

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**AUTOCUIDADO COMO INDICADOR DE QUALIDADE E
SEGURANÇA DOS CUIDADOS: CONTRIBUTOS DA
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM**

Orientação:

**Professor Doutor António Luís Rodrigues Faria de
Carvalho**

Co-orientação:

**Professora Doutora Sandra Sílvia da Silva Monteiro
dos Santos Cruz**

Autor:

Ana Mafalda Pinto Ferreira

Porto, 2015

A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento.

Platão

AGRADECIMENTOS

Muitas foram os obstáculos encontrados durante a realização desta dissertação. Assim, gostava de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos os que, de uma forma direta ou indirecta, contribuíram para a realização da mesma.

Dirijo os meus maiores agradecimentos:

Ao professor Doutor Luís Carvalho e à professora Doutora Sandra Cruz pela partilha de conhecimentos, disponibilidade, apoio e incentivo durante este percurso.

Ao Centro Hospitalar do Médio Ave pela autorização dada para a realização desta investigação.

A toda a equipa de enfermagem do serviço de medicina do centro Hospitalar do Médio Ave da unidade hospitalar de Santo Tirso, em particular às enfermeiras especialistas de reabilitação, pela disponibilidade e colaboração na fase de colheita de dados.

Aos meus amigos, em especial à Elsa, por todos os momentos de partilha e incentivo para continuar este longo percurso.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo seu amor e por estarem sempre ao meu lado, acompanhando-me em todos os momentos de desamimo.

A todos, o meu maior reconhecimento. MUITO OBRIGADA!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE - Auto elevar-se

AI - Avaliação inicial

AL - Alimentar-se

AH - Autocuidado de higiene

AH(P) - Autocuidado de higiene (pessoal)

AAP - Autocuidado de arranjo pessoal

AR - Arranjar-se

CHMA - Centro Hospitalar do Médio Ave

CHP - Cuidar da higiene pessoal

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direcção Geral de Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

GC - Governação clínica

GD - Grau de dependência

GHD - Grupo homogéneo de doenças

ICN - International Council of Nursing

MCR - Mover em cadeira de rodas

MS - Ministério da Saúde

MSCEC - Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

P - Posicionar-se

PNS - Plano Nacional de Saúde

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SC - Supervisão Clínica

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

T - Transferir-se

TB - Tomar banho

UCR - Usar cadeira de rodas

US - Usar sanitário

V - Virar-se

VD - Vestir-se e despir-se

RESUMO

O envelhecimento da população e a crescente prevalência das doenças crónicas traduzem-se no aumento progressivo de incapacidades e conseqüente dependência no autocuidado. Desde há várias décadas que o autocuidado é um conceito central para a profissão e disciplina de enfermagem, e é considerado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados.

A supervisão clínica em enfermagem (SCE) é reconhecida como uma parte fundamental de um moderno sistema de cuidados de saúde pelo que, na procura da excelência dos cuidados, surge como instrumento imprescindível no desenvolvimento da qualidade dos cuidados em enfermagem.

Neste contexto surgiu a problemática: “Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados: contributos da SCE”.

Esta investigação apresenta como objetivos avaliar o grau de dependência (GD) dos doentes nos autocuidados e as intervenções de enfermagem seleccionadas pelos enfermeiros especialistas e pelos enfermeiros generalistas (registos), após a implementação de um modelo de supervisão clínica (SC) direccionado para o desenvolvimento das competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, e propor contributos de melhoria com o objetivo de dar continuidade à implementação do referido modelo.

Neste sentido, optou-se por desenvolver um estudo quantitativo de carácter descritivo correlacional de natureza transversal, com base numa amostra não probabilística e de conveniência constituída por 111 indivíduos.

A colheita de dados foi realizada através da aplicação de um questionário de avaliação do autocuidado, preenchido pelos enfermeiros especialistas em reabilitação, e um instrumento de avaliação do autocuidado direccionado aos registos de enfermagem, preenchido pela investigadora durante a análise documental (SCLínico®).

Através da análise e tratamento dos dados foi possível caracterizar a amostra quanto a idade, sexo e diagnóstico médico de admissão e verificar que, em mais de metade dos casos, foi feita referência ao autocuidado no momento da avaliação inicial e o mesmo encontrava-se devidamente referenciado. Verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa, para um nível da significância de 0,05, entre o GD e a idade, sexo e presença de dependência no domicílio, em quase todos os autocuidados, e comprovou-se a existência de uma correlação significativa entre o GD dos diversos autocuidados ($p < 0,001$). Apesar de verificar-se uma correlação significativa entre o GD atribuído pelos enfermeiros generalistas (registos) e pelos especialistas, observou-se que nos enfermeiros generalistas (registos) o GD foi significativamente superior ao dos enfermeiros especialistas nos vários autocuidados ($p < 0,001$). Por último, nos enfermeiros generalistas (registos), verificou-se uma redução total dos indivíduos em que as intervenções seleccionadas não correspondem ao GD.

Os resultados obtidos, de um modo geral, permitem-nos afirmar que se verificaram melhorias significativas nas competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, após a implementação de um modelo de SCE. A continuidade da aplicação do modelo é fundamental para a resolução das lacunas identificadas.

Palavras-chave: Autocuidado, SCE, qualidade e segurança, contributos, modelo de supervisão clínica em enfermagem

ABSTRACT

Title: SELF-CARE AS AN INDICATOR OF QUALITY AND SAFETY OF CARE: THE CONTRIBUTIONS FROM CLINICAL SUPERVISION IN THE NURSING PROFESSION

The ageing of the population and the increasing prevalence of chronic diseases lead to the gradual increase of disabilities and, consequently, the dependence on self-care.

For decades, self-care has been a central concept for the nursing profession and discipline, as it is considered to be the indicator of quality and safety of healthcare.

Clinical supervision in the nursing profession is recognised as a crucial part of a modern healthcare system and, in the search for excellence of this care, it emerges as an indispensable tool in the development of quality of nursing care.

In this context, an issue has arisen: "Self-care as an indicator of quality and safety of care: the contributions from clinical supervision in the nursing profession".

The goals of this investigation are the evaluation of the level of dependence of the patients in self-care and the nursing interventions chosen by the specialist and general nursing staff, after the implementation of a model of clinical supervision aimed at the development of the nurses' skills of intervention in self-care, and the proposition of contributions for the improvement, in order to further implement that model.

In this regard, I chose to develop a quantitative study of a descriptive, correlational and transversal nature, based on a convenience and non-probabilistic sample, made up of 111 patients.

The data was collected through a survey aimed at the evaluation of self-care, filled out by nurses specialized in rehabilitation, and an instrument of self-care evaluation which targeted the nursing records, filled out by the investigator during the documentary analysis (SCLínico®).

Through the analysis and processing of the data it was possible to characterize the sample regarding age, sex and medical diagnosis, and it revealed that in more than half the entries, self-care was fully referenced in the initial assessment. It was possible to see the existence of a significant statistic relation in almost all self-care cases, with a significance level of 0,05, between the level of dependence and age, sex, and the existence of a domiciled dependence, as well as the existence of a significant correlation between the level of dependence and the different types of self-care ($p < 0,001$). Even though there is also a significant correlation between the level of dependence mentioned by the specialist and general nursing staff, the levels of dependence in the different types of self-care mentioned by the general nursing staff were significantly above the levels mentioned by the specialist nursing staff ($p < 0,001$). Finally, in terms of the general nursing staff, there was a total reduction in the number of patients in which the selected interventions don't match the level of dependence.

In general, the results obtained showed that, after the implementation of the model of clinical supervision, there were significant improvements in the nurses' skills of intervention in self-care. The continuity of the model application is crucial to the resolution of the identified gaps.

Key words: Self-care, clinical supervision, quality and safety, contributions, clinical supervision model in nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. AUTOCUIDADO E SCE: ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	23
1.1. Autocuidado	23
1.1.1. Conceito	23
1.1.2. Estilos de Autocuidado	26
1.1.3. Intervenção de Enfermagem.....	27
1.2. SCE	29
1.2.1. Conceito	29
1.2.2. Modelos	31
1.2.3. Questões Organizacionais	33
1.3. Operacionalização do Projeto C-S2AFECARE-Q.....	35
1.4. Qualidade e Segurança dos Cuidados em Saúde.....	37
1.5. Autocuidado como Indicador de Qualidade para a SC.....	39
2. AUTOCUIDADO E SCE: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	43
2.1. Pertinência do Estudo	43
2.2. Finalidade e Objetivos	45
2.3. Hipóteses de Investigação	46
2.4. Contexto de Estudo	47
2.5. Desenho de Estudo.....	48
2.5.1. Tipo de Estudo	49
2.5.2. População e Amostra	49
2.5.3. Variáveis	50
2.5.4. Colheita de Dados	51
2.5.5. Tratamento dos Dados	53
2.6. Considerações Éticas	54
3. AUTOCUIDADO E SCE: RESULTADOS	57

3.1. Caracterização da Amostra.....	57
3.2. Avaliação Inicial.....	60
3.3. Graus de Dependência no Autocuidado	61
3.3.1. Relação com a Idade	64
3.3.2. Relação com o Sexo	64
3.3.3. Relação com a Dependência no Domicílio.....	66
3.3.4. Relação entre os Diferentes Autocuidados	67
3.3.5. Diferença entre Especialistas e Registos	68
3.4. Intervenções de Enfermagem	71
4. AUTOUIDADO E SCE: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	77
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	95
ANEXO I - Questionário de Avaliação do Autocuidado	97
ANEXO II - Instrumento de Avaliação do Autocuidado Direcionado aos Registos de Enfermagem	103
ANEXO III - Instrumento de Avaliação sobre o Autocuidado no Momento da Alta	107
ANEXO IV - Autorização da Comissão de Ética do CHMA	109
ANEXO V - Manual sobre o Autocuidado	111

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis	51
Tabela 2 - Correspondência dos graus de dependência no autocuidado	52
Tabela 3 - Distribuição por sexo, idade e classes etárias.....	57
Tabela 4 - Distribuição por dependência no domicílio	58
Tabela 5 - Relação entre a dependência no domicílio e o sexo e a idade	58
Tabela 6 - Autocuidado na avaliação inicial	60
Tabela 7 - Correspondência da terminologia utilizada pelo questionário (especialistas) e SClínico® (registos).....	62
Tabela 8 - Distribuição por grau de dependência nos diferentes autocuidados	63
Tabela 9 - Correlação idade - grau de dependência (especialistas e registos)	64
Tabela 10 - Relação sexo - grau de dependência	65
Tabela 11 - Relação dependência no domicílio - grau de dependência	67
Tabela 12 - Correlação entre os graus de dependência (especialistas)	68
Tabela 13 - Grau de dependência nos autocuidados - concordância entre enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas (registos)	69
Tabela 14 - Diferenças e relação entre graus de dependência (especialistas e generalistas-registos)	70
Tabela 15 - Distribuição relativamente à correspondência entre os GD e as intervenções	71
Tabela 16 - Seleção de intervenções específicas relacionadas com equipamentos e estratégias adaptativas para cada autocuidado	72
Tabela 17 - Correspondência entre especialistas e generalistas (registos) na seleção de intervenções específicas relacionadas com equipamentos e estratégias adaptativas.....	72
Tabela 18 - Intervenções selecionadas pelos enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas (registos).....	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição por diagnóstico de admissão	59
Gráfico 2 - Distribuição por diagnóstico de admissão /sexo	59
Gráfico 3 - Distribuição dos diferentes autocuidados na avaliação inicial.....	61

INTRODUÇÃO

A dissertação apresentada resulta de um estudo de investigação elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e surge como uma resposta a um projeto de Investigação-ação concetualizado pela referida escola em colaboração com o CHMA. O projeto intitula-se “Supervisão Clínica para a segurança e qualidade dos cuidados” (C-S2AFECARE-Q), e este trabalho enquadra-se na terceira fase em que se pretende avaliar os contributos da implementação de um modelo de SCE no desenvolvimento de competências dos enfermeiros em áreas sensíveis à sua intervenção, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança das práticas implementadas.

A investigação é indiscutível para o avanço da ciência, contribuindo para a elaboração de um corpo de conhecimentos próprios de cada disciplina. Em enfermagem, a investigação mostra-se fundamental para a sua afirmação enquanto ciência e para a evolução da profissão.

Alarcão e Tavares (2007, p. 136) referem que “a verdadeira essência de ser investigador concentra-se no desejo de conhecer e, se possível, intervir para melhorar”.

Nas últimas décadas, assistiu-se a significativas alterações demográficas, sociais, tecnológicas e epidemiológicas. No contexto dos países desenvolvidos, como é o caso de Portugal, as populações apresentam uma esperança média de vida superior. Este facto acarreta um aumento inequívoco da população idosa e, conseqüentemente, um aumento das doenças crónicas e quadros de dependência no autocuidado.

O autocuidado é “entendido como a perceção, a capacidade e os comportamentos dos indivíduos em realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e gerir as doenças” (Pedronilho, 2012, p. 92). Neste contexto, e de acordo com os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2011), “o enfermeiro tem por objetivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado”, pelo que o autocuidado é considerado uma área sensível à intervenção de enfermagem e um indicador da qualidade dos cuidados.

A SCE tem vindo a ser implementada em diversos contextos, tendo como principal objetivo aumentar a consciência dos enfermeiros relativamente às questões relacionadas com a prática clínica, através da reflexão, orientação e suporte profissional (Nadirshaw e Torry,

2004; Silva, Pires e Vilela, 2011). Neste sentido, a SCE surge como uma ferramenta fundamental na prestação dos cuidados de enfermagem, imprescindível ao desenvolvimento da qualidade desses mesmos cuidados.

Com base naquilo que foi exposto anteriormente, emergiu a problemática “Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados: contributos da SCE”.

A finalidade deste trabalho centra-se em conhecer os contributos obtidos na área do desenvolvimento de competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, após a implementação de um modelo de SCE, e posteriormente propor contributos de melhoria para dar continuidade à implementação do referido modelo.

Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar a amostra tendo em conta a idade, sexo e diagnóstico de admissão;
- Observar se o autocuidado foi mencionado na avaliação inicial;
- Avaliar o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA nos vários autocuidados;
- Relacionar o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA com a idade;
- Relacionar o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA com o sexo;
- Relacionar o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA com a dependência no domicílio;
- Relacionar o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA entre os vários autocuidados;
- Analisar a concordância no grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e pelos enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados;
- Identificar diferenças no grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e pelos enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados;
- Relacionar o grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e pelos enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados;

- Analisar a concordância entre o grau de dependência no autocuidado e as intervenções selecionadas nos enfermeiros especialistas e nos enfermeiros generalistas (registos);
- Identificar diferenças nas intervenções selecionadas pelos enfermeiros especialistas e os enfermeiros generalistas (registos);
- Identificar os contributos da implementação da SC pela comparação dos resultados obtidos no estudo anterior;
- Propor contributos de melhoria para dar continuidade a um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado.

Este trabalho encontra-se estruturado em diferentes capítulos, o que concorre de forma significativa para uma apresentação sistemática dos conteúdos.

No primeiro capítulo deste relatório é apresentado o enquadramento concetual da temática em estudo onde se pretende clarificar o conceito de autocuidado, SCE, qualidade e segurança dos cuidados, assim como a relação entre os conceitos. Aqui também vai ser realizada uma operacionalização do projeto C-S2AFECARE.

No segundo capítulo é exposto o enquadramento metodológico onde foi abordada a pertinência do estudo, a finalidade e os objetivos e, ainda, os aspetos relacionados com o desenho de estudo e de ordem ética.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos através da análise dos dados e, por último, no quarto capítulo é realizada a discussão dos resultados obtidos comparativamente com os resultados do estudo realizado antes da implementação de um modelo de SCE. Aqui também são apresentadas um conjunto de estratégias a serem implementadas através do modelo de SCE, que visam a resolução das lacunas identificadas.

1. AUTOCUIDADO E SCE: ENQUADRAMENTO CONCETUAL

A fase concetual consiste em definir todos os elementos de um problema e reveste-se de uma grande importância, pois concede à investigação uma orientação e um objetivo (Fortin, 2009).

A revisão da literatura, etapa da fase concetual, é fundamental para conhecer o estado atual dos conhecimentos sobre o assunto em estudo (Fortin, 2009).

Tendo por base o que foi mencionado anteriormente, neste capítulo encontra-se reunido o suporte teórico relativo ao autocuidado, SCE e qualidade e segurança que se revelou pertinente para a promoção da compreensão da temática em estudo

1.1. Autocuidado

As alterações demográficas verificadas, no decorrer do último século, tiveram uma expressão muito significativa na estrutura das pirâmides etárias, incrementando o envelhecimento da população. Com o aumento do envelhecimento é expectável o aumento da prevalência das doenças crónicas incapacitantes, o que desencadeia quadros de dependência no autocuidado e conseqüente perda de autonomia.

Segundo a OE, os cuidados de enfermagem encontram-se centrados na promoção da saúde, na prevenção da doença, no autocuidado e na promoção dos processos de readaptação funcional à doença (OE, 2001).

Desde há várias décadas que o autocuidado é um conceito central para a profissão e disciplina de enfermagem.

1.1.1. Conceito

Desde os anos 50 que o autocuidado tem vindo a ser objecto de estudo da enfermagem (Sidani, 2003).

Em 1983, o autocuidado foi definido por Orem como uma ação intencional da pessoa em agir, no sentido da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar contínuo (Orem, 1983). Em 1991, Orem refere que o autocuidado também pode ser entendido como uma conduta que cada pessoa adota e que pode ser observado em situações concretas do cotidiano, dirigidas pela pessoa para si mesma, de modo a controlar os fatores que afetam o seu desenvolvimento e funcionamento em benefício da sua vida, saúde ou bem-estar (Orem, 1991; Söderhamn, 2000, 2001).

Orem e colaboradores (2001) citados por Zeleznik et al. (2010) definem, ainda, autocuidado como uma função reguladora que pode ser desempenhada pela própria pessoa, ou por alguém que execute por eles, no sentido de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.

De acordo com Orem (2001), todas as pessoas são portadoras de requisitos para o autocuidado. Contudo, cabe a cada um ativar esses requisitos perante uma situação de mudança, no sentido de vivenciar uma transição saudável.

Autocuidado “é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais” (Theuerkauf, 2000, p. 173).

Para Backaman e Hentinen (1999), o autocuidado é entendido como uma condição pessoal que cada pessoa encerra em si, não sendo apenas uma forma consciente de agir mas uma atitude ou disposição moldada e construída ao longo da vida, podendo ter significados diferentes para pessoas diferentes. É um conceito que se encontra relacionado com o sentido que cada pessoa atribui à sua vida e ao seu envolvimento em comportamentos promotores de saúde e bem-estar. De salientar que, para as autoras, o autocuidado não pode ser considerado uma parte separada da biografia das pessoas, pois está intimamente associado ao passado e ao futuro das mesmas, onde os comportamentos de autocuidado possuem interações com os fatores culturais, sociais e psicossociais. As práticas comportamentais das pessoas são modeladas por valores e crenças apreendidas, assim como pelas oportunidades e limitações sociais e económicas que as envolvem.

Diversos estudos fazem referência aos fatores que influenciam a habilidade do indivíduo para o autocuidado, agrupando-os em dois grupos: fatores intrínsecos e fatores extrínsecos. Os fatores intrínsecos englobam a idade, o sexo, o estado civil, a orientação sócio-cultural, as experiências pessoais de doença, a capacidade funcional e cognitiva, a satisfação com a vida, a auto-estima e a percepção de auto-eficácia. Os fatores extrínsecos abrangem os recursos familiares/condições de vida, os recursos da comunidade/suporte social, o ambiente, a pessoa significativa e a eficácia das terapêuticas de enfermagem (Petronilho, 2012; Duque, 2009; Backaman e Hentinen, 2001).

O Departamento de Saúde do Reino Unido, em 2005, baseado no pensamento de Jaarsma et al. (2000), define autocuidado como os cuidados realizados pelas pessoas no sentido da promoção da sua saúde e bem-estar, contudo também faz referência aos cuidados prestados as outras pessoas, aspeto que apenas tinha sido mencionado por Orem e colaboradores (Department of Health, 2005). A definição de autocuidado do Departamento de Saúde do Reino Unido faz ainda referencia, em consonância com outros autores, aos fatores que influenciam o envolvimento das pessoas no autocuidado. De salientar fatores como: a história de vida; a experiência pessoal; as crenças e valores; as habilidades cognitivas e aptidões literárias; a autoconfiança, auto-estima, auto-eficácia e autocontrolo; a capacidade de avaliar a realidade; a capacidade de tomar decisões; a capacidade de avaliar a informação existente; suporte e encorajamento por parte dos profissionais de saúde (Department of Health, 2005).

Ao longo dos anos, os elementos e as propriedades do conceito que foram sendo desenvolvidos e refinados por diversos autores, deram origem a definições mais consensuais. Para a CIPE, o autocuidado é definido como uma *“Atividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais, básicas e íntimas e as actividades de vida diária”* (ICN, 2011, p. 41). Envolve acções como tomar banho, vestir-se e despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto elevar-se, usar sanitário, transferir-se, virar-se e usar a cadeira de rodas (ICN, 2005).

Sendo uma atividade realizada pelo próprio, traduz-se num comportamento e, conseqüentemente, numa acção intencional do individuo (Braden cit. por Silva-Smith e Kovach, 2006).

Quando o individuo é incapaz de realizar as atividades descritas anteriormente, ou realiza as mesmas com dificuldade estamos perante uma situação de défice no autocuidado (Orem, 2001, cit. por Raffi, Shahpoorian e Azarbaad, 2008).

A teoria do défice do autocuidado de Orem (2001) é considerada como o núcleo central da teoria geral de enfermagem, pois descreve e explica quando e porque é que a enfermagem é indispensável para as pessoas. Cabe ao enfermeiro avaliar o défice de autocuidado, assim como os diversos fatores que interferem no mesmo e adequar as suas intervenções com o objetivo de maximizar o bem-estar e promover o autocuidado (OE, 2001).

Neste sentido, o autocuidado é entendido como uma área sensível à intervenção de enfermagem.

1.1.2. Estilos de Autocuidado

A prática do autocuidado é o reflexo do estilo individual dos indivíduos e da adaptação às suas experiências de vida. Contudo, nem todos os indivíduos desenvolvem atividades para cuidar deles, mostrando que existem diferentes atitudes face ao autocuidado (Backaman e Hentinen, 1999).

Backaman e Hentinen, em 1999, desenvolveram um estudo com objetivo de compreender o autocuidado de idosos em atendimento domiciliar, na Finlândia. Esse estudo permitiu-lhes identificar e caracterizar quatro perfis de autocuidado, nomeadamente o Autocuidado Responsável, o Autocuidado Formalmente Guiado, o Autocuidado Independente e o Autocuidado de Abandono, sendo que cada um apresenta diferentes condições para a ação e diferentes significados.

Embora, as autoras tenham definido quatro perfis de autocuidado, importa salientar que o número de indivíduos que apresentavam perfis de autocuidado com traços dos diferentes perfis era bastante significativo (Zeleznik, 2007; Sequeira, 2011).

O autocuidado responsável é caracterizado pelo compromisso dos indivíduos com as atividades de vida diária e pela capacidade dos mesmos em gerir, de forma autónoma, a saúde e a doença. Os indivíduos querem conhecer com pormenor os motivos das suas doenças, quais os sinais e sintomas e os tratamentos possíveis. Eles demonstram capacidade para gerir os tratamentos e os medicamentos, e procuram ajuda quando necessitam, colaborando ativamente com os profissionais de saúde. Estes indivíduos apresentam hábitos de vida saudáveis como a prática de exercício físico e a ingestão de um plano alimentar equilibrado. Os indivíduos com este perfil de autocuidado têm uma orientação positiva acerca do futuro e o desejo de continuar a viver como um agente ativo (Backaman e Hentinen, 1999).

O autocuidado formalmente guiado é caracterizado pela passividade dos indivíduos face às instruções relativas à sua saúde. Estes indivíduos cumprem o que lhes é dito, mas não questionam quais os motivos que se encontram na base das suas ações. Os indivíduos com este perfil de autocuidado relatam um passado árduo, com sofrimento, marcado pelas rotinas e baixa capacidade de decisão, o que demonstra a influência dos aspetos culturais sobre as disposições para o autocuidado. De acordo com Backaman e Hentinen (1999), os indivíduos que aderem a este perfil tendem a mostrar uma atitude de resignação. Estes indivíduos encaram os profissionais de saúde como agentes que controlam a sua saúde, estabelecendo-se assim uma relação marcada pela subalternidade.

O perfil de autocuidado independente apoia-se na vontade que o indivíduo sente em ouvir a sua “voz interior”. Estes indivíduos apresentam uma forma muito própria de cuidar das suas necessidades, não compreendem ou valorizam os sinais e sintomas das suas doenças e

não procuram ajuda de profissionais. Eles acreditam que a sua experiência de vida é a forma mais correta de resolver os seus problemas. Estes indivíduos fazem uma avaliação muito positiva das suas condições de saúde e negam o envelhecimento, duvidando das recomendações dos profissionais de saúde e dos tratamentos prescritos. Para eles a sua casa é o lugar onde se sentem mais seguros e onde querem ficar, mesmo que isso implique o isolamento social e graves compromissos na sua autonomia (Backaman e Hentinen, 1999; Sequeira, 2011).

O perfil de autocuidado de abandono é caracterizado pela impotência, pela falta de responsabilidade e de capacidade de decisão. Estes indivíduos não cuidam de si mesmos, não são capazes de gerir a sua vida e por diferentes razões sentem-se impotentes e diminuídos, como por exemplo por não saberem ler, por apresentarem diminuição da acuidade visual e auditiva e diminuição da mobilidade. São introvertidos e durante toda a vida sentiram que foram uns miseráveis e que ninguém os respeitou. Este perfil de autocuidado encontra-se associado a quadros de tristeza e depressão. Segundo Backaman e Hentinen (1999), os períodos após alta hospitalar e os períodos de lutos são momentos críticos que requerem supervisão por parte dos enfermeiros e restantes profissionais de saúde.

Apesar do perfil de autocuidado ser algo que se vai construindo ao longo do tempo e que define cada um dos indivíduos é possível, tendo em conta as alterações vivenciadas por cada indivíduo ao longo da vida, e também pelas diversas intervenções de enfermagem e restantes profissionais de saúde, modificar comportamentos de autocuidado.

1.1.3. Intervenção de Enfermagem

O envelhecimento da população encontra-se diretamente relacionado com o aumento progressivo da prevalência as doenças crónicas que, por sua vez, gera um aumento do número de pessoas dependentes no autocuidado. Assim, a pessoa fica dependente de estratégias, equipamentos adaptativos e nas situações de maior dependência de um cuidador formal ou informal (Rodrigues, 2008).

A enfermagem desempenha um papel fundamental junto da pessoa em situação de dependência, sendo a promoção do autocuidado um elemento essencial dos cuidados de enfermagem (Marques et al., 2012).

De acordo com os enunciados descritivos dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” da OE (2001) *“o enfermeiro tem por objetivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado”*.

A promoção do autocuidado engloba todo um conjunto de intervenções que permitem a capacitação da pessoa para desempenhar, autonomamente, as atividades fundamentais à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Marques et al., 2012). Cabe ao enfermeiro ensinar, instruir e treinar a pessoa com dependência no autocuidado a utilizar um conjunto de estratégias e equipamentos adaptativos.

Quando a pessoa não desempenha nenhum papel ativo no seu autocuidado, sendo socialmente dependente dos outros, necessita de ser substituída na concretização das atividades de vida (Orem, 2001). Assim, as intervenções de enfermagem devem basear-se no conhecimento e treino de capacidades e habilidades do prestador de cuidados com o objetivo do mesmo desenvolver diferentes atividades centrada na substituição da pessoa dependente, e na informação dos recursos institucionais, profissionais e materiais disponíveis no sentido de facilitar o processo de prestação de cuidados a pessoa dependente no domicílio (Ribeiro, Pinto e Regadas, 2014).

Por outro lado, quando a pessoa apresenta um papel ativo no seu autocuidado, necessitando apenas de ajuda em algumas atividades de vida (Orem, 2001), as intervenções de enfermagem devem centrar-se na informação e treino da capacidade da pessoa dependente no sentido da execução das atividades de autocuidado (Ribeiro, Pinto e Regadas, 2014). Perante esta situação, os cuidados de enfermagem pretendem promover a adaptação das pessoas à nova condição com o principal objetivo de ser mantido os melhores níveis de independência e qualidade de vida (Teixeira, 2012). A transição para a dependência no autocuidado é um fator modificável através da melhoria do potencial de aprendizagem da pessoa.

Segundo a OE (2002), os cuidados de enfermagem encontram-se centrados na promoção da saúde, na prevenção da doença, no autocuidado e na promoção dos processos de readaptação funcional à doença.

A ação do enfermeiro procura maximizar o potencial da pessoa e/ou contribuir para a restauração dos níveis ótimos de saúde, função, conforto e bem-estar da pessoa (Meleis, 2005).

Pelo lugar que ocupam na equipa multidisciplinar, pela proximidade e acompanhamento constante a pessoa dependente, os enfermeiros são defensores inatos do autocuidado (Wrixon, 2009, cit. por Teixeira, 2012).

1.2. SCE

As crescentes exigências sociais em matéria de formação, qualidade dos cuidados, organização de trabalho e parcerias têm impulsionado uma crescente preocupação com a qualidade dos processos de aprendizagem em contexto clínico (Abreu, 2007).

O processo de formação em enfermagem pretende desenvolver a capacidade dos profissionais de intervir de um modo competente e fundamentado em diversas situações. Assim, pressupõe-se que esta deva ser mais do que uma moldagem de perfis profissionais pré-estabelecidos e deva implicar sempre um processo de apreciação crítica e reflexiva do exercício da profissão, fazendo emergir uma interpretação mais dinâmica do papel do enfermeiro e da enfermagem (Garrido, Pires e Simões, 2008).

Como afirma Sousa (1989) citado por Garrido, Pires e Simões (2008, p. 36)

A formação deve preparar enfermeiros que sejam profissionais altamente competentes, capazes de orientar o futuro dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo sempre mais o seu saber, que se preocupem antes de mais, com as necessidades da saúde da população e sejam inovadores, criativos, que saibam correr riscos indispensáveis a uma mudança inevitável.

Neste contexto, surge a SC com um método que promove o desenvolvimento e a reflexão dos estudantes e profissionais de enfermagem, não só em determinadas áreas do saber, mas também ao nível do desenvolvimento pessoal e interpessoal.

1.2.1. Conceito

Em Portugal, a SC surge com especial interesse admitindo-se que pode ajudar os profissionais, durante as suas carreiras, a desenvolverem o conhecimento, competências pessoais e profissionais (Garrido, Pires e Simões, 2008).

Abreu (2007, p.181) acrescenta que este processo foi assinalado por “três factos que historicamente marcaram o desenvolvimento da profissão: o movimento da educação permanente, na década de 70; os estudos em matéria da qualidade e cuidados de enfermagem; os processos de certificação da qualidade”.

A literatura revela a existência de inúmeras definições de supervisão. Contudo, o conceito é descrito como vago e complexo pelo que é difícil encontrar uma definição que explique claramente o que é supervisão em toda a sua plenitude (Garrido, 2004).

O conceito de supervisão tem tido, ao longo destes últimos anos, importantes contributos que têm permitido a sua evolução em termos de prática profissional.

Inicialmente pensada como uma prática de vigilância e controle no âmbito da formação do enfermeiro, a SC constitui-se, hoje em dia, como algo fundamental para a transmissão das competências práticas dos enfermeiros quer ao nível do ensino clínico quer ao nível do desempenho profissional.

De acordo com Oliveira-Formosinho (2002, p.12)

A supervisão reconceptualizada desenvolve-se e reconstrói-se, coloca-se em papel de apoio e não de inspecção, de escuta e não de definição prévia, de colaboração activa em metas acordadas através da contratualização, de envolvimento na acção educativa quotidiana (através de pesquisa cooperada), de experimentação reflectida através da acção que procura responder ao problema identificado.

A SCE é definida como *“um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem, que permite ao indivíduo desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pela sua prática e promover a proteção do utente e a segurança dos cuidados em situações clínicas complexas”* (DOH, 1993, cit. por Abreu, 2007, p. 182).

A SC percebida em função da qualidade dos cuidados de enfermagem, segurança dos clientes e grau de satisfação profissional consiste *“num processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda orientação e monitorização”* (Abreu, 2007, p. 177).

Fonseca (2006, p. 11) define supervisão como um *“ (...) processo dinâmico, interactivo, mediador, facilitador e potenciador da aprendizagem experiencial, baseado numa relação de confiança e ajuda entre todos os intervenientes, onde cada um desempenha funções e estabelece estratégias que permitam atingir uma finalidade comum (...) ”*.

A SC é entendida como um processo formal de sustentação da prática, em que um profissional experiente apoia, orienta e aconselha um outro profissional ou futuro profissional na construção do seu conhecimento. É considerada uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem porque direcciona a atenção para o desenvolvimento de competências, conhecimentos e valores profissionais, permitindo uma crescente autonomia e responsabilização pelos cuidados prestados.

Garrido, Pires e Simões (2008) afirmam que *“a supervisão clínica pretende, em primeiro lugar, assegurar que as necessidades dos clientes estão a ser satisfeitas e realçar a eficácia das intervenções terapêuticas, sendo essencial que o supervisionado e o supervisor possam trabalhar de uma forma construtiva”*.

Os mesmos autores referem que a supervisão *“ajuda, igualmente, os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade, durante o seu percurso profissional”* e, ainda, ao *“desenvolvimento de capacidades e potencialidades, como a capacidade de construção e a criatividade, a realização de si, a espontaneidade, a liberdade, e a responsabilidade perante o outro”*.

Diversos autores fazem referência as múltiplas vantagens da implementação da SC. De acordo com Abreu (2007, p. 188)

As capacidades formativas da supervisão clínica em enfermagem estão ainda documentadas em diversos estudos que fazem emergir dimensões que se articulam com os trajetos pessoais e coletivos de formação: satisfação profissional, redução de stress e prevenção do “burnout” (Hallberg e Norberg, 1993), crescimento pessoal (Hohn et al., 1998), desenvolvimento de competências profissionais (Serverinsson, 1996), qualidade de cuidados (Paunonen, 1991, Bégat et al., 1997), e cooperação entre enfermeiro e utente (Edberg et al., 1996).

Assim, a SCE assume uma dimensão crescente associada a processos de promoção da qualidade, contribuindo de uma forma muito significativa para ganhos em saúde (Garrido, Pires e Simões, 2008)

1.2.2. Modelos

A SC tornou-se num dos principais focos de reflexão para as diferentes áreas da atividade humana. Na área da saúde, nomeadamente na enfermagem, as reflexões assumiram grande relevo na supervisão das práticas profissionais e de estudantes em ensino clínico (Garrido, Pires e Simões, 2008).

Abreu (2003, p. 45) afirma que “só ocorre aprendizagem (intencional) em contexto clínico se a aprendizagem for cuidadosamente e deliberadamente acompanhada”.

Quer pela complexidade e singularidade dos cuidados prestados quer pelas necessidades dos profissionais e estudantes, nos últimos anos, verificou-se o aparecimento sistemático de modelos de SC (Abreu, 2007), o que permite a elaboração de planos individualizados de aprendizagem para os supervisionados (Garrido, Pires e Simões, 2008).

Os modelos constituem o quadro concetual que direcciona o processo de supervisão (Garrido, Pires e Simões, 2008), dirigindo-se às finalidades e alvos de supervisão, ao tipo de aproximação a ser adotada para o estabelecimento da relação interpessoal, ao feedback e a continuação da sua sustentação (Cottrell e Smith, 2002 cit. por Garrido, Pires e Simões, 2008).

Abreu (2007, p. 190) refere que “um modelo pode ser entendido com uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a acção”.

De salientar que, apesar de existir um grande diversidade de modelos de supervisão, não existe nenhum que, só por si, consiga incorporar todos os elementos considerados essenciais numa determinada situação (Abreu, 2007).

Os modelos devem ser entendidos como quadros de referência, isto é, como estruturas teóricas de orientação para a prática, e não como uma norma imutável e imperecível para a melhoria contínua da formação ou da prática de cuidados.

De acordo com Kitchen (1999), a escolha do modelo de supervisão depende não só do tamanho do grupo, como também da história dos diferentes elementos que o constituem e da própria organização. Garrido (2004) refere que o modelo a ser usado deve ser acordado entre os diversos atores do processo de supervisão, sempre com o objetivo de que o modelo selecionado responda da melhor forma às necessidades.

Assim, e de acordo com Abreu (2003, 2007) e Garrido (2004) são vários os modelos de supervisão referenciados na literatura, nomeadamente: Growth and Support Model (Faugier, 1992), Modelo de Friedman e Marr (1995), Modelo de Proctor (1986), Modelo de Nicklin (1997), Modelo de Paunonen (1999), Six - category intervention analysis (Heron, 1989), The nursing supervision model (Severinsson, 2001), The two matrix modelo supervision (Hawkins e Shohet, 1996), Modelo dos 4s (Waskett, 2009) e o Modelo de Lynch (Lynch e Happel, 2008).

Marr, Steele e Hickman (2001) citado por Abreu (2007) mencionam que os diversos modelos se distinguem pela filosofia e pelos pressupostos que se encontram na sua base.

De todos os modelos referenciados na literatura, o modelo de Proctor (1986) é aquele que mais vezes é citado em diversos estudos e contexto de enfermagem (Abreu, 2003). Trata-se de um modelo que descreve como são organizadas as funções da supervisão, as orientações fundamentais e os conteúdos das sessões. De acordo com Proctor (1991) citado por Abreu (2007), a SC inclui três funções estruturantes: normativa, formativa e restaurativa. A função normativa engloba todas as atividades que visam a promoção da qualidade dos cuidados e a redução dos riscos, garantindo padrões de qualidades (Abreu, 2007). A função formativa encontra-se centrada no desenvolvimento de competências, habilidades e compreensão com base na reflexão sobre a prática (Abreu, 2007). Por últimos, a função restaurativa apresenta como foco de atenção as necessidades emocionais do enfermeiro, apoiando o supervisionado nas suas ações e respostas com o objetivo de diminuir o stress inerente a prática de cuidados (Abreu, 2007).

Por último, é importante fazer referência ao modelo de SC desenvolvido por Cruz (2012), denominado de Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC). Este modelo emergiu de um trajeto de investigação-ação que decorreu no CHMA e encontra-se ancorado em três eixos, nomeadamente: conceção dos cuidados, exercício profissional e supervisão. É um modelo que assenta na “união da relação que se estabelece entre os intervenientes que atuam nos três eixos e que permitem a sua retroalimentação, tornando-o num modelo ativo, dinâmico, pragmático” (Cruz, 2012, p. 164). É considerado uma “ferramenta fundamental para a melhoria contínua da qualidade, através do suporte

que proporciona aos enfermeiros, tornando-se uma mais-valia para a tomada de decisões em enfermagem” (Cruz, 2012, p. 291).

De um modo geral, todos os modelos de supervisão mencionados na literatura fazem referência aos elevados níveis de exigência e de responsabilidade da enfermagem, assim como ao facto de tantos os profissionais como os estudantes se confrontarem, diariamente, no contexto da sua prática com situações adversas que exigem soluções adequadas (Abreu, 2003).

Independentemente do modelo escolhido, a SCE tem como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem seguros e com qualidade e o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais (Abreu, 2003; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja, 2006).

1.2.3. Questões Organizacionais

A SCE tem suscitado uma crescente atenção por parte das organizações de saúde (Abreu, 2003 cit. por Abreu, 2007), sendo vista como um mecanismo de suporte para a segurança e qualidade dos cuidados (Carvalho, 2014).

A Ordem dos Enfermeiros, desde 2007, que faz referência a importância que a SC apresenta ao nível do desenvolvimento da profissão de enfermagem, contemplando a necessidade de existirem espaços abertos à discussão da qualidade dos cuidados de enfermagem (Macedo, 2014). Abreu (2003) citado por Abreu (2007, p. 199) afirma que “*a formação clínica é um espaço importante de socialização dos enfermeiros*” e que “*no espaço e nos tempos em que decorrem as aprendizagens clínicas, os enfermeiros ou alunos de enfermagem desenham os principais quadros de inteligência que estão na base da mudança e no processo de construção social da profissão*”.

Neste sentido, as organizações de saúde têm a responsabilidade de assegurar a todos os seus profissionais o acesso a SC (Butterworth e Woods, 1999), definindo de uma forma concisa quais as estratégias institucionais que vão ser utilizadas para cumprir esse objetivo.

Garrido, Pires e Simões (2008, p. 89) referem que a supervisão “*(...) deverá funcionar, efectivamente, sempre e em todo o local, onde se pratique enfermagem (...)*”.

Contudo, tal como afirma Macedo (2014), através da nossa experiência profissional podemos afirmar que os momentos de boas práticas reflexivas são muito escassos pela dificuldade que existe em conciliar as práticas de gestão e administrativas com as reflexivas. A mesma autora (p.10) refere que “*dentro do contexto hospitalar, essas práticas estão muito presentes nas normas e protocolos pelos quais os profissionais de*

enfermagem se regem, capazes de os envolver no tempo e no espaço, deixando, com muita frequência, pouca margem a reflexão”.

De salientar ainda que, ao longo da história, as organizações de saúde foram sendo geridas através de modelos de gestão politicamente situados (Abreu, 2002 cit. por Garrido, Pires e Simões, 2008). Atualmente, e de acordo com Garrido, Pires e Simões (2008, p.91), *“os debates sobre a problemática da administração do serviço de saúde têm conduzido à adoção estratégica de modelos de gestão centrados no controle de custos”.*

Segundo o Grupo Técnico para a Reforma da Organização interna dos Hospitais (2010, p.2),

A focagem, por vezes excessiva, em objetivos de produção, potenciada por mecanismos de financiamento nem sempre ajustados, desguarnecida de adequados mecanismos de controle de qualidade e efectividade, não favorece as boas práticas, compromete a formação e contribui para o desencanto e menos desempenho dos profissionais.

Garrido (2004) refere que a adoção da SCE por parte das organizações de saúde tem sido pragmática devido à ausência de conhecimento e de pesquisas mais efectivas sobre o assunto, adiando a formação dos supervisores e a implementação da supervisão nas práticas.

Pires (2004, p. 4) menciona que *“estudos sobre a supervisão clínica em enfermagem permitiram identificar um conjunto de problemas a nível conceptual e operacional, desde logo, porque nem sempre as organizações de saúde reconhecem a pertinência de investir nesta área, pelo menos antes de iniciarem programas de acreditação”.*

O impacto financeiro da SC em instituições de saúde ainda não está completamente esclarecido, o que face à atual realidade económica nacional, cingida na redução de custos, induz as organizações a assumirem uma postura cautelosa numa área pouco desenvolvida.

Abreu (2007, p. 204) refere que *“a supervisão clínica tem custos, como aliás têm custos os sistemas de qualidade”.* Contudo, Nicklin (1997) citado por Abreu (2007, p. 204), *“argumenta que se esse custo se refletir na contenção da doença, o aumento da eficiência clínica, melhoria da qualidade de cuidados, a diminuição de reclamações e de erros clínicos e um aumento na motivação do pessoal, os custos inerentes à supervisão clínica são perfeitamente justificáveis”.*

De acordo com o Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010, p.16) é fundamental serem aplicadas *“políticas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde”*, o que implica uma alteração na forma como as instituições de saúde têm vindo a ser estruturadas.

A SC é uma área emergente de intervenção para a enfermagem, com um enorme potencial e um campo de trabalho a explorar e a desenvolver. Trata-se de uma área pertinente e que constitui um enorme desafio para os profissionais, para as organizações e para os

responsáveis pelas políticas de saúde. É fundamental que exista um esforço de todos os intervenientes para que seja possível implementar a SC nas instituições de saúde.

1.3. Operacionalização do Projeto C-S2AFECARE-Q

Com o objetivo de realizar uma melhor contextualização deste estudo, pareceu-nos pertinente elaborar uma breve descrição do projeto C-S2AFECARE-Q.

O projeto “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” (C-S2AFECARE-Q) adveio de um compromisso formal e institucional entre a ESEP e o CHMA, e consiste num projeto de investigação-ação que visa a criação de uma cultura de supervisão de pares. Este projeto pretende ser um contributo para a segurança e qualidade dos cuidados, através da operacionalização de um modelo de SCE, sustentado nas necessidades dos enfermeiros do CHMA e focalizado nas respostas às exigências decorrentes do seu exercício profissional. Os indicadores monitorizados pelo projeto são o autocuidado, o risco de queda e a amamentação. Este projeto foi implementado no serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso e no serviço de obstetria, ginecologia e bloco de partos do CHMA da unidade hospitalar de Famalicão.

O projeto C-S2AFECARE-Q englobou três fases distintas. Numa primeira fase, foram desenvolvidos vários estudos académicos na área do autocuidado, risco de queda e amamentação, que segundo a OE são áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os resultados obtidos nestes estudos permitiram identificar um conjunto de necessidades, de dificuldades e até o incumprimento de normas institucionais, que produziram contributos fundamentais para a aplicação do modelo de MSCEC.

Na primeira fase da operacionalização do projeto C-S2AFECARE-Q, foram constituídas aleatoriamente sete equipas de SCE, sendo quatro do serviço de medicina da unidade hospitalar de Santo Tirso e três no serviço de obstetria, ginecologia e bloco de partos da unidade hospitalar de Famalicão. Cada equipa era composta por um enfermeiro supervisor e dez enfermeiros supervisionados.

Tendo em conta a importância do supervisor clínico no processo supervisivo, a sua seleção respeitou um conjunto de critérios previamente delineados pelos investigadores responsáveis e pelas chefias dos serviços participantes, nomeadamente ser perito na prestação de cuidados, ter formação pós-graduada preferencialmente em SCE, deter relação jurídica de trabalho estável, com pelo menos quatro anos de experiência profissional e experiência no serviço de pelo menos dois anos, ter experiência prática em SCE como supervisor clínico, ser detentor de experiência no âmbito da formação e acompanhamento de estudantes e integração de pares, ser reconhecido pelos pares, ser

ponderado e assertivo, ser detentor de uma capacidade de reflexão crítica do seu trabalho e dos seus pares, ser capaz de estabelecer relações de confiança e estar efetivamente presente na equipa.

Na segunda fase do projeto, após a organização das equipas de SCE e a identificação dos problemas e necessidades dos enfermeiros, através da implementação do MSCEC desenvolveram-se um conjunto de estratégias de SCE com o principal objetivo de solucionar as lacunas identificadas. Assim, realizou-se uma reunião de caráter formativo com todas as equipas onde foram abordados os conteúdos teóricos relacionados com o próprio projeto, com a SCE, a avaliação e monitorização do risco de queda, com o autocuidado, conhecimentos e habilidades na amamentação. Durante esta reunião foram também explicados os objetivos e finalidade do projeto, o cronograma previsto e motivados os enfermeiros a participarem e envolverem-se ativamente na sua implementação, de modo a contribuírem para o sucesso do projeto.

Posteriormente foram planeadas sessões formais de SCE para todas as equipas e negociado um contrato individual de SC entre o supervisor clínico e os enfermeiros supervisionados, com o objetivo de formalizar todo este processo. Estas sessões desenvolveram-se num ambiente de suporte, apoio e reflexão, envolvendo todos os supervisados, para que os mesmos se considerassem parte integrante do processo.

Delinearam-se diferentes formas de SC, nomeadamente supervisão direta, supervisão indireta e supervisão à distância. A supervisão clínica direta envolve a observação e acompanhamento do supervisionado *in loco*, acompanhada de uma reunião após cada observação (sessões individuais), e as sessões formais de SCE (sessões em grupo). A supervisão clínica indireta engloba encontros formais entre todos os supervisores com o objetivo de normalizarem a sua conduta, partilharem informação e experiências, e planearem ações para colmatar necessidades identificadas. Esta modalidade também inclui a reunião com os supervisores maiores que são responsáveis pelo acompanhamento dos enfermeiros supervisores. Para as estratégias de supervisão à distância foi criado um endereço eletrónico para registo de informação e situações significativas, disponível para todos os enfermeiros envolvidos no projeto, de forma a promover a partilha de eventos críticos, dúvidas, experiências e conhecimentos com os pares ou com os investigadores.

A terceira fase do projeto C-S2AFECARE-Q, fase em se enquadra este estudo de investigação, visa identificar os contributos da implementação do MSCEC no desenvolvimento de competências dos enfermeiros nas áreas de intervenção pré-definidas para o projeto.

1.4. Qualidade e Segurança dos Cuidados em Saúde

Atualmente, a qualidade é uma referência incontornável da sociedade e uma exigência em todos os ramos da atividade humana (Garrido, Pires e Simões, 2008). Na saúde podemos descrever razões de índole profissional, ética, política, económica e social para justificar a necessidade de qualidade nos cuidados (Ribeiro et al., 2008).

Assim, de acordo com Sale (2000) mencionado por Garrido, Pires e Simões (2008, p. 92),

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, oferecidos aos cidadãos, assume-se como um desafio transversal às sociedades modernas, sendo da responsabilidade de todos os profissionais envolvidos. A garantia da qualidade tem assumido uma importância crescente, na medida em que se tem vindo a verificar um aumento das expectativas da sociedade, face à qualidade de cuidados que lhe são oferecidos, uma maior pressão social, relativamente à qualidade dos mesmos, uma maior competição, na área da saúde, que tem conduzido a melhorias, tendo em vista a qualidade, o que tem repercussões em toda a organização, e, também, o desejo dos profissionais em proporcionar cuidados de qualidade aos utentes.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente como uma ação prioritária, por organizações internacionais e nacionais como, a Organização Mundial da Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiros, Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde (OE, 2001).

Apesar do crescente interesse nos últimos anos, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos autores. Pirsig (1987) referenciado por Garrido, Pires e Simões (2008, p. 93) refere que “a qualidade não é passível de ser definida” e o mesmo autor entende-a como “uma força motriz dentro de nós que nos impele a procura da melhoria; uma forma especial de um crescente nível de consciencialização que varia de indivíduo para indivíduo”.

A qualidade emerge da soma das características que uma entidade possui, e está relacionada com as expectativas prévias do cliente e a satisfação sobre a intensidade com que tais expectativas são atendidas. Trata-se de um conceito subjetivo que depende do contexto e da perspectiva de cada um.

Para Delgado (2004) citado por Abreu (2007, p. 199) “a qualidade pode ser definida como uma forma de estar, de conviver e de atuar, no sentido de haver uma procura permanente de obtenção de melhores resultados a partir de um melhor desempenho de cada elemento interveniente no processo”.

O IOM (1990) mencionado por Abreu (2007, p. 200) refere que qualidade é “o grau de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde aos indivíduos e à comunidade, bem como o tipo de metas definidas, tendo em conta os conhecimentos científicos atuais”.

Segundo o Decreto-Lei n.º166-A/99 de 13 de Maio, a qualidade é considerada um imperativo para as organizações, face aos direitos dos utilizadores, e universalmente reconhecida e aceite como a satisfação dos clientes a custos adequados (Teixeira, 2012).

Donabedian (2003) refere que a qualidade pode ser traduzida pela existência na instituição de eficácia, efectividade, eficiência, adequação, optimização, legitimidade e equidade nos cuidados.

A qualidade é considerada uma necessidade e uma exigência. É a forma de ir ao encontro das necessidades dos doentes e promover a satisfação das mesmas, na procura da excelência dos cuidados (Teixeira, 2012).

Henbeen (2001, p. 52) afirma que *“uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde”*.

A promoção da qualidade implica construir uma prática mais racional, estruturada, integrada e funcional, apoiada na melhoria dos processos, no aprofundamento das estratégias e no reforço da relação entre a comunidade educativa e a organização (Abreu, 2007).

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.3) afirma que *“definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio - quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros”*.

De salientar, ainda, que qualidade e segurança são dois conceitos indissociáveis (Fragata et al., 2011). Vários autores referem que a área da segurança dos cuidados deve assumir cada vez mais relevância numa unidade hospitalar, sendo que deve ser considerada prioritária a intervenção dos profissionais na prevenção de complicações que podem decorrer da prestação de cuidados (Pina et al., 2010).

A segurança dos doentes é fundamental para a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem. O ICN acredita que a melhoria da segurança dos doentes envolve um vasto espectro de acções no recrutamento, formação e retenção de profissionais de saúde, melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão do risco (...) os enfermeiros estão vocacionados para a segurança dos doentes em todos os aspectos do cuidado” (ICN, 2007, p. 67).

A prestação de cuidados seguros e de qualidade, dirigidos aos doentes e suas famílias, deve ser uma preocupação das organizações de saúde e dos seus profissionais, e requer o cumprimento de normas técnicas e ético-deontológicas (OE, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2004), garantir a segurança dos doentes e dos profissionais e melhorar a qualidade dos serviços são objetivos prioritários de qualquer sistema de saúde.

Neste sentido, a ESEP e o CHMA, através da implementação do projeto “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” (C-S2AFECARE-Q), criaram a oportunidade de assegurar um dos desígnios que decorre do compromisso das instituições de saúde com a qualidade, particularmente, melhorar as práticas dos enfermeiros e aumentar a qualidade e segurança dos cuidados prestados à população. Este projeto visa “a criação de uma cultura de supervisão de pares e pretende ser um contributo para assegurar a qualidade dos cuidados, através da operacionalização de um modelo de SCE, sustentado nas necessidades dos enfermeiros e focalizado na resposta às exigências do seu exercício profissional” (Rocha, 2014, p. 8)).

A implementação do projeto “proporcionou uma janela de oportunidades aos enfermeiros do CHMA para o desenvolvimento pessoal e profissional e salvaguarda da segurança e qualidade dos cuidados prestados” (Rocha, 2014, p. 13). A mesma autora menciona ainda que este projeto “constitui-se um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte aos profissionais, com vista à sua satisfação, à segurança dos doentes e à qualidade dos cuidados de enfermagem” (Rocha, 2014, p. 13).

1.5. Autocuidado como Indicador de Qualidade para a SC

Atualmente, as questões de qualidade encontram-se cada vez mais presentes em diversos setores da sociedade, e em particular, no setor da saúde. Esta é uma área de interesse e preocupação das organizações de saúde e seus profissionais, especialmente os enfermeiros.

A qualidade é a forma de ir ao encontro das necessidades dos doentes e promover a satisfação das mesmas, de uma forma segura, tendo na sua base a procura pela excelência dos cuidados (Pina et al., 2010).

De salientar que a responsabilidade pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados é uma obrigação legal, de acordo com o Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro (Almeida, 2001).

Neste sentido, o Conselho de Enfermagem da OE “*desenvolveu esforços conducentes à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tendo definido padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*” (Garrido, Pires e Simões, 2008, p. 94) e os seus enunciados descritivos, que permitem avaliar até que ponto todos os cuidados prestados estão em conformidade com os mesmos (Garrido, Pires e Simões, 2008).

A definição de padrões de qualidade “*revela-se fundamental para o exercício profissional dos enfermeiros em geral e para as organizações de saúde em particular, que terão assim*

um precioso instrumento capaz de lhes nortear o caminho na procura da excelência profissional” (Almeida, 2001, p. 40).

O conselho de Enfermagem da OE definiu seis categorias de enunciados descritivos na procura permanente da excelência do exercício profissional, entre os quais: a promoção da saúde, o bem-estar e o autocuidado e a readaptação funcional (OE, 2001). No âmbito da promoção da saúde, o enfermeiro ajuda o doente a alcançar o máximo potencial de saúde. Na promoção do bem-estar e autocuidado, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos doente e suplementa ou/e complementa as atividades nas quais o mesmo é dependente. E, por último, na promoção da readaptação funcional, o enfermeiro conjuntamente com o doente desenvolve processos eficazes na adaptação aos problemas de saúde.

“Os enfermeiros são o maior grupo profissional dentro das organizações de saúde onde a comunidade espera que os cuidados prestados sejam de qualidade para diagnosticar e cuidar na saúde e na doença, para que o utente seja independente e tenha uma vida saudável” (Fradique e Mendes, 2013).

Pelo que foi mencionado anteriormente, os enfermeiros assumem um papel fundamental no desenvolvimento e implementação de processos de qualidade em saúde (Fradique e Mendes, 2013).

O autocuidado, mencionado numa das categorias dos enunciados descritivos da OE, é uma das áreas potenciadoras de ganhos em saúde, reconhecido com um indicador de qualidade dos cuidados e como critério de qualidade do exercício profissional.

Richards (2009) define autocuidado como uma função humana reguladora que deve ser desempenhada pelos próprios indivíduos, ou que em caso de dependência alguém executa por eles, com o objetivo de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.

O papel dos enfermeiros, na área do autocuidado, prende-se com a implementação de intervenções que visem a substituição do doente na satisfação das atividades que não consegue realizar, ou na complementação do doente na satisfação das atividades que realiza com dificuldade, e na readaptação funcional dos doente que apresentem potencial para readquirir algum grau de autonomia.

O autocuidado, área sensível a intervenção de enfermagem, é reconhecido como indicador de qualidade dos cuidados, pelo que, a sua importância é indiscutível para a SCE, enquanto parte fundamental de um moderno sistema de cuidados de saúde que visa a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados.

“A excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajecto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorados numa atitude crítica e reflexiva por parte deste” (Cruz, 2008, p. 112).

Assim, a SC surge como uma estratégia que permite *“estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica”* (Garrido, Pires e Simões, 2008, p. 15), sendo considerada como *“um importante instrumento no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem”* (Walsh et al., 2003, p. 33).

A SC é aceite como um pré-requisito fundamental e imprescindível para a enfermagem (Garrido, 2004), na medida em que *“permite melhorar o desenvolvimento profissional, proporcionar apoio profissional e pessoal aos profissionais, estimular o desenvolvimento da perícia clínica, promover a inovação e as boas práticas, assegurar a protecção e a segurança do doente e um nível elevado de qualidade nos serviços”* (Cruz, Santos e Rocha, 2014, p. 105).

Abreu (2007, p. 177) refere que a SCE *“é actualmente uma das dimensões relevantes dos processos de promoção da qualidade e de acreditação, dados os ganhos que proporciona a nível da assistência”*.

Neste sentido, os enfermeiros enquanto profissionais indispensáveis no ato de cuidador devem ter acesso a supervisão clínica. Cruz (2008, p. 116) salienta que *“negligenciar ou ocultar os efeitos positivos da supervisão clínica, já descritos por via da investigação, é um erro grave que não pode ser cometido”*.

Garrido, Pires e Simões (2008, p. 89) referem que *“sendo a enfermagem uma disciplina na qual a supervisão clínica está, intimamente, relacionada com a sustentação e melhoria da qualidade das práticas, essa deverá funcionar, efectivamente, sempre e em todo o local, onde se pratique enfermagem”*.

Como forma de conclusão, o autocuidado, definido pela OE como sensível aos cuidados de enfermagem, foi um indicador monitorizado no projeto C-S2AFECARE-Q, pelo que pode ser considerado um indicador de qualidade dos cuidados e um indicador de qualidade para a SC. A qualidade dos cuidados de enfermagem depende da capacidade dos enfermeiros intervirem no autocuidado e a supervisão apresenta um contributo inegável no desenvolvimento dessa capacidade.

2. AUTOCUIDADO E SCE: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Terminado o enquadramento concetual da temática em estudo, mostra-se fundamental delinear o percurso metodológico a utilizar com o objetivo de planear as várias etapas relativas à elaboração e execução da investigação.

“A metodologia em investigação pressupõem ao mesmo tempo um processo racional e sistemático e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação” (Fortin 2009, p. 19).

Assim, a metodologia é fulcral para todo o processo de investigação visto ser um processo sistemático que permite examinar fenómenos com o objetivo de ser obter respostas para as questões que são alvo de investigação (Fortin, 2009).

Tendo por base o que foi mencionado anteriormente, neste capítulo, vão ser abordadas todas as questões metodológicas imprescindíveis à concretização deste estudo.

2.1. Pertinência do Estudo

A OE preconiza que a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem são condições fundamentais à excelência profissional e entende que a investigação concebida em enfermagem é “ (...) *um pilar fundamental para alcançar este desiderato*” (OE, 2006, p. 2).

“Qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno estudado” (Fortin, 2009, p. 48).

Neste sentido, e de acordo com a autora mencionada anteriormente, o problema de investigação deve ser atual, isto é, deve dar resposta às questões do dia-a-dia, pertinentes para a prática de enfermagem, e ser uma potencial fonte de aquisição de novos conhecimentos.

No decorrer do último século, verificamos que Portugal, à semelhança de outros países da União Europeia, apresenta pouco dinamismo demográfico, isto é, predomina uma estrutura

etária cada vez mais envelhecida associada a baixos níveis de fecundidade, de mortalidade e aos progressos da medicina e avanços da tecnologia.

Posto isto, com o aumento do envelhecimento é expectável o aumento da prevalência de doenças crónicas incapacitantes, o que provoca um número crescente de quadros de dependência no autocuidado e perda na autonomia, lançando um enorme desafio para os governos, famílias e sociedade.

O autocuidado, conceito central para a profissão e disciplina de enfermagem, é classificado tanto pela OE como pelas comissões de acreditação como um dos indicadores da qualidade dos cuidados em saúde (OE, 2007) e como um critério de qualidade do exercício profissional.

A SC em enfermagem é cada vez mais reconhecida como uma parte fundamental de um moderno sistema de cuidados (Milne, 2007), sendo a *mesma “considerada um importante instrumento no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem”* (Walsh et al., 2003, p. 33).

O autocuidado, sensível aos cuidados de enfermagem, é uma das áreas em que a SC poderá desenvolver uma intervenção ativa.

Importa salientar, mais uma vez, que este trabalho se encontra integrado na terceira fase do projeto C-S2AFECARE-Q. Numa primeira fase foram identificadas as necessidades dos enfermeiros na área do autocuidado com o objetivo de se elaborar e implementar um modelo de SCE que promova a segurança e a qualidade dos cuidados, e numa segunda fase foram realizadas sessões de supervisão com o intuito de dotar os enfermeiros de maiores competências na área do autocuidado.

Neste contexto surge a necessidade de avaliar o impacto produzido pela implementação de um modelo de SCE, nomeadamente o MSCEC, no desenvolvimento de competências dos enfermeiros do serviço de Medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso para intervir no autocuidado.

Assim, com base naquilo que foi exposto anteriormente, surgiu este estudo com a problemática *“Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados: contributos da SCE”*.

A delimitação do problema de investigação, de acordo com Coutinho (2011, p. 45), é fundamental *“ (...) porque centra a investigação numa área ou domínio concreto (...) dando-lhe direcção e coerência (...) ”*.

Neste sentido, surge a questão de partida *“Quais os contributos obtidos na área do autocuidado após a implementação de um modelo de SCE que visa a segurança e a qualidade dos cuidados?”*. Esta questão serviu como fio condutor da investigação (Quivy e Campenhoudt, 1998) e no momento da sua elaboração foram tidos em conta critérios de

qualidade, nomeadamente a clareza, a exequibilidade e a pertinência (Hulley et al., 2008).

2.2. Finalidade e Objetivos

Este estudo apresenta como finalidade conhecer os contributos obtidos na área do desenvolvimento de competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, após a implementação de um modelo de SCE, com o intuito de promover a segurança e a qualidade dos cuidados, e propor contributos de melhoria para dar continuidade à implementação do referido modelo.

Os objetivos decorrem do problema de investigação, exprimem as variáveis-chave, a população alvo e a orientação que a investigação deve tomar, pelo que devem indicar de forma clara o propósito que o investigador persegue (Fortin, 2009). Assim, foram definidos os seguintes objetivos:

- Caracterizar a amostra tendo em conta a idade, sexo e diagnóstico de admissão;
- Observar se o autocuidado foi mencionado na avaliação inicial;
- Avaliar o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA nos vários autocuidados;
- Relacionar o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA com a idade;
- Relacionar o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA com o sexo;
- Relacionar o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA com a dependência no domicílio;
- Relacionar o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA entre os vários autocuidados;
- Analisar a concordância no grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e pelos enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados;
- Identificar diferenças no grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e pelos enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados;

- Relacionar o grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e pelos enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados;
- Analisar a concordância entre o grau de dependência no autocuidado e as intervenções selecionadas nos enfermeiros especialistas e nos enfermeiros generalistas (registos);
- Identificar diferenças nas intervenções selecionadas pelos enfermeiros especialistas e os enfermeiros generalistas (registos);
- Identificar os contributos da implementação da SC pela comparação dos resultados obtidos no estudo anterior;
- Propor contributos de melhoria para dar continuidade a um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado.

2.3. Hipóteses de Investigação

Uma hipótese é “*um enunciado que antecipa a relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica*” (Fortin, 2009, p. 165) com o objetivo de dar resposta, ainda que provisória, à questão de partida (Quivy e Campenhoudt, 1998).

De acordo com Ribeiro (2010, p. 34-35) “as hipóteses propõem-se clarificar o que é que o investigador espera encontrar no final do estudo e porquê e quando são confirmadas podem ser generalizadas a outras populações em situação semelhantes” (Coutinho, 2011).

Assim, as hipóteses enunciadas são:

1. Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA e a idade;
2. Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA e o sexo;
3. Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA e a dependência no domicílio;
4. Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA dos vários autocuidados;
5. Existe concordância significativa no grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e os enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados;

6. Existem diferenças estatisticamente significativas no grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e os enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados;
7. Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados;
8. Existem diferenças estatisticamente significativas nas intervenções selecionadas pelos enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas (registos);

2.4. Contexto de Estudo

O Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E., designado por CHMA, foi criado pelo Decreto de Lei nº 50-A/2007 de 28 Fevereiro, e resulta da fusão do Hospital Conde de São Bento em Santo Tirso e do Hospital S. João de Deus em Vila Nova de Famalicão (CHMA, 2007).

O centro hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com qualidade, eficiência e eficácia, assim como a participação em projetos de investigação e desenvolvimento científico em todas as áreas das ciências da saúde (CHMA, 2007).

A atuação dos seus profissionais é guiada por um conjunto de princípios estruturais, dos quais podemos salientar a existência de uma atitude centrada no doente e na promoção da saúde da comunidade e a existência de uma cultura de conhecimentos e uma cultura de excelência técnica e do cuidar (CHMA, 2007).

Assim sendo, o CHMA tornou-se parceiro do projeto C-S2AFECARE-Q com o objetivo de estabelecer “políticas de melhoria de forma a garantir níveis de serviço e indicadores de qualidade crescentes” (CHMA, 2007).

O presente estudo foi desenvolvido no serviço de medicina interna da unidade hospitalar de Santo Tirso. O mesmo serviço dispõe de quarenta e três camas para internamento, sendo existem duas enfermarias de duas camas, nove enfermarias de três camas e duas enfermarias de seis camas. A cama de um a quinze destina-se ao internamento de homens, a cama de dezasseis a dezoito corresponde a uma unidade para doente com AVC, a cama de dezanove a vinte e um corresponde a uma unidade para doente com patologia cardíaca e a cama de vinte e dois a trinta e nove destina-se ao internamento de mulheres. Contudo, a distribuição mencionada anteriormente não é rígida, podendo sofrer alterações consoante as necessidades do serviço.

A equipa de enfermagem é constituída por trinta e quatro enfermeiros, dos quais trinta são enfermeiros generalistas, duas enfermeiras especialistas em reabilitação, uma

enfermeira chefe e uma enfermeira responsável. De salientar que, numa fase inicial do projeto, toda a equipa de enfermagem teve formação em serviço sobre SCE. No serviço, três enfermeiros têm formação pós-graduada nesta área.

No serviço, o método de trabalho utilizado é o método individual. Diariamente, os enfermeiros no turno da manhã procedem à classificação dos doentes através do sistema de classificação de doentes em enfermagem, o que permite que nas 24h subsequentes os enfermeiros sejam distribuídos pelos doentes de acordo com o número de horas de cuidados que os mesmos necessitam.

Durante a semana, no turno da manhã a equipa é composta por nove enfermeiros generalistas e um enfermeiro especialista em reabilitação, no turno tarde por cinco enfermeiros generalistas e às terças e quintas-feiras por um enfermeiro especialista em reabilitação e no turno da noite por quatro enfermeiros generalistas. Ao fim de semana, no turno da manhã a equipa é composta por oito enfermeiros generalistas, no turno da tarde por cinco enfermeiros generalistas e no turno da noite por quatro enfermeiros generalistas.

O sistema de informação direccionado aos cuidados de enfermagem utilizado no serviço é o Sclínico® e a taxonomia utilizada é a CIPE®.

Tal como já foi mencionado anteriormente, este trabalho encontra-se integrado na terceira fase do projeto C-S2AFECARE-Q pelo que, numa fase inicial, foi realizada formação a toda a equipa de enfermagem com foco nas práticas dirigidas ao autocuidado. A formação *“é o principal meio social e institucional gerador de competências”* (Fabião et al., 2005, p. 235), e de acordo com o PNS 2011-2016 é fundamental assegurar formação e treino para a capacitação dos profissionais, em áreas de intervenção prioritárias (MS, 2011).

2.5. Desenho de Estudo

O desenho de investigação *“é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objecto minimizar os riscos de erro”* (Fortin, 2009, p. 214). É um guia do investigador na planificação e na realização do seu estudo e a sua natureza modifica consoante os objetivos, as questões de investigação ou as hipóteses (Fortin, 2009).

2.5.1. Tipo de Estudo

Tendo por base a finalidade e os objetivos do estudo, optou-se por desenvolver um estudo quantitativo de caráter descritivo correlacional de natureza transversal (Fortin, 2009).

Este estudo insere-se no paradigma de investigação quantitativo pois o seu objetivo é estabelecer factos, colocar em evidência relações entre variáveis através da verificação de hipóteses e prever resultados de causa-efeito, suscetíveis de serem utilizados no plano teórico e fornecerem melhorias em situações particulares (Fortin, 2009). De acordo com Deslandes e Assis (2009), a investigação quantitativa apresenta como objetivo central obter dados, indicadores e tendências observáveis que permitam gerar medidas fiáveis, generalizáveis e sem enviesamentos.

É um estudo de caráter descrito pois visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos já existentes e determinar a frequência de ocorrência de um fenómeno numa população ou categorizar a informação (Fortin, 2009). Este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto e *“tem como principal finalidade definir as características de uma população ou de um fenómeno”* (Fortin, 2009, p. 34-35).

Fortin (2009) refere que a investigação correlacional apoia-se nos estudos descritivos e pretende estabelecer relações entre os conceitos e variáveis. A mesma autora (p. 35) menciona que *“segundo os conhecimentos de que se dispõe sobre o assunto em estudo, procurar-se-á primeiro descobrir quais são os conceitos em jogo e determinar se há relações entre eles. De seguida, verifica-se, com ajuda de hipóteses, as relações que existem entre um certo número de variáveis precisas, depois explica-se de que maneira estas variáveis estão ligadas entre si”*.

É um estudo de natureza transversal na medida em que nos interessa conhecer a dimensão do fenómeno num determinado momento e não a forma como evolui, sendo a colheita de dados realizada num único momento. Fortin (2009, p. 252) refere que o estudo transversal *“é económico, simples de organizar e fornece dados imediatos e utilizáveis”*.

2.5.2. População e Amostra

A população em estudo pode ser definida como um grupo de casos (pessoas ou objectos) que partilham um conjunto de características comuns de interesse para a investigação (Fortin, 1999, 2009).

Contudo, como raramente é possível estudar uma população por inteiro, o investigador constitui uma amostra que corresponde a um subconjunto desse mesma população, e que deve ser, tanto quanto possível, representativa da mesma (Fortin, 2009).

Neste estudo, a população é constituída pelos doentes internados no serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso.

De salientar que para definir a amostra é necessário recorrer a processos de amostragem e, de acordo com Coutinho (2011, p. 85), trata-se de um “*processo de selecção do número de sujeitos que participam num estudo*”.

Neste trabalho optou-se por um método de amostragem não probabilístico, de conveniência pois envolve a selecção, de entre toda a população, dos casos mais acessíveis (Hicks, 2006) e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009). A amostra constitui-se “*à medida que os indivíduos se apresentam até que o número desejado seja atingido*” (Fortin, 2009, p. 321).

Este método de amostragem proporciona uma investigação em contexto real, contudo “*não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra*” pelo que “*esta corre o risco de não ser representativa e, por conseguinte, nemos fiável que a amostra probabilística, no que concerne à generalização dos resultados*” (Fortin, 2009, p. 321).

A amostra (N=111) deste estudo engloba todos os doentes internados no serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso entre o dia 19 de Março e o dia 19 de Maio de 2014. Importa referir que foram excluídos do estudo os que preencheram os seguintes critérios de exclusão:

- Doentes com internamento de curta duração;
- Doentes em que a admissão foi realizada por uma enfermeira especialista em reabilitação.

2.5.3. Variáveis

Uma variável é por definição uma qualidade, característica ou atributo de uma pessoa ou objecto que varia e é estudada numa investigação (Fortin, 2009; Polit e Hungler, 1995). A designação da tipologia das variáveis em estudo é muito dependente dos desenhos e das escolas de pensamento em que se inscrevem os investigadores.

A revisão bibliográfica efetuada permitiu identificar um conjunto de variáveis significativas para a problemática em estudo que foram operacionalizadas através da aplicação do questionário de avaliação do autocuidado, preenchido pelos enfermeiros

especialistas em reabilitação, e pela aplicação do instrumento de avaliação do autocuidado direccionados aos registos de enfermagem, preenchido pela investigadora (Tabela 1).

Tabela 1 - Operacionalização das variáveis

Variáveis	Tipo	Valores
Idade	Quantitativa, intervalar	<i>Em anos</i>
Classes etárias	Qualitativa, nominal	Adultos <65 anos Idosos > 65 anos
Sexo	Qualitativa, nominal, dicotómica	Feminino/Masculino
Diagnóstico médico de admissão	Qualitativa, nominal	GHD
Dependência no domicílio	Qualitativa, nominal, dicotómica	Sim/Não
Tipo de autocuidado	Qualitativa, nominal	TB; VD; AL; AR; CHP; AE; US; T; P; UCR
Graus de dependência	Qualitativa, ordinal	Sem dependência; reduzido; moderado; elevado
Intervenções	Qualitativa, nominal	Corresponde/Não corresponde
Intervenções	Qualitativa, ordinal	Corresponde totalmente, corresponde parcialmente, não corresponde

2.5.4. Colheita de Dados

Fortin (2009, p. 368) refere que *“na escolha do método de colheita de dados, o investigador apoia-se nas questões de investigação ou nas hipóteses, nos conhecimentos relativos às variáveis em estudo, no desenho de investigação, nos instrumentos de medida existentes ou na eventualidade de os ter de construir”*.

Tal como já foi mencionado anteriormente, este estudo apresenta um carácter descritivo-correlacional, e de acordo com Fortin (2009), numa investigação deste tipo os instrumentos indicados são a observação, os questionários e as escalas.

Importa ainda salientar que neste estudo foram utilizados os instrumentos de colheita de dados usados, pela outra investigadora, na primeira fase do projeto C-S2AFECARE-Q.

Assim, tendo em consideração o que foi mencionado anteriormente, neste estudo foram utilizados como instrumentos de colheita de dados:

- Questionário de avaliação do autocuidado (ANEXO I);
- Instrumento de avaliação do autocuidado direccionado aos registos de enfermagem (ANEXO II).

O questionário de avaliação do autocuidado é constituído por três partes distintas. A primeira engloba a caracterização do doente. A segunda inclui o instrumento de avaliação de dependência no autocuidado (Anexo III) construído e validado pelo Enfermeiro Hernâni Duque (2009). Contudo, para que este questionário pudesse ser aplicado no serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso foi necessário encontrar uma correspondência entre a dependência indicada pelo instrumento e a indicada pela linguagem utilizada pelos sistemas de informação direccionados aos cuidados de enfermagem - SClínico®. Esse trabalho foi desenvolvido por Teixeira (2012) e é apresentado mais abaixo na tabela 2. Na terceira parte encontram-se, para cada domínio do autocuidado, as intervenções de enfermagem a serem seleccionadas segundo o GD identificado na parte dois. De salientar que, as intervenções foram formuladas de acordo com as sugeridas pela Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) e enquadradas nas acções observar, atender, executar, gerir e informar da CIPE® v. 1.0. (Duque, 2009).

Tabela 2 - Correspondência dos graus de dependência no autocuidado

Correspondência dos graus de dependência	
Instrumento	Consenso
Todos os itens “Dependente, não participa”	Dependente em Grau Elevado
Todos os itens “Necessita de ajuda de pessoa”	Dependente em Grau Moderado
Todos os itens “Necessita de ajuda de equipamento”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Dependente, não participa ” + “Necessita de ajuda de pessoa” e/ou “Necessita de equipamento” e/ou “Completamente Independente”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Dependente, não participa ” + “Necessita de ajuda de pessoa” e/ou “Necessita de equipamento”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Dependente, não participa ” + “Necessita de ajuda de pessoa”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Necessita de ajuda de pessoa ” + “Necessita de equipamento” e/ou “Completamente Independente”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Necessita de equipamento ” + “ Completamente Independente ”	Dependente em Grau Reduzido
Todos os itens “Completamente independente”	Sem dependência no Autocuidado

Teixeira (2012)

Existiam outros instrumentos que também podiam ser utilizados para a avaliação do autocuidado, como o Índice de Barthel e o Índice de Katz. Contudo, o instrumento construído por Hernâni Duque é um *“método válido e de fácil aplicação, consumindo pouco tempo no seu preenchimento, sem necessidade de treino prévio, com baixo custo e um alto nível de fidelidade”* (Teixeira, 2012, p.62).

O questionário de avaliação do autocuidado foi preenchido, como na primeira fase do projeto C-S2AFECARE-Q, pelas enfermeiras especialistas em reabilitação, e a escolha é justificada pelo facto do enfermeiro especialista ser:

O enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado (OE, 2007, p. 10).

O enfermeiro especialista em reabilitação, pelo seu elevado nível de conhecimentos e experiência na área, desempenha um papel fundamental na elaboração de diagnósticos e planos de cuidados focalizados no ensino, instrução e treino do doente e pessoa significativa sobre técnicas que promovam o autocuidado e a continuação de cuidados (OE, 2011).

O questionário antes de ser aplicado, na primeira fase do projeto C-S2AFECARE-Q, foi sujeito a um pré-teste que, segundo Fortin (2009, p. 386), “é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo. Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correcções que se impõem”. Assim, nessa fase, o questionário foi aplicado pelas enfermeiras especialistas em reabilitação a 15 doente do serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso. Dessa aplicação surgiram pequenas alterações, nomeadamente nas instruções do preenchimento do questionário.

O instrumento de avaliação do autocuidado direccionado aos registos de enfermagem engloba igualmente três partes semelhantes ao questionário supramencionado. Este instrumento foi preenchido pela investigadora através da análise documental do SClínico (processo de enfermagem e avaliação inicial).

O preenchimento deste instrumento tem como objetivo realizar uma comparação entre os dados obtidos através dos registos realizados pelos enfermeiros generalistas e os dados obtidos através do preenchimento do questionário pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

2.5.5. Tratamento dos Dados

Após terminar a colheita de dados, temos que proceder à organização e análise dos mesmos com o objetivo de obter respostas para as hipóteses enunciadas, respondendo aos objetivos delineados.

Os estudos com dados numéricos utilizam “ (...) dois tipos de estatística: a descritiva, que apenas expõe os dados, e a analítica, que interpreta os dados” (Vilelas, 2009, p. 305).

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado através da utilização do software Statistical Package for Social Sciences (SPSS®), versão 20.0, utilizando um nível de significância de 0,05.

Numa primeira fase do tratamento de dados, para a caracterização da amostra, foi realizada uma análise descritiva das variáveis. Assim, as variáveis contínuas foram descritas através média como medida de tendência central e do desvio padrão como medida de dispersão e as variáveis nominais foram apresentadas sob a forma de frequências relativas (%) e frequências absolutas (N). No que respeita ao grau de dependência do autocuidado (variável ordinal) recorreu-se à mediana seguida do percentil 25 e 75.

Numa segunda fase, depois da análise dos dados estatísticos descritivos, procedeu-se à análise estatística inferencial. De modo a verificar se o grau de dependência estava correlacionado com a idade dos indivíduos, se os graus de dependência dos vários autocuidados estavam correlacionados entre si e se o grau de dependência dos autocuidados atribuídos pelos enfermeiros especialistas estava correlacionado com o grau de dependência que estava documentado nos registos foi utilizado o teste de correlação de Spearman. A escolha da versão não paramétrica do teste prendeu-se com natureza qualitativa ordinal da variável. Para determinar a existência de diferenças entre o grau de dependência do autocuidado atribuído pelo enfermeiro especialista e pelo que estava documentado nos registos foi utilizado o teste de Wilcoxon para duas amostras emparelhadas. A utilização da versão não paramétrica deveu-se ao fato do pressuposto da normalidade, testado pelo teste Shapiro-Wilk, não ter sido assegurado. No que respeita à identificação de diferenças na idade de acordo com a dependência no domicílio, uma vez que o pressuposto da normalidade foi assegurado, foi utilizado o teste T para duas amostras independentes. Por último, para observar se o grau de dependência estava associado ao sexo e à dependência no domicílio foi utilizado o teste de Qui-quadrado quando menos de 20% das células tinham um valor esperado inferior a 5. Quando este pressuposto não se observou foi utilizado o teste de Fisher.

2.6. Considerações Éticas

“Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação” (Fortin, 2009, p.180).

Assim, após a definição do percurso metodológico, foi feito o pedido de autorização para a realização de colheita de dados no serviço de medicina da unidade hospitalar de Santo Tirso ao conselho de ética do CHMA, o qual teve um parecer favorável (ANEXO IV).

De salientar que o instrumento de colheita de dados utilizado é propriedade da ESEP, local onde decorre o mestrado em que esta dissertação está inserida.

Fortin (2009, p. 180) refere que *“quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa”* (Fortin, 2009, p. 180). Neste contexto podemos afirmar que, durante todo o processo de investigação, foi assegurado o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados.

3. AUTOCUIDADO E SCE: RESULTADOS

Neste capítulo vão ser apresentados os resultados do estudo, obtidos através do tratamento estatísticos, que pretendem dar resposta aos objetivos propostos anteriormente. Iniciamos a apresentação dos resultados com a caracterização da amostra, e posteriormente são apresentados os dados que permitem responder às hipóteses de investigação definidas.

Na tentativa de se conhecer, mais facilmente, os contributos obtidos na área do desenvolvimento de competências dos enfermeiros para intervir no autocuidados após a implementação de um modelo de SCE, neste capítulo, vamos apresentar, de uma forma comparativa, os resultados obtidos no trabalho de investigação desenvolvido na primeira fase do projeto C-S2AFECARE-Q e os resultados obtidos neste trabalho.

3.1. Caraterização da Amostra

Com o objetivo de se conhecer a amostra em estudo vão ser apresentadas as características sócio demográficas - sexo e idade (tabela 3), o grau de dependência no domicílio (tabela 4) e o diagnóstico de admissão (gráfico 1) dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso.

Sexo e Idade

Tabela 3 - Distribuição por sexo, idade e classes etárias

		N	%	Média	Desvio padrão
Sexo	Masculino	59	53,20		
	Feminino	52	46,80		
Idade	Adulto	32	28,83		
	Idoso (>65) em anos	79	71,17	72,61	16,50

A amostra foi constituída por 111 doentes, dos quais 52 do sexo feminino (46,8%) e 59 do sexo masculino (53,2%).

A média de idades foi de 72,61 +/- 16,50 anos, com um mínimo de 26 anos e um máximo de 101 anos. Quando foi analisado o número de pessoas com mais de 65 anos (idosos) verificou-se que constituíam 71,2% da amostra, como se observa a tabela 3.

Dependência no Domicílio

Tabela 4 - Distribuição por dependência no domicílio

		N	%
Dependência no domicílio	Sim	52	46,80
	Não	59	53,20

No que respeita à dependência no domicílio verificou-se uma distribuição equitativa entre o número de indivíduos dependentes no domicílio em algum tipo de autocuidado (46,8%) e os não dependentes (53,2%), como revela a tabela 4.

Estes resultados foram consistentes com os verificados no estudo anterior, onde 55,5% de indivíduos eram dependentes no domicílio em algum tipo de autocuidado (Teixeira, 2012).

Achou-se ainda pertinente analisar a relação que existe entre a dependência no domicílio e o sexo e a idade (tabela 5)

Tabela 5 - Relação entre a dependência no domicílio e o sexo e a idade

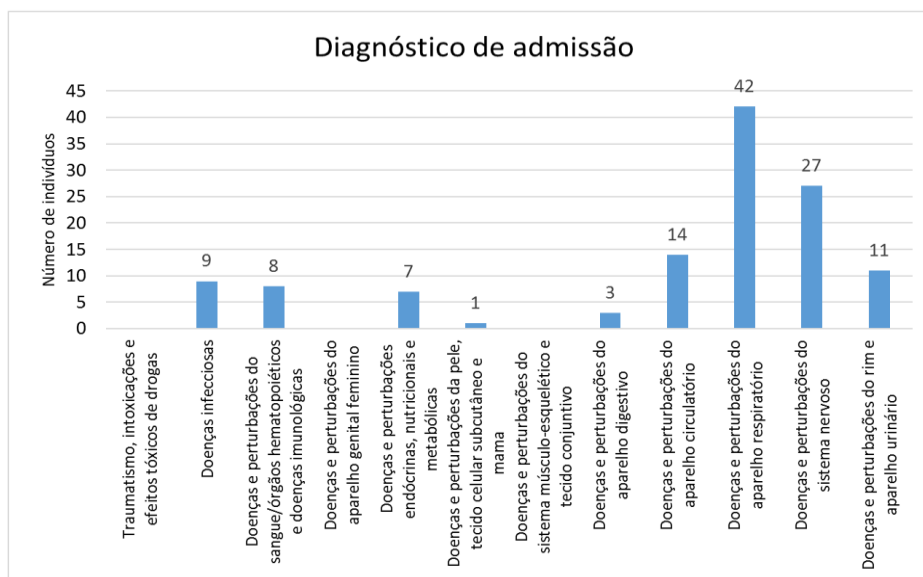
		Sexo		Idade (anos)			
		Feminino	Masculino	Média	Desvio padrão	Valor teste	Valor p
Dependência Domicílio	Sim	28	24	79,92	12,65	t= 4,89	p<0,001
	Não	24	35	66,17	16,89		
Qui-quadrado		1,925		----			
Valor p		0,165					

Quando analisado por sexo, verificou-se que os indivíduos do sexo feminino apresentaram uma maior proporção de indivíduos dependentes no domicílio (N=28), comparativamente aos do sexo masculino (N=24). Contudo, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a dependência no domicílio e o sexo ($p>0,05$), como é demonstrado na tabela 5.

Os indivíduos com dependência no domicílio apresentaram uma idade significativamente superior aos não dependentes ($t=4,890$; $p <0,001$), apresentando uma média de idades de 79,92+/-12,65, comparativamente a 66,17+/-16,89 do grupo que não apresentava dependência (Tabela 5).

Diagnóstico de Admissão

Gráfico 1 - Distribuição por diagnóstico de admissão

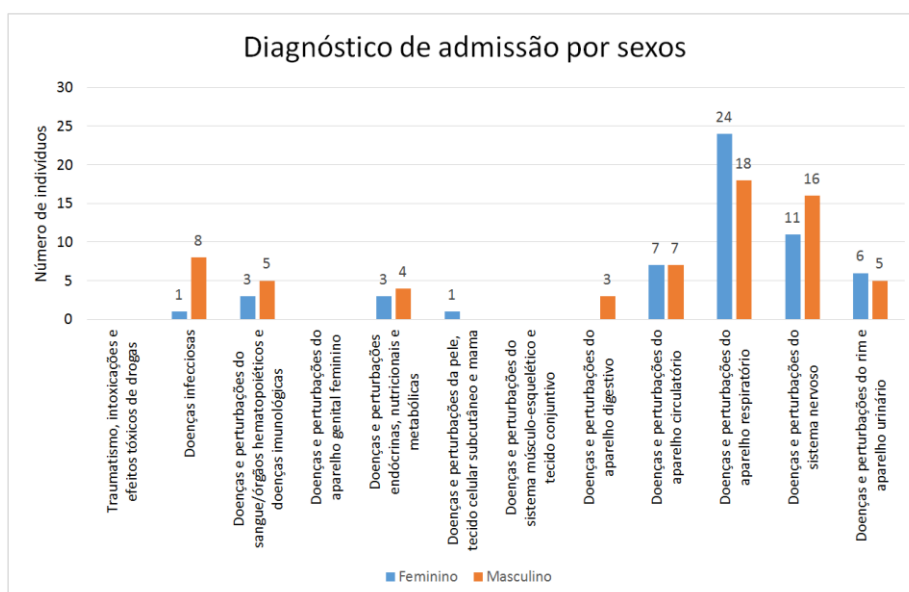


No que respeita ao diagnóstico de admissão, através da colheita de dados, foram identificados diversos diagnósticos que foram agrupados de acordo com as listagens de Grupos Homogêneos de Diagnósticos, tal como se verifica no gráfico 1.

Assim, dos vários grupos de doenças/disfunções identificadas, as três mais frequentes foram as doenças e perturbações do aparelho respiratório com 42 casos (37,8%), seguido das do sistema nervoso com 27 casos (24,3%) e das do aparelho circulatório com 14 casos (12,6%).

O gráfico 2 mostra a distribuição da amostra tendo em conta o diagnóstico de admissão e o sexo.

Gráfico 2 - Distribuição por diagnóstico de admissão /sexo



Quando divididos por sexo, verificaram-se resultados semelhantes no que respeita ao diagnóstico de admissão. Assim, os três diagnósticos mais frequentes tanto nos homens como nas mulheres foram as doenças ou perturbações do aparelho respiratório com 18 (30,5%) e 24 (46,2%) casos, seguido das do sistema nervoso com 16 (27,1%) e 11 (21,2%) casos e das do aparelho circulatório com 7 (11,9%) e 7 (13,5%) casos, como apresenta o gráfico 2.

Dos 3 grupos de diagnóstico de admissão mais frequentes, as médias de idades foram muito semelhantes, correspondendo a 76,17+/-15,02; 71,07+/-20,64 e 75,93+/-14,75, respetivamente para as doenças e perturbações do aparelho respiratório, circulatório e nervoso.

3.2. Avaliação Inicial

Um dos focos prioritários da atenção dos enfermeiros é o autocuidado. Assim é fundamental, através da análise dos dados do SClínico®, perceber a forma como o autocuidado é referenciado aquando do primeiro momento de contacto e avaliação do doente (tabela 6).

Tabela 6 - Autocuidado na avaliação inicial

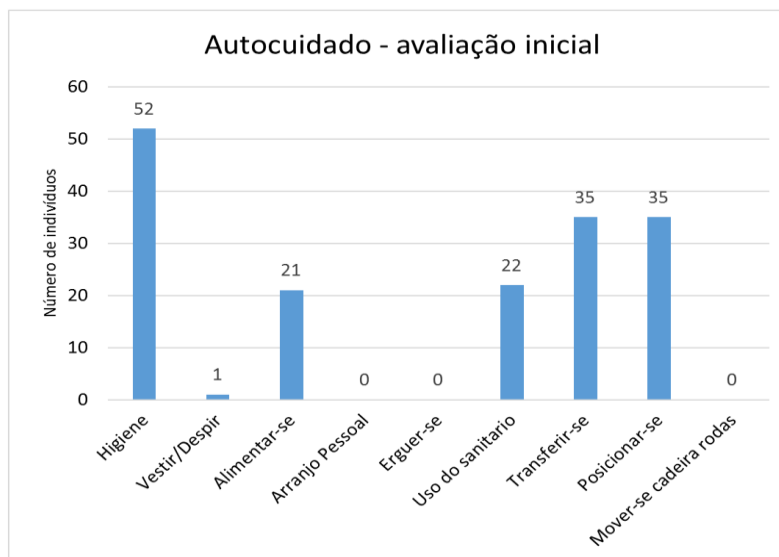
		Estudo			Estudo			Estudo			
		Anterior	Atual		Anterior	Atual		Anterior	Atual		
		n=110	n=111		n=110	n=111		n=110	n=111		
Autocuidado o referido no momento inicial	Sim	79,90%	55%	Identificação do grau de dependencia	Sim	22,78%	100%	Localização da identificação do grau de dependencia	Sim	66,67%	100%
	Não	21,10%	45%		Não	77,22%	0%		Não	33,33%	0%

Da totalidade da amostra, em 61 dos indivíduos (55%) foi feita referência ao autocuidado no momento inicial, dos quais em todos os indivíduos foi identificado o grau de dependência no autocuidado referido, assim como identificado o grau de dependência no *item autocuidado* (tabela 6).

Apesar de o valor ser inferior aos 79,9% dos casos do estudo anterior, verificou-se que em todos os casos onde o autocuidado foi selecionado, a identificação do grau de dependência do autocuidado adequado foi selecionada, ao contrário do que tinha sido verificado no outro estudo em que a taxa de não preenchimento era elevada. De salientar, ainda, que neste estudo verificou-se que em todos os casos onde o autocuidado foi selecionado, a identificação do grau de dependência foi colocada no *item autocuidado*, contrariamente

ao estudo anterior em que se verificou, em alguns casos, que essa identificação foi feita na *item atividade motora* e não no *item autocuidado* (Tabela 6).

Gráfico 3 - Distribuição dos diferentes autocuidados na avaliação inicial



Ao contrário do estudo anterior em que quando selecionado o autocuidado no momento inicial, este era em 100% dos casos o autocuidado higiene, no presente estudo verificou-se uma maior diversidade, tendo sido selecionados os autocuidados Higiene com 52 casos (85,2%), Transferir-se com 35 casos (57,4%), Posicionar-se com 35 casos (57,4), Uso do sanitário com 22 casos (36,1%), alimentar-se com 21 casos (34,4%) e Vestir ou despir com 1 caso (1,6%), como se observa no gráfico 3.

3.3. Graus de Dependência no Autocuidado

Importa salientar que a terminologia utilizada pelo questionário preenchido pelos enfermeiros especialistas em reabilitação e a terminologia do sistema de informação utilizado no serviço (SCLínico®) é diferente. O referido questionário utiliza a terminologia da CIPE® versão 1.0 e o sistema de informação utiliza a terminologia da CIPE® Beta 2. A tabela 7 mostra as diferentes terminologias para os autocuidados e a respectiva correspondência entre a terminologia utilizada no questionário que foi preenchido pelo enfermeiro especialista e o termo correspondente no SCLínico®.

Tabela 7 - Correspondência da terminologia utilizada pelo questionário (especialistas) e SClínico® (registos)

Questionário (Especialista)	SClínico® (Registo)
Tomar banho (TB)	Autocuidado de higiene (AH)
Vestir-se e despir-se (VD)	Vestir-se e despir-se (VD)
Alimentar-se (AL)	Alimentar-se (AL)
Arranjar-se (AR)	Autocuidado arranjo pessoal (AAP)
Cuidar da higiene pessoal (CHP)	Autocuidado higiene (AH)
Auto elevar-se (AE)	Elevar-se (E)
Usar sanitário (US)	Autocuidado uso do sanitário (AUS)
Transferir-se (T)	Transferir-se (T)
Virar-se (V)	Posicionar-se (P)
Usar a cadeira de rodas (UCR)	Mover-se em cadeira de rodas (MCR)

Contudo, com o objetivo de simplificar a apresentação dos resultados obtidos foi apenas utilizada a terminologia do questionário preenchido pelos enfermeiros especialistas de reabilitação (CIPE® versão 1.0).

A tabela 8 disposta em seguida apresenta a distribuição da amostra relativamente aos GD nos diferentes autocuidados.

Relativamente aos enfermeiros especialistas em reabilitação, em todos os autocuidados, o grau reduzido é o que engloba um menor número de casos, enquanto o grau elevado e o grau “sem dependência” são os que reúnem um maior número de casos. De salientar, ainda, que no autocuidado UCR existe um número significativo de casos associados ao item não aplicável. Este item engloba os elementos da amostra que não usam cadeira de rodas, logo, não é possível identificar o GD para o uso da mesma. No que diz respeito aos enfermeiros generalistas (registos), em todos os autocuidados a exceção do autocuidado AL, o grau elevado é o que reúne um maior número de casos. O autocuidado AL apresenta um número similar de casos no grau elevado e no grau reduzido. No autocuidado V e T, ao contrário dos restantes autocuidados, existem um número significativo de casos sem dependência. No autocuidado UCR verificou-se um número elevado de casos no item não aplicável, facto que já foi explicado anteriormente.

Comparando as duas fontes de dados é possível afirmar que nos enfermeiros generalistas (registos) se verifica um maior número de casos de dependência em grau elevado e nos enfermeiros especialistas um maior número de casos sem dependência, existindo uma aproximação do número de casos no item dependência em grau moderado, com a exceção do autocuidado do VD, AR, AE e UCR.

A distribuição dos indivíduos por grau de dependência em cada autocuidado é semelhante ao estudo anterior, com exceção do VD, AR e AE, onde no estudo anterior o registo aponta maioritariamente para sem dependência, enquanto no estudo atual é classificado como não aplicável. Este aspeto vai ser explicado no capítulo seguinte.

Esta classificação contribui para menores valores da média ponderada, o que inviabiliza a comparação de qual o autocuidado que apresenta maior dependência. Apesar disso verifica-se que, tal como no estudo anterior, os autocuidados que apresentam maior dependência consistem no autocuidado CHP, seguido do TB e do US nos registos e do autocuidado TB, VD e CHP nos especialistas em enfermagem de reabilitação.

Tabela 8 - Distribuição por grau de dependência nos diferentes autocuidados

		Nº de indivíduos por grau de dependência					Média ponderada *	
		1 Sem dependência	2 Reduzido	3 Moderado	4 Elevado	Não aplicável		
Tomar banho	Anterior (n=110)	Especialista	23	-	44	43	-	74,3%
	Registo		1	16	29	64		85,5%
	Atual (n=111)	Especialista	36	-	26	49	-	69,8%
	Registo		-	31	17	63	-	82,2%
Vestir-se e Despir-se	Anterior (n=110)	Especialista	25	-	42	43	-	73,4%
	Registo		109	1	-	-		25,2%
	Atual (n=111)	Especialista	37	-	30	44	-	68,2%
	Registo		-	-	-	2	109	1,8%
Alimentar-se	Anterior (n=110)	Especialista	31	2	37	40	-	69,5%
	Registo		4	38	17	51	-	76,1%
	Atual (n=111)	Especialista	50	1	19	41	-	61,5%
	Registo		1	46	14	49	1	74,5%
Arranjar-se	Anterior (n=110)	Especialista	32	1	34	43	-	70,0%
	Registo		109	1	-	-	-	25,2%
	Atual (n=111)	Especialista	41	-	25	45	-	66,7%
	Registo		-	-	-	1	110	0,9%
Cuidar da Higiene Pessoal	Anterior (n=110)	Especialista	24	-	43	43	-	73,9%
	Registo		1	16	29	64	-	85,5%
	Atual (n=111)	Especialista	39	-	27	45	-	67,6%
	Registo		-	32	17	61	1	80,9%
Auto elevar-se	Anterior (n=110)	Especialista	31	1	33	45	-	70,9%
	Registo		109	1	-	-	-	25,2%
	Atual (n=111)	Especialista	47	1	20	43	-	63,3%
	Registo		-	-	1	3	107	3,4%
Usar o sanitário	Anterior (n=110)	Especialista	26	-	40	44	-	73,2%
	Registo		2	27	20	61	-	81,8%
	Atual (n=111)	Especialista	40	-	25	46	-	67,3%
	Registo		-	34	21	54	2	78,2%
Transferir-se	Anterior (n=110)	Especialista	28	-	38	44	-	72,3%
	Registo		27	21	15	47	-	68,6%
	Atual (n=111)	Especialista	45	1	21	44	-	64,4%
	Registo		20	20	17	52	2	71,8%
Virar-se	Anterior (n=110)	Especialista	39	1	27	43	-	66,8%
	Registo		16	23	16	55	-	75,0%
	Atual (n=111)	Especialista	52	2	15	42	-	60,6%
	Registo		20	21	16	53	1	72,5%
Usar a cadeira de rodas	Anterior (n=110)	Especialista	1	-	23	43	43	55,0%
	Registo		66	1	-	-	43	15,5%
	Atual (n=111)	Especialista	1	-	14	45	51	50,2%
	Registo		-	-	2	1	108	2,3%

* média ponderada = (nº "sem dependência" x 1 + nº "Reduzido" x 2 + nº "Moderado" x 3 + nº "Elevado" x 4) / nº total x 4

3.3.1. Relação com a Idade

Com o objetivo de testar a hipótese em estudo: **Existe uma relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA e a idade** aplicou-se o coeficiente de correlação de Spearman entre as variáveis idade e GD. Os resultados encontram-se descritos na tabela 9.

Embora esta variável não seja manejável no âmbito da SC, entendemos que era interessante identificar a relação entre a idade e o GD dos doentes internados.

Tabela 9 - Correlação idade - grau de dependência (especialistas e registos)

	Especialistas		Registo	
	R	Valor p	R	Valor p
Tomar banho	0,514	<0,001	0,572	<0,001
Vestir-se e Despir-se	0,516		Não aplicável	
Alimentar-se	0,433		0,496	<0,001
Arranjar-se	0,506		Não aplicável	
Cuidar da Higiene Pessoal	0,526		0,584	<0,001
Auto elevar-se	0,469		Não aplicável	
Usar o sanitário	0,508		0,543	<0,001
Transferir-se	0,485		0,53	
Virar-se	0,426		0,524	
Usar a cadeira de rodas	-0,024		0,856	Não aplicável

Nos especialistas, todos os autocuidados apresentaram uma correlação significativa moderada positiva com a idade ($p < 0,001$), exceto o autocuidado UCR em que não se observou uma correlação significativa com a idade ($p > 0,001$).

Nos registos, com a exceção dos autocuidados que apresentavam valores não aplicáveis ($n < 5$), todos apresentaram uma correlação significativa moderada positiva com a idade ($p < 0,001$), verificando-se que quanto maior a idade, maior o grau de dependência.

Assim, podemos afirmar que a hipótese testada foi confirmada com a exceção do autocuidado UCR nos especialistas e nos registo, e dos autocuidados VD, AR e AE nos registos.

Esta conclusão é semelhante à obtida no estudo anterior, onde nos especialistas a hipótese foi confirmada para todos os autocuidados e nos registo a hipótese foi confirmada com a exceção para os autocuidados VD, AR e AE.

3.3.2. Relação com o Sexo

A hipótese enunciada: **Existe uma relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA e o sexo** foi testada através do teste de Qui-quadrado. De salientar que em alguns autocuidados, tal

como mostra a tabela 10, foi necessário recorrer ao teste de Fisher pois mais de 20% das células tinham um valor esperado inferior a 5. Os resultados obtidos encontram-se expostos na tabela 10.

Embora esta variável não seja manejável no âmbito da SC, entendemos que era interessante identificar a relação entre o sexo e o GD dos doentes internados.

Tabela 10 - Relação sexo - grau de dependência

			Nº de indivíduos por grau de dependência				Valor de teste	Valor prova
			Sem dependência	reduzido	Moderado	Elevado		
Tomar banho	Esp.	F	9	-	16	27	10,495	0,005
		M	27	-	10	22		
	Reg.	F	-	8	9	35	7,684	0,022
		M	-	23	8	28		
Vestir-se e Despir-se	Esp.	F	11	-	18	23	6,958	0,031
		M	26	-	12	21		
	Reg.	F	-	-	-	-	Não aplicável	
		M	-	-	-	2		
Alimentar-se	Esp.	F	16	1	15	20	13,460	0,002*
		M	34	0	4	21		
	Reg.	F	1	16	7	28	5,888	0,080*
		M	0	30	7	21		
Arranjar-se	Esp.	F	14	-	15	23	4,722	0,091
		M	27	-	10	22		
	Reg.	F	-	-	-	-	Não aplicável	
		M	-	-	-	1		
Cuidar da Higiene Pessoal	Esp.	F	11	-	18	23	10,031	0,007
		M	28	-	9	22		
	Reg.	F	-	8	9	35	9,086	0,010
		M	-	24	8	26		
Auto elevar-se	Esp.	F	16	0	15	21	10,296	0,009*
		M	31	1	5	22		
	Reg.	F	-	-	0	1	Não aplicável	
		M	-	-	1	2		
Usar o sanitário	Esp.	F	12	-	16	24	8,037	0,020
		M	28	-	9	22		
	Reg.	F	-	10	12	29	6,065	0,051
		M	-	24	9	25		
Transferir-se	Esp.	F	16	0	14	22	6,539	0,064*
		M	29	1	7	22		
	Reg.	F	6	6	12	28	9,380	0,024
		M	14	14	5	24		
Virar-se	Esp.	F	19	0	13	20	13,381	0,002*
		M	33	2	2	22		
	Reg.	F	6	6	12	28	10,932	0,011
		M	14	15	4	25		
Usar a cadeira de rodas	Esp.	F	1	-	8	23	1,008	0,875*
		M	0	-	6	22		
	Reg.	F	-	-	-	-	Não aplicável	
		M	-	-	2	1		

* utilizado teste de fisher

Quando analisado o grau de dependência por sexo verificou-se que o sexo feminino apresenta significativamente maior proporção de indivíduos com maior grau de dependência do que os do sexo masculino nos autocuidados de tomar banho (especialistas: $p=0,005$; registo: $p=0,022$); vestir ou despir-se (especialistas: $p=0,031$); alimentar-se (especialistas: $p=0,002$); cuidar da higiene pessoal (especialistas: $p=0,007$; registo: $p=0,010$); auto elevar-se (especialistas: $p=0,009$); usar o sanitário (especialistas: $p=0,020$); transferir-se (registos: $p=0,024$) e virar-se (especialistas: $p=0,002$; registo: $p=0,011$). No uso de cadeira de rodas não se verificaram diferenças significativas.

Nos casos onde não foi atingida a significância estatística verificou-se a mesma tendência.

O facto de nos registos em quatro dos autocuidados surgir o termo não aplicável prende-se com o número de casos válidos ser menor do que cinco.

Neste sentido, é possível afirmar que a hipótese testada foi confirmada com a exceção dos autocuidados T e UCR nos especialistas e dos autocuidados VD, AR, AE e UCR nos registos. Contrariamente, no estudo anterior a hipótese em estudo apenas foi testada, nos registos, para o autocuidado P, tendo-se verificado que para alguns autocuidados não existe relação estatisticamente significativa entre o GD e o género e, para outros, não foi possível verificar a relação entre as variáveis pelo fato de mais de 20% das células apresentarem uma frequência esperada inferior a cinco.

3.3.3. Relação com a Dependência no Domicílio

Para testar a hipótese: **Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA e a dependência no domicílio** recorreu-se ao teste de Qui-quadrado. De salientar que em alguns autocuidados, tal como mostra a tabela 11 (disposta em seguida), foi necessário recorrer ao teste de Fisher pois mais de 20% das células tinham um valor esperado inferior a 5.

Quando analisado o grau de dependência no internamento de acordo com a dependência no domicílio verificou-se que os indivíduos dependentes no domicílio apresentaram significativamente maior grau de dependência no internamento do que os que não eram dependentes no domicílio em todos os autocuidados ($p < 0,001$), com exceção do UCR.

Tal como já foi justificado anteriormente, o facto de no registo em quatro dos autocuidados aparecer não aplicável prende-se com o número de casos válidos ser menor do que cinco.

A hipótese testada foi confirmada para todos os autocuidados com exceção do autocuidado UCR nos especialistas e dos autocuidados VD, AR, AE, UCR nos registos. No estudo anterior verificou-se que a hipótese apenas foi testada para os autocuidados TB, VD, CHP, US e T nos especialista e para os autocuidados T e P nos registos.

Tabela 11 - Relação dependência no domicílio - grau de dependência

Dependência no domicílio			Nº de indivíduos por grau de dependência				Valor de teste	Valor prova
			Sem dependência	reduzido	Moderado	Elevado		
Tomar banho	Esp.	Sim	-	-	12	40	55,546	<0,001
		Não	36	-	14	9		
	Reg.	Sim	-	-	4	48	52,819	<0,001
		Não	-	31	13	15		
Vestir-se e Despir-se	Esp.	Sim	1	-	14	37	53,467	<0,001
		Não	36	-	16	7		
	Reg.	Sim	-	-	-	1	Não aplicável	
		Não	-	-	-	1		
Alimentar-se	Esp.	Sim	7	-	11	34	47,911	<0,001*
		Não	43	1	8	7		
	Reg.	Sim	-	4	6	41	59,887	<0,001*
		Não	1	42	8	8		
Arranjar-se	Esp.	Sim	1	-	13	38	58,283	<0,001
		Não	40	-	12	7		
	Reg.	Sim	-	-	-	1	Não aplicável	
		Não	-	-	-	-		
Cuidar da Higiene Pessoal	Esp.	Sim	1	-	13	38	56,278	<0,001
		Não	38	-	14	7		
	Reg.	Sim	-	-	5	46	50,321	<0,001
		Não	-	32	12	15		
Auto elevar-se	Esp.	Sim	3	1	12	36	63,584	<0,001*
		Não	44	-	8	7		
	Reg.	Sim	-	-	1	1	Não aplicável	
		Não	-	-	-	2		
Usar o sanitário	Esp.	Sim	2	-	11	39	54,797	<0,001
		Não	38	-	14	7		
	Reg.	Sim	-	1	6	43	52,553	<0,001
		Não	-	33	15	11		
Transferir-se	Esp.	Sim	1	1	13	37	74,024	<0,001*
		Não	44	-	8	7		
	Reg.	Sim	1	1	5	43	57,160	<0,001
		Não	19	19	12	9		
Virar-se	Esp.	Sim	5	2	10	35	60,775	<0,001*
		Não	47	-	5	7		
	Reg.	Sim	1	1	5	44	58,481	<0,001
		Não	19	20	11	9		
Usar a cadeira de rodas	Esp.	Sim	-	-	8	36	5,295	0,051*
		Não	1	-	6	9		
	Reg.	Sim	-	-	1	1	Não aplicável	
		Não	-	-	1	-		

* utilizado teste de fisher

3.3.4. Relação entre os Diferentes Autocuidados

Com o objetivo de testar a hipótese: **Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência dos doentes internados no serviço de medicina do CHMA nos vários autocuidados** utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Tabela 12).

Relativamente à relação entre o grau de dependência nos diversos autocuidados, pode-se verificar a influência que uns têm sobre os outros, na medida em que foram identificadas correlações significativas fortes e muito fortes entre os vários autocuidados ($p < 0,001$). Esta análise apenas foi realizada nos dados dos especialistas, pelo que no caso dos registos, devido ao elevado número de casos não aplicáveis em quatro dos autocuidados, as comparações foram inviabilizadas. Assim, a hipótese apenas foi confirmada para os especialistas. No estudo anterior verificou-se que, para os especialistas, a hipótese testada foi confirmada mas, ao contrário do presente, observou-se uma correlação negativa no

autocuidado UCR. Isto significa que quanto maior o grau de dependência nos autocuidados menor é o grau de dependência no UCR e vice-versa.

Tabela 12 - Correlação entre os graus de dependência (especialistas)

			Vestir-se ou Despir-se	Alimentar-se	Arranjar-se	Cuidar da Higiene Pessoal	Auto elevar	Usar o sanitário	Transferir-se	Virar-se	Usar cadeira de rodas
Tomar banho	Esp.	R valor p	0,953 <0,001	0,912 <0,001	0,953 <0,001	0,961 <0,001	0,926 <0,001	0,963 <0,001	0,923 <0,001	0,913 <0,001	0,802 <0,001
Vestir-se e Despir-se	Esp.	R valor p	- -	0,914 <0,001	0,961 <0,001	0,958 <0,001	0,934 <0,001	0,947 <0,001	0,924 <0,001	0,913 <0,001	0,718 <0,001
Alimentar-se	Esp.	R valor p	- -	- -	0,930 <0,001	0,918 <0,001	0,938 <0,001	0,920 <0,001	0,925 <0,001	0,949 <0,001	0,795 <0,001
Arranjar-se	Esp.	R valor p	- -	- -	- -	0,966 <0,001	0,948 <0,001	0,954 <0,001	0,939 <0,001	0,924 <0,001	0,758 <0,001
Cuidar da Higiene Pessoal	Esp.	R valor p	- -	- -	- -	- -	0,939 <0,001	0,975 <0,001	0,941 <0,001	0,928 <0,001	0,825 <0,001
Auto elevar-se	Esp.	R valor p	- -	- -	- -	- -	- -	0,951 <0,001	0,961 <0,001	0,957 <0,001	0,741 <0,001
Usar o sanitário	Esp.	R valor p	- -	- -	- -	- -	- -	- -	0,953 <0,001	0,930 <0,001	0,811 <0,001
Transferir-se	Esp.	R valor p	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	0,941 <0,001	0,811 <0,001
Virar-se	Esp.	R valor p	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	0,821 <0,001
Usar a cadeira de rodas	Esp.	R valor p	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -

3.3.5. Diferença entre Especialistas e Registos

Inicialmente foi testada a existência de concordância significativa no grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e os enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados, como se observa na tabela 13.

Os resultados obtidos mostram que a percentagem de concordância entre o grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e pelos enfermeiros generalistas (registos) ronda os 50% (46,8%-64,9%), com exceção dos autocuidados VD, AR e AE. Estas exceções foram a consequência da atribuição da categoria não aplicável ao nível dos registos, aspeto que vai ser explicado no capítulo seguinte. Nos restantes casos, verifica-se uma tendência para nos registos o grau de dependência ser maior do que o atribuído pelos especialistas.

Quando comparado com o estudo anterior, verifica-se que à exceção das categorias acima descritas, não houve grandes alterações na percentagem de concordância entre os especialistas e os generalistas (registos).

É de notar que em termos de alterações acima dos 5%, se verificou-se um aumento de 13% e de 6,8%, respetivamente, ao nível do autocuidado de T e UCR, contudo também se observou uma diminuição de 8,6% ao nível do autocuidado CHP.

Tabela 13 - Grau de dependência nos autocuidados - concordância entre enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas (registos)

		Registo					Percentagem concordância*		
		Sem depend.	Reduzido	Moderado	Elevado	Não aplicável	Estudo atual n=111	Estudo anterior n=110	
Tomar banho	Especialista	Sem depend.	-	30	6	-	-	54,1%	56,4%
		Reduzido	-	-	-	-	-		
		Moderado	-	1	11	14	-		
		Elevado	-	-	-	49	-		
		Não aplicável	-	-	-	-	-		
Vestir-se e Despir-se	Especialista	Sem depend.	-	-	-	1	36	0,0%	22,7%
		Reduzido	-	-	-	-	-		
		Moderado	-	-	-	1	29		
		Elevado	-	-	-	-	44		
		Não aplicável	-	-	-	-	-		
Alimentar-se	Especialista	Sem depend.	1	43	6	-	-	45,9%	43,6%
		Reduzido	-	1	-	-	-		
		Moderado	-	2	8	8	1		
		Elevado	-	-	-	41	-		
		Não aplicável	-	-	-	-	-		
Arranjar-se	Especialista	Sem depend.	-	-	-	-	41	0,9%	29,1%
		Reduzido	-	-	-	-	-		
		Moderado	-	-	-	-	25		
		Elevado	-	-	-	1	44		
		Não aplicável	-	-	-	-	-		
Cuidar da Higiene Pessoal	Especialista	Sem depend.	-	31	7	1	-	46,8%	55,5%
		Reduzido	-	-	-	-	-		
		Moderado	-	1	9	17	-		
		Elevado	-	-	1	43	1		
		Não aplicável	-	-	-	-	-		
Auto elevar-se	Especialista	Sem depend.	-	-	-	1	46	1,8%	28,2%
		Reduzido	-	-	-	-	1		
		Moderado	-	-	1	1	18		
		Elevado	-	-	-	1	42		
		Não aplicável	-	-	-	-	-		
Usar o sanitário	Especialista	Sem depend.	-	32	8	-	-	49,5%	49,1%
		Reduzido	-	-	-	-	-		
		Moderado	-	2	12	11	-		
		Elevado	-	-	1	43	2		
		Não aplicável	-	-	-	-	-		
Transferir-se	Especialista	Sem depend.	20	19	6	-	-	64,9%	51,8%
		Reduzido	-	-	1	-	-		
		Moderado	-	1	10	10	-		
		Elevado	-	-	-	42	2		
		Não aplicável	-	-	-	-	-		
Virar-se	Especialista	Sem depend.	20	20	10	2	-	59,5%	54,5%
		Reduzido	-	-	1	1	-		
		Moderado	-	1	5	9	-		
		Elevado	-	-	-	41	1		
		Não aplicável	-	-	-	-	-		
Usar a cadeira de rodas	Especialista	Sem depend.	-	-	-	-	1	46,8%	40,0%
		Reduzido	-	-	-	-	-		
		Moderado	-	-	1	-	13		
		Elevado	-	-	-	1	44		
		Não aplicável	-	-	1	-	50		

* Percentagem de = $\frac{\text{n}^\circ \text{ indivíduos com o mesmo grau de dependência atribuído pelos especialista e registos}}{\text{Total de indivíduos}} * 100$ concordância

Posteriormente para testar a hipótese: **Existem diferenças estatisticamente significativas no grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e os enfermeiros generalistas (registos) nos vários autocuidados identificados** foi utilizado o teste de Wilcoxon (Tabela 14).

E para testar a hipótese: **Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas**

(registos) nos vários autocuidados identificados foi utilizado o teste de correlação de Spearman (Tabela 14).

Tabela 14 - Diferenças e relação entre graus de dependência (especialistas e generalistas-registos)

	Estudo atual					Estudo anterior		
	Análise Descritiva		Análise Inferencial			Análise Inferencial		
	Especialista Md (P ₂₅ -P ₇₅)	Registos Md (P ₂₅ -P ₇₅)	Diferenças Valor p	Correlação Valor de R Valor p		Diferenças Valor p	Correlação Valor de R Valor p	
Tomar banho	3 (1-4)	4 (2-4)	<0,001	0,892	<0,001	<0,001	0,747	<0,001
Vestir-se e Despir-se	3 (1-4)	4 (4-4)	Não aplicável				0,108	0,261
Alimentar-se	3 (1-4)	3 (2-4)	<0,001	0,919	<0,001		0,704	<0,001
Arranjar-se	3 (1-4)	4 (4-4)	Não aplicável				0,107	0,264
Cuidar da Higiene Pessoal	3 (1-4)	4 (2-4)	<0,001	0,853	<0,001		0,749	<0,001
Auto elevar-se	3 (1-4)	4 (3,25-4)	Não aplicável				0,104	0,278
Usar o sanitário	3 (1-4)	3 (2-4)	<0,001	0,888	<0,001		0,716	<0,001
Transferir-se	3 (1-4)	3 (2-4)	<0,001	0,906	<0,001		0,534	<0,001
Virar-se	3 (1-4)	3 (2-4)	<0,001	0,864	<0,001		0,763	<0,001
Usar a cadeira de rodas	4 (3,25-4)	3 (3-4)	Não aplicável				0,904	<0,001

1 - Sem dependência; 2 - reduzido; 3 - Moderado; 4 - Elevado

Quando analisada a relação entre o grau de dependência atribuído pelos especialistas e generalistas (registos), verificou-se uma correlação forte a muito forte entre os dois ($p < 0,001$). Contudo, quando analisada a existência de diferenças entre eles, verificou-se que os registos apontavam para um grau de dependência significativamente superior aos dos especialistas em todos os autocuidados ($p < 0,001$). Novamente nos autocuidados VD, AR, AE e UCR como apresentavam um número amostral válido menor do que 5, não permitiu realizar a análise inferencial.

Comparativamente com o estudo anterior, apesar de se manterem as diferenças significativas entre os especialistas e os generalistas (registos), verificaram-se coeficientes de correlação maiores, indicando uma maior relação entre os graus de dependência atribuídos pelos dois. Isto mostra que quando um deles atribui um grau de dependência superior, o outro também atribui e vice-versa.

É de notar que nos autocuidados VD, AR, AE e UCR (os mesmos em que não foi feita a análise inferencial no estudo atual), no estudo anterior também não foi estabelecida uma correlação significativa entre eles.

Assim, é possível afirmar que as duas hipóteses descritas anteriormente foram confirmadas exceto para o autocuidado VD, AR, AE e UCR.

3.4. Intervenções de Enfermagem

Após conhecer o comportamento da amostra quanto aos graus de dependência nos diversos autocuidados, mostrou-se fundamental perceber se as intervenções seleccionadas pelos enfermeiros especialistas e pelos enfermeiros generalistas (registos) estão de acordo com o GD (tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição relativamente à correspondência entre os GD e as intervenções

		Estudo Anterior (n=110)			N/A	Estudo atual (n=111)			N/A
		Corresponde totalmente	Corresponde parcialmente	Não corresponde		Corresponde totalmente	Corresponde parcialmente	Não corresponde	
Tomar banho	Esp.	104	6			97	14		
	Reg.	107		3		111			
Vestir-se e Despir-se	Esp.	101	9			97	14		
	Reg.	81		29					111
Alimentar-se	Esp.	100	10			89	22		
	Reg.	74		36		65			46
Arranjar-se	Esp.	95	15			94	16	1	
	Reg.	110							111
Cuidar da Higiene Pessoal	Esp.	105	5			94	17		
	Reg.	7		103		110	1		
Auto elevar-se	Esp.	98	12			90	21		
	Reg.	110							111
Usar o sanitário	Esp.	99	11			93	18		
	Reg.	105	3	2		109	2		
Transferir-se	Esp.	100	10			90	21		
	Reg.	106		4		90			21
Virar-se	Esp.	91	19			86	24	1	
	Reg.	106		4		90			21
Usar a cadeira de rodas	Esp.	62	6		42	57	2		52
	Reg.	68		1	41				111

No presente estudo, tal como verificado no estudo anterior, o número de indivíduos em que a intervenção corresponde totalmente ao GD atribuído, no caso dos especialistas, continua a ser elevado, contudo ocorreu uma ligeira perda para os que correspondem parcialmente. É de notar que nos registos observou-se uma redução dos indivíduos em que a intervenção não corresponde ao GD. O autocuidado CHP foi aquele em que praticamente todos os indivíduos passaram de não corresponder, para corresponder totalmente.

Tabela 16 - Seleção de intervenções específicas relacionadas com equipamentos e estratégias adaptativas para cada autocuidado

		Estudo Anterior (n=110)			Estudo atual (n=111)		
		Sim	Não	N/A	Sim	Não	N/A
Tomar banho	Esp.	41	69		19	92	
	Reg.		110		1	110	
Vestir-se e Despir-se	Esp.	36	74		21	90	
	Reg.		110				111
Alimentar-se	Esp.	34	76		12	99	
	Reg.		110		1	110	
Arranjar-se	Esp.	36	74		13	98	
	Reg.		110				111
Cuidar da Higiene Pessoal	Esp.	35	75		12	99	
	Reg.		110		1	110	
Auto elevar-se	Esp.	34	76		16	95	
	Reg.		110				111
Usar o sanitário	Esp.	36	74		14	97	
	Reg.		110		1	110	
Transferir-se	Esp.	35	75		19	92	
	Reg.		110		2	107	2
Virar-se	Esp.	34	76		11	110	
	Reg.		110		1	110	
Usar a cadeira de rodas	Esp.	29	40	41	10	59	42
	Reg.		67	43			111

Quanto à seleção das intervenções específicas relacionadas com equipamentos e estratégias adaptativas (selecionar, providenciar, ensinar, instruir e treinar), para cada autocuidado, verificou-se, nos especialistas, uma redução de indivíduos em que foram selecionadas, continuando a prevalecer a não utilização das mesmas. Em termos dos enfermeiros generalistas (registos), manteve-se a predominância da não seleção destas intervenções, com excepção dos autocuidados VD, AR, AE e UCR, onde esta seleção foi considerada como não aplicável (Tabela 16).

No estudo anterior verificou-se que nos especialistas, em todos os autocuidados, foram seleccionadas intervenções relacionadas com os equipamentos e estratégia adaptativas, enquanto nos registos verificou-se que esse tipo de intervenções não foram selecionadas em nenhum autocuidado.

Tabela 17 - Correspondência entre especialistas e generalistas (registos) na seleção de intervenções específicas relacionadas com equipamentos e estratégias adaptativas

	Estudo Anterior (n=110)				Estudo atual (n=111)			
	Corresponde totalmente	Corresponde parcialmente	Não corresponde	N/A	Corresponde totalmente	Corresponde parcialmente	Não corresponde	N/A
Tomar banho		63	47			69	42	
Vestir-se e Despir-se		20	90					111
Alimentar-se		50	60			51	15	45
Arranjar-se			110					111
Cuidar da Higiene Pessoal		3	107			63	47	1
Auto elevar-se		1	109					111
Usar o sanitário	1	62	47			69	42	
Transferir-se	1	43	66			59	32	20
Virar-se	1	48	61			53	37	21
Usar a cadeira de rodas		1	68	41			1	110

Em termos de correspondência entre a seleção destas intervenções por parte dos especialistas e generalistas (registos), pode observar-se uma redução do número de indivíduos em que não havia correspondência e um aumento do número de indivíduos em que existe uma correspondência parcial, o que pode ser justificado pela diminuição, nos especialistas, da selecção de intervenções específicas relacionadas com equipamentos e estratégias adaptativas (Tabela 17).

Mais uma vez nos autocuidados VD, AR, AE e UCR a seleção destas intervenções foi considerada como “não aplicável”, aspeto explicitado no capítulo seguinte.

Com o objetivo de se perceber **quais as diferenças na seleção das intervenções pelos enfermeiros especialista e pelos enfermeiros generalistas (registos)** foi analisado, individualmente, cada uma das intervenções (Tabela 18).

Assim, é possível afirmar que os especialistas selecionaram mais intervenções do que os generalistas (registos). Nos especialistas a intervenção “Avaliar (...)” foi seleccionada praticamente em todos os autocuidados, enquanto nos registos apenas se verificou essa seleção em três casos. No estudo anterior esta intervenção não foi selecionada em nenhum caso. De salientar ainda que, tal como aconteceu no estudo anterior, os registos apresentam menos valências, isto é, distribuem-se mais pela intervenção de substituir, pelo assistir e pelo supervisionar o doente no autocuidado.

Tabela 18 - Intervenções selecionadas pelos enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas (registos)

	Realizou intervenção				N/A	
	Sim		Não			
	Espec.	Reg.	Espec.	Reg.	Espec.	Reg.
Tomar banho	Avaliar o autocuidado: tomar banho	111	2		109	
	Dar banho	49	63	62	48	
	Assistir no tomar banho	26	19	85	92	
	Supervisionar a pessoa a tomar banho	14	28	97	83	
	Incentivar a pessoa a tomar banho	59	1	52	110	
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para tomar banho	7	1	104	110	
	Providenciar equipamento adaptativo para tomar banho	10	2	101	109	
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho	7	1	104	110	
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho	7	1	104	110	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para tomar banho	7	1	104	110	
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para tomar banho	18	1	93	110	
	Instruir sobre estratégia adaptativa para tomar banho	18	1	93	110	
	Treinar estratégia adaptativa para tomar banho	18	1	93	110	
Vestir-se e Despir-se	Avaliar o autocuidado: vestir-se ou despir-se	111				111
	Vestir/despir a pessoa	44		67		111
	Assistir no vestir/despir	29		82		111
	Supervisionar a pessoa a vestir/despir	16		95		111
	Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se	58		53		111
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para vestir-se/despir-se	7		104		111
	Providenciar equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se	12		99		111
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se	11		100		111
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se	11		100		111
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se	11		100		111
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se	17		94		111
	Instruir sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se	17		94		111
	Treinar estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se	17		94		111
Alimentar-se	Avaliar o autocuidado: alimentar-se	111	1		109	1
	Alimentar a pessoa	41	49	70	62	
	Assistir no alimentar-se	18	14	93	97	
	Supervisionar a pessoa a alimentar-se	23		88	111	
	Incentivar a pessoa a alimentar-se	67		44	111	
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para alimentar-se	8		103	111	
	Providenciar equipamento adaptativo para alimentar-se	9	1	102	110	
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se	10		101	111	
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se	10		101	111	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se	10		101	111	
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para alimentar-se	11		100	111	
	Instruir sobre estratégia adaptativa para alimentar-se	11		100	111	
	Treinar estratégia adaptativa para alimentar-se	11		100	110	1
Arranjar-se	Avaliar o autocuidado: arranjar-se	110		1		111
	Arranjar a pessoa	47		64		111
	Assistir no arranjar-se	25		86		111
	Supervisionar a pessoa a arranjar-se	17		94		111
	Incentivar a pessoa a arranjar-se	61		50		111
	Organizar os materiais para o arranjar-se	7		104		111
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para arranjar-se	7		104		111
	Providenciar equipamento adaptativo para arranjar-se	8		103		111
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se	9		102		111
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se	9		102		111
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se	9		102		111
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para arranjar-se	12		99		111
	Instruir sobre estratégia adaptativa para arranjar-se	12		99		111
Treinar estratégia adaptativa para arranjar-se	12		99		111	
Cuidar da Higiene Pessoal	Avaliar o autocuidado: cuidar da higiene pessoal	110		1	111	
	Cuidar da higiene pessoal	46	63	65	48	
	Assistir no cuidar da higiene pessoal	26	18	85	93	
	Supervisionar a pessoa a cuidar da higiene pessoal	18	30	93	81	
	Incentivar a pessoa a cuidar da higiene pessoal	61		50	111	
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para cuidar da higiene pessoal	4		107	111	
	Providenciar equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	4	1	107	110	
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	4		107	111	
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	4		107	111	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	4		107	111	
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal	8		103	111	
	Instruir sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal	8		103	111	
	Treinar estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal	8		103	111	

	Realizou intervenção				N/A	
	Sim		Não			
	Espec.	Reg.	Espec.	Reg.	Espec.	Reg.
Auto elevar-se	Avaliar o autocuidado: auto elevar	110		1		111
	Elevar parte do corpo	44		67		111
	Assistir no auto elevar parte do corpo	19		92		111
	Supervisionar a pessoa a auto elevar parte do corpo	22		89		111
	Incentivar a pessoa a auto elevar parte do corpo	63		48		111
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para auto elevar parte do corpo	6		105		111
	Providenciar equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo	6		105		111
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo	7		104		111
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo	7		104		111
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo	7		104		111
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo	14		97		111
	Instruir sobre estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo	14		97		111
Treinar estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo	14		97		111	
Usar o sanitário	Avaliar o autocuidado: usar o sanitário	110		1	111	
	Colocar fralda	45	59	66	52	
	Providenciar/colocar aparadeira/urinol	8		103	111	
	Incentivar a pessoa a usar o sanitário	56		55	111	
	Supervisionar a pessoa no uso do sanitário	19	34	92	77	
	Assistir no usar o sanitário	26	20	85	90	1
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para usar o sanitário	9		102	111	
	Providenciar equipamento adaptativo para usar o sanitário	9	2	102	109	
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	10		101	111	
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	10		101	111	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	10		101	111	
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário	13		98	111	
Instruir sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário	13		98	111		
Treinar estratégia adaptativa para usar o sanitário	13		98	111		
Transferir-se	Avaliar o autocuidado: transferir-se	110		1	110	1
	Transferir a pessoa	45	55	66	55	1
	Assistir no transferir-se	21	15	90	95	1
	Supervisionar a pessoa a transferir-se	21	20	90	90	1
	Incentivar a pessoa a transferir-se	64		47	110	1
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para transferir-se	12		99	110	1
	Providenciar equipamento adaptativo para transferir-se	10	1	101	109	1
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para transferir-se	6		105	110	1
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para transferir-se	6		105	110	1
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para transferir-se	6	1	105	109	1
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para transferir-se	11		100	110	1
	Instruir sobre estratégia adaptativa para transferir-se	11		100	110	1
Treinar estratégia adaptativa para transferir-se	11		100	110	1	
Virar-se	Avaliar o autocuidado: virar-se	110		1	111	
	Virar a pessoa	43	55	68	56	
	Assistir no virar-se	15	15	96	96	
	Supervisionar a pessoa a virar-se	24	20	87	91	
	Incentivar a pessoa a virar-se	67		44	111	
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para virar-se	3		108	111	
	Providenciar equipamento adaptativo para virar-se	4	1	107	110	
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se	4		107	111	
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se	4		107	111	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para virar-se	4		107	111	
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para virar-se	10		101	111	
	Instruir sobre estratégia adaptativa para virar-se	10		101	111	
Treinar estratégia adaptativa para virar-se	10		101	111		
Usar a cadeira de rodas	Avaliar o autocuidado: usar a cadeira de rodas	58		1	52	111
	Mobilizar a pessoa em cadeira de rodas	46		13	52	111
	Providenciar cadeira de rodas	57		2	52	111
	Assistir no usar a cadeira de rodas	11		48	52	111
	Incentivar a pessoa a usar a cadeira de rodas	4		55	52	111
	Supervisionar a pessoa a usar a cadeira de rodas	2		57	52	111
	Ensinar sobre o uso de cadeira de rodas	8		51	52	111
	Instruir sobre o uso de cadeira de rodas	8		51	52	111
Treinar o uso de cadeira de rodas	8		52	51	111	

4. AUTOCUIDADO E SCE: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo vão ser discutidos os resultados obtidos com a realização deste trabalho, estabelecendo uma comparação com os resultados obtidos no trabalho desenvolvido na primeira fase do projeto (Teixeira, 2012). Com isto pretende-se identificar os contributos da implementação da SC e delinear novas estratégias de intervenção para dar continuidade a implementação de um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado.

Caraterização da Amostra

Nos doentes internados no serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso verificou-se que existe um ligeiro predomínio do sexo masculino, que maioritariamente são indivíduos com mais de 65 anos e que cerca de metade apresenta dependência no domicílio em algum tipo de autocuidado.

Os indivíduos que apresentavam algum tipo de dependência no domicílio eram maioritariamente do sexo feminino e apresentavam uma idade significativamente superior quando comparados com indivíduos não dependentes.

Como motivo de admissão no serviço, identificou-se três diagnósticos médicos mais frequentes, nomeadamente doenças e perturbações do aparelho respiratório, do sistema nervoso e do aparelho circulatório.

Os resultados descritos anteriormente são consistentes com os verificados no estudo anterior (Teixeira, 2012).

De salientar que o conhecimento aprofundado das características da amostra em estudo permite direccionar, de uma forma mais correcta, um plano estratégico de ação.

Avaliação Inicial

Verificou-se que, neste estudo, o autocuidado foi referido na avaliação inicial em 55% dos casos, tendo sido em todos eles correctamente identificado quanto ao grau de dependência e quanto à localização (*Item autocuidado*).

Quando comparados os dois estudos, verificou-se que apesar de o número de casos em que o autocuidado foi referido na avaliação inicial ser inferior ao do estudo anterior, verificou-se um maior rigor no registo do mesmo. No estudo anterior, na maioria dos casos, o grau de dependência no autocuidado não foi mencionado e, em alguns casos, a identificação do autocuidado e grau de dependência foi realizada no *item atividade motora* e não no *item autocuidado*.

De referir ainda que, neste estudo, verificou-se uma maior diversidade dos autocuidados mencionados (CHP, T, P, US, AL) quando comparado com o estudo anterior (CHP).

Importa salientar que a parametrização do SClínico® relativamente a avaliação inicial funciona como um fator limitante de uma prática correta. Tal afirmação é justificada pelo facto de na avaliação inicial apenas existir um item relativo ao autocuidado e que se encontra direccionado para o autocuidado de higiene, o que limita o registo do enfermeiro.

Como forma de ultrapassar esta limitação, quando foi realizada formação à equipa de enfermagem sobre o autocuidado, estabeleceu-se que os enfermeiros passariam a fazer uma avaliação de todos os autocuidados no *item autocuidado*.

No momento da formação à equipa foi reforçada a ideia de que a avaliação inicial é uma ferramenta que permite aos enfermeiros aglomerar toda a informação relativa ao doente no momento da admissão e que, posteriormente, essa informação é fundamental para que se consiga planear os cuidados durante o internamento e planear a alta de uma forma mais correta.

Assim, é possível afirmar que os enfermeiros são mais rigorosos na forma como registam ao autocuidado na avaliação inicial, contudo ainda existe uma percentagem elevada de casos onde o mesmo não é mencionado.

A falta de conhecimento ou de referência relativamente ao autocuidado e ao seu grau de dependência poder-se-á traduzir em cuidados estruturados de uma forma negligenciada e pouco rigorosa.

Grau de Dependência no Autocuidado

No estudo atual, comparando os resultados obtidos para os enfermeiros especialistas com os resultados obtidos para os enfermeiros generalistas (registos), é possível afirmar que nos primeiros verifica-se um maior número de casos sem dependência e que nos segundos verifica-se um maior número de casos de dependência em grau elevado.

De um modo geral, a distribuição dos indivíduos por GD nos autocuidado é semelhante nos dois estudos.

Quer nos enfermeiros especialistas quer nos enfermeiros generalistas (registos), verificou-se no autocuidado UCR um número significativo de casos no item não aplicável. De salientar que isto é justificado com o facto de este item englobar todos os casos da amostra que não utilizam a cadeira de rodas, pelo que não pode ser atribuído um GD ao uso da mesma.

Também se verificou, para os enfermeiros generalistas (registos), que nos autocuidados VD, AR e AE quase todos os casos se encontram no item não aplicável. Esta situação está relacionada com a parametrização do SClínico® uma vez que o sistema não permite associar intervenções aos autocuidados mencionados. Assim, os enfermeiros optam por não enunciar este autocuidados. Contrariamente, no estudo anterior, quando a investigadora analisou os processos de enfermagem e verificou-se que os autocuidados mencionados anteriormente não se encontravam enunciados, decidiu atribuir os mesmos ao item sem dependência, o que justifica algumas diferenças encontradas entre o trabalho anterior e o atual.

No estudo atual, nos autocuidados V e T, ao contrário dos restantes autocuidados, existem um número significativo de casos sem dependência. No serviço, diariamente, os enfermeiros procedem à classificação dos doentes de acordo com o seu grau de dependência nos diversos autocuidados. Esta classificação é realizada segundo o sistema de classificação de doentes em enfermagem. O referido sistema reporta que mesmo que os doentes sejam independentes nos autocuidados, à exceção do P e do T, todos os autocuidados necessitam de ser enunciados no processo, sendo atribuído o grau de dependência reduzido.

Grau de Dependência no Autocuidado e a Idade

À semelhança do estudo anterior, verificou-se que existe uma correlação significativa moderada positiva entre o GD e a idade, em quase todos os autocuidados. Assim, pode-se afirmar que quanto maior a idade, maior o GD no autocuidado. Este resultado é corroborado por diversos autores que referem que um aumento da idade está associado a um aumento da dependência no autocuidado (Duque, 2009; Whittle e Goldenberg, 1996, citado por Petronilo, 2012).

De salientar que, nos registos, verificou-se que nos autocuidados VD, AR e AE não se obtiveram resultados, sendo considerado o teste como não aplicável. Como os enfermeiros não enunciam estes autocuidados, aspeto já explicado anteriormente, o número de casos válidos é inferior a cinco, o que invalida a realização do teste.

Grau de Dependência no Autocuidado e o Sexo

No estudo atual, verificou-se que existe uma relação significativa entre o GD e o sexo dos indivíduos, em quase todos os autocuidados. Contrariamente, no estudo anterior, os dados apenas permitiram confirmar a existência de relação entre o GD e o sexo no autocuidado P (registos).

Nos autocuidados VD, AR e AE, tal como já foi explicado anteriormente, o teste não foi aplicado, logo não estabelecida nenhuma relação entre as variáveis.

Grau de Dependência no Autocuidado e a Dependência no Domicílio

Foi possível constatar, em ambos os estudos, que os indivíduos dependentes no domicílio apresentavam um maior grau de dependência no internamento quando comparados com os indivíduos que não apresentavam dependência no domicílio, em quase todos os autocuidados. De salientar que o autocuidado URC foi um dos autocuidados em que não foi observada esta relação, o que pode ser justificado pelo facto da capacidade de usar a cadeira de rodas diminuir com o aumento do grau de dependência nos restantes autocuidados.

Grau de Dependência no Autocuidado e os Diferentes Autocuidados

No estudo atual, verificou-se correlações significativas fortes e muito fortes entre os vários autocuidados, pelo que podemos afirmar que o GD de um autocuidado influenciou o GD dos outros autocuidados. Contudo, esta análise apenas foi realizada para os especialistas porque nos registos, tal como já foi justificado, nos autocuidados VD, AR, e AE existiram um número elevado de casos não aplicáveis.

No estudo anterior, verificou-se um resultado semelhante, com a exceção do autocuidado UCR em que se verificou uma correlação negativa, ou seja, quanto maior a dependência nos restantes autocuidados, menor a dependência no autocuidado UCR.

Grau de Dependência no Autocuidado: Especialista e Registo

Verificou-se, no estudo atual, que a percentagem de concordância entre o GD atribuído pelos enfermeiros especialistas e pelos enfermeiros generalistas (registos) foi, aproximadamente, de 50% na maioria dos autocuidados, sendo que normalmente os registos apresentaram graus de dependências superiores. Como exceção, mantiveram-se os autocuidados VD, AR e AE pelos mesmos motivos referidos anteriormente.

Quando comparado com o estudo anterior verificou-se que ocorreu um aumento da concordância entre especialista e registo no autocuidado T e UCR.

Em ambos os estudos verificou-se, ainda, a existência de diferenças estatisticamente significativas nos GD entre especialista e registos, em quase todos os autocuidados, contudo, no estudo atual, verificou-se a existência de coeficientes de correlação superiores. Assim, verificou-se que existe uma maior relação entre o grau de dependência atribuído pelos enfermeiros especialistas e o grau de dependência atribuído pelos enfermeiros generalistas (registos) para os autocuidados.

Intervenções de Enfermagem

Em ambos os estudos, verificou-se que o número de casos em que as intervenções correspondem totalmente ao GD atribuído, no caso dos especialistas, é bastante elevado. Relativamente aos registos, verificou-se uma redução total dos indivíduos em que as intervenções não correspondem ao GD, sendo o CHP aquele autocuidado em que esta melhoria é mais significativa.

De salientar ainda que, no estudo atual, nos especialistas a intervenção “avaliar (...)” foi selecionada em quase todos os autocuidados, e nos registos apenas foi selecionada em três casos. Contudo, no estudo anterior, esta intervenção nos registos não foi selecionada em nenhum caso porque a mesma não se encontrava parametrizada no sistema de informação direcionado aos cuidados de enfermagem.

Neste estudo, verificou-se uma diminuição significativa dos casos em que os diagnósticos identificados não apresentaram intervenções associadas, assim como uma diminuição dos casos em que as intervenções não estavam associadas a nenhum diagnóstico.

À semelhança do estudo anterior, nos registos, as intervenções de substituição, de *assistir* e *supervisionar* são aquelas que mais vezes são selecionadas.

Verificou-se uma discreta melhoria, nos registos, quando analisada a utilização de intervenções específicas relacionadas com equipamentos e estratégias adaptativas, como *seleccionar, providenciar, ensinar, instruir e treinar*. No estudo anterior, verificou-se que esse tipo de intervenções não foram selecionadas em nenhum autocuidado, contudo neste estudo verificou-se, ainda que em número muito reduzido, a selecção deste tipo de intervenções pelos enfermeiros generalistas. Também verificou-se, neste estudo, uma diminuição no número de casos em que não houve correspondência na selecção destas intervenções pelos especialistas e generalistas (registos).

Importa salientar que a equipa de enfermagem foi sensibilizada, através da formação, para refletir criticamente sobre o planeamento dos seus cuidados e para direccionar os mesmos no sentido das reais necessidades dos doentes. Segundo Craig e Smytg (2004), a

prática reflexiva é uma componente fundamental dos cuidados de saúde. Neste contexto, foi elaborado um manual sobre o autocuidado direcionado à equipa de enfermagem com o objetivo de tornar os enfermeiros capazes de reconhecer o autocuidado como um indicador de qualidade dos cuidados e com maiores competências na elaboração do processo de enfermagem (ANEXO V).

Tal como já tinha ocorrido no estudo anterior, uma das dificuldades encontrada numa fase inicial foi a não correspondência de alguns autocuidados e intervenções entre os instrumentos utilizados na colheita de dados e o aplicativo SClínico, aspecto que se encontra relacionado com a diferente linguagem utilizada. No manual sobre o autocuidado, mencionado anteriormente, foi elaborada uma tabela que ilustra a correspondência entre o grau de dependência no autocuidado e as intervenções de enfermagem para as diferentes linguagens utilizadas (Anexo V). Relativamente aos autocuidados, podemos salientar o CHP uma vez que este foco não é contemplado no aplicativo SClínico. Todos os aspetos relativos à higiene do doente centram-se no autocuidado de higiene, pelo que foi necessário considerar que se no processo de enfermagem estivesse enunciado o autocuidado de higiene, no instrumento de colheita de dados seria identificado o autocuidado CHP com o mesmo grau de dependência. No que diz respeito às intervenções de enfermagem, nos instrumentos utilizados encontravam-se, para todos os autocuidados, intervenções do âmbito do supervisionar, enquanto no aplicativo SClínico surge a intervenção *supervisionar e/ou observar*. Assim, decidiu-se que encontrando-se presente nos registos uma intervenção do âmbito observar considerava-se presente a intervenção supervisionar nos instrumentos de colheita de dados.

Pode-se afirmar que apesar de se ter verificado algumas melhorias na identificação dos diagnósticos e consequentes intervenções por parte dos enfermeiros generalistas, ainda ocorrem falhas na elaboração do processo de enfermagem que devem ser alvo de intervenção por parte da SC.

Cruz (2008, p. 205) refere que “a (...) identificação rigorosa do diagnóstico permite estabelecer com maior especificidade os objectivos da assistência de enfermagem e os padrões de excelência para a prática profissional”.

Para uma correta intervenção dos enfermeiros é necessário que todo o processo diagnóstico e de planificação de cuidados seja pensado ao pormenor, tendo em conta as características de cada doente mas também dos profissionais e recursos existentes nos contextos da prática clínica.

Neste contexto, mostra-se imprescindível que o perfil de dependência (tipo e grau) de cada doente seja avaliado através de instrumentos adequados, devidamente validados para a população portuguesa.

Tendo por base tudo o que foi mencionado, e focando a intervenção no desenvolvimento de competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, é fundamental dar continuidade à implementação de um modelo de SCE no serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso.

Assim, tendo em consideração as características do serviço e da equipa de enfermagem, posteriormente, propõem-se um conjunto de **estratégias de melhoria e desenvolvimento de competências**.

Formação

A formação, como afirma Sousa (1989) citado por Garrido, Pires e Simões (2004, p. 36), “deve preparar enfermeiros que sejam profissionais altamente competentes, capazes de orientar o futuro dos cuidados de enfermagem, desenvolvimento sempre mais o seu saber (...)”.

Para Fabião et al. (2005, p. 235), “a formação é o principal meio social e institucional gerador de competências, o que lhe confere prioridade e responsabilidade na garantia da qualidade”.

Importa salientar que a formação deve centrar-se sempre nos interesses do supervisionado ou grupo de supervisionados com principal objetivo de dar resposta às necessidades evidenciadas pelo contexto da prática, reduzindo ou mesmo eliminando todos os problemas que coloquem em causa a capacidade do enfermeiros em prestar cuidados seguros e com qualidade.

Esta necessidade é corroborada pelo MS, que de acordo com o descrito no PNS 2011-2016, afirma que é imprescindível realizar formação dos profissionais em áreas de intervenção prioritárias.

No serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso é fundamental realizar-se formação a equipa de enfermagem sobre a temática do autocuidado, à semelhança do que foi realizado antes da elaboração deste trabalho, com o objetivo desenvolver o espírito crítico e reflexivo da mesma. Craig e Smyth (2004, p. 7) afirmam que “o verdadeiro caráter de uma boa prática profissional é refletir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática (...)” Pretende-se que os enfermeiros sejam capazes de elaborar planos de cuidados direcionados ao doente, como um ser único, e não apenas que elaborem planos pré-estabelecidos.

Estudos de Casos

No serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso, a discussão em equipa de casos da prática iria permitir, aos enfermeiros, desenvolver capacidades de raciocínio na área da construção do processo de enfermagem, o que levaria a que fossem encontradas às melhores respostas faces às necessidades dos doentes ao longo do seu ciclo vital.

Elaboração de Protocolos de Atuação

Um protocolo define um conjunto de informação que permite direccionar o trabalho e registar os cuidados realizados na resolução ou prevenção de um problema, mostrando-se a construção do mesmo imprescindível para a execução das diversas ações envolvidas no cuidar em enfermagem com o objetivo de uma prática de cuidados de excelência.

A existência de um protocolo focalizado no autocuidado permitiria aos enfermeiros do serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso uma uniformização das suas práticas.

Estes protocolos teriam de englobar todos os passos indispensáveis para à elaboração de um diagnóstico e correspondentes intervenções de enfermagem centradas nas especificidades de cada doente.

De salientar que os protocolos têm que ser construídos pela equipa de enfermagem uma vez que são os elementos que melhor conhecem a diversidade de situações que podem ser atribuídas ao autocuidado e têm conhecimento dos recursos existentes no serviço.

Elaboração de Guias de Boas Práticas

Os guias de boas práticas são documentos orientadores, desenvolvidos de forma sistemática, com o objetivo de apoiar os profissionais na tomada de decisão sobre os cuidados de saúde adequados em contexto clínicos específicos.

Assim, no serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso, mostrar-se-ia uma mais-valia a elaboração, por parte da equipa de enfermagem, de guias de boas práticas centradas nos autocuidados, permitindo aos enfermeiros recorrer a informação mais atualizada e fidedigna para a elaboração do processo de enfermagem. Craig e Smyth (2004, p. 15) referem que “para tomar decisões sobre intervenções, os enfermeiros precisam de recorrer à evidência de fontes múltiplas.”

Esta ideia é corroborada pela OE (2000) que menciona que “a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados em enfermagem baseados em evidência empírica

e científica constitui a base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (p. 10).

Os enfermeiros, enquanto profissionais, estão num lugar privilegiado para compreender as necessidades, prioridades e crenças dos doentes, para integrar estas considerações na sua própria perícia e na evidência clínica, na tomada de decisão” (Craig e Smyth, 2004. VI).

Todas as estratégias de melhoria e desenvolvimento de competências enunciadas anteriormente podem ser aplicadas no serviço de medicina através da implementação de um modelo de SCE, tal como já se verificou na segunda fase do projeto C-S2AFECARE-Q, utilizando ações de supervisão em grupo. O trabalhar e analisar as situações em equipa permite que todos os elementos reflectam entre si sobre as temáticas que a todos dizem respeito e realizem esforços conjunto no sentido de uma prática de cuidados com qualidade e segurança.

Por outro lado, se houver necessidade, podem ser desenvolvidas ações de supervisão individual. Estas ações são complementares das ações de supervisão em grupo e permitem corrigir necessidades não satisfeitas.

É fundamental, no futuro, que este trabalho permita colmatar algumas limitações do aplicativo SClínico para o desenvolvimento das boas práticas dos enfermeiros direccionadas para o autocuidado.

Pretende-se, ainda, com este trabalho sensibilizar os enfermeiros para um desenvolvimento de competências focadas na prática do autocuidado, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

Neste sentido, apesar de se verificar nas instituições de saúde uma crescente preocupação com a racionalização dos recursos, consideramos imprescindível investir na área da SC visto as suas numerosas potencialidades a curto, médio e longo prazo, nomeadamente no âmbito da qualidade em saúde.

CONCLUSÃO

O conceito de autocuidado e SCE assumem um estatuto central na promoção da qualidade e segurança dos cuidados, pelo que a temática escolhida, para além de contribuir para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e disciplina, mostrou-se fundamental para o desenvolvimento de competências pessoais.

A implementação da supervisão permite satisfazer às necessidades dos enfermeiros, tornando-os mais aptos para o exercício profissional, contribuindo para aumentar a sua satisfação e vinculação à profissão e, simultaneamente, promover ganhos em saúde pelo seu elevado potencial de tomada de decisão clínica e conceção de cuidados seguros e de qualidade.

Com base no que foi mencionado anteriormente surge o projeto “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” (C-S2AFECARE-Q), que visa a criação de uma cultura de supervisão de pares contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados, através da operacionalização de um modelo de SCE, apoiado nas necessidades dos enfermeiros.

Este trabalho de investigação encontra-se integrado na terceira fase do projeto C-S2AFECARE-Q e tem como objetivo avaliar os contributos da implementação de um modelo de SCE no desenvolvimento de competências dos enfermeiros em áreas sensíveis a sua intervenção, nomeadamente no autocuidado.

Nos doentes internados no serviço de Medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso verificou-se que existe um ligeiro predomínio do sexo masculino, que maioritariamente apresentam uma idade superior a 65 anos e cerca de metade apresenta algum tipo de dependência no autocuidado no domicílio. Quanto ao diagnóstico médico de admissão no serviço, verificou-se uma predominância das doenças e perturbações do aparelho respiratório, do sistema nervoso e do aparelho circulatório.

Verificou-se que, em mais de metade dos casos, foi feita referência ao autocuidado na avaliação inicial e foi utilizado um maior rigor no registo do mesmo. Assim, quando comparado com o estudo desenvolvido por Teixeira (2012), verificou-se que o número de casos em o autocuidado foi referido na avaliação inicial foi inferior, contudo verificou-se um maior rigor na referência do mesmo.

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa, para um nível de significância de 0,05, entre o GD e a idade, o sexo e presença de dependência no domicílio, em quase

todos os autocuidados. Embora estas variáveis não sejam manejáveis no âmbito da supervisão clínica, entendemos que era interessante identificar a relação entre elas.

Verificou-se a existência de uma correlação significativa entre o GD dos diversos autocuidados ($p < 0,001$), pelo que podemos afirmar que o grau de dependência de um autocuidado influencia o grau de dependência de outro autocuidado.

Apesar de verificar-se uma correlação significativa entre o grau de dependência atribuído pelos enfermeiros generalistas (registos) e pelos enfermeiros especialistas nos vários autocuidados, verificou-se que nos enfermeiros generalistas (registos) o grau de dependência atribuído era significativamente superior ao dos enfermeiros especialistas ($p < 0,001$). Quando comparado com o estudo desenvolvido por Teixeira (2012), verificou-se a existência de coeficientes de correlação superiores entre o grau de dependência atribuído pelos enfermeiros generalistas (registos) e pelos enfermeiros especialistas, contudo verificou-se que se mantém a existência de diferenças estatisticamente significativas nos graus de dependência atribuídos por ambos.

Nos enfermeiros generalistas (registos), verificou-se uma redução total dos indivíduos em que as intervenções seleccionadas não correspondem ao grau de dependência, quando comparado com o estudo desenvolvido por Teixeira (2012). Quando analisada a utilização de intervenções específicas relacionadas com equipamentos e estratégias adaptativas, como *seleccionar, providenciar, ensinar, instruir e treinar* verificou-se que, ainda que em número reduzido, um aumento na seleção deste tipo de intervenções pelos enfermeiros generalistas (registos), relativamente ao estudo anterior (Teixeira, 2012).

É importante clarificar que os resultados obtidos com este trabalho não são representativos da realidade nacional e as estratégias instituídas apenas se dirigem à realidade do serviço de medicina do CHMA da unidade hospitalar de Santo Tirso.

Assim, os resultados obtidos, de um modo geral, permitiram constatar que ocorreram melhorias significativas nas competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado. Contudo, mostra-se imperativo dar continuidade a implementação do MSCEC com objetivo de resolver as lacunas identificadas.

Ao longo do percurso de investigação, fomos deparando com algumas limitações que dificultaram a concretização dos nossos objectivos.

A parametrização do Clínico® relativamente à avaliação inicial e aos diagnósticos e intervenções de enfermagem impôs algumas dificuldades na aplicação dos instrumentos de colheita de dados, elaborados na primeira fase do projeto C-S2AFECARE-Q, e influenciou indiretamente alguns dos resultados obtidos. Assim, foi necessário realizar alguns reajustes na aplicação dos mesmos.

A limitação temporal para a realização de cada etapa do processo de investigação, mais propriamente, para a colheita de dados foi outra dificuldade sentida. O facto de o serviço encontrar-se sempre com um número elevado de doentes internados, assim como o número elevado de enfermeiros ausentes do serviço, por motivos pessoais, levou a que, em alguns turnos, as enfermeiras especialista de reabilitação integrassem a equipa para a prestação de cuidados gerais e não conseguissem realizar o preenchimento dos questionários.

Apesar das dificuldades mencionadas anteriormente, todos os objetivos definidos para este trabalho foram atingidos na sua plenitude, pelo que foi possível conhecer os contributos obtidos na área do desenvolvimento de competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, após a implementação de um modelo de SCE, com o intuito de promover a segurança, a qualidade dos cuidados e, posteriormente propor contributos de melhoria para dar continuidade à implementação do referido modelo.

Uma vez que a promoção da qualidade e segurança dos cuidados representa um dos principais pressupostos da SCE, a autocuidado traduz-se numa área em que a SC poderá contribuir para assegurar essa qualidade e segurança.

Adoção da supervisão clínica em enfermagem por parte das organizações de saúde tem sido muito ponderada, devido à ausência de conhecimento e de pesquisas mais efectivas sobre o assunto, adiando a formação dos supervisores e a implementação da supervisão nas práticas.

O impacto financeiro da supervisão clínica em instituições de saúde ainda não está completamente esclarecido, o que face à atual realidade económica nacional, cingida na redução de custos, induz as organizações a assumirem uma postura cautelosa numa área pouco desenvolvida.

Neste sentido, no futuro, é fundamental desenvolverem-se mais estudos que comprovem o papel e o benefício prático da SCE nesta área.

Como forma de conclusão, podemos afirmar que o CHMA, mais propriamente o serviço de medicina da unidade hospitalar de Santo Tirso, beneficiou com implementação do MSCEC, que deve ser aplicado não apenas porque é uma exigência dos programas de acreditação, mas porque se reconhecem ganhos significativos na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson. *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau, 2003.

ABREU, Wilson. *Formação e aprendizagem em contexto clínico - fundamentos, teorias e considerações didáticas.* Coimbra: Formasau, 2007.

ALARCÃO, I. e TAVARES, J. *Supervisão da Prática Pedagógica.* Coimbra: Almedina, 2007.

ALMEIDA, Maria H. F. *A qualidade em saúde. Ordem dos enfermeiros*, 2001, nº 3, pp.39-40.

BACKMAN, K.; HENTINEN, M. *Model for the self-care of home-dwelling elderly. Journal of Advanced Nursing*, 1999, vol.30, nº3, pp.564-572.

BACKMAN, K.; HENTINEN, M. *Factors associated with the self-care of homedwelling elderly. Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2001, vol. 15, nº 3, pp.195-202.

BUTTERWORTH, T.; WOODS, D. *Clinical governance and clinical supervision: Working together to ensure safe and accountable practice - a briefing paper* [Em linha]. Manchester: School of Nursing Midwifery and health visiting, University of Manchester, 1999. [Consultado 20 Novembro 2014]. Disponível na World Wide Web: <URL: <http://www.nursing.manchester.ac.uk/research/officialreports/Clinicalgovernance.pdf>>.

CARVALHO, Luís. *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica - Livro de Comunicações e Conferência*, Porto, 2014. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. pp. 5.

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE (CHMA). *Breve apresentação* [Em linha]. 2007 [consultado 10 Dezembro 2014]. Disponível na World Wide Web: <http://www.chma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=380&Itemid=78>.

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE (CHMA). *Missão, valores e objectivos* [Em linha]. 2007 [Consultado 10 Dezembro 2014]. Disponível na World Wide Web: <URL:http://www.chma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=381&Itemid=80>.

COUTINHO, Clara Pereira. *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática.* Coimbra: Almedina, 2011.

CRAIG, J.; SMYTH, R. *Prática Baseada na Evidência: Manual para Enfermeiros.* Loures: Lusociência, 2004.

CRUZ, Sandra. *A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. Servir*, 2008, vol. 56, nº 5, pp.200-206.

CRUZ, Sandra. *Do ad hoc a um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em uso.* Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, 2012.

CRUZ, Sandra; SANTOS, Margarida; Rocha, Ana. *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica - Livro de Comunicações e Conferência*, Porto, 2014. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. pp. 102-108.

DECRETO- LEI nº 166 - A/99 de 13 de Maio. D.R. I. Série. Nº 111 (99-05-13), p. 2564-(2)-2564-(6).

DEPARTAMENTO OF HEALTH. *Self-care - a real choice: Self-care support - a practical option*. [em linha]. 2005 [consultado 10 Novembro 2014]. Disponível na World Wide Web: <URL:http/ www.dh.gov.uk/SelfCare>.

DESLANDES, S.; ASSIS, S. *Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Rede de referência hospitalar de medicina física e de reabilitação*. Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento, 2003, pp. 68. ISBN 972-675-093-8.

DONABEDIAN, Avedis. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press, 2003.

DUQUE, Hernâni. *O doente dependente no Autocuidado - Estudo sobre a avaliação e a acção profissional dos enfermeiros*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009. Dissertação de Mestrado.

FABIÃO, A. et. al. *Formação: contributo para a qualidade*. *Servir*, 2005, vol. 53, nº 5, pp.235-247.

FRADIQUE, M.; MENDES, L. *Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem*. *Revista de Enfermagem Referência*, 2013, série III, nº 10.

FRAGATA, J. et al. *Segurança dos doentes - uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel, 2011.

FONSECA, M. J. *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. 1ª ed. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica, 2006.

FORTIN, Marie-Fabienne. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

GARRIDO, A. *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de mestrado.

GARRIDO, A.; SIMÕES, J.; PIRES, R. *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

HESBEEN, W. *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001.

HICKS, C. *Research Methods for Clinical Therapists*. Loures: Lusociência, 2006.

HULLEY, S. et al. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

YRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; HAATJA, R. *Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care*. *Journal of Advanced Nursing*, 2006, vol. 55, nº4, pp. 521-35.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. *Classificação internacional para a prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho=cuidados de qualidade - instrumentos de informação e acção*. Genebra: ICN, 2007.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. *Classificação internacional para a prática de Enfermagem: versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

JAARSMA, et al. *Self-care Behaviour of Patients with Heart Failure*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2000, vol. 14, nº 2, pp. 112-119.

KITCHEN, S. *An appraisal of models of reflection and clinical supervision*. *Journal of Nursing*, 1999, vol. 7, nº 9, pp. 313-317.

- OLIVEIRA-FORMOSINHO, J. *A supervisão na formação de professores I - Da sala à Escola*. Porto: Porto editora, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Ordens promovem debate sobre Segurança dos cuidados de saúde versus Sustentabilidade do sistema de saúde*. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 2010, nº 36, pp.46-51.
- OREM, Dorothea. *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Piramide, 1983.
- OREM, Dorothea. *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson, 1991.
- OREM, Dorothea. *Nursing: concepts of practice*. St. Louis: Mosby, 2001.
- MACEDO, Ana. *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações e Conferência*, Porto, 2014. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. pp. 7-15.
- MARQUES, A. et al. *Promoção do Autocuidado da Pessoa Dependente de Cuidados de Enfermagem*. *Revista de enfermagem UFPE*, 2012, vol. 6, nº1, pp. 165-171.
- MELEIS, A. *Theoretical Nursing: development and progress*. 3ª ed. Philadelphia, 2005.
- MILNE, Derek. *An empirical definition of clinical supervision*. *British Journal of Clinical Psychology*, 2007, nº 46, pp. 437-447.
- NADIRSHAW, Z.; TORRY, B. *Transcultural health care practice: Transcultural clinical supervision in health care practice*. London: Royal College of Nursing, 2004.
- PETRONILHO, Fernando. *Autocuidado: conceito central da enfermagem - da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 2012.
- PINA, Sílvia Mabel. et al. *Quedas em meio hospitalar*. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 2010, nº 36, pp. 27-29.
- POLIT, D.; HUNGLER, R. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Alegre: Artes Médicas, Porto, 1995.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. *Alto comissariado para a saúde - PNS 2011-2016: Estratégias para a Saúde - Cadernos do PNS: Indicadores e metas em saúde (Versão Discussão)*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011.
- PORTUGAL. Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Grupo Técnico para a Reforma da Organização interna dos Hospitais. *A Organização Interna e Governação dos Hospitais*. [em linha]. 2010 [consultado 20 Dezembro 2014]. Disponível na World Wide Web: <URL:http/ www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaPloFinal2.pdf>.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998.
- RAFII, F.; SHAHPOORIAN, F.; AZARBAAD, M. *The Reality of Learning Self-Care Needs during Hospitalization. Patients' and Nurses' Perceptions*. *Self-care, Dependent-Care & Nursing*, 2008, vol. 16, nº 2, pp. 34-39.
- RIBEIRO, José Luís Pais. *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª ed. Legis Editora: Porto, 2010.

RIBEIRO, O. et al. *Qualidade dos cuidados de saúde* [Em linha]. Millenium - Revista do ISPV, nº 35, 2008. [Consultado 10 Dezembro 2014]. Disponível na World Wide Web: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>>.

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

RICHARDS, S. *Self care in practice*. [Em linha]. *Practice nurse*, 2009, vol. 37, nº 11. [Consultado 11 Dezembro 2014]. Disponível na World Wide Web: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=10&hid=103&sid=9cc3f5fe-2931-4bae-859e-29a96e20328a%40sessionmgr112>>.

ROCHA, Ana. *Supervisão Clínica em Enfermagem para a Segurança e Qualidade dos Cuidados: Perspetiva dos Supervisionados*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. Dissertação de Mestrado.

RODRIGUES, Cristina. *A pessoa com AVC: actividades de vida diárias alteradas - cuidados de enfermagem de reabilitação*. *Nursing*, 2008, nº 239, pp.14-19.

SEQUEIRA, E. *Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Dissertação de Mestrado.

SIDANI, S. *Self-Care*. In DORAN, D. R. - *Nursin - Sensitive Outcomes: State of Science*. Canada: Jones and Bartlett Publishers, Inc, 2003, pp.65-112.

SILVA, R; PIRES, R.; VILELA, C. *Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico - Revisão sistemática da literatura*. *Revista de Enfermagem Referência*, 2011, Série III, vol. 3, pp. 113-122.

SILVA-SMITH, A. e KOVACH, C. *Positive Gain: Rethinking the Outcomes of Dependency*. *Journal of Gerontological Nursing*, 2006, vol.32, nº5, pp.36-41.

SÖDERHAMN, O. *Self-care activity as a structure: a phenomenological approach*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2000, vol.7, nº4, pp.183-189.

SÖDERHAMN, O. *Health and the Internal Structure of the Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE)*. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2001, vol.8, nº2, pp.67-71.

TEIXEIRA, Sílvia. *Autocuidado - Contributo para um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado.

THEUERKAUF, Anaise. *Autocuidado e actividades da vida diária* In Hoeman, Shirley, P. - *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000.

VILELAS, J. *Investigação - O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Sílabo, 2009.

WALSH, K. et al. *Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team*. *International Journal of Nursing Practice*, 2003, vol. 9, nº 1, pp.33-39.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Standards for Health Promotion in Hospitals: development of indicators for a self-assessment tool*. Copenhaga: WHO, 2004.

ZELEZNIK, Danica. *Self-care of the Home Dwelling Elderly People Living in Slovenia*, 2007.

ZELEZNIK, Danica, et al. *The impact of various factors on self-care of elderly*. *HealthMED*, 2010, vol. 4, nº 1, pp.29-37.

ANEXOS

ANEXO I - Questionário de Avaliação do Autocuidado

Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica

Autocuidado e Supervisão Clínica

Instrumento de avaliação do autocuidado

O instrumento que se segue está inserido no trabalho de Mestrado de Ana Mafalda Pinto Ferreira, estudante do Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, integrado no Projeto *C-S2AFECARE-Q - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados*, em desenvolvimento no Centro Hospitalar do Médio Ave em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tendo por base a temática Autocuidado - área sensível aos cuidados de enfermagem pretende-se identificar se após a implementação de um modelo de Supervisão Clínica ocorreu uma melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e, consequentes ganhos em saúde para o utente.

A sua participação é voluntária, sendo assegurado o anonimato e confidencialidade das suas respostas bem como dos dados dos utentes envolvidos nesta avaliação. Os dados recolhidos através deste instrumento não têm como objetivo identificá-lo e/ou classificá-lo, têm apenas utilidade estatística.

O instrumento encontra-se estruturado em três partes:

1. Caracterização do utente;
2. Avaliação do Grau de Dependência no Autocuidado;
3. Intervenções de Enfermagem a implementar de acordo com o grau de dependência identificado em 2;

Para a utilização deste questionário procedeu-se à correspondência entre os graus indicados no instrumento e a linguagem classificada para a prática em enfermagem (CIPE) e que se apresenta no quadro que se segue:

Correspondência dos graus de dependência	
Instrumento	Consenso
Todos os itens "Dependente, não participa"	Dependente em Grau Elevado
Todos os itens "Necessita de ajuda de pessoa"	Dependente em Grau Moderado
Todos os itens "Necessita de ajuda de equipamento"	Dependente em Grau Moderado
Itens "Dependente, não participa" + "Necessita de ajuda de pessoa" e/ou "Necessita de equipamento" e/ou "Completamente Independente"	Dependente em Grau Moderado
Itens "Dependente, não participa" + "Necessita de ajuda de pessoa" e/ou "Necessita de equipamento"	Dependente em Grau Moderado
Itens "Dependente, não participa" + "Necessita de ajuda de pessoa"	Dependente em Grau Moderado
Itens "Necessita de ajuda de pessoa" + "Necessita de equipamento" e/ou "Completamente Independente"	Dependente em Grau Moderado
Itens "Necessita de equipamento" + "Completamente Independente"	Dependente em Grau Reduzido
Todos os itens "Completamente independente"	Sem dependência no Autocuidado

Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				
Barbeia-se				
Aplica maquiagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Grau final				
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				
Aplica desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				
Grau final				
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo				
Grau final				
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				
Tira as roupas				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
Grau final				
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Grau final				
Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro				
Grau final				
Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas				
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida				
Grau final				

Parte III – Intervenções

De acordo com o preenchimento feito na Parte II, para os graus finais de dependência no Autocuidado identificados, indique as intervenções pertinentes a serem implementadas com um “x”. Nos casos N/A da parte II deixar em branco.

Tomar banho	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: tomar banho
	<input type="checkbox"/> Dar banho
	<input type="checkbox"/> Assistir no tomar banho
	<input type="checkbox"/> Supervisionar o banho
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a tomar banho
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho (escova de cabo longo...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para tomar banho

Vestir-se ou despir-se	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: vestir-se ou despir-se
	<input type="checkbox"/> Vestir/despir a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no vestir/despir
	<input type="checkbox"/> Supervisionar o vestir/despir
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se (calçador de meias...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se
Alimentar-se	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Alimentar a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar pessoa a alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar pessoa a alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se (fita para segurar talher...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para alimentar-se
Arranjar-se	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Arranjar a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Organizar os materiais para o arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se (escova de cabo longo...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para arranjar-se
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para arranjar-se	
Cuidar da higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Assistir no cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal

Auto-elevar	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: auto-elevar
	<input type="checkbox"/> Elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Assistir no auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para auto-elevar parte do corpo
	Usar o sanitário
<input type="checkbox"/> Colocar fralda	
<input type="checkbox"/> Providenciar/colocar aparadeira/urinol	
<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa no uso do sanitário	
<input type="checkbox"/> Assistir no usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para usar o sanitário	
Transferir-se	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: transferir-se
	<input type="checkbox"/> Transferir a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no transferir-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a transferir-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a transferir-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para transferir-se
	Virar-se
<input type="checkbox"/> Virar a pessoa	
<input type="checkbox"/> Assistir no virar-se	
<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a virar-se	
<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a virar-se	
<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para virar-se	
<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para virar-se	
<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se	
<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se	
<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para virar-se	
<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para virar-se	
<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para virar-se	
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para virar-se	
Usar a cadeira de rodas	
	<input type="checkbox"/> Mobilizar a pessoa em cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Providenciar cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Assistir no usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso da cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso da cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso da cadeira de rodas

ANEXO II - Instrumento de Avaliação do Autocuidado Direcionado aos Registos de Enfermagem

Instrumento de avaliação do autocuidado

Data: ___/___/___

Cama: ___

Parte I – Caracterização do cliente

1 – Data de admissão: ___/___/___ 2 – Género: Masculino ___ Feminino ___ 3 – Idade: ___

Parte II – Autocuidado

4- O autocuidado é referido na A.I? Sim ___ Não ___ 5- Qual? _____ 6- Que grau? _____ Em que item? _____

	Sem dependência	Dependente em grau reduzido	Dependente em grau moderado	Dependente em grau elevado
Autocuidado: Higiene				
Vestir-se/ Despir-se				
Alimentar-se				
Autocuidado: arranjo pessoal				
Erguer-se				
Autocuidado: uso do sanitário				
Transferir-se				
Posicionar-se				
Mover-se em cadeira de rodas				

Parte III – Intervenções

Tomar banho (Autocuidado: Higiene)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: tomar banho
	<input type="checkbox"/> Dar banho
	<input type="checkbox"/> Assistir no tomar banho
	<input type="checkbox"/> Supervisionar o banho
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a tomar banho
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho (escova de cabo longo...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para tomar banho
Vestir-se ou despir-se (Vestir-se/despir-se) (Autocuidado: vestuário)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: vestir-se ou despir-se
	<input type="checkbox"/> Vestir/despir a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no vestir/despir
	<input type="checkbox"/> Supervisionar o vestir/despir
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se (calçador de meias...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se

Alimentar-se (Alimentar-se)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: alimentar
	<input type="checkbox"/> Alimentar a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar pessoa a alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar pessoa a alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se (fita para segurar talher...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para alimentar-se
Arranjar-se (Autocuidado: arranjo pessoal)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Arranjar a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Organizar os materiais para o arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se (escova de cabo longo...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para arranjar-se
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para arranjar-se	
Cuidar da higiene pessoal (Autocuidado: Higiene)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Assistir no cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal
Auto-elevar (Erguer-se)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: auto-elevar
	<input type="checkbox"/> Elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Assistir no auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Incentivar a auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para auto-elevar
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para auto-elevar parte do corpo

Usar o sanitário (Autocuidado: Uso do sanitário)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Colocar fralda
	<input type="checkbox"/> Providenciar/colocar aparadeira/urinol
	<input type="checkbox"/> Incentivar para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa no uso do sanitário
	<input type="checkbox"/> Assistir no usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para usar o sanitário (base elevatório, sanita elevada...)
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para usar o sanitário
Transferir-se (Transferir-se)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: transferir-se
	<input type="checkbox"/> Transferir a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no transferir-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar o transferir-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a transferir-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para transferir-se
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para transferir-se	
Virar-se (Posicionar-se)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: virar-se
	<input type="checkbox"/> Virar a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no virar-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a virar-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a virar-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para virar-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para virar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se (grades da cama...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para virar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para virar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para virar-se
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para virar-se	
Usar a cadeira de rodas (Mover-se em cadeira rodas)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Mobilizar a pessoa em cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Providenciar cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Assistir no usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Incentivar a usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o usar a cadeira de rodas
<input type="checkbox"/> Treinar o usar a cadeira de rodas	

ANEXO III - Instrumento de Avaliação sobre o Autocuidado no Momento da Alta

S: ____

Instrumento de avaliação sobre o autocuidado no momento da alta

Parte I – Caracterização do cliente

1 – Sexo: Masculino ____ Feminino ____

2 – Idade: <= 20 anos ___, > 20 <= 30 anos ___, > 30 <= 40 anos ___, > 40 <= 50 anos ___, > 50 <= 60 anos ___, > 60 <= 70 anos ___, > 70 <= 80 anos ___, > 80 anos ____

3 - Estado Civil: Solteiro ___, Casado ___, Viúvo ___, Outro ____

4 – Profissão: _____

5 – Com quem vive: Sozinho ___, Convivente / Parentesco _____

6– Diagnóstico médico: _____

Parte II - Autocuidado

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro				
Obtém objectos para o banho				
Consegue água				
Abre a torneira				
Regula a temperatura da água				
Regula o fluxo da água				
Lava-se no chuveiro				
Lava o corpo				
Seca o corpo				
Outro				
Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas				
Retira as roupas da gaveta e do armário				
Segura as roupas				
Veste as roupas na parte superior do corpo				
Veste as roupas na parte inferior do corpo				
Despe as roupas na parte superior do corpo				
Despe as roupas na parte inferior do corpo				
Abotoa as roupas				
Desabotoa as roupas				
Usa cordões para amarrar				
Usa fechos				
Calça as meias				
Descalça as meias				
Calça os sapatos				
Descalça os sapatos				
Outro				
Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão				

Abre recipientes				
Utiliza utensílios				
Coloca o alimento nos utensílios				
Pega no copo ou chávena				
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão				
Leva os alimentos à boca com recipiente				
Leva os alimentos à boca com os utensílios				
Bebe por copo ou chávena				
Coloca os alimentos na boca				
Conclui uma refeição				
Outro				
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				
Barbeia-se				
Aplica maquilhagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Outro				
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				
Aplica desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				
Outro				
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo				
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				
Tira as roupas				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
Outro				
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Outro				
Virar-se				
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro				
Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas				
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida				
Outro				

Obrigado

ANEXO IV - Autorização da Comissão de Ética do CHMA



Exmo. Sr. Presidente
Conselho de Administração
Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.
Largo Domingos Moreira
4780 - 371 Santo Tirso

Data: 20/01/2014

Assunto: Continuidade do Trabalho de Investigação: A Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados

O projecto de investigação **Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados** está a ser realizado de acordo com o previsto e estipulado na carta de parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e o Centro Hospitalar do Médio Ave - EPE, passando agora à terceira fase de colheita de dados. Esta etapa consistirá num estudo comparativo com a primeira fase do estudo.

De acordo com o previamente estabelecido, é propósito da equipa de investigação realizar a colheita de dados no Serviço de Medicina da Unidade de Santo Tirso.

A colheita de dados que agora se vai iniciar está integrada em duas dissertações de mestrado:

- Avaliação do risco de queda como indicador de qualidade para a supervisão clínica:
 - Mestranda: Elsa Maria Ribeiro Lopes (Enfermeira do CHMA - EPE);
- Autocuidado como indicador de qualidade para a supervisão clínica:
 - Mestranda: Ana Mafalda Pinto Ferreira (Enfermeira do CHMA - EPE).

Os instrumentos de colheita de dados serão os mesmos que foram utilizados na primeira fase do estudo.

Serão salvaguardados todos os princípios éticos associados a este tipo de estudos.

Neste sentido, vimos junto de V. Exa se digne autorizar a colheita de dados referida.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

(António Luís Carvalho)

ANEXO V - Manual sobre o Autocuidado



Autocuidado

Serviço de Medicina
CHMA - Santo Tirso

Ana Mafalda Pinto Ferreira

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
AUTOUIDADO	3
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	3
NO SERVIÇO DE MEDICINA	4
QUADROS DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOUIDADO	
E AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	5
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

INTRODUÇÃO

As alterações demográficas verificadas no decorrer do último século tiveram expressão significativa na estrutura das pirâmides etárias, incrementando o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas incapacitantes, o que desencadeia quadros de dependência no autocuidado e conseqüente perda da autonomia. Desde há várias décadas que o autocuidado é um conceito central para a profissão e disciplina de enfermagem.

Este trabalho faz parte da minha dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica e está inserido no projecto C-S2AFECARE-Q - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados que decorre no âmbito da parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e o Centro Hospitalar do Médio Ave - EPE (CHMA).

Com este trabalho pretende-se que os enfermeiros do serviço de Medicina sejam capazes de reconhecer o autocuidado como um indicador de qualidade de cuidados, desenvolvendo competências para a elaboração do processo de enfermagem e para a melhoria sistemática da qualidade da informação registada ao nível da avaliação inicial.

O manual que agora se apresenta pretende fazer uma síntese dos principais referenciais teóricos e procedimentais adequados ao serviço de Medicina.

AUTOUIDADO

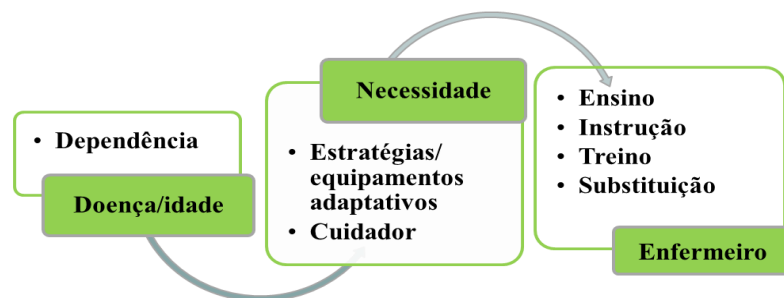
Autocuidado, já em 1983, foi definido por Orem como uma atividade auto-iniciada que visa a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 1991).

Atualmente, autocuidado, de acordo com ICN (2011), é definido como uma “*Actividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de*

vida diária” (p. 41). Compreende ações como tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto elevar-se, usar o sanitário, transferir-se, virar-se e usar a cadeira de rodas (ICN, 2005).

O autocuidado, área sensível à intervenção de enfermagem, é reconhecido como um indicador de qualidade dos cuidados enquanto parte fundamental de um moderno sistema de cuidados de saúde que visa a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM



(Teixeira, 2012)

NO SERVIÇO DE MEDICINA

Na **avaliação inicial** fazer referência, sempre, ao **autocuidado** e ao correspondente **grau de dependência**.

Relativamente ao **processo de enfermagem**:

- É fundamental que ocorra, diariamente, uma **reavaliação do grau de dependência** dos clientes no **foco autocuidado**, por parte do enfermeiro responsável.
- A elaboração de um **diagnóstico de enfermagem** deve partir, sempre, da utilização do foco que descreve a situação de uma forma mais específica (exemplo: no foco “deambular” existe um foco específico para o uso de cadeira de rodas “Mover-se em cadeira de rodas”).
- É essencial que exista uma **correta correspondência** entre os **diagnósticos de enfermagem** identificados e consequentes **intervenções**.
- É imperativo que não sejam apenas mencionadas intervenções de substituição mas, também, intervenções relacionadas com o ensinar, instruir e treinar.

1. QUADROS DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO E AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Autocuidado	Grau de dependência	Intervenções (Versão 2.0)		Intervenções (Versão Beta 2)	
Tomar banho (Versão 2.0)	Sem dependência		Avaliar o autocuidado: tomar banho Incentivar a pessoa a tomar banho		Avaliar o autocuidado: Higiene <u>Incentivar o autocuidado: higiene</u>
	Grau Reduzido	Supervisionar o banho	Avaliar o autocuidado: tomar banho Incentivar a pessoa a tomar banho Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para tomar banho Providenciar equipamento adaptativo para tomar banho	<u>Observar o autocuidado: higiene</u>	<u>Avaliar o autocuidado: Higiene</u> <u>Incentivar o autocuidado: higiene</u> <u>Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</u> <u>Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</u>
	Grau Moderado	Assistir no tomar banho	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho Treinar o uso de equipamento adaptativo para tomar banho	<u>Assistir no autocuidado: higiene</u>	<u>Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</u> <u>Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</u> <u>Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene</u>
Higiene/Banho/ Lavar-se (Versão Beta 2)	Grau Elevado	Dar banho	Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para tomar banho Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para tomar banho Treinar técnica/estratégia adaptativa para tomar banho	<u>Dar banho (chuveiro/cama)</u>	<u>Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene</u> <u>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene</u>

Nota: Nas intervenções (Versão Beta 2) apenas existem no aplicativo SClínico® aquelas que se encontram sublinhadas.

Vestir-se/ Despir-se (Versão 2.0)	Sem dependência		Avaliar o autocuidado: vestir/despir-se Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se		Avaliar o autocuidado: vestuário Incentivar o autocuidado: vestuário
	Grau Reduzido	Supervisionar o vestir/despir	Avaliar o autocuidado: vestir-se/despir-se Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para vestir-se/despir-se Providenciar equipamento adaptativo para vestir-se/despir	<u>Observar o autocuidado: vestuário</u>	Avaliar o autocuidado: vestuário Incentivar o autocuidado: vestuário Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário Ensinar/informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário
	Grau Moderado	Assistir no vestir/despir	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se Treinar o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se Treinar estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se	<u>Assistir no autocuidado: vestuário</u>	Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: vestuário Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário Instruir sobre a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: vestuário
	Grau Elevado	Vestir/despir a pessoa		<u>Vestir/despir a pessoa</u>	

Nota: Nas intervenções (Versão Beta 2) apenas existem no aplicativo SClínico® aquelas que se encontram sublinhadas.

	Sem dependência		Avaliar o autocuidado: alimentar-se Incentivar a pessoa a alimentar-se		Avaliar o autocuidado: alimentar-se <u>Incentivar a pessoa a alimentar-se</u>
Alimentar-se (versão 2.0)	Grau Reduzido	Supervisionar pessoa a alimentar-se	Avaliar o autocuidado: alimentar-se Incentivar a pessoa a alimentar-se Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para alimentar-se Providenciar equipamento adaptativo para alimentar-se	<u>Observar a dieta</u>	<u>Avaliar o autocuidado: alimentar-se</u> <u>Incentivar a pessoa a alimentar-se</u> <u>Providenciar equipamento adaptativo para o</u> <u>alimentar-se</u> <u>Informar sobre o uso de equipamento adaptativo</u> <u>para o alimentar-se</u>
	Grau Moderado	Assistir no alimentar-se	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se	<u>Assistir a pessoa a alimentar-se/ a ingerir líquidos</u>	<u>Instruir sobre a utilização de equipamento</u> <u>adaptativo para se alimentar</u> Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo para o alimentar-se <u>Ensinar sobre estratégias adaptativas para o</u> <u>alimentar-se</u>
Comer/Beber/ Alimentar-se (versão Beta 2)	Grau Elevado	Alimentar a pessoa	Treinar o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para alimentar-se Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para alimentar-se Treinar estratégia adaptativa para alimentar-se	<u>Alimentar a pessoa/dar água</u>	<u>Instruir sobre a utilização de estratégias</u> <u>adaptativas para se alimentar</u> <u>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o</u> <u>alimentar-se</u>

Nota: Nas intervenções (Versão Beta 2) apenas existem no aplicativo SClínico® aquelas que se encontram sublinhadas.

Arranjar-se (versão 2.0) Arranjo Pessoal (versão Beta 2)	Sem dependência		Avaliar o autocuidado: arranjar-se Incentivar a pessoa a arranjar-se		Avaliar o autocuidado: arranjo pessoal Incentivar o autocuidado: arranjo pessoal
	Grau Reduzido	Supervisionar a pessoa a arranjar-se	Avaliar o autocuidado: arranjar-se Incentivar a pessoa a arranjar-se Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para arranjar-se Providenciar equipamento adaptativo para arranjar-se	Observar o autocuidado: arranjo pessoal	Avaliar o autocuidado: arranjo pessoal Incentivar o autocuidado: arranjo pessoal Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: arranjo pessoal Ensinar/informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: arranjo pessoal
	Grau Moderado	Assistir a pessoa a arranjar-se	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se Treinar o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se	Assistir o autocuidado: arranjo pessoal	Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: arranjo pessoal Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: arranjo pessoal Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: arranjo pessoal
	Grau Elevado	Arranjar a pessoa	Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para arranjar-se Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para arranjar-se Treinar técnica/estratégia adaptativa para arranjar-se	Executar o autocuidado: arranjo pessoal	Instruir sobre a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: arranjo pessoal Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: arranjo pessoal

Nota: Nas intervenções (Versão Beta 2) apenas existem no aplicativo SClínico® aquelas que se encontram sublinhadas.

Cuidar da higiene pessoal (Versão 2.0) Higiene (Versão Beta 2)	Sem dependência		Avaliar o autocuidado: cuidar da higiene pessoal Incentivar a pessoa a cuidar da higiene pessoal		Avaliar o autocuidado: Higiene <u>Incentivar o autocuidado: higiene</u>
	Grau Reduzido	Supervisionar a pessoa a cuidar da higiene pessoal	Avaliar o autocuidado: cuidar da higiene pessoal Incentivar a pessoa a cuidar da higiene pessoal Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para cuidar da higiene pessoal Providenciar equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	<u>Observar o autocuidado: higiene</u>	Avaliar o autocuidado: Higiene <u>Incentivar o autocuidado: higiene</u> <u>Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</u> <u>Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</u>
	Grau Moderado	Assistir no cuidar da higiene pessoal	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal Treinar o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	<u>Assistir no autocuidado: higiene</u>	<u>Instruir a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene</u> Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene <u>Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene</u>
Grau Elevado	Cuidar da higiene pessoal	Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal Treinar técnica/estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal	<u>Dar banho (chuveiro/cama)</u>	<u>Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene</u> <u>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene</u>	

Nota: Nas intervenções (Versão Beta 2) apenas existem no aplicativo SClínico® aquelas que se encontram sublinhadas.

Auto - elevar-se (versão 2.0)	Sem dependência		Avaliar o autocuidado: auto - elevar Incentivar a auto - elevar parte do corpo		Avaliar o autocuidado: erguer-se Incentivar pessoa a erguer-se
	Grau Reduzido	Supervisionar a pessoa a auto - elevar parte do corpo	Avaliar o autocuidado: auto - elevar Incentivar a auto - elevar parte do corpo Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para auto - elevar Providenciar equipamento adaptativo para auto - elevar parte do corpo	Observar pessoa a erguer-se	Avaliar o autocuidado: erguer-se Incentivar pessoa a erguer-se Providenciar equipamento adaptativo para erguer-se Ensinar/informar sobre o uso de equipamento adaptativo para erguer-se
	Grau Moderado	Assistir no auto - elevar parte do corpo	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para auto - elevar parte do corpo Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para auto - elevar parte do corpo Treinar o uso de equipamento adaptativo para auto - elevar parte do corpo Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para auto - elevar parte do corpo	Assistir a pessoa a erguer-se	Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para erguer-se Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo para erguer-se Ensinar sobre estratégias adaptativas para erguer-se
Erguer-se (versão Beta 2)	Grau Elevado	Elevar parte do corpo	Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para auto - elevar parte do corpo Treinar técnica/estratégia adaptativa para auto - elevar parte do corpo	Erguer a pessoa	Instruir sobre a utilização de estratégias adaptativas para erguer-se Treinar o uso de estratégias adaptativas para erguer-se

Nota: Nas intervenções (Versão Beta 2) apenas existem no aplicativo SClínico® aquelas que se encontram sublinhadas.

	Sem dependência		Avaliar o autocuidado: usar o sanitário Incentivar para usar o sanitário		Avaliar o autocuidado: uso do sanitário <u>Incentivar o autocuidado: uso do sanitário</u>
Usar o Sanitário (versão 2.0)	Grau Reduzido	Supervisionar a pessoa no uso do sanitário	Avaliar o autocuidado: usar o sanitário Incentivar para usar o sanitário Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para usar o sanitário	<u>Observar o autocuidado: uso do sanitário</u>	Avaliar o autocuidado: uso do sanitário <u>Incentivar o autocuidado: uso do sanitário</u> <u>Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: uso do sanitário</u>
	Grau Moderado	Assistir no usar o sanitário	Providenciar equipamento adaptativo para usar o sanitário Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	<u>Assistir no autocuidado: uso do sanitário</u>	<u>Informar sobre o uso equipamento adaptativo para o autocuidado: uso do sanitário</u> <u>Instruir a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: uso do sanitário</u>
Uso do Sanitário (versão Beta 2)	Grau Elevado	Colocar fralda Providenciar/ Colocar aparadeira/ urinol	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário Treinar o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para usar o sanitário Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para usar o sanitário Treinar técnica/estratégia adaptativa para usar o sanitário	<u>Assistir no autocuidado: uso de sanitário de forma contínua / Otimizar fralda/ otimizar dispositivos de ostomia de eliminação</u>	<u>Treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: uso de sanitário</u> <u>Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário</u> <u>Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário</u> <u>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário</u>

Nota: Nas intervenções (Versão Beta 2) apenas existem no aplicativo SClínico® aquelas que se encontram sublinhadas.

	Sem dependência		Avaliar o autocuidado: transferir-se Incentivar a pessoa a transferir-se		Avaliar o autocuidado: transferir-se <u>Incentivar a pessoa a transferir-se</u>
Transferir-se (versão 2.0)	Grau Reduzido	Supervisionar a pessoa a transferir-se	Avaliar o autocuidado: transferir-se Incentivar a pessoa a transferir-se Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para transferir-se	<u>Observar a pessoa a transferir-se</u>	Avaliar o autocuidado: transferir-se <u>Incentivar a pessoa a transferir-se</u> <u>Instruir a pessoa a transferir-se</u>
	Grau Moderado	Assistir no transferir-se	Providenciar equipamento adaptativo para transferir-se Ensinar sobre uso de equipamento adaptativo para transferir-se	<u>Assistir a pessoa na transferência</u>	<u>Providenciar equipamento adaptativo para o transferir-se</u> <u>Informar sobre o uso equipamento adaptativo para o transferir-se</u> <u>Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para se transferir</u>
Transferir-se (versão Beta 2)	Grau Elevado	Transferir a pessoa	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para transferir-se Treinar o uso de equipamento adaptativo para transferir-se Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para transferir-se Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para transferir-se Treinar técnica/estratégia adaptativa para transferir-se	<u>Transferir a pessoa</u>	<u>Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo</u> <u>Ensinar estratégias adaptativas para o transferir-se</u> <u>Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se</u> <u>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se</u>

Nota: Nas intervenções (Versão Beta 2) apenas existem no aplicativo SClínico® aquelas que se encontram sublinhadas.

Virar-se (versão 2.0) Rodar-se/Posicionar-se (versão Beta 2)	Sem dependência		Avaliar o autocuidado: virar-se Incentivar a pessoa a virar-se		Avaliar o autocuidado: posicionar-se <u>Incentivar a pessoa a posicionar-se</u>
	Grau Reduzido	Supervisionar a pessoa a virar-se	Avaliar o autocuidado: virar-se Incentivar a pessoa a virar-se	<u>Observar a pessoa a posicionar-se</u>	Avaliar o autocuidado: posicionar-se <u>Incentivar a pessoa a posicionar-se</u> <u>Instruir técnica de posicionamento</u> <u>Providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se</u> <u>Informar sobre equipamento adaptativo para o posicionar-se</u> <u>Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar</u>
	Grau Moderado	Assistir no virar-se	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para virar-se Providenciar equipamento adaptativo para virar-se Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se Treinar o uso de equipamento adaptativo para virar-se Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para virar-se Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para virar-se Treinar técnica/estratégia adaptativa para virar-se	<u>Assistir a pessoa no posicionamento</u>	Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo para posicionar-se <u>Ensinar sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se</u> <u>Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se</u> <u>Treinar o uso de estratégias adaptativas para o posicionar-se</u>
	Grau Elevado	Virar a pessoa		<u>Posicionar a pessoa</u>	

Nota: Nas intervenções (Versão Beta 2) apenas existem no aplicativo SClínico® aquelas que se encontram sublinhadas.

Usar a cadeira de rodas (versão 2.0) Andar com auxiliar de marcha/ Mover-se em cadeira de rodas (versão Beta 2)	Sem dependência		Avaliar o autocuidado: usar a cadeira de rodas Incentivar a usar a cadeira de rodas		Avaliar o autocuidado: andar com auxiliar de marcha/mover-se em cadeira de rodas Incentivar o autocuidado: andar com auxiliar de marcha/mover-se em cadeira de rodas
	Grau Reduzido	Supervisionar a usar a cadeira de rodas	Avaliar o autocuidado: usar a cadeira de rodas Incentivar a usar a cadeira de rodas Providenciar cadeira de rodas Ensinar sobre o usar a cadeira de rodas Instruir sobre o usar a cadeira de rodas Treinar o usar a cadeira de rodas	Observar a pessoa a andar com auxiliar de marcha/mover-se em cadeira de rodas	Avaliar o autocuidado: andar com auxiliar de marcha/mover-se em cadeira de rodas Incentivar o autocuidado: andar com auxiliar de marcha/mover-se em cadeira de rodas Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: andar com auxiliar de marcha/mover-se em cadeira de rodas Informar sobre equipamento adaptativo para o autocuidado: andar com auxiliar de marcha/mover-se em cadeira de rodas Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: andar com auxiliar de marcha/mover-se em cadeira de rodas
	Grau Moderado	Assistir no usar a cadeira de rodas		<u>Assistir a pessoa a andar com auxiliar de marcha/ mover-se em cadeira de rodas</u>	Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: andar com auxiliar de marcha/mover-se em cadeira de rodas Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo no autocuidado: andar com auxiliar de marcha/mover-se em cadeira de rodas
	Grau Elevado	Mobilizar a pessoa em cadeira de rodas		Mobilizar a pessoa em cadeira de rodas	

Nota: Nas intervenções (Versão Beta 2) apenas existem no aplicativo SClínico® aquelas que se encontram sublinhadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ICN - *Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*: versão Beta 2. 2ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003.

ICN - *Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*: versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

ICN - *Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE)*: versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

OREM, D.; - *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson, 1991, p.131 - 161.

TEIXEIRA, SÍLVIA M. M. - *Autocuidado - Contributos para um modelo de supervisão clínica em enfermagem*. (Tese de Mestrado). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012.