado a 27,1% ($n=26$) dos doentes o autocuidado uso sanitário dependente em grau elevado, a 56,3% ($n=54$) o autocuidado dependente em grau moderado e 2,1% ($n=2$) apresentavam o diagnóstico resolvido (gráfico 7).

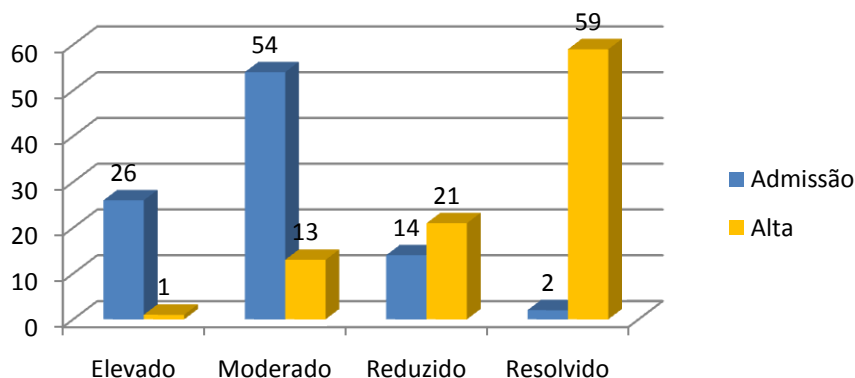


Gráfico 7 - Caracterização do nível de dependência no autocuidado uso de sanitário

No momento da alta, constatou-se que um (1%) doente mantinha a dependência em grau elevado, 21,9% ($n=21$) apresentavam uma de condição de dependência em grau reduzido e 61,4% ($n=59$) adquiriram a independência no autocuidado uso sanitário.

Constatámos que dos 26 (100%) doentes a quem, na admissão, foi diagnosticado autocuidado uso sanitário dependente em grau elevado, à data da alta clínica, um (3,8%) doente mantinha o grau de dependência, todos os restantes apresentavam melhorias relativamente à situação inicial tendo 26,9% ($n=7$) dos doentes progredido para um grau de dependência reduzida e 34,6% ($n=9$) para a independência no autocuidado.

Dos 54 (100%) doentes diagnosticados com o autocuidado dependente em grau moderado, 7,4% ($n=4$) mantiveram o grau de dependência e 70,4% ($n=38$) adquiriram a independência. Dos 12 (100%) doentes a quem diagnosticaram autocuidado dependente em grau reduzido, 85,7% ($n=12$) adquiriram a condição de independência no autocuidado, conforme consta na tabela 7.

Tabela 7 - Avaliação da autonomia no autocuidado uso de sanitário

		Dependência no autocuidado uso de sanitário: alta				Total	
		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido		
<i>Dependência no autocuidado uso de sanitário: avaliação inicial</i>	Elevado	<i>n</i>	1	9	7	9	26
		<i>%</i>	3,8%	34,6%	26,9%	34,6%	100,0%
	Moderado	<i>n</i>	0	4	12	38	54
		<i>%</i>	0,0%	7,4%	22,2%	70,4%	100,0%
	Reduzido	<i>n</i>	0	0	2	12	14
		<i>%</i>	0,0%	0,0%	14,3%	85,7%	100,0%
	Resolvido	<i>n</i>	0	0	0	2	2
		<i>%</i>	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

Os doentes que apresentavam o diagnóstico autocuidado uso sanitário dependente em grau elevado demoraram entre 3 a 35 dias ($M=11,8$ dias; $DP=7,6$) a progredirem para a condição de dependência em grau moderado, 3 a 36 dias ($M=16,4$ dias; $DP=11,5$) a progredirem para a dependência em grau reduzido e 2 a 53 dias ($M=19,7$ dias; $DP=20,4$) para ficarem independentes no autocuidado.

Dos diagnosticados com o autocuidado uso sanitário dependente em grau moderado demoraram entre 2 a 37 dias ($M=12,7$ dias; $DP=9,7$) a progrediram para a condição de dependência em grau reduzido e 1 a 40 dias ($M=10,9$ dias; $DP=9,3$) a progredirem para a condição de independência. Dos que foram diagnosticados com grau de dependência reduzido demoraram entre 4 e 27 dias ($M=9,6$ dias; $DP=7,0$) para ficarem independentes no autocuidado.

As intervenções de enfermagem associadas ao diagnóstico autocuidado uso de sanitário e de acordo com o seu grau de dependência foram: aplicar dispositivo urinário externo, trocar a fralda, providenciar arrastadeira ou urinol, providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado uso sanitário, assistir no autocuidado uso sanitário, incentivar ao autocuidado uso de sanitário, supervisionar o autocuidado uso de sanitário.

Referente ao diagnóstico conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado uso sanitário, dos 96 (100%) doentes documentados verificámos que na admissão, 89,6% ($n=86$) apresentavam o referido diagnóstico não demonstrado. No momento da alta, verificámos que 3,1% ($n=3$) mantinham o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado não demonstrado. O número de dias necessários para o enfermeiro promover os conhecimentos sobre as estratégias adaptativas do autocuidado uso sanitário, variou entre dois e 34 dias ($M=9,4$ dias; $DP=7,5$).

As intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros associadas ao diagnóstico conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado uso sanitário foram: ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado uso de sanitário e informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado uso de sanitário.

Quanto ao diagnóstico aprendizagem de capacidades para o autocuidado uso sanitário, verificámos que na admissão, 95,8% ($n=92$) dos doentes foi diagnosticado a condição de não demonstrado. Na data da alta, somente 3,1% ($n=3$) continuavam a não demonstrar a aprendizagem de capacidades para o autocuidado. O número de dias necessários para o enfermeiro promover a aprendizagem de capacidades do autocuidado uso sanitário, alternou entre dois e 47 dias ($M=11,9$ dias; $DP=8,9$).

Ao diagnóstico aprendizagem de capacidades para o autocuidado uso sanitário foram associadas as intervenções de enfermagem instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado uso sanitário, instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado uso sanitário, treinar o uso de equipamento adaptativo para o

autocuidado uso sanitário e treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado uso sanitário.

3.5 Custos do internamento do doente com AVC no serviço de MFR

Neste subcapítulo apresentamos os dados relativos aos custos inerentes ao tempo de internamento, nos anos de 2013 e 2014, dos doentes do serviço de MFR.

No ano de 2013, o serviço tinha uma lotação de 13 camas. Foram tratados 129 doentes com várias patologias, com uma duração média de internamento a rondar os 34,6 dias. A taxa de ocupação do serviço foi de 86%, conforme consta na tabela 8.

Tabela 8 - Dados estatísticos relativos ao internamento no ano de 2013/2014

Ano	2013	2014
N.º de doentes tratados	129	145
Dias totais de internamento	4 082	4 736
Lotação (n.º de camas)	13	14
Duração média de internamento	34,6	35,1
Taxa de ocupação	86%	92,9%

Em 2014, com uma lotação de 14 camas, foram tratados 145 doentes, que tiveram uma duração média de internamento de 35,1 dias. Verificámos que o serviço teve uma taxa de ocupação de 92,9%. Os resultados do ano de 2014 em comparação com o ano de 2013 indicaram um aumento de 11% do número de doentes tratados e um aumento da taxa de ocupação em cerca de seis pontos percentuais.

Quanto ao tempo de internamento dos doentes da amostra, apurámos que em média estiveram internados cerca de 40 dias ($DP=20$), variando entre 14 dias para o internamento mais curto e 100 dias para o mais longo, apresentando em média, um maior número de dias de internamento que os doentes com outras patologias.

A proveniência dos doentes admitidos no serviço de MFR foi, essencialmente, dos internamentos dos serviços de Medicina Interna (35%), de Neurocirurgia (23,6%) e de Neurologia (22,8%) (CHSJ, 2015). As patologias mais comuns dos doentes tratados foram sobretudo as doenças e perturbações do sistema nervoso, incluindo a patologia do AVC (CHSJ, 2014).

Quanto ao destino dos doentes após a alta, verificámos que 53,1% ($n=51$) regressaram a casa e 27,1% ($n=26$) foram encaminhados para uma unidade de internamento da RNCC (gráfico 3).

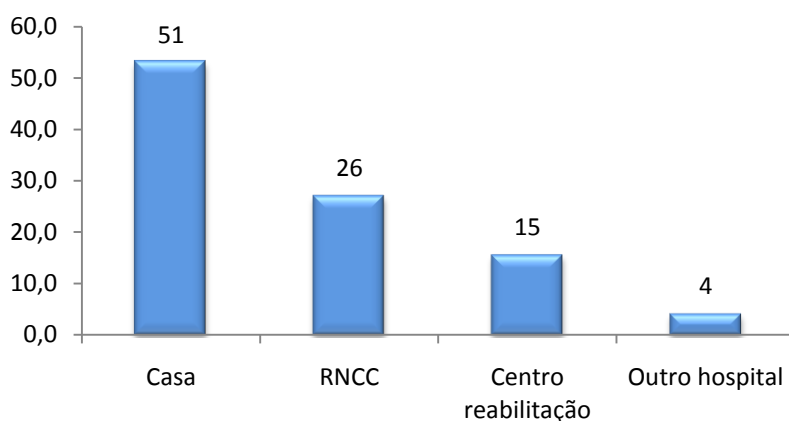


Gráfico 8 - Destino após a alta

Neste serviço, o financiamento é efetuado por doente, por dia de internamento. Previamente determinado no contrato-programa efetuado entre o CHSJ e a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), o valor do financiamento é calculado pela ACSS, e atualizado anualmente.

Relativo aos custos inerentes ao tratamento do doente internado no serviço de MFR, discriminamos, a partir do custo diário de internamento por doente, todos os custos referentes ao pessoal (médicos, enfermeiros, terapeutas e pessoal auxiliar), aos meios complementares de diagnóstico (exames de diagnóstico, análises clínicas e técnicas não invasivas), alimentação e lavandaria, custos com logística (transportes de doentes, água, eletricidade, telefone e encargos administrativos), medicamentos e material de consumo (clínico, hoteleiro e escritório), respeitantes ao ano de 2013 e 2014 (tabela 10).

Tabela 9 - Custos de doente por dia de internamento

Ano de 2013		Ano de 2014	
Diária de internamento	335,9 €	Diária de internamento	285,7€
Gastos com Pessoal (enfermeiros)	222,3 € (63,9 €)	Gastos com Pessoal (enfermeiros)	186,6 € (59,3 €)
Gastos com MCDT	55,5 €	Gastos com MCDT	49,4 €
Gastos com Medicamentos	6,3 €	Gastos com Medicamentos	5,9 €
Gastos com Material de consumo	5,3€	Gastos com Material de consumo	6,4 €
Gastos de hotelaria	46,5 €	Gastos de hotelaria	37,3 €

Na análise do custo diário de internamento, como se pode observar na tabela 10, houve um decréscimo de 14,9% na despesa diária por doente, do ano de 2013 para o ano 2014.

De acordo com os gastos com o pessoal verificámos que compreenderam o maior valor da despesa, equivalendo a 66,2% (222,3€) do total dos gastos em 2013 e a 65,3% (186,6€) em

2014. No entanto, verificou-se uma redução dos gastos com o pessoal, nos respetivos anos, em cerca de 16%.

Com o grupo profissional de enfermagem, em 2013, os gastos corresponderam a 28,7% e, em 2014, a 31,8% do total dos gastos com pessoal. Devido ao aumento da lotação de camas houve um acréscimo no número de enfermeiros de 13,3% ($n=2$) em 2014, apesar deste reforço, neste ano, os gastos com estes profissionais baixaram 7,2%, verificando-se, ainda, que os encargos diários por doente, relacionado com os ordenados dos enfermeiros, baixaram 18%.

Relativamente aos itens de custo variável, como os meios complementares de diagnóstico e terapêutico (MCDT) e os medicamentos, constatámos que, em 2013, equivaleram a 18,4% da diária de internamento e em 2014 a 19,4%. Os gastos com estes itens sofreram, em 2014, uma redução de aproximadamente 10,5%.

Os gastos com hotelaria tiveram uma variação de 19,8% nos anos em análise. Em 2013, estes gastos correspondiam a 13,8% da diária de internamento e, em 2014, equivaliam a 13,1%.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procederemos à discussão dos resultados apresentados anteriormente, com o intuito de dar resposta aos objetivos propostos.

O serviço de MFR, onde decorreu o estudo, detêm as características preconizadas pela DGS (2003) para o tipo de unidades que se inserem na rede de referência hospitalar de MFR e também atendeu aos pressupostos explanados no documento, no que diz respeito aos recursos humanos. Quanto à equipa de enfermagem, apesar de a DGS recomendar que a equipa seja constituída por 50% de enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação, no serviço em questão a equipa é, unicamente, constituída por enfermeiros especialistas nesta área. O conjunto de competências específicas do EEER, regulamentadas pela OE, que lhe atribui a aptidão de capacitar a pessoa com deficiência para a reinserção e exercício de cidadania, de maximizar a sua funcionalidade desenvolvendo as suas capacidades e de a cuidar ao longo do ciclo de vida em todos os contextos da prática de cuidados, está na base dos pressupostos que orientaram a tomada de decisão da direção de enfermagem do hospital onde está inserido o serviço de MFR, que indicou que a equipa de enfermagem fosse constituída na sua totalidade por EEER. Barreca & Wilkins (2008) fundamentam esta decisão salientando a importância da intervenção do EEER no doente com incapacidade através do ensino e treino contínuo na aprendizagem da execução das AVDs, durante 24h por dia e sete dias por semana.

Os critérios de admissão dos doentes no serviço de MFR, no caso particular os doentes após AVC, vão ao encontro do divulgado na norma da DGS (2011) que recomenda que seja prescrito o internamento no serviço de MFR aos doentes com AVC quando haja estabilidade clínica e hemodinâmica, existência de défices funcionais, capacidade cognitiva, física e motivação para participar ativamente no programa de reabilitação.

A análise dos registos sociodemográficos dos clientes permitiu verificar que a maioria era do sexo masculino, resultados similares ao dos estudos de Melo (2010), Esteves (2011), que revelaram existir uma maior prevalência desta patologia nos indivíduos do sexo masculino e da DGS (2016), que no seu relatório sobre doenças cerebrovasculares e relativo à caracterização dos padrões de morbilidade e produção hospitalar revelou, também, haver uma maior prevalência do sexo masculino sobretudo na faixa etária dos 40 aos 79 anos. Quanto à idade, a faixa etária com maior incidência de AVC situou-se entre os 56 e 65 anos, contrário aos achados dos estudos de Correia (2006), Melo (2010) e Soares (2011), os quais, revelaram uma maior incidência de AVC na faixa etária dos 65 aos 74 anos, tal como o relatório da DGS (2016), que confirma uma maior incidência de AVC na faixa etária entre os 65 aos 79 anos, quer a nível continental, quer a nível da zona norte de Portugal.

A maioria dos doentes teve um AVC isquémico e este resultado é similar ao de Correia (2006) que registou no seu estudo uma incidência do AVC Isquémico na ordem dos 76,2% e ao relatório da DGS (2016) que registou em 2014, o AVC isquémico como a patologia com maior ocorrência das doenças cerebrovasculares.

O subtipo de AVC isquémico com maior ocorrência, no estudo, foi o TACI ($n=24$) o que corrobora com o estudo de Mahler et al. (2008) que apresentam este subtipo de AVC como o mais comum nos doentes internados em clínicas de reabilitação. Segundo Bamford et al. (1991) o AVC do subtipo TACI é aquele que apresenta pior prognóstico, com maior taxa de morbilidade e que causa maior incapacidade funcional, devido à área cerebral enfartada. A maior existência de doentes com este subtipo de AVC na amostra pode explicar o facto de estes apresentarem maior incapacidade funcional aliado ao fator idade, indiciando a necessidade de internamento hospitalar em serviços de MFR para a execução de um plano terapêutico de reabilitação intensiva, como recomenda a DGS (2011) na norma de prescrição de MFR para o AVC.

A localização cerebral do AVC, dos doentes do estudo, ocorreu sobretudo no hemisfério esquerdo, que comumente é o hemisfério dominante. Estes valores são similares aos estudos de Esteves (2011) e Soares (2011). Realçamos que uma das funções do hemisfério cerebral esquerdo é o controlo motor do hemicorpo à direita o que poderá implicar uma maior incapacidade na função e execução da tarefa por parte do doente. Assim, a hemiparesia à direita pode ser preditiva no potencial de reabilitação de um doente.

Os doentes da amostra estiveram internados, em média, 40 dias e após a alta a maioria regressou a casa. A duração do internamento e o destino da alta apresentam valores similares ao estudo realizado, na Suíça, por Mahler et al. (2008), que referiram que a duração média de internamento na clínica de reabilitação era de 39 dias e que a maioria dos doentes regressava a casa. Todavia, a média de dias de internamento dos doentes do estudo é ligeiramente superior à média dos outros doentes internados no serviço de MFR. Consideramos que tal, se pode dever, não ao tempo necessário à aquisição de autonomia, mas sim ao período de tempo que os doentes tiveram de aguardar, no serviço, para serem transferidos para outro destino (RNCC, centro de reabilitação ou outro hospital).

Sobre a caracterização do EEER do serviço de MFR constatámos a existência de uma equipa com predominância do sexo feminino, com uma média de idades a rondar os 37,2 anos, com um tempo de exercício profissional médio de 13,5 anos, e de exercício profissional com especialista em enfermagem de reabilitação de cerca de 3 anos. Os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros, relativos ao ano de 2015, revelam que, dos seus membros no ativo, 81,9% são do sexo feminino e a faixa etária com maior número de efetivos é a dos 31 aos 35 anos, o que está em concordância com os dados do nosso estudo. Atualmente, a especialidade de enfermagem de reabilitação é a especialidade com maior número de efetivos (OE, 2015b).

Sobre a efetividade da intervenção do EEER na autonomia do doente com AVC relativo ao foco de enfermagem autocuidado higiene, atendendo a que na admissão a totalidade dos doentes apresentava algum grau de dependência, realçamos que no momento da alta, nenhum doente foi diagnosticado com dependência no autocuidado em grau elevado, tendo a maioria progredido para a independência no autocuidado. Salienta-se que dos doentes diagnosticados com elevado grau de dependência no autocuidado, 21,7% adquiriram a independência no autocuidado higiene e 43,5% viram o seu estado de dependência melhorar para um grau reduzido. Dos 61 doentes a quem foi diagnosticado dependência no autocuidado em grau moderado na admissão, no momento da alta, a maioria tinha adquirido a sua autonomia. As pesquisas de Melo (2010) e Veiga (2015), efetuados em unidades de convalescença e com intervenção de enfermeiros generalistas e um EEER, também revelaram ganhos de autonomia no autocuidado banho (higiene), embora apresentando resultados mais baixos, na ordem dos 41% dos participantes que adquiriram a independência no autocuidado higiene no momento da alta. Podemos inferir que a intervenção do EEER referente ao autocuidado higiene proporcionou ganhos de saúde significativos através dos ganhos de autonomia, principalmente nos doentes com elevada dependência para o referido autocuidado.

Na análise do foco de enfermagem autocuidado arranjo pessoal destacamos que, no momento da alta, nenhum doente foi diagnosticado com dependência em grau elevado e que a maioria adquiriu a independência no autocuidado. De destacar que metade dos doentes, diagnosticados com dependência no autocuidado arranjo pessoal em grau elevado, no momento da alta estava independente, e que a maioria dos doentes, a quem foi diagnosticado dependência no autocuidado em grau moderado e em grau reduzido, progrediu para a independência no autocuidado. Foi neste tipo de autocuidado que houve um maior índice de ganhos de independência. Estes dados corroboram os do estudo de Maciel (2013) sobre o potencial de reconstrução de autonomia no autocuidado no doente dependente. Atendendo que este é o autocuidado promotor da autoestima e da autoimagem do doente, ao proporcionar ganhos significativos de autonomia o enfermeiro contribuiu para o aumento da autoestima do doente tendo forte probabilidade de concorrer para uma melhor perceção de qualidade de vida.

Relativamente ao autocuidado vestuário, e comparativamente aos outros autocuidados em estudo, constatámos que no momento da alta, a percentagem de doentes que adquiriram a independência para o autocuidado era menor, assim como, também era menor a percentagem de doentes, que tendo sido diagnosticados com dependência no autocuidado em grau elevado progrediram para a condição de dependência em grau moderado e, sobretudo, em grau reduzido. No entanto, também verificámos que no momento da alta, quase metade dos doentes, foram avaliados como independentes neste autocuidado. Os resultados do estudo estão em concordância com o estudo de Melo (2010) que conclui que comparativamente aos outros tipos de autocuidado, o autocuidado vestuário era o que

apresentava menor ganho de autonomia. Petronilho et al. (2010) refere que os doentes dependentes apresentam maior dificuldade no desempenho do domínio da atividade física o que implica uma maior incapacidade na realização do autocuidado vestuário, resultado da perda de capacidade para a execução de movimentos “finos”. No entanto, podemos afirmar que a intervenção do EEER proporcionou ganhos de autonomia à maioria dos doentes com este défice, pelo que podemos concluir que a intervenção de enfermagem produziu ganhos em saúde relativos ao autocuidado vestuário.

No autocuidado comer constatámos que a maioria dos doentes, inicialmente diagnosticados com algum grau de dependência, progrediram para a condição de dependência em grau reduzido ou para a independência. Ressalvamos que na admissão, comparativamente aos outros autocuidados, o número de doentes diagnosticados com independência em grau elevado era menor e o de doentes independentes neste autocuidado era maior. Estes resultados corroboram os obtidos por Melo (2010), Veiga (2015) e Maciel (2013) levando-nos a inferir que os doentes dependentes neste autocuidado conseguem desenvolver mais facilmente estratégias adaptativas para a realização do mesmo. Destacamos os ganhos de autonomia que de 87,5% dos doentes adquiriram no autocuidado comer, ao progredirem para uma condição de dependência em grau reduzido ou para a independência, indiciando ganhos em saúde neste autocuidado.

No autocuidado uso sanitário realçamos a elevada percentagem de doentes que, no momento da alta, foram avaliados como independentes no autocuidado. Tendo os doentes sido diagnosticados com um grau de dependência elevado no autocuidado, maioritariamente progrediram para um grau de dependência reduzido ou para a independência. Os estudos de Melo (2010) e Veiga (2015), também apuraram ganhos de autonomia relativos a este autocuidado e o estudo de Cunha (2014) reporta ganhos de autonomia no autocuidado uso sanitário após a intervenção do EEER. De salientar que, Petronilho et al. (2010) e Maciel (2013) referem o autocuidado uso sanitário como um dos autocuidados com maior número de eventos clínicos geradores de dependência e como o que os doentes demonstram maior dificuldade no desempenho das atividades relacionadas com o autocuidado. Estes pressupostos indiciam, que no estudo, a intervenção do EEER contribuiu para ganhos de autonomia no autocuidado uso de sanitário.

A aquisição da independência no autocuidado é significativa para o doente, pois mantém-no na vida ativa, melhora a autoestima e a qualidade de vida. Os doentes com AVC incluídos no estudo, como já referido anteriormente, apresentavam, no momento de admissão no serviço, um grau de dependência no autocuidado que variou entre reduzido e elevado. Após a intervenção do EEER, a maioria voltou a ser independente nos autocuidados higiene, arranjar-se e uso de sanitário e mais de 40% nos autocuidados vestuário e comer. Os resultados, calculados pelo indicador: número de doentes que adquiriram a independência no autocuidado (especificar o tipo de autocuidado) após intervenção do EEER / número total de doentes dependentes nesse autocuidado*100,

permitem-nos concluir que a intervenção do EEER possibilitou a aquisição de ganhos em saúde. Os resultados são superiores aos obtidos por Melo (2010) e por Veiga (2015) que concluíram que, no momento da alta, só 21% a 41% e 28,4% a 48,2%, respetivamente, dos participantes apresentavam valores de independência nos autocuidados em análise. Estes valores podem ser explicados pelos estudos destes autores terem sido realizados em contextos diferentes, nomeadamente em unidades de convalescença da RNCC e com equipas de enfermagem constituídas por enfermeiros generalistas e um único enfermeiro especialista em reabilitação. Poderemos depreender que as diferenças nos ganhos de independência obtidos podem ser, não só, devidas ao contexto, mas também à efetividade da intervenção de uma equipa de enfermagem somente constituída por EEER.

Neves (2014), no seu estudo sobre a importância das intervenções de enfermagem na promoção da autonomia face ao autocuidado no doente com AVC, concluiu que as intervenções de enfermagem são eficazes ao nível da promoção da autonomia no autocuidado, gerando ganhos na capacidade funcional, no desempenho das AVD e na melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Robinson-Smith et al. (2000) referem a importância dos ganhos de autonomia no autocuidado relativo à qualidade de vida e depressão após AVC e concluem que os ganhos de autonomia no autocuidado se refletem na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da depressão nos doentes com AVC, nomeadamente nos seis primeiros meses após a alta.

O regulamento n.º 350 (2015) preconiza que os cuidados de enfermagem de reabilitação “...têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida e a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção das complicações e da maximização das capacidades” (p.16656), pelo que a excelência na sua concretização poderá gerar e contribuir para a obtenção de ganhos em saúde.

Relativamente aos dias necessários para os doentes com AVC adquirirem a autonomia após a intervenção do EEER, verificámos que aos que foi diagnosticado autocuidado dependente em grau elevado demoraram, em média, 10 a 18 dias a evoluírem para a dependência no autocuidado em grau moderado, 14 a 19 dias para adquirirem dependência no autocuidado em grau reduzido e entre 6 a 28 dias para se tornarem independentes no autocuidado. Os doentes diagnosticados com um grau moderado de dependência do autocuidado, demoraram entre 12 a 14 dias a serem diagnosticados com dependência em grau reduzido e entre 11 a 23 dias para serem independentes no autocuidado. Os doentes com um grau reduzido de dependência dos referidos autocuidados adquiriram a sua autonomia em média entre 9 e 15 dias.

Jorgensen et al. (1995) apresentaram um estudo sobre o tempo que os doentes com AVC, de acordo com a severidade da patologia e da incapacidade funcional, demorariam a

alcançar o melhor desempenho nas AVD (90 a 100 pontos em concordância com Índice de Barthel), concluíram que 80 a 95% dos doentes que apresentavam incapacidade funcional muito severa demoraram cerca de 11 a 17 semanas a alcançarem o seu melhor desempenho nas AVD, os que apresentavam incapacidade funcional severa cerca de 11,5 a 16 semanas, os que apresentavam moderada incapacidade funcional cerca de 6 a 9 semanas e os que apresentavam incapacidade reduzida cerca de três a cinco semanas.

A escassez de estudos não nos permite aferir com maior certeza o tempo que um doente dependente nos autocuidados demora a adquirir a autonomia. No entanto, pelos valores apresentados, no estudo acima referenciado, podemos concluir que os dias necessários à obtenção de ganhos em autonomia do doente com AVC após intervenção do EEER, provavelmente foram os mais ajustados face ao grau de dependência dos autocuidados em análise.

Referente aos diagnósticos “Conhecimento sobre estratégias adaptativas” e “Aprendizagem de capacidades”, salientamos o facto de a quase totalidade dos doentes, com potencial para a aquisição de conhecimento e de capacidade, após a intervenção do EEER, os terem adquirido, tendo demorado no processo cerca de 9 a 11 dias e 12 a 14 dias, respetivamente. Sendo que os doentes necessitaram de um maior período de tempo para obter capacidade relacionada com o autocuidado vestuário, o que está em consonância com os menores ganhos de autonomia adquiridos neste autocuidado. Estes resultados apoiam Ribeiro et al. (2014) quando referem que o enfermeiro pode ter um papel essencial no ensino, instrução e treino de estratégias adaptativas para a concretização do autocuidado promovendo a capacidade das pessoas dependentes, e Melo (2010) e Barbosa (2012) que expressam que o conhecimento, a aprendizagem e o treino se refletem em ganhos de autonomia dos doentes.

Barbosa (2012) afirma, ainda, que vários autores demonstram a importância do treino orientado para as atividades de vida diária por permitir aumentar a funcionalidade e consequentemente obter ganhos na reabilitação do doente após AVC, referindo que este deve ser iniciado o mais precocemente.

Pereira (2012) menciona que quanto maior o número de atividades de autocuidado ensinadas maior será o nível de desempenho dos clientes. Couto (2012), afirma que intervenções no domínio do processo do ensino e da aprendizagem, tais como ensinar, informar, instruir e treinar e no domínio dos processos corporais, como observar, gerir e executar, podem promover ganhos de autonomia e a independência no autocuidado. A mesma autora menciona, igualmente, a importância da implementação de intervenções relativas aos processos mentais, como reforçar e elogiar. Neste âmbito, constatámos a quase inexistência de registos destas intervenções, possivelmente, relacionada com o facto de estas não serem sugeridas no SAPE. No entanto, é primordial o EEER fomentar o reforço positivo no processo de reabilitação do doente com AVC através da implementação, na prática diária, das intervenções de enfermagem sugeridas pela autora.

Nas pessoas dependentes para realizarem o autocuidado, o enfermeiro pode ter um papel essencial no ensino e instrução de estratégias adaptativas para a concretização do autocuidado e no treino de capacidades, facilitando a diminuição da dependência. Para tal, é necessário promover mais a envolvimento do doente neste processo em detrimento da família, que o tende a substituir (Ribeiro et al., 2014). Os resultados do nosso estudo comprovam que o EEER ao desenvolver intervenções que visem o conhecimento sobre estratégias adaptativas e a aprendizagem de capacidades para o autocuidado contribuiu na aquisição de significativos ganhos de autonomia do doente.

Os resultados permitem-nos concluir que a intervenção do EEER no serviço de MFR pode ir ao encontro de uma das metas da OMS para 2015, referente à reabilitação do doente com AVC, nomeadamente a que refere que mais de 70% dos doentes sobreviventes ao AVC deveriam ser independentes nas suas AVD até três meses após o evento clínico (Kjellström et al., 2006). No nosso estudo, a maioria dos doentes adquiriu independência no autocuidado, muito antes dos três meses preconizado pela OMS e os que apresentavam a dependência em grau reduzido ainda manifestavam potencial de reabilitação para alcançar a independência.

Quanto ao serviço de MFR da instituição em estudo, entre o ano de 2013 e 2014, a lotação aumentou de 13 para 14 camas, verificou-se um aumento da taxa de ocupação de cerca de 6%, um aumento em 11% do número dos doentes tratados e observou-se praticamente a mesma média (35 dias) de dias de internamento.

No que concerne ao custo do doente com AVC por dia de internamento, constámos um decréscimo de 14,9% na despesa diária por doente, do ano de 2013 para 2014, salvaguardando que no referido período foi aumentada a lotação do serviço, de 13 para 14 camas, pelo que seria expectável um aumento da despesa decorrente da atividade operacional do serviço. Contudo, antes de analisarmos estes custos, é necessário fazer um enquadramento político e económico dos anos em questão para melhor compreendermos esta situação.

Em 2011, Portugal atravessou uma grave crise económica que obrigou a uma intervenção do Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e União Europeia (Troika), com o objetivo de obter o financiamento necessário para o país através de um programa de assistência financeira. Para tal, foi elaborado um Memorado de Entendimento (MdE) que resultaria num conjunto de medidas que levou a mudanças legislativas e a reformas nos vários setores do estado, incluindo o da saúde (Almeida, 2014). O programa de assistência financeira e respetivo MdE abrangeu o período compreendido entre o final do terceiro trimestre de 2011 até ao final do ano de 2014, que resultou numa forte contenção orçamental, implicando uma elevada redução da despesa pública e um aumento de receitas através dos impostos (Portal do Governo, 2011). Também na saúde, o estado comprometeu-se a reduzir a despesa neste setor que, segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2014) levou, até ao final do ano de 2013, a uma redução da

despesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em cerca de 1500 milhões de euros. Esta redução deveria ser conseguida através da utilização racional dos serviços de saúde e do controlo das despesas. Neste sentido e reportando-nos aos nossos resultados, considerámos que o decréscimo de 14,9% da despesa da diária do doente internado, do ano de 2013 para 2014, pode ter sido resultado da necessidade política de controlar a despesa neste setor.

Fazendo a análise por item, contactámos uma redução dos gastos com o pessoal em cerca de 16%. A explicação pode ter estado no facto de, no ano de 2014, o orçamento de estado contemplar medidas de redução remuneratória dos funcionários públicos, com a introdução da taxa progressiva e variável sobre os valores totais das remunerações (Lei n.º 83-C, 2013), a redução do pagamento remuneratório do trabalho suplementar noturno, sábados, domingos e feriados (Dec. Lei n.º 35, 2014) e à alteração do horário de trabalho de 35h para 40h semanais.

No que reporta ao grupo profissional de enfermagem, tendo em conta que houve um acréscimo de 13,3% (n=2) do número de enfermeiros em 2014 para fazer face ao aumento da lotação do serviço, verificámos uma redução dos gastos com estes profissionais superior aos gastos gerais com pessoal, o que pode ser devido, particularmente, à redução do pagamento remuneratório do trabalho suplementar, uma vez que é um grupo profissional que labora 24 horas por dia e sete dias por semana e à alteração do horário de trabalho responsável pela redução do valor/hora destes profissionais.

Relativo aos MCDT e medicamentos, verificámos uma redução da despesa de cerca 10,5 pontos percentuais, entre 2013 e 2014. A justificação da redução da despesa com os MCDT estará na variação de preços, relacionando-se com uma das medidas do MdE que comprometia o estado português a reduzir, em pelo menos 10%, os encargos do SNS com as entidades prestadoras deste serviço e renegociação periódica dos preços a praticar (Portal do Governo, 2011).

Quanto à redução com os gastos com medicamentos pode dever-se não só à variação de preços do mercado, mas, também, ter sido originada pela mudança na política do medicamento que resultou no aumento do consumo da quota de medicamentos genéricos e na redução dos preços dos medicamentos (OPSS, 2015).

Comparativamente, o custo de doente por dia de internamento no serviço de MFR em relação a outras opções de reabilitação do doente com AVC, como as unidades de convalescença da RNCC, provavelmente assumiu valores monetários mais significativos. No entanto, como referenciado anteriormente, também existiram ganhos de autonomia significativos em comparação com a alternativa de reabilitação mencionada. O estudo de Mahler et al. (2008) refere que do custo total de um doente com AVC, o internamento num serviço de reabilitação pode abranger uma fatia até 37%, mas pode permitir que 81% alcancem a independência ao fim de um ano.

Segundo O'Connor et al. (2011) os doentes internados numa unidade de reabilitação para patologias neurológicas (incluindo o AVC) e com um internamento de cerca de 60 dias, o custo inerente ao seu processo de reabilitação, pode ser recuperável, através dos ganhos em autonomia, ao fim de seis meses e os seus benefícios para a família e comunidade, prolongarem-se até 13 anos.

Na mesma linha, Turner-Stokes et al. (2015) demonstrou que os serviços de internamento especializado de reabilitação, para além de reduzirem significativamente a dependência nos doentes adultos jovens em idade produtiva e com altos níveis de incapacidade, os custos inerentes ao seu processo podem ter um retorno ao fim de 14 semanas, pelos ganhos em autonomia adquiridos. Também refere, que os custos de reabilitação dos doentes com elevado grau de dependência têm um retorno em menor tempo, que os doentes com moderado e reduzido graus de dependência. O retorno reflete-se sobretudo nas despesas evitáveis que a família e a sociedade teriam de suportar, motivadas pela sua dependência e incapacidade funcional.

Provavelmente uma das despesas evitáveis para a família e sociedade refere-se à necessidade de um cuidador informal para os doentes com dependência. Hervas et al. (2007), no seu estudo, refere que um doente muito dependente pode ter um custo médio/ano entre 6 490€ e 89 818€ e para o doente moderadamente dependente entre 6 490€ e 31 436€, com necessidade de dois cuidadores informais (um principal e um outro de apoio), com uma média de 5,4 horas por dia de cuidados necessários ao seu conforto e bem-estar.

Pires et al. (2016) com o objetivo de quantificar e valorar os cuidados informais a pessoas idosas e no qual avaliava o tempo despendido nos cuidados, a preços praticados no mercado de trabalho de atividade similar, chegou a resultados que apontavam para valores que poderiam ir até 78€ por dia e custos mensais de 2373€, em pessoas com necessidade de 24h de cuidados por dia.

Perante os custos mencionados e previsíveis que um doente dependente pode ter para a família e para o sistema de saúde, podemos afirmar que os resultados expostos podem ter evitado um significativo custo, ao ter contribuído para importantes ganhos de autonomia do doente previamente dependente.

Em conclusão, as intervenções do EEER efetuadas aos doentes do estudo proporcionaram significativos ganhos em autonomia, justificados pela alta percentagem de resolução de dependência no autocuidado e pelos ganhos de conhecimento e de capacidade para o autocuidado obtidos, traduzindo-se no aumento da funcionalidade física e psicossocial do indivíduo com AVC e na melhoria da sua qualidade de vida.

5 CONCLUSÃO

Chegado ao término deste trabalho procedemos a uma síntese das principais conclusões, a uma reflexão sobre o percurso desenvolvido para a sua concretização e dos objetivos inicialmente propostos e, por fim, apresentamos as limitações decorrentes do estudo, as mais-valias e algumas sugestões para estudos futuros.

A pesquisa permitiu-nos identificar a contribuição da intervenção do EEER no serviço de MFR da instituição em estudo, para a obtenção de ganhos em saúde, pois verificámos que a maioria dos participantes, no momento da alta, adquiriu autonomia nos autocuidados em análise. De acordo com o grau de dependência, a maioria dos que apresentavam um elevado ou moderado grau de dependência adquiriu a independência ou, pelo menos, progrediu para uma dependência em grau reduzido.

Podemos concluir que o conhecimento e a capacidade que os doentes adquiriram sobre estratégias adaptativas para a realização do autocuidado foram eficazes, sendo obtidos após a concretização de intervenções de enfermagem no domínio do ensinar, informar, instruir e treinar, que capacitaram para o desempenho do autocuidado e/ou para a utilização de material de apoio. Não podemos, no entanto, concluir se o tempo necessário para efetivar estas intervenções foi o adequado, pois a falta de estudos que permitissem a confrontação dos resultados não nos permitiu.

Quanto aos dias necessários para o doente adquirir ganhos em autonomia nos diferentes autocuidados, concluímos que os resultados apontam para a probabilidade de serem adequados ao tempo necessário para a obtenção da independência no autocuidado.

Na análise dos custos da diária de internamento do doente com AVC no serviço de MFR constatámos um decréscimo da despesa em cerca de 15%, entre o ano de 2013 e 2014, refletindo-se este decréscimo nas diferentes despesas referentes à atividade operacional do serviço: pessoal, MCDT e medicamento e hotelaria. Concluímos que este decréscimo de deveu à conjuntura económica que o país atravessava no período em análise e que se repercutiu em medidas de controlo e contenção da despesa decorrente da atividade operacional, quer por ação da própria instituição, quer por intermédio de medidas do governo central.

O internamento de MFR pode-se apresentar como uma opção mais dispendiosa face a outras. No entanto, vários estudos concluíram que apesar de ser uma alternativa mais onerosa, os ganhos de autonomia adquiridos pelo doente dependente podem proporcionar um retorno do investimento a curto prazo por motivos como: após a alta, prescindir de um

ou mais cuidadores informais de acordo com o seu nível de dependência, evitar despesas para a família e sociedade decorrentes do cuidado e proporcionar a possibilidade da sua reinserção socioprofissional.

Contudo, a reabilitação do doente no serviço de MFR só alcança o seu sucesso se este for intervencionado por uma equipa multidisciplinar, tendo por base a interdisciplinaridade e a complementaridade e, sobretudo, se for constituída por uma equipa de enfermagem que maioritariamente seja especialista em reabilitação.

Os resultados possibilitaram-nos demonstrar os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do EEER sobretudo, nos doentes com elevado e moderado grau de dependência no autocuidado e identificar os dias necessários para a sua aquisição. Pelo que, consideramos ser relevante, no futuro, as equipas de enfermagem destas unidades de reabilitação serem constituídas, se não na íntegra, pelo menos maioritariamente por enfermeiros com a especialidade em enfermagem de reabilitação.

Inicialmente previa-se desenvolver este estudo em dois serviços, um com uma equipa de enfermagem constituída unicamente por EEER e outro com uma equipa constituída maioritariamente por enfermeiros generalistas, com o objetivo de se realizar uma análise de custo efetividade das intervenções de enfermagem realizadas. Por motivos alheios à nossa vontade não foi possível a sua concretização, o que implicou uma reestruturação da questão de partida e dos objetivos propostos.

O desenvolvimento do estudo implicou um forte investimento, em tempo e dedicação. Contudo reconhecemos a sua importância na produção de conhecimento na disciplina de enfermagem, com implicações na qualidade dos cuidados, na prática de enfermagem baseada na evidência e, especialmente, no planeamento e gestão dos serviços de enfermagem.

No final deste estudo pudemos reafirmar que os objetivos inicialmente propostos foram conseguidos, mas realçámos algumas limitações. A principal limitação, como referido anteriormente, foi a impossibilidade de aceder aos dados de uma unidade de MFR similar de um hospital central do norte do país, mas com um contexto diferente a nível da constituição da equipa de enfermagem.

Embora considerando o tamanho da nossa amostra suficiente para obter resultados que permitem extrapolar dados para a população alvo do estudo, uma outra limitação refere-se ao facto da amostra não abranger faixas etárias de doentes com idade superior aos 75 anos.

A escassez de estudos nesta área que não permitiu comparar alguns dos resultados obtidos foi mais uma limitação do estudo.

Por outro lado, o estudo produziu conhecimento num âmbito em que se constata uma escassez de trabalhos publicados e permitiu dar visibilidade aos cuidados de enfermagem

efetuados pelo enfermeiro especialista em reabilitação, fundamentado pelos ganhos de autonomia obtidos e pelo conhecimento sobre o tempo necessário à sua concretização no doente dependente.

Para finalizar sugeríamos para trabalhos futuros comparar estes resultados com um estudo similar a realizar num serviço de MFR constituído maioritariamente por enfermeiros sem a especialidade de reabilitação, o que permitiria efetuar a análise de custo-efetividade e dessa forma comprovar, ou não, a necessidade de ter uma equipa constituída unicamente por EEER. Outra sugestão seria replicar este estudo aplicando escalas de avaliação específicas ao autocuidado ou usando outras variáveis e/ou correlacioná-las, de forma a produzir outros resultados relativos à efetividade da intervenção do EEER. No contexto da prática clínica, sugeríamos a inclusão de escalas de avaliação funcional (por exemplo, o Índice de Barthel) no SAPE com o objetivo de obter um instrumento fiável à produção de indicadores de resultado, proporcionando uma mais eficiente gestão dos cuidados de enfermagem.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE. *Plano Regional de Saúde 2014-2016*. Porto: ARS Norte. 2014.

ALMEIDA, P.M.S. *A saúde em contexto de crise e o papel da regulação: estudo de caso no Hospital Distrital de Santarém*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Política. Universidade de Lisboa. 2014. Tese de Mestrado

ANDERSON, C. et al. Validation of a clinical classification for subtypes of acute cerebral infarction. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. [Em linha]. 1994, n.º 57, p.1173-1179. [consult. 06 de março de 2016] Disponível: <http://jnnp.bmj.com/>

ANDRADE, L.T. et al. O papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*. [Em linha]. 2010, Vol. 63, n.º. 6, p. 1056-1060. [consult. 02 de abril 2016]. Disponível: <http://oaji.net/articles/2015/672-1438264527.pdf>.

ASSOCIATION OF REHABILITATION NURSES (ARN). Competency model for professional rehabilitation nursing. [Em linha]. *ARN*. 2014, p.1-22. [consult. 02 de abril 2016]. Disponível: http://www.rehabnurse.org/uploads/files/education/ARN_Rehabilitation_Nursing_Competency_Model_FINAL_-_May_2014.pdf

BAMFORD, J. et al. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *The Lancet*. [Em linha]. 1991, Vol. 337, p. 1521-1526. [consult. 12 de abril 2016]. Disponível: <https://www.researchgate.net/publication/21481142>.

BARBOSA, M.T. *Custo e efetividade da reabilitação após Acidente Vascular Cerebral. Uma revisão sistemática*. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2012. Tese de Mestrado.

BARRECA, S., WILKINS, S. Experiences of nurses Working in a Stroke rehabilitation unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, Vol. 63, p. 36-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação econômica em saúde: desafio para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. [Em linha]. 2008, p. 1-104. ISBN 978-85-334-1443-3. [consult. 8 de agosto de 2016]. Disponível: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_economica_desafios_gestao_sus.pdf.

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO. *Medicina Física e Reabilitação Guia de acolhimento do utente*. Porto. 2011

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO. *Relatório e contas*. Porto. 2014

CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO. *Relatório e contas*. Porto. 2015

CIVETTA, J., TAYLOR, R., KIRBY, R. *Tratado de Medicina Intensiva*. 1ª ed., Vol. 2. S. Paulo: Editora Manole LTDA. 1992. ISBN 85-204-0060-4/ISBN 85-204-0059-0.

CORREIA, M.J. *Acidentes Vasculares Cerebrais e sintomas e sinais neurológicos focais transitórios. Registo prospetivo na comunidade*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2006. Tese de Doutoramento.

COUTO, G.M.A. *Autonomia/Independência no Autocuidado. Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Tese de Mestrado.

CUNHA, M.G.T. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no doente com AVC isquémico e a demora média de internamento hospitalar*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, 2014. Tese de mestrado.

DECRETO-LEI n.º 35/2014. D.R. I Série. N.º 117 (20-06-2014), pp. 3220-3303

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Rede de referência hospitalar de medicina física e reabilitação*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003. ISBN 972-675-093-8

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Acidente Vascular Cerebral - Itinerários clínicos*. Lisboa: Lidel - edições técnicas. 2010. ISBN 978-972-757-661-6

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Acidente Vascular Cerebral: prescrição da medicina física e reabilitação. Norma da DGS* [Em linha]. 2011, n.º 54. [consult. 3 de dezembro de 2015]. Disponível na World Wide Web: <http://www.dgs.pt/?cr=21531>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: DGS. [Em linha]. 2012. [consult. 3 de setembro de 2015]. Disponível na WWW: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Indicadores de caracterização dos ACES*. Lisboa: DGS. [Em linha]. [consult. 2 de novembro de 2015]. Disponível: <http://www.websig.acs.min-saude.pt/websig/v5/portal2/public/?par=geosaude&lang=pt#>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Doenças Cérebro-cardiovasculares em números - 2015*. Programa Nacional para as doenças Cérebro-cardiovasculares. Lisboa, 2016. ISSN: 2183-0681

ESTEVES, N.A. *Custos e ganhos em saúde: avaliação de doentes internados com AVC em unidades de convalescença da ULSAM EPE*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2011. Tese de Mestrado.

ESTEVES, V., FARO, A. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Em linha]. 2005, vol. 39, nº 1, p. 92-96: [consult. em: 17 de abril de 2016]. Disponível: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=361033280012>.

EUROPEAN STROKE ORGANIZATION (ESO). Recomendações para o tratamento do AVC isquémico. ESO. [Em linha]. 2008. [consult. 02 de abril de 2016]. Disponível: <http://www.eso-stroke.org/eso-stroke/education/guidelines.html>

FARIA, F. A medicina física e reabilitação no século XXI: desafio e oportunidades. *Acta fisiátrica*. 2010, vol. 17, n.º1, p. 44-48

FARO, A.C.M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Em linha]. 2006, vol. 40, nº. 1, pp. 128-133: [consult. 17 de abril de 2016]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>.

FERREIRA, L.N.N. Avaliação económica no sector da saúde. *Revista dos Algarves*. [Em linha]. 2005, n. 13, p. 42-49. [consult. 02 de agosto de 2016]. Disponível: www.dosalgarves.com/revistas/N13/7rev13.pdf.

FERREIRA, C.; PITA, F; FERREIRA, I.; CRUZ, V.T. Fatores de risco para acidente vascular cerebral. *Sociedade Portuguesa de AVC (SPAVC)*. [Em linha]. 2011, 3ª ed. [consult. 02 de agosto de 2016]. Disponível: <http://www.spavc.org/pt/outras-actividades/publicacoes>.

FERREIRA, A. *Reforma do sistema de saúde. A minha visão*. 1ª ed. Vila do Conde: Verso da história, 2014. ISBN978-989-554-978-8.

FORTIN, M.F. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

FREITAS, M.M. Avaliação económica em saúde. *Portal de Saúde Pública*. [Em linha]. 2005. [consult. 02 de agosto de 2016]. Disponível: http://www.saudepublica.web.pt/01-Administracao/011-Economia/EconomiaSaude_MarioFreitas.htm.

GARCIA, T. R., NÓBREGA, M.M.L. Processo de Enfermagem: da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa. *Nery Revista de Enfermagem*. [Em linha]. 2009, vol. 13, n.º 1, p. 188-193. [consult. 17 de abril de 2016] Disponível: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/revistas.htm.

GEORGES, J. B. *Teorias de Enfermagem - fundamentos para a prática profissional*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artemed editora, 2000.

HARRISON. *Manual de Medicina*. 17ª ed. Lisboa: Euromédica, edições médicas, Lda, 2010. ISBN: 978-972-8749-87-3

HARRISON. *Medicina Interna de Harrison*. 18ª ed. Vol. 2. Porto Alegre: AMGH Editora Lda, 2013. ISBN 978-85-8055-121-1 (V.2).

HERVÁS, A., CABASÉS, J., FORCÉN, T. Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. *Gaceta Sanitaria*. [Em linha]. 2007, Vol. 21, n.º 6 p. 444-451. [consult. 17 de janeiro de 2016] Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v21n6/originales1.pdf>

HESBEEN, W. *A Reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-43-6.

HOEMAN, S.P. *Enfermagem de Reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. 4ª Ed. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 978-989-8075-31-4

HOY, B., WAGNER, L., HALL, E. Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2007, vol. 21, p. 456-66.

INTERCOLLEGIATE STROKE WORKING PARTY. National clinical guideline for stroke. *Royal College of Physicians*. [Em linha]. 2012, 4ª ed., p. 1-209. [consult. 02 de novembro de 2015]. Disponível: www.nottingham.ac.uk/emahsn/documents/stroke-idocumentroyalcollegeofphysiciansnationalclinicalguidelineforstroke.pdf

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSE. *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE/ICN - Versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2002. ISBN 972-98149-5-3.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSE. *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem CIPE/ICN - Versão 2011*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2014. ISBN 978-92-95099-18-0.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). *Classificação portuguesa das profissões. Versão 2011*. Lisboa: INE. [Em linha]. 2011. [consult. 3 de dezembro de 2015]. Disponível: <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/CP2010.pdf>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Destaque, informação à comunicação social - Causas de morte 2013*. [Em linha]. INE, 2015. [consult. 24 de março de 2016]. Disponível: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/26Causas%20Morte_2013%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/26Causas%20Morte_2013%20(1).pdf)

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). *Dados estatísticos*. [Em linha]. INE. [consult. 24 de março de 2016]. Disponível: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados

JORGENSEN, H. S. et al. Outcome and time course of recovery in stroke. part II: time course of recovery. The Copenhagen stroke study. *Archives Physical Medicine e Rehabilitation*. [Em linha]. 1995, vol. 76, n.º5, p. 406-412. [consult. 2 de novembro de 2015]. Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999395805680>

KJELLSTRÖM T., NORRVING B., SHATCHKUTE A. Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. *World Health Organization*. [Em linha]. 2006. [consult. 2 de novembro

- de 2015]. Disponível: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Helsingborg_Declaration_06.pdf
- KOBELT, G. *Health economics: na introduction to economic evaluation*. [Em linha]. London: Office of health economics, 2013. 3ª ed. [consult. 02 de agosto de 2016]. Disponível: www.ohe.org/publications/health-economics-introduction-economic-evaluation. ISBN 978-1-899040-44-5
- LEI n.º 83-C/2013. D.R. I Série. N.º 253 (31-12-2013), p. 7066-67.
- LOBIONDO-WOOD, G., HABER, J. *Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. ISBN 852-770-659-8.
- MACKAY, J., MENSAH, G. *The Atlas of Heart Disease and Stroke*. [Em linha]. Geneve: WHO. 2004. [consult. 2 de novembro de 2015]. Disponível: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/ ISBN 92 4 156276 5.
- MACIEL, E.A.R. *O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Tese de Mestrado.
- MAHLER, M. P. et al. A cost analysis of the first year after stroke - early triage and inpatient rehabilitation may reduce long term costs. *Swiss Medical Weekly*. [Em linha]. 2008, vol. 138, n.º 31-32, p. 459-465. [consult. 02 de novembro de 2016]. Disponível: http://www.smw.ch/dfe/set_archiv.asp?target=2008/31/smw-11845
- MARTINS, T., ROCHA, M. C. Autocuidado. Foco central para a prática de enfermagem. In: MARTINS, Teresa et al. *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2016. ISBN 978-989-20-7135-0. Cap. I, p. 13-29.
- MCEWEN, M., WILLS, E. *Bases teóricas para Enfermagem*. 2ª ed. Porto Alegre: Artemed editora, 2009. ISBN 978-363-1788-5.
- MELO, M.B.P. *Autocuidado em doentes com hemiplegia. Cuidados continuados de convalescença*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado.
- MENOITA, E. C. *Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência, 2012. ISBN: 978-972-8930-78-3
- MILLER, E.L. et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. [Em linha]. 2010, Vol.41, p. 2402-2448. [consult. 17 de abril de 2016] Disponível: <http://stroke.ahajournals.org>
- NERO, C.R. O que é economia da saúde. In: PIOLA, F.P.; VIANNA, S.M. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. [Em linha]. Brasília: IPEA, 1995. [consult. 02 de agosto de 2016]. Disponível:

http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5329.

Cap I, pp. 5-23.

NEUMANN, V. et al. Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine. *Journal Rehabilitation Medicine*. [Em linha]. 2010, vol. 42, n.º1, p. 4-8. [consult. 20 de setembro de 2015]. Disponível:

<http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?volume=42&issue=1>

NEVES, C.S.R. *Intervenções de enfermagem na promoção da autonomia/independência face ao autocuidado após acidente vascular cerebral: uma revisão sistemática da literatura*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Tese de Mestrado.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). *Saúde, síndrome de negação. Relatório de Primavera 2014*. Lisboa: OPSS, 2014.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Lisboa: OPSS, 2015.

OCDE. *Health at a Glance: Europe 2014*. [Em linha]. Europe: OECD publishing, 2014. [consult. 02 de agosto de 2016]. Disponível: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en ISBN 978-92-64-22357-8

OCDE. *Health at a Glance 2015. OECD indicators*. [Em linha]. Paris: OECD publishing, 2015. [consult. 02 de agosto de 2016]. Disponível: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en. ISBN 978-92-64-24351-4

OCDE. *OECD stat*. 2016. [consult. 02 de agosto de 2016]. Disponível: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

O'CONNOR, R.J.; BEDEN, R.; PILLING, A.; CHAMBERLAIN, M.A. What reductions in dependency costs result from treatment in an inpatient neurological rehabilitation unit for people with stroke? *Clinical Medicine* [Em linha]. 2011, vol. 11, n.º 1, p. 40-43. [consult. 02 de outubro de 2016]. Disponível: <http://www.clinmed.rcpjournals.org/content/11/1/40.short>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual Enunciados descritivos*. Divulgar. 2002

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 2004. Suplemento nº. 13, p.3-8

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (PQCER). *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. [Em linha]. 2015a. [consult. 17 de janeiro de 2016] Disponível:

http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQ CER.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Anuário estatístico. [Em linha]. 2015b. [consult. 17 de setembro de 2016]. Disponível:

http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Documents/2015_DadosEstatisticos_00_Nacionais_vf.pdf.

OREM, D. E. *Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson Salvat Enfermería, 1993. ISBN: 84-458-0092-2

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Genebra: OMS, 2005. ISBN 92 4 159404 7.

PEREIRA, M.R. *A promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012. Tese de Mestrado

PETRONILHO, F.A.S. et al. Caracterização do utente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Sinais Vitais*. 2010, nº 88, p. 41-47. ISSN - 0872-0844.

PIRES, C.L., TEIXEIRA, L., RIBEIRO, O., OLIVEIRA, S. Custo dos cuidados informais a pessoas idosas da região norte de Portugal: aplicação do método do bem substituto. *Actas de Gerontologia*, 2016, vol. 2, nº 1, p. 1-7. ISSN- 2182-9314

POLIT, D.F., BECK, C.T., HUNGLER, B.P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed, 5ª ed, 2004. ISBN: 0-7817-2557-7

PORTAL DO GOVERNO. Memorando de entendimento sobre condicionalidades da política económica. [Em linha]. 2011. [consult. 17 de janeiro de 2017]. Disponível: http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf.

QUEIRÓS, P.J.P., VIDINHA, T.S.S., FILHO, A.J.A. Autocuidado: o contributo teórico da Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014, Série IV, nº.3, p.157-164.

REGULAMENTO N.125/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação*. DR II Série. N.º 35 (18-11-2011), pp. 8658-8659.

REGULAMENTO N.533/2014. *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. DR II Série. N.º 233 (02-12-2014), pp. 30247-30254.

REGULAMENTO N.350/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. DR II Série. N.º 119 (22-06-2015), pp. 16655-16660.

RIBEIRO, O., PINTO, C., REGADAS, S. A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014, Serie IV, n.º. 1, p. 25-36.

ROBINSON-SMITH, G., JONHSTON, M.V., ALLEN, J. Self-care self-efficacy, quality of life, and depression after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. [Em linha]. 2000, vol. 81, n.º 4, p. 460-464. [consult. 2 de dezembro 2016]. Disponível: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999300045482>.

SÁNCHEZ, C. Impacto sociosanitário de las Enfermedades Neurológicas en España. *Fundación Española de Enfermedades Neurológicas (FEEN)* [Em linha]. 2006, p. 1-36. [consult. 2 de novembro de 2015]. Disponível: http://www.feeneurologia.com/docs/imp_sociosanitario_enf_neuro_es.pdf

SOARES, M.I.F. *Acidente Vascular Cerebral Isquémico. Complicações infecciosas segundo volume e localização do enfarte*. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, 2011. Tese de Mestrado

STROKE FOUNDATION OF NEW ZEALAND AND NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP. *Clínical Guidelines for Stroke Management 2010*. [Em linha]. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand, 2010. [consult. 02 de abril de 2016]. Disponível: www.stroke.org.nz.

TOMEY, A., ALLIGOOD, M. *Teóricas de Enfermagem e sua obra - Modelos e teorias de enfermagem*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-74-6

TURNER-STOKES, L. et al. Cost-efficiency of specialist inpatient rehabilitation for working-aged adults with complex neurological disabilities: a multicentre cohort analysis of a national clinical data set. *BMJ Open*. [Em linha]. 2015. [consult. 05 de outubro de 2016]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010238>.

UGÁ, M.A.D. Instrumentos de avaliação económica dos serviços de saúde: alcances e limitações. In: PIOLA, F.P.; VIANNA, S.M. *Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. [em linha]. Brasília: IPEA, 1995. [consult. 02 de agosto de 2016]. Disponível:

http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5329.

Cap. IX, p. 209-227.


VEIGA, L.M.C. *Reabilitação funcional após Acidente Vascular Cerebral: resultados de uma Unidade de Convalescença*. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, 2015. Tese de Mestrado

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Geneva: WHO, 2003. ISBN 92 4 154601 8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report n disability*. Geneva: WHO, 2011. ISBN 978 92 4 156418 2.

ANEXOS

ANEXO 1 - GRELHA DE ANÁLISE DOCUMENTAL

 ESEP ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO	
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	N. de Processo: _____ _____
SEXO: _____	IDADE: _____
ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE: _____ anos
Casado: _____	
Solteiro: _____	
Divorciado: _____	PROFISSÃO: _____
Viuvo: _____	
TIPO DE AVC	
LOCALIZAÇÃO DO AVC:	PARESIA: Hemiparesia: _____ D ^{ta.} _____ / Esq. ^a _____
TACI: _____	Paraparesia: _____
PACI: _____	
LACI: _____	
POCI: _____	
Data de Admissão: ___/___/___	Data de Alta: ___/___/___
Destino pós alta: _____	

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

AUTOCUIDADOS

AUTOCUIDADO: Higiene

GRAU DE DEPENDÊNCIA		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido
Aval. Inicial	Data				
Internamento	Data				
	Data				
Alta	Data				

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido
<i>Assistir no autocuidado: higiene</i>				
<i>Dar banho no chuveiro</i>				
<i>Incentivar a lavar a boca</i>				
<i>Incentivar ao autocuidado:higiene</i>				
<i>Lavar a boca</i>				
<i>Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</i>				
<i>Supervisar o autocuidado: higiene</i>				

AUTOCUIDADO: Higiene

CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS		NÃO DEMONSTRADO	DEMONSTRADO
Aval. Inicial	Data		
Internamento	Data		
	Data		
Alta	Data		

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	SIM	Não
<i>Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene</i>		
<i>Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</i>		

AUTOUIDADO: Higiene

APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES		NÃO DEMONSTRADO	DEMONSTRADO
Aval. Inicial	Data		
Internamento	Data		
	Data		
Alta	Data		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		SIM	Não
<i>Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene</i>			
<i>Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</i>			
<i>Treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</i>			
<i>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene</i>			

AUTOUIDADO: Arranjo Pessoal

GRAU DE DEPENDÊNCIA		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido
Aval. Inicial	Data				
Internamento	Data				
	Data				
Alta	Data				

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido
<i>Assistir a pessoa no autocuidado: arranjo pessoal</i>					
<i>Incentivar ao autocuidado: arranjo pessoal</i>					
<i>Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: arranjo pessoal</i>					
<i>Supervisar o autocuidado: arranjo pessoal</i>					

AUTOUIDADO: Arranjo Pessoal

CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS		NÃO DEMONSTRADO	DEMONSTRADO
Aval. Inicial	Data		
Internamento	Data		
	Data		
Alta	Data		

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	SIM	Não
<i>Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: arranjo pessoal</i>		
<i>Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: arranjo pessoal</i>		

AUTOUIDADO: Arranjo Pessoal

APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES		NÃO DEMONSTRADO	DEMONSTRADO
Aval. Inicial	Data		
Internamento	Data		
	Data		
Alta	Data		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		SIM	Não
<i>Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: arranjo pessoal</i>			
<i>Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: arranjo pessoal</i>			
<i>Treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: arranjo pessoal</i>			
<i>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: arranjo pessoal</i>			

AUTOUIDADO: Vestuário

GRAU DE DEPENDÊNCIA		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido
Aval. Inicial	Data				
Internamento	Data				
	Data				
Alta	Data				
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido
<i>Assistir no autocuidado: vestuário</i>					
<i>Incentivar ao autocuidado: vestuário</i>					
<i>Supervisar o autocuidado: vestuário</i>					
<i>Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário</i>					
<i>Vestir a pessoa</i>					

AUTOCUIDADO: Vestuário

CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS		NÃO DEMONSTRADO	DEMONSTRADO
Aval. Inicial	Data		
Internamento	Data		
	Data		
Alta	Data		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		SIM	Não
<i>Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário</i>			
<i>Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário</i>			

AUTOCUIDADO: Vestuário

APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES		NÃO DEMONSTRADO	DEMONSTRADO
Aval. Inicial	Data		
Internamento	Data		
	Data		
Alta	Data		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		SIM	Não
<i>Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário</i>			
<i>Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário</i>			
<i>Treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário</i>			
<i>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário</i>			

AUTOCUIDADO: Comer

GRAU DE DEPENDÊNCIA		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido
Aval. Inicial	Data				
Internamento	Data				
	Data				
Alta	Data				
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido
<i>Alimentar a pessoa</i>					
<i>Alimentar a pessoa através de ostomia</i>					
<i>Alimentar a pessoa através de sonda nasogátrica</i>					

<i>Assistir a pessoa a alimentar-se</i>				
<i>Incentivar a pessoa a alimentar-se</i>				
<i>Providenciar equipamento adaptativo para o alimentar-se</i>				
<i>Supervisar o alimentar-se</i>				

AUTOUIDADO: Comer

CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS		NÃO DEMONSTRADO	DEMONSTRADO
Aval. Inicial	Data		
Internamento	Data		
	Data		
Alta	Data		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		SIM	Não
<i>Ensinar sobre estratégias adaptativas para alimentar-se</i>			
<i>Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o alimentar-se</i>			

AUTOUIDADO: Comer

APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES		NÃO DEMONSTRADO	DEMONSTRADO
Aval. Inicial	Data		
Internamento	Data		
	Data		
Alta	Data		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		SIM	Não
<i>Instruir a sobre a utilização de estratégias adaptativas para o alimentar-se</i>			
<i>Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o alimentar-se</i>			
<i>Treinar o uso de equipamento adaptativo para o alimentar-se</i>			
<i>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o alimentar-se</i>			

AUTOUIDADO: Uso Sanitário

GRAU DE DEPENDÊNCIA		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido
Aval. Inicial	Data				
Internamento	Data				
	Data				
Alta	Data				
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		Elevado	Moderado	Reduzido	Resolvido
<i>Aplicar dispositivo urinário externo</i>					
<i>Assistir no autocuidado: uso sanitário</i>					
<i>Incentivar ao autocuidado: uso de sanitário</i>					
<i>Providenciar arrastadeira ou urinol</i>					
<i>Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: uso sanitário</i>					
<i>Supervisar o autocuidado: uso de sanitário</i>					
<i>Trocar a fralda</i>					

AUTOUIDADO: Uso Sanitário

CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS		NÃO DEMONSTRADO	DEMONSTRADO
Aval. Inicial	Data		
Internamento	Data		
	Data		
Alta	Data		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		SIM	Não
<i>Ensinar sobre estratégias adaptativas para alimentar-se</i>			
<i>Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o alimentar-se</i>			

AUTOUIDADO: Uso Sanitário

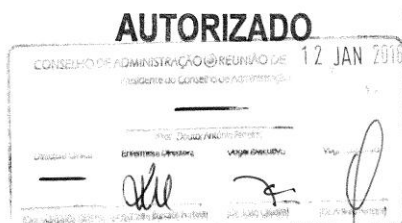
APRENDIZAGEM DE CAPACIDADES		NÃO DEMONSTRADO	DEMONSTRADO
Aval. Inicial	Data		
Internamento	Data		
	Data		
Alta	Data		

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	SIM	Não
<i>Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário</i>		
<i>Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário</i>		
<i>Treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: uso de sanitário</i>		
<i>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: uso de sanitário</i>		

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE



Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: José Miguel Ferreira dos Santos

Título do projecto de investigação: Ganhos em Saúde no serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) - Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Medicina Física e Reabilitação Internamento Pólo de Valongo do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 9 / Novembro / 2015

O INVESTIGADOR/PROMOTOR



Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João – EPE
Modelo CES 01

Comissão de Ética para a Saúde do Centro HSJ
Parecer

Projeto de Investigação: "Ganhos em Saúde no serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) - Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação".

Investigador Principal: En^o José Miguel Ferreira dos Santos

Concepção e pertinência do estudo:

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e comparativo, a desenvolver no âmbito do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da ESEP, sob orientação da Professora Doutora Paula Prata.

Tem como objetivos:

- Descrever as diferenças em ganhos de independência nos doentes com AVC em serviços de MFR com e sem enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.
- Identificar os dias de internamento em doentes com AVC em serviços de MFR com e sem enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.
- Analisar os custos em recursos humanos em serviços de MFR com e sem enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

O estudo a realizar no Serviço de Medicina Física e Reabilitação Internamento Pólo de Valongo, do Centro Hospitalar São João, tem a concordância do Exmo. Diretor de Serviço. (declaração anexa).

A amostra temporal, diz respeito à documentação processada pelos enfermeiros deste serviço relativa aos doentes com AVC no período de 2013 e 2014.

Para a recolha de dados o investigador refere que irá utilizar um questionário e grelha de análise documental, referente aos registos de enfermagem (anexo).

O estudo está delineado em concordância com os objetivos elencados, estando acatados os procedimentos éticos.

Benefício / Risco:

Não aplicável

Respeito pela liberdade e autonomia:

Não aplicável

Confidencialidade dos dados:

Não aplicável

Indemnização por danos

Não aplicável

Continuação do tratamento

Não aplicável.

Propriedade dos dados:

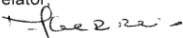
Não aplicável

Conclusão:

Proponho um parecer favorável à realização do estudo.

Porto, 20 de Novembro de 2015

O relator



Teresa Guerreiro

7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

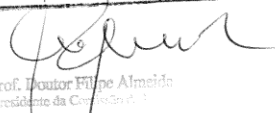
NÃO APLICÁVEL

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, José Miguel Ferreira dos Santos,
 abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsinquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 9 / Novembro / 2015

José Miguel Ferreira Santos
 Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de 11 / Novembro / 2015	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação. </div>  Prof. Doutor Filipe Almeida Presidente da Comissão