

Autonomia/Independência no Autocuidado
Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de
Reabilitação

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

GLÓRIA MARIA ANDRADE DO COUTO

PORTO | 2012

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Autonomia/Independência no Autocuidado
Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de
Reabilitação

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:
Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins
Co-orientação
Professora Maria Narcisa da Costa Gonçalves

GLÓRIA MARIA ANDRADE DO COUTO

PORTO|2012

Ao Miguel pelo apoio incondicional

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Maria Manuela Martins, pelo processo formativo que me proporcionou, pela sua disponibilidade, incentivo, interesse e amizade, ao longo de todo o percurso.

À Professora Maria Narcisa Gonçalves pela sua prontidão em assumir a coorientação deste estudo e cujos esclarecimentos e observações constituíram um precioso contributo.

A todos os colegas e amigos que colaboraram neste trabalho e se tornaram parceiros desta investigação.

Siglas e abreviaturas

AAVD's - Actividades Avançadas de Vida Diárias
ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
ADI - Apoio Domiciliário Integrado
AIVD's - Actividades Instrumentais de Vida Diárias
ARS Norte - Administração Regional de Saúde do Norte
AVC- Acidente Vascular Cerebral
AVD's - Actividades de Vida Diárias
CID - Classificação Internacional de Doenças
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS - Direcção Geral da Saúde
ECCI - Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL - Equipa Coordenação Local
ECR - Equipa Coordenação Regional
GAIA - Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado
IASFI - Instrumento de Avaliação Sócio Funcional em Idosos
IER - Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
INE - Instituto Nacional de Estatística
MAS - Motor Assessment Scale
MIF - Medida de Independência Funcional
MS - Ministério da Saúde
OASIS - Outcome and Assessment Instrument Set
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial da Saúde
PC - Prestador de Cuidados
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SCIM III -Spinal Cord Independence Measure
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UMCSP - Unidade Missão para os Cuidados de Saúde Primários
WHO - World Health Organization

RESUMO

Na história da evolução da enfermagem de reabilitação, o foco de atenção passou dos mutilados de guerra, para as situações de doença crónica no contexto hospitalar e domiciliário. As situações de dependência para o autocuidado frequentemente associadas a patologias crónicas e à idade avançada, são reconhecidas causas de dificuldades para clientes e família, particularmente no domicílio. Optimizar o desempenho do cliente para o autocuidado, é determinante para o seu estado de saúde. Os cuidados continuados no domicílio constituem uma resposta organizada no sentido de cuidar e reabilitar os clientes em situação de dependência, inseridos no seu meio, procurando promover a melhor qualidade de vida possível. No seio da equipa interdisciplinar, o enfermeiro de reabilitação, pelas suas competências específicas, assume um papel preponderante na promoção da autonomia/independência para o autocuidado.

Centrado no paradigma quantitativo, efectuou-se o presente estudo de natureza metodológico, tendo sido construído e validado um instrumento de avaliação da autonomia/independência no autocuidado. É também considerado um estudo descritivo, dado que, procura conhecer e descrever o grau de autonomia/independência no autocuidado, em dois momentos de avaliação diferentes com duas semanas de intervalo, durante o programa de intervenção de enfermagem de reabilitação. Descreve também as intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas durante o programa.

A amostra é constituída por clientes em programa de reabilitação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), os dados foram colhidos através da aplicação de um questionário, que integra uma escala de avaliação do grau de autonomia/independência no autocuidado (GAIA), construída e validada para o efeito, obtendo-se um coeficiente de *alpha de cronbach*, no total da escala, de 0,990.

Os resultados obtidos, mostram que os clientes são essencialmente idosos, do género feminino, com patologia cerebrovascular. No domínio da actividade física, verificam-se os menores níveis de autonomia/independência e no domínio da alimentação os maiores níveis de autonomia/independência. Quando comparado o grau de autonomia/independência nos dois momentos de avaliação, observam-se diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios, mostrando uma evolução favorável no sentido da autonomia/independência do autocuidado, concomitante com a intervenção de enfermagem de reabilitação. No entanto, é na actividade física onde as diferenças são mais significativas.

O instrumento de avaliação do grau de autonomia/independência no autocuidado (GAIA), mostrou-se capaz de monitorizar os ganhos em autocuidado obtidos pelos clientes em programa de reabilitação. Pela análise das intervenções de enfermagem de reabilitação, conclui-se que a execução de exercícios músculo-articulares, são as intervenções que mais se evidenciam, encontrando justificação dentro de um contexto de exercício profissional especializado.

Palavras-chave

Enfermagem de reabilitação; autonomia/independência; autocuidado; domicílio.

ABSTRACT

In the evolution history of nursing rehabilitation, the focus of attention moved from war-disabled, to situations of chronic illness, from hospital context to home.

The situations of dependency to self-care, often associated with chronic disease and old age, are recognized causes of difficulties for clients and family, particularly at home. Optimizing the performance of the client to self-care is crucial for his health. Continued care at home are an organized response in order to care for and rehabilitate clients in a situation of dependency, inserted in their midst, seeking to promote the best possible quality of life. Within the interdisciplinary team, the rehabilitation nurse, for his expertise, plays a central role in the promotion of autonomy / independence for self-care. Centered on the quantitative paradigm, it was conducted a study of methodological nature, having been constructed and validated an instrument for measuring autonomy / independence in self-care. It is also considered a descriptive study, since it seeks to know the degree of autonomy / independence in self-care, in two different stages of evaluation, with two-week intervals, during the intervention program of rehabilitation nursing. It also describes the nursing interventions developed during the rehabilitation program.

In a sample of users in a rehabilitation program of integrated care teams (ECCI), data were collected through the application of a questionnaire, which includes a scale for assessing the degree of autonomy / independence in self-care (GAIA), built and validated for this purpose, obtaining a cronbach's alpha coefficient of 0.990 in the total of the scale. The results show that users are mainly elderly, female gender, with cerebral-vascular disease. In the field of physical activity, there are lower levels of autonomy / independence and there are higher levels of autonomy / independence in the field of feeding. When comparing the degree of autonomy / independence in two stages of evaluation, there are significant differences in all areas, showing a favorable trend for autonomy / independence of self-care, concomitantly with the rehabilitation nursing intervention. However, physical activity is where the differences are more significant.

The instrument for assessing the degree of autonomy / independence in self-care (GAIA), was instrument capable of monitoring the gains in self-care obtained by patients in a rehabilitation program. By the analysis of rehabilitation nursing interventions, it is concluded that the execution of muscle-joint exercises, are the interventions that are becoming more apparent, finding justification in a context of professional expertise.

Key Words

Rehabilitation nursing; autonomy/independence; self-care; home.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
CAPITULO I – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO	14
1 – Da Continuidade dos Cuidados aos Cuidados Continuados Integrados.....	15
2 – Enfermagem de Reabilitação no Domicílio	22
2.1 – Modelo Assistencial para o Autocuidado.....	27
2.2 – Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação	31
2.3 – O Domicílio como Local de Assistência.....	41
3 – Autonomia/Independência no autocuidado	42
4 – Instrumentos de avaliação	45
CAPITULO II – TRABALHO DE CAMPO	58
1 – Percurso Metodológico	59
1.1 – População e Amostra.....	62
1.2 – Variáveis em Estudo.....	64
1.3 – Recolha de Dados.....	67
1.3.1 – Processo de Construção do Instrumento de Avaliação do Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado	68
1.3.2 – Pré -Teste.....	81
1.4 – Procedimentos Éticos	82
CAPITULO III – AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO.....	85
1– Características Sócio-demográficas	86
2 – Grau de Autonomia Independência no Autocuidado (GAIA): Qualidades Métricas....	87
3 – Grau Autonomia/Independência no Autocuidado e os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	99
CONCLUSÕES.....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

ANEXOS.....	134
Anexo I - Questionário	135
Anexo II - Parecer dos Peritos	141
Anexo III - Parecer da Comissão Ética.....	146
Anexo IV - Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado (GAIA) - Versão Refinada	149
Anexo V - Distribuição Numérica e Percentual do Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado.....	151

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados/ Cuidados Saúde Primários	19
Figura 2 - Modelo de Rice de Autodeterminação Dinâmica para o Autocuidado	30
Figura 3 – Intervenção de Enfermagem de Reabilitação	34
Figura 4 - Desenho do estudo	61

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Características sócio-demográficos.....	86
Tabela 2 - Consistência interna do GAIA.....	90
Tabela 3 - Validade da análise factorial - KMO	94
Tabela 4 - Matriz factorial rotada do GAIA.....	95
Tabela 5 - Análise factorial do GAIA.....	98
Tabela 6- Estrutura factorial do conteúdo do GAIA e coeficiente de consistência interna	98
Tabela 7 - Média dos valores percentuais da autonomia/independência no autocuidado	99
Tabela 8 - Média dos valores percentuais da autonomia/independência no autocuidado: dados mais relevantes em cada domínio	101
Tabela 9 - Correlação do grau de autonomia/independência no autocuidado	104
Tabela 10 - Comparação de médias do grau de autonomia/independência no autocuidado entre a 1ª e 2ª avaliação	105
Tabela 11 - Média da distribuição percentual das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	108

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Instrumentos de avaliação: Estudos de revisão	47
Quadro 2 – Variável: Características sócio-demográficas	64
Quadro 3 – Variável: Autonomia/independência no autocuidado.....	65
Quadro 4 – Variável: Intervenções de enfermagem de reabilitação	66
Quadro 5 - Dimensões em análise na autonomia/independência no autocuidado....	70
Quadro 6 - Arranjo Pessoal: itens de avaliação	71
Quadro 7 - Banho: itens de avaliação.....	72
Quadro 8 - Uso de sanitário: itens de avaliação.....	73
Quadro 9 - Mobilidade e levante da cama: itens de avaliação	74
Quadro 10 - Transferir: itens de avaliação	75
Quadro 11 - Andar: itens de avaliação.....	76
Quadro 12 - Subir/descer escadas: itens de avaliação.....	77
Quadro 13 - Alimentar: itens de avaliação	77
Quadro 14 - Vestir/despir: itens de avaliação	78
Quadro 15 - Controlo vesical: itens de avaliação.....	79
Quadro 16 - Controlo intestinal: itens de avaliação	79

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico, as altas hospitalares mais precoces e a convicção de que o meio familiar é o local privilegiado para as pessoas viverem mesmo que dependentes, são factores que levam a reequacionar os cuidados de saúde no domicílio.

O desenvolvimento dos cuidados continuados integrados cria novos palcos de actuação para os enfermeiros de reabilitação. No domicílio os cuidados incorporam uma nova realidade, há um confronto diferente entre os actores, jogam-se realidades, recursos, culturas diferentes, a vivencia individual de cada cliente e família, condicionam as respostas dos cuidados de reabilitação. No domicílio os cuidados não se enquadram dentro de rotinas institucionais, mas sim adequados à situação de dependência do cliente e ao seu ambiente habitacional e familiar. Esta perspectiva enquadra-se dentro da filosofia dos cuidados continuados integrados, que assentam numa abordagem que valoriza a qualidade de vida e afasta-se das concepções mais tradicionais, apoiadas no tratamento das doenças.

O enfermeiro de reabilitação, no seio das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), assume um papel de referência, *“encontrando-se muito bem posicionado para ajudar as pessoas a reconstruir a sua autonomia, através de um trabalho de proximidade no domicílio”* (Margato et al, 2009, p.59). Estes profissionais, no uso das suas competências específicas na área da reabilitação, elaboram e implementam planos de intervenção, com o objectivo de melhorar a autonomia/independência do cliente no autocuidado promovendo a sua qualidade de vida e bem-estar. O termo cliente utilizado ao longo deste trabalho e de acordo com o preconizado pelos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), refere-se à pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem e relaciona-se com a conotação de participante activo na relação de cuidados.

A permanência de pessoas dependentes no domicílio obriga naturalmente a uma reorganização da família, em função dessa reestruturação caberá a um ou mais dos elementos da família a responsabilidade de cuidar de forma contínua do membro dependente. De acordo com Saraiva (2008) dentro da família, a prestação de cuidados não se reparte de forma equitativa entre os seus membros. Podendo

existir um cuidador principal, sobre o qual recaem as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas de apoio e um prestador de cuidados secundário, que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem as responsabilidades principais no cuidado. No processo de reabilitação o cuidador familiar é também alvo da intervenção do enfermeiro de reabilitação. No domicílio é o cuidador familiar quem assume grande parte dos cuidados à pessoa dependente, nomeadamente nos aspectos relacionados com o autocuidado, sendo o enfermeiro de reabilitação muitas vezes apenas o orientador. Como refere Louro (2009), a família é a base fundamental e a responsável pelo apoio emocional, social e físico dos seus membros, sendo esta afirmação ainda mais verdadeira, quando um dos elementos está dependente.

No decurso desta investigação, e de acordo com a versão 2 da CIPE (2011), o cuidador familiar, quer seja prestador principal ou secundário, é o membro da família prestador de cuidados que é o responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade do membro dependente. É a referência para os profissionais de saúde e muitas vezes o elo de ligação entre os restantes membros da família. E como refere Relvas (1996), a família não depende só de laços sanguíneos mas sobretudo de ligações afectivos pelo que o cuidador familiar pode ser um amigo ou um vizinho.

O autocuidado, conceptualmente, é definido como a actividade desenvolvida pelo próprio, no sentido da manutenção das necessidades individuais básicas. A autonomia/independência para o autocuidado, no campo da autonomia, refere-se à capacidade da pessoa para tomar decisões sobre o seu autocuidado, no campo da independência e ser capaz de realizar tarefas de autocuidado.

Petronilho et al (2010) sobre os instrumentos de medida para o autocuidado, afirma que, a enfermagem tem utilizado, sistematicamente, quer no domínio da prática, quer no domínio da investigação, instrumentos de avaliação do nível de dependência. Existem inúmeros instrumentos de avaliação da dependência validados e utilizados em grande escala na área da reabilitação e em vários contextos. No entanto, apesar desta diversidade e ampla utilização, eles parecem não ser sensíveis às pequenas mudanças observadas no cliente com cuidados de enfermagem de reabilitação. Como refere Petronilho et al (2010), estes instrumentos não aprofundam suficientemente a descrição da condição de saúde, no que se refere, à (in)capacidade funcional para desempenhar as actividades inerentes ao autocuidado, quando este sofre alteração. Esta insuficiente sensibilidade dos instrumentos cria dificuldades no exercício profissional, quer na

identificação, quer na implementação e avaliação terapêutica da intervenção de enfermagem especializada.

No trabalho diário do enfermeiro de reabilitação, com clientes dependentes no domicílio, existe necessidade de monitorizar a evolução da independência no autocuidado. Depara-se com frequente orientação para a utilização de instrumentos como o Índice de Barthel ou Katz, tal como refere Paixão e Reichenheim (2005) estes são os instrumentos com maior utilização. De facto com o evoluir do tempo, existe a percepção de que há ganhos em autonomia e independência no autocuidado que não se tornam visíveis face aos instrumentos em uso, embora estes demonstrem sensibilidade e consistência para avaliar no global, são pouco sensíveis à especificidade, como referem Wallace e Sheley (2006) e Burton e Gibbon (2005) são limitados para medir pequenos incrementos observados na reabilitação, têm pouco sensibilidade a mudanças subtis.

A crescente prestação de cuidados de reabilitação no domicílio, a promoção da autonomia/independência para o autocuidado e os instrumentos de monitorização dessa mesma autonomia/independência, são os factores que serviram de mote para esta pesquisa. A investigação é apontada por Fortin (1999), como caminho para resolver problemas ligados ao mundo real e a prática baseada na evidência científica, como uma concepção a seguir para a excelência dos cuidados. Com base nestes pressupostos e do questionamento do contexto de trabalho, encara-se o desafio de explorar algumas dimensões da monitorização da autonomia/independência no autocuidado, com a convicção que poderá ser um contributo para aprofundar o conhecimento sobre a problemática. Concretiza-se um estudo quantitativo de natureza metodológico e descritivo. A principal finalidade é contribuir para uma melhor monitorização da autonomia/independência no autocuidado, face aos cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário. Este relatório mostra os contornos da presente investigação e tem como objectivos:

- Descrever as concepções teóricas que suportam o problema de pesquisa;
- Expor o percurso metodológico da investigação;
- Apresentar os resultados obtidos e confrontá-los com os resultados de outras pesquisas.

O conteúdo deste trabalho está organizado em três capítulos. O primeiro refere-se à descrição do estado da arte face ao problema em estudo. Realiza-se um enquadramento conceptual sobre cuidados continuados, intervenção do enfermeiro de reabilitação, autonomia, independência e autocuidado. Foi também efectuada uma revisão sobre os instrumentos de avaliação da autonomia e independência

para o autocuidado. O segundo capítulo, referente ao trabalho de campo, descreve o percurso metodológico percorrido e descreve o processo de construção do instrumento de avaliação do grau de autonomia e independência no autocuidado. Na terceira parte apresenta-se as propriedades métricas do instrumento de avaliação do Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado (GAIA). Expõe-se os dados obtidos sobre o grau de autonomia/independência no autocuidado dos clientes em programa de reabilitação nos em dois momentos de avaliação, realizados com duas semanas de intervalo. Descreve-se ainda as intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas no âmbito do programa de reabilitação, a que os clientes e cuidados familiares foram sujeitos. Na discussão dos resultados, estes são confrontados com dados de outros estudos sobre a mesma problemática.

Este relatório termina com a síntese das conclusões do estudo. De salientar que este percurso de investigação constitui um extraordinário momento de aprendizagem em todas as suas fases, não tanto pelos resultados mas pelo processo de investigação em si.

CAPITULO I – CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO PARA A AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

O Envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico, da estrutura e comportamento social e familiar da sociedade Portuguesa, determinam novas necessidades de saúde. A prevalência das doenças crónicas e incapacitantes combinadas com alteração do padrão familiar tradicional, ditaram a desadequação das respostas tradicionais de saúde. Como refere Augusto (2009) é necessário aprender a lidar e prevenir as complicações associadas ao processo de envelhecimento, bem como, gerir os processos das doenças crónicas. Estes problemas não são resolvidos nas instituições hospitalares nem com alta tecnologia, mas sim com a ajuda de equipas que prestam cuidados de proximidade, de forma integrada e que privilegiam as reais necessidades dos clientes e famílias em situação de dependência. Promover a reabilitação, a readaptação e reinserção social, com respostas personalizadas e de proximidade é o objectivo das equipas de cuidados continuados.

Os enfermeiros de reabilitação encontram nestas equipas novos campos de actuação, obrigando-os a repensar os cuidados, adequados a uma população idosa e com algum nível de dependência nas actividades de vida, que tende a ser permanente. Estes profissionais reconstroem processos para que o cliente retome a independência e autonomia, apesar das limitações funcionais, em causa está encontrar as melhores estratégias para que o cliente continue uma pessoa com qualidade de vida e bem-estar. O domicílio aparece como o local privilegiado para desenvolver o potencial máximo de autonomia/independência do cliente, porém, a ele e à sua família pertence o domínio do mesmo, exigindo por parte do profissional de saúde, uma postura de constante negociação e reconstrução dos cuidados. Exige um modelo de cuidados de enfermagem centrado no cliente e cuidador familiar, voltado para as suas reais necessidades.

Numa política economicista da saúde, os constrangimentos económicos e a escassez de recursos, obrigam os enfermeiros a mostrarem que a sua intervenção traduz ganhos em saúde e que estes podem ser mensuráveis. Faz sentido, neste

contexto, uma incursão pelos instrumentos de avaliação utilizados na avaliação da de autonomia/independência no autocuidado.

Ao longo deste capítulo faz-se um enquadramento da problemática da investigação. Clarifica-se os conceitos de cuidados continuados integrados, cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio, o modelo de assistência de enfermagem de reabilitação para o autocuidado, os conceitos de autonomia e independência e analisa-se os instrumentos de avaliação em uso.

1 – Da Continuidade dos Cuidados aos Cuidados Continuados Integrados

O envelhecimento da população é um fenómeno transversal a todos os países ditos desenvolvidos e Portugal enquadra-se neste cenário. Projecções do INE (2002), para a população residente em Portugal no horizonte temporal 2000-2050, prevêem um envelhecimento continuado da população, com perspectivas de que em 2050, 32% da população será idosa. O aumento do número de idosos está intimamente relacionado com o aumento da procura de cuidados de saúde, Cabrita (2004) refere que, esta faixa etária é portadora de um maior número de doenças crónicas. Os dados obtidos na análise de altas hospitalares (Gesaworld, 2005), corroboram esta ideia e revelam que, parte da actividade hospitalar se concentra em cuidados às pessoas idosas com patologias crónicas ou subsidiárias de apresentar dependência.

Paralelamente ao fenómeno do envelhecimento emergem outras duas questões importantes. Uma prende-se com as altas hospitalares cada vez mais precoces, transferindo para a pessoa e família a responsabilidade inerente aos processos de saúde/doença. Como refere Marques (2009), o crescimento galopante dos gastos em meios terapêuticos e a dispendiosa ocupação de camas hospitalares, obriga à necessidade de racionalização e eficiência de gastos. A outra questão relaciona-se com a ênfase nas políticas de manutenção da pessoa com dependência no domicílio, sendo este simultaneamente um desejo pessoal, familiar e social. Para Gonçalves (2008) e Marques (2009), o espaço domiciliário, com todo o suporte sócio-familiar que lhe é característico, é o local privilegiado para a recuperação do cliente. O domicílio oferece sentimento de identificação e de segurança, sendo este o local onde a pessoa dependente se sente bem, onde

mantém a sua intimidade. Num estudo de Rodríguez (2006) sobre as expectativas e desejos do lugar onde as pessoas dependentes preferem viver, quando necessitarem de cuidados de longa duração, conclui que, 72,5% da população em geral e 71% das pessoas cuidadas, preferem continuar a viver na sua casa e nela receber os cuidados necessários.

O domicílio enquanto contexto de cuidados, surge como forma aparentemente competente e compreensiva para solucionar as necessidades de cuidados continuados de saúde, no entanto, terá de existir um equilíbrio entre o apoio da família e das entidades estatais. Louro (2009) refere que, o êxito dos cuidados no domicílio não reside apenas na responsabilidade da família em assumir a exclusividade dos cuidados, mas também dos serviços de apoio formal e informal. A continuidade dos cuidados de acordo com Rodríguez (2006) consiste no direito das pessoas em situação de dependência, receberem apoio formal e informal adequado, sendo necessário organizar-se um conjunto diversificado de serviços de proximidade, numa combinação entre os serviços sociais e de saúde, com flexibilidade e eficácia, capazes de se adaptarem a situações concretas de dependência.

A necessidade de continuidade dos cuidados, têm trazido alguma inquietação aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, esta preocupação encontra resposta na procura pela compreensão das várias dimensões da continuidade dos cuidados. Augusto et al (2002) num trabalho sobre a promoção da continuidade de cuidados, numa parceria entre a família, profissionais de saúde do hospital e centro de saúde, demonstram que esta articulação é uma mais-valia para todos os elementos envolvidos no processo. Se por um lado permite aos enfermeiros obter informação, melhorando o planeamento e intervenção, por outro lado, dá a possibilidade ao cliente e cuidador familiar de beneficiar de um apoio contínuo.

Outros autores tal como, Petronilho (2007); Louro (2009); Pinto et al (2010) e Azevedo (2010) procuram através da investigação explorar e compreender as diversas vertentes da continuidade dos cuidados. Os trabalhos destes autores trazem contributos para uma melhor compreensão da dimensão da continuidade de cuidados, focam diferentes dimensões que vão desde a preparação do cliente e cuidador familiar para a alta hospitalar, à importância da transmissão de informação e dos sistemas que a suportam, aos estudos sobre as vivências, e necessidades do cliente dependente e família em contexto domiciliário. Na sua globalidade reflectem a preocupação em conhecer e colmatar quebras entre os cuidados prestados no domiciliário e os cuidados hospitalares e de ajudar o cliente e família a vivenciar os

processos de transição doença/saúde ou mesmo a lidar com a situação de dependência no contexto domiciliário.

A continuidade dos cuidados não é só uma preocupação individual, nem mesmo apenas de alguns grupos profissionais. Tem sido também um desafio social e político. O governo português tem assumido esse desafio, e tem vindo a adoptar políticas nesse sentido. Em 1998, na carta dos direitos e deveres dos doentes, o ponto quatro consagra o direito do doente à prestação de cuidados continuados. No mesmo ano o governo através do Despacho Conjunto nº 407/98, de 18 de Junho, cria o Apoio Domiciliário Integrado (ADI) para as pessoa em situação de dependência, com necessidade de cuidados de saúde e apoio social. Mas é essencialmente a partir de 2005 que a rede de suporte aos cuidados continuados assume maior destaque.

No Relatório Final da fase I de Diagnóstico de Situação Actual (2005), é proposto a criação de um modelo de cuidados continuados integrados, e em 2006 inicia-se uma das mais importantes reformas do Sistema Nacional de Saúde, que culminou com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) através do DL n.º 101/2006. Segundo este, entende-se por Cuidados Continuados Integrados, um conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global e entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Os objectivos da RNCCI prendem-se essencialmente com a promoção da funcionalidade, através da prevenção, redução e adiamento das incapacidades. A RNCCI propõem qualificar e humanizar a prestação de cuidados e potenciar os recursos locais, através da criação de serviços comunitários de proximidade e, ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade. Constitui um novo modelo organizacional, criado pelo Ministério do Trabalho, da Solidariedade Social e da Saúde, formado por um conjunto de instituições públicas e privadas, que pretendem fomentar a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. Centra-se na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.

A prestação de cuidados continuados da RNCCI é assegurada por diversos equipamentos:

- Unidades de internamento – Unidade de Convalescença (UC); Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM); Unidade de Cuidados Paliativos (UCP);
- Unidade de ambulatório – Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA);
- Equipas hospitalares – Equipa de Gestão de Altas (EGA); Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EISCP);
- Equipas domiciliárias – Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

Na continuidade da reforma do Sistema Nacional de Saúde, em 2008 inicia-se uma reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários, através DL n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, são criados os Agrupamentos de Centros de Saúde, designados por ACES. Fazem parte destes agrupamentos várias unidades funcionais, autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, nomeadamente, as Unidades de Saúde Familiares (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP); a Unidade de cuidados na Comunidade (UCC) e a Equipa de Coordenação Local (ECL). É através da UCC que o ACES se articula com a RNCCI, ou seja, por meio da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (Despacho n.º 10143/2009, de 16 de Abril de 2009) e da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), estas últimas ainda estão em fase de implementação.

Em cada ACES existe uma Equipa Coordenadora Local (ECL), que funciona em articulação estreita com o ACES, mas com dependência funcional da coordenação regional ou seja da Equipa Coordenadora Regional (ECR) da RNCCI. A ECL assegura o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, assumindo um papel essencial na gestão do circuito do cliente em situação de dependência, sendo especialmente responsável pela avaliação das situações de saúde e sociais, pela verificação do cumprimento dos critérios de referenciação, implementação do plano individual de cuidados e respectiva monitorização.

De acordo com a Unidade de Missão para Cuidados de Saúde Primários (UMCSP, 2007), o planeamento da alta hospitalar pretende garantir a continuidade dos cuidados de saúde e o uso eficiente dos recursos dos hospitais e da comunidade, a partir da identificação e avaliação das necessidades dos clientes, este planeamento da alta hospitalar passa pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) que em articulação com as Equipas de Coordenação Local (ECL) planeiam a transferência dos clientes.

A reforma do Sistema Nacional de Saúde em Portugal veio trazer alterações importantes para a reorganização dos serviços e dos recursos, potenciando respostas mais integradoras e sistemáticas. A continuidade de cuidados é assim assegurada por um conjunto de esferas que se articulam entre si num sistema aberto, que se move em função das necessidades do cliente e família (figura1).

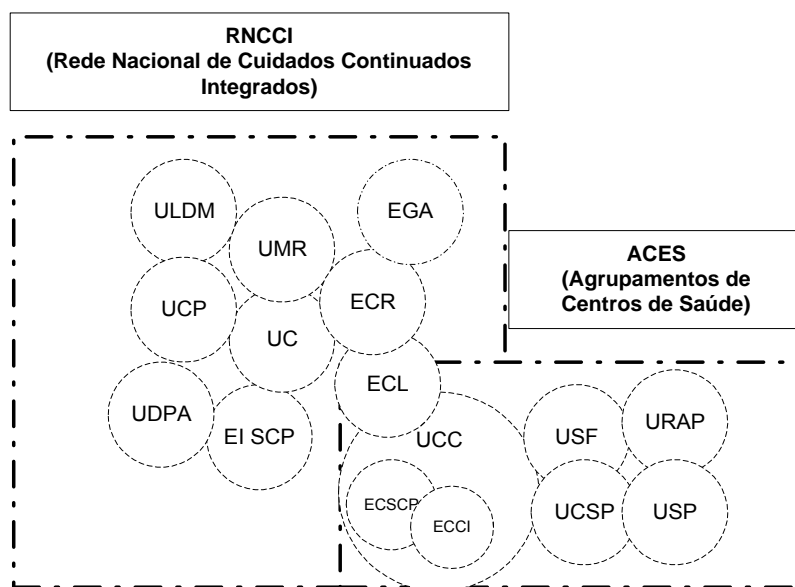


Figura 1 - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados/ Cuidados Saúde Primários

De acordo com a UMCSP (2007), a ECCI direcciona a sua intervenção multidisciplinar para clientes em situação de dependência funcional, doença terminal, ou processo de convalescença, cuja situação, não requer internamento. Apoia-se nos recursos locais disponíveis, de saúde e do serviço local da segurança social, conjugados com outros serviços comunitários, nomeadamente as autarquias. A ECCI integra vários grupos profissionais, médicos, enfermeiros, especialistas de reabilitação, técnicos de serviço social e psicólogos, entre outros destinados à prestação de cuidados domiciliários. Recorre ainda à imprescindível articulação dos diferentes profissionais da equipa do centro de saúde e da comunidade. Num reconhecimento pela necessidade de cuidados de enfermagem especializados ao nível domiciliário, a Ordem dos Enfermeiros em 2009, num documento sobre a RNCCI recomenda que todas as ECCI devem estar dotadas de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Mediante o previsto na legislação em todos os ACES deverá ser constituída pelo menos uma ECCI de forma a dotar a RNCCI de uma estrutura de apoio domiciliário. A organização destas equipas, depende das características geodemográficas onde está inserida, prevê que seja ajustada a cada realidade ou

contexto local, em termos de dimensão da população, bem como, dimensão e diversidade de competências da equipa. Neste sentido, a UMCS (2007) considera que cada ECCI, na sua cobertura geodemográfica, não deverá ultrapassar o valor máximo de 100.000 clientes, conjugando os critérios de dispersão geográfica, dimensão, características demográficas, sociais e epidemiológicas da população. Dados do relatório intercalar de monitorização da RNCCI do 1º semestre de 2011, revelam que até ao momento existem 235 ECCI em Portugal, das quais, 80 se situam no norte do País.

Os objectivos das ECCI vão de encontro aos objectivos gerais da RNCCI e pretendem-se com a prestação continua de cuidados durante os sete dias da semana relacionados com:

- *“Cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos profissionais serem programadas, regulares e terem por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa, bem como, na resposta das necessidades do dependente e/ou família, em situação de agravamento súbito do seu estado de saúde;*
- *Cuidados de fisioterapia;*
- *Apoio psicológico, social e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;*
- *Educação para a saúde aos utentes, familiares e cuidadores;*
- *Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.*
- *Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e da RNCCI” (UMCS, 2007, p.12).*

Para o cumprimento dos objectivos referidos, existe uma carteira de serviços definida para a ECCI. Integra actividades no âmbito da educação para a saúde, cuidados de enfermagem, coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais, cuidados médicos e cuidados de reabilitação.

No relatório intercalar de monitorização da RNCCI do 1º semestre de 2011, refere que, relativamente aos motivos de referenciação para a ECCI, 33% dos clientes referenciados são para cuidados de reabilitação e 70% dos clientes referenciados, tem dependências nas AVD'S. Em muitos destes casos e não descurando a intervenção da equipa multidisciplinar, é o enfermeiro de reabilitação que assume o papel de gestor de caso, ou seja, é ele que, em conjunto com a equipa concebe, planeia, executa e avalia, os planos de intervenção de reabilitação.

O modelo conceptual da ECCI identifica uma abordagem centrada no cliente dependente e no cuidador familiar, baseando-se na continuidade de cuidados sem

hiatos. Promove os cuidados no contexto familiar com acompanhamento de longa duração por parte dos profissionais de saúde no sentido da complementaridade com a família. Este modelo afigura-se como uma estratégia eficaz e humanizada na resposta às necessidades do cliente em situação de dependência.

Conceptualmente a continuidade de cuidados refere-se a ininterrupção dos cuidados prestados, independentemente na sua natureza ser, promocional preventiva, ou curativa. Louro (2009) concebe a continuidade dos cuidados, como a sequencialidade no tempo de intervenções integradas de saúde e de apoio social. Leitão e Freitas (2007) definem a continuidade de cuidados como a coordenação de um processo de actividades que envolve o cliente/família, os prestadores de cuidados hospitalares e comunitários, que trabalhando em conjunto, permitem a transição entre dois níveis de saúde.

Da necessidade da continuidade de cuidados emergem os cuidados continuados, estes, referem-se a modelos de organização e prestação de cuidados que procuram evitar a fragmentação dos cuidados e garantir a continuidade dos mesmos. Louro (2009) define cuidados continuados como um sistema organizado para a satisfação do cliente e família, composto por serviços e mecanismos integrados que cuidam dos mesmos ao longo do tempo, através de um conjunto articulado de serviços de saúde, sociais e entidades privadas, cobrindo todos os níveis de cuidados, devendo ser organizados no sentido da melhoria da efectividade dos cuidados. Também para Leitão e Freitas (2007) os cuidados continuados devem desenvolver-se para além dos cuidados de saúde, adaptando-se à realidade do trabalho em parceria com a comunidade onde os clientes estão inseridos, com metodologias de trabalho integrado, numa reorganização dos serviços num quadro de coordenação interinstitucional, em que considera não só respostas imediatas, mas também a prevenção e promoção da saúde. Os cuidados continuados devem ser prestados numa perspectiva holística em que o cliente é considerado um todo, alvo de uma intervenção conjunta e complementar de uma equipa multidisciplinar, que envolve instituições e profissionais de áreas distintas.

Nesta investigação assume-se que a continuidade dos cuidados está inserida num contexto de cuidados continuidade integrados no domicílio. Como refere Louro (2009) os cuidados continuados no domicílio são entendidos como cuidados prestados no domicílio aos indivíduos com dependência, independentemente do tipo de dependência e da idade. Neste contexto, os cuidados de saúde primários para além de continuar a cumprir a sua missão específica e tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, asseguram a

articulação permanente com os cuidados hospitalares, numa lógica de parceria na promoção da saúde e da qualidade de vida e bem-estar.

Para Sanhope e Lancaster (1999) os cuidados continuados são a componente de um continuado cuidado de saúde global, em que os cuidados de saúde são prestados aos clientes e famílias nos seus locais de residência, com a finalidade de promover manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência enquanto se minimiza os efeitos da deficiência e doença.

Em suma, da inquietação e preocupação de dar continuidade aos cuidados de saúde, emergiu o conceito e prática de cuidados continuados integrados. Esta resposta, como refere Tavares (2008), relança um novo paradigma nos sistemas de saúde, sugere uma abordagem centrado no cuidar e reabilitar. Os cuidados continuados assentam numa abordagem que valoriza a qualidade de vida do cliente e família e afasta-se do discurso apenas focalizado na doença e no tratamento, combinam princípios como a autonomia, independência, continuidade, participação, proximidade, comunidade, família, interdisciplinaridade e flexibilidade. Os cuidados continuados integrados no domicílio, referem-se à assistência domiciliário a clientes e famílias, em situação de dependência, que não necessitando de internamento, carecem de acompanhamento contínuo no domicílio.

2 – Enfermagem de Reabilitação no Domicílio

A associação entre o cuidado e a enfermagem é inequívoca e essencial para a definição da mesma enquanto disciplina profissional. De acordo com Tavares (2008) o cuidado tem-se constituído no foco e expressão essencial da enfermagem ao longo da sua própria história, essencialmente a partir da década de 1950, a enfermagem avança no processo de construção do seu próprio corpo de conhecimento, distanciando-o do modelo biomédico. É na década de 1950 que se começam a desenvolver os primeiros modelos de enfermagem entre os quais o da Dorothea Orem. De acordo com Renpenning e Taylor (2003), a teoria de Orem desenvolve-se essencialmente entre 1959 e 1985, com a primeira publicação do modelo em 1971. Para os mesmos autores, a teoria de Orem, emerge da consciencialização de que o ponto de partida do planeamento do cuidado deve estar focado no cliente e não no enfermeiro. Orem desenvolve uma teoria centrada nas premissas que os clientes podem e desejam cuidar de si próprios, e são encorajados a serem o mais independente possível no seu autocuidado.

Segundo Renpenning e Taylor (2003) a Orem refere a enfermagem como uma arte, cujo praticante dá assistência especializada a pessoas debilitadas e que vai para além da assistência técnica. A enfermagem é exercida no sentido de ajudar a pessoa a promover a sua autonomia e independência e enfrentar as necessidades diárias de autocuidado. O enfermeiro aplica a sua arte em clientes com dependência física, intelectual ou emocional para o autocuidado.

A concepção de Orem no que concerne à promoção da independência para o autocuidado, em muito se relaciona com as concepções inerentes ao modelo de actuação do enfermeiro de reabilitação. Segundo Renpenning e Taylor (2003), o modelo de Orem refere a necessidade dos enfermeiros terem competências específicas, nomeadamente na área da reabilitação. Estas competências contribuem para uma melhor resposta de cuidados face às necessidades dos clientes, quer em termos de limitação funcional, quer no autocuidado. Enfatiza que a abordagem especializada em reabilitação é uma mais-valia para os clientes. Passa-se então de uma abordagem da enfermagem em geral para uma enfermagem de carácter especializado na área da reabilitação.

Numa perspectiva histórica, o grande impulso científico da reabilitação foi essencialmente após a Segunda Grande Mundial, reconhecida nos Estados Unidos em 1947 como especialidade médica, tendo como grande impulsionador o médico fisiatra Howard Rusk. Em Portugal e de acordo com Arruda (2006), a história da reabilitação começa a desenhar-se em simultâneo com a construção do Centro de Medicina Física de Reabilitação de Alcoitão, tendo sido inaugurado em 1966, com uma equipa técnica e clínica que tinha realizado a especialização no estrangeiro. Relativamente à enfermagem de reabilitação, esta nasce pelas mãos das enfermeiras Maria Graça Semião e Maria de Lurdes Sales Luís, que realizaram a sua especialização em Enfermagem de Reabilitação em Warm Springs, na Geórgia, EUA. A enfermeira Sales Luís ficou com a responsabilidade da formação de outros enfermeiros, tendo dirigido o Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação que teve início em 1965. A Enfermeira Maria Eduarda Mendonça Torres, tendo realizado a sua especialização em Nova Iorque, implementou um sector de actividades de vida diárias, com especial vocação para a utilização e treino dos clientes com dispositivos de compensação, desde a cadeira de rodas a outros instrumentos de apoio à independência.

Este marco histórico projecta para a conceptualização da reabilitação como um trabalho de equipa. Para se compreender o trabalho da reabilitação, tornar-se importante perceber os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem. Martins (2002), corrobora desta ideia e acrescenta que para se entender a

reabilitação de um indivíduo, tem de se compreender o que aconteceu em termos de deficiência, de incapacidade e desvantagem, bem como o modo como o indivíduo percebe a sua nova realidade.

Segundo a Secretaria Nacional Reabilitação (1989) e Hesbeen (2003), e de acordo com classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens, a deficiência refere-se à alteração temporária ou permanente da estrutura anatómica, fisiológica ou psicológica da pessoa, ou seja, alteração ao nível de um órgão ou função. A incapacidade é a consequência funcional da deficiência, alterações das actividades funcionais da pessoa. Quando a interacção da pessoa com o seu meio é afectada por causa de uma deficiência ou incapacidade, diz-se que esta tem uma desvantagem.

Toma-se por exemplo uma pessoa paraplégica, pode dizer-se que tem uma deficiência porque tem uma alteração da força muscular dos membros inferiores, esta deficiência pode traduzir-se numa incapacidade para realizar marcha, que por sua vez, pode transformar-se numa desvantagem, se a pessoa não se conseguir deslocar no seu meio. No processo de reabilitação não é suficiente recuperar a função motora, sensitiva ou de comunicação, é necessário levar o sujeito a ser independente no seu autocuidado ou simplesmente aceitar as suas incapacidades ou desvantagens.

A actual Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (DGS, 2004), integra os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem, no entanto substituiu-os por *“funções e estruturas do corpo e actividades de participação, de forma a obter uma descrição de experiência positiva de saúde”* (DGS, 2004, p.4). A Classificação da Funcionalidade e Incapacidade (CIF) *“transformou-se, de uma classificação de consequência da doença (versão de 1980) numa classificação de componentes da saúde. Os componentes da saúde identificam o que constitui a saúde, enquanto as consequências se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa”* (DGS, 2004, p.8).

A Classificação da Funcionalidade e Incapacidade, conhecido como CIF, organiza a informação em duas partes, uma refere-se à funcionalidade e incapacidade e outra aos factores contextuais e cada parte tem dois componentes:

- *“Funcionalidade e Incapacidade*
Componente corpo, inclui duas classificações, uma para as funções dos sistemas orgânicos e outra para as estruturas do corpo.
Componente actividades e participação, engloba aspectos da funcionalidade, tanto na perspectiva individual como social.
- *Factores Contextuais*

Componente factores ambientais, têm um impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade e estão organizados de forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até ao ambiente geral.

Componente factores pessoais, que não estão classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos” (DGS, 2004, p11/12).

A reabilitação incorpora os conceitos anteriormente descritos e é considerada uma *“prática multidisciplinar que se baseia, em conhecimentos científicos fundamentados, tem como finalidade assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como, aos seus próximos, diferentes acções que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem”* (Hesbeen, 2003, p. 52). Sendo importante integrar e considerar no processo de reabilitação os factores ligados à funcionalidade e incapacidade, bem como os factores contextuais. A reabilitação apoia-se na imensa capacidade de adaptação do cliente, preocupa-se e procura o bem-estar, a inclusão familiar e social, a independência do indivíduo.

A reabilitação é um trabalho de equipa, formada por profissionais que *“são actores qualificados com diversas especialidades, que perseguem um objectivo comum (...), que a pessoa deficiente ou incapacitada e os seus próximos, consigam o melhor nível possível de autonomia, para que não vivam, ou vivam o menos possível situações de desvantagem”* (Hesbeen, 2003, p. 68). Dentro dos vários profissionais que constituem a equipa, encontram-se os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, profissionais com competências específicas que concebem, implementam e avaliam planos de intervenção de acordo com a sua área de actuação.

No que concerne à assistência de enfermagem na reabilitação Leite e Faro (2005) referem que, estes profissionais enfatizam a restauração da independência do cliente, tendo como objectivo a sua adaptação à nova situação de saúde, imposta muitas vezes pelas alterações das funções motoras. No sentido de tornar o cliente o mais independente possível, são executados planos de intervenção de promoção e incentivo para o autocuidado, através da orientação e treino de situações, no sentido de preparar o cliente para uma vida social e familiar de maior qualidade.

Ter competências específicas numa determinada área, significa, que se dispõe de ferramentas próprias, que são mobilizadas para dar resposta a determinada situação, com determinado grau de complexidade, no contexto de trabalho. Gomes (2006), refere que a competência resulta de conteúdos de múltiplos saberes afins

às diferentes áreas de conhecimento, mas ultrapassa a aquisição desses saberes, implica a capacidade de questionar a natureza do conhecimento, de mobilizar, transferir, adequar ao contexto singular da prática de cuidados.

Os enfermeiros de reabilitação reúnem um conjunto de competências que vão para além da intervenção ao nível funcional. Augusto (2009), acrescenta que, o conjunto de competências destes profissionais, permite promover a recuperação, a readaptação, o autocontrolo, o autocuidado, auxiliando os processos de transição saúde/doença e capacitam o cliente e cuidador familiar para a reinserção social. O facto de serem enfermeiros permite-lhes satisfazer as necessidades globais do cliente, a sua especialização permite-lhes melhorar a qualidade de vida, através de melhor funcionalidade e autonomia envolvendo a dimensão física social e emocional.

As competências específicas dos enfermeiros de reabilitação podem ler-se no Regulamento n.º 125/2011, que lhes atribui competência para:

- *“Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;*
- *Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;*
- *Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”*
(DR, 2ª série, nº 35 de 18 Fev. 2011 p.8658).

Dentro da equipa interdisciplinar o enfermeiro de reabilitação é aquele que melhor se posiciona para proporcionar um incremento potenciando o desempenho das actividades de vida diárias, num clima de motivação e parceria com o cliente e cuidador familiar. Hoeman (2000), refere que o enfermeiro de reabilitação tem como competência de ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar quer os clientes quer os cuidadores familiares nas suas actividades de vida diárias, para níveis máximos de independência.

O modelo assistencial de reabilitação é considerado por Leite e Faro (2005), essencialmente preventivo e educativo, com ênfase na restauração da independência do cliente ou recuperação do seu nível de função pré-doença ou pré incapacidade, através da orientação, instrução e treino. Para tal, é necessário que o enfermeiro reabilitador, que trabalha na comunidade, conheça os hábitos e o estilo de vida do cliente no contexto da família e da sociedade.

O aumento de longevidade, a prevalência das doenças crónicas, a dependência e a incapacidade, são aspectos que colocam novos desafios aos profissionais de

saúde, levando por isso a equacionar o conceito de saúde em cuidados domiciliários. Rice (2004), refere que à medida que se pensa no valor da vida, o conceito de saúde assume contornos diferentes. Este pode ser encarado em termos de qualidade de vida ou de melhor nível funcional, significando que, “*mesmo que o utente tenha uma doença, uma incapacidade ou esteja a morrer, se se encontra no seu melhor nível funcionamento, isso constitui, provavelmente, o estado de saúde otimizado para esse utente*” (Rice, 2004, p. 21).

A qualidade de vida, a adaptação às limitações, viver em harmonia com o meio ou mesmo tornar a pessoa válida, são aspectos presentes no modelo assistencial dos enfermeiros de reabilitação, assumindo como válido, o lema da enfermagem de reabilitação Americana: *All nurses can save Lives, Rehab nurses save the Quality of Life*. Costa e Monego (2003), corroboram com esta ideia ao referir que bons cuidados de enfermagem mantêm os pacientes vivos, mas a falta de reabilitação mantêm os clientes incapacitados. Araújo et al. (2007) acrescenta ainda que a qualidade de vida compreende aspectos como independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal e informal, segurança ambiental e saúde.

2.1 – Modelo Assistencial para o Autocuidado

Os cuidados de reabilitação não são adstritos a um só profissional. É, como já foi referido, um trabalho de equipa. A atenção do enfermeiro de reabilitação no seio da equipa está muito concentrada na promoção do autocuidado. Este profissional, quando executa técnicas de mobilização, treina uma actividade ou aconselha sobre alguma ajuda técnica, tem como finalidade a promoção da autonomia/independência para o autocuidado. A assistência de enfermagem de reabilitação tem como principal objectivo “*auxiliar o paciente a tornar-se independente o máximo que puder dentro das suas condições, promover e incentivar o autocuidado através de orientações e treino de situações*” (Leite e Faro, 2005, p. 94).

O comprometimento da função neuromuscular e a diminuição da amplitude de movimento, geram limitações funcionais que dificultam a execução das actividades de vida diária. Begate et al (2009), refere que a mobilidade de forma geral e a capacidade de um indivíduo se deslocar pelo ambiente, é um componente da função física extremamente importante, constituindo um pré-requisito para a

execução das actividades de vida diária e a manutenção da independência. Assim, os profissionais que trabalham por excelência áreas da mobilidade, contribuem por certo para a autonomia/independência no autocuidado.

Quando se pensa que os modelos de enfermagem sustentam a prática dos cuidados, deve ter-se em conta vários factores, nomeadamente, a quem se destinam os cuidados, os contextos onde ocorrem e qual o objectivo da intervenção. No presente estudo assume-se que, é objectivo do enfermeiro de reabilitação intervir no autocuidado em contexto domiciliário.

Uma das concepções que mais tem influenciado a prática de enfermagem, é da teoria de autocuidado de Dorothea Orem. De acordo com Taylor (2003), Orem define autocuidado como a prática de actividades que a pessoa inicia e leva a cabo em determinados períodos de tempo, por desejo próprio e com o intuito de manter a vida, a saúde e bem-estar.

A enfermagem é definida por Orem (1993), como um serviço especializado que se distingue de outros serviços humanos, tendo como foco de atenção as pessoas que apresentam incapacidade para continuar a cuidar de si mesma. Os papéis da enfermagem e do cliente são complementares. Um determinado comportamento do cliente provoca uma resposta da enfermeira e vice-versa. Assim, ambos trabalham no intuito de atingir a meta do autocuidado. No modelo de Orem, a enfermagem compreende *“um conjunto de actividades que capacitam o indivíduo na realização do autocuidado”* (Cunha et al, 2005, p.37).

Numa abordagem de enfermagem especializada, Renpenning e Taylor (2003), referem que Orem no contexto de clientes com patologia cerebrovascular, sugere que os enfermeiros devem ter conhecimentos específicos na área da reabilitação para implementar planos de intervenção com o objectivo de tornar os clientes mais independentes e adaptados a sua condição de saúde.

A capacidade de autocuidado, para Orem (1993), não é inata, mas adquirida ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo. Todos os clientes adultos e saudáveis têm capacidade de se autocuidar. A doença, a falta de recursos, os factores ambientais ou situações em que a necessidade se mostra superior à capacidade de resposta do indivíduo, levam ao desequilíbrio entre a necessidade e a capacidade de satisfação da mesma, traduzindo-se num défice no autocuidado. Esta condição leva a que o indivíduo precise de ajuda de alguém qualificado, explicando-se assim a necessidade de cuidados de enfermagem.

A teoria do défice de autocuidado constitui a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, exprime as relações entre as capacidades de acção dos clientes e as suas necessidades em cuidados de enfermagem. O enfermeiro não

deve portanto desrespeitar o princípio de que, o cliente é responsável pela sua saúde e pela execução de actividades que respondam às suas necessidades de autocuidado, só assim promove a sua autonomia e independência.

Orem (1993), identifica três sistemas para satisfazer as necessidades de autocuidado: o totalmente compensatório; o parcialmente compensatório e o de apoio e educação. Entende-se por *“sistemas de enfermagem, um conjunto de acções de planeamento e execução, que visam o cuidado do indivíduo com diferentes graus de independência e a promoção do seu autocuidado”* (Cunha et al, 2005, p.38).

O mesmo indivíduo pode em simultâneo ter intervenções nos três sistemas, dependendo do nível de independência que apresenta para cada autocuidado. Transpondo para a realidade de enfermagem de reabilitação, pode dizer-se que um indivíduo com hemiplegia pós AVC pode, por exemplo, necessitar de ajuda total nas deslocações (completamente compensatório), algum auxílio para o autocuidado higiene (parcialmente compensatório) e de ensino e orientação para o autocuidado vestuário (apoio e educação).

Numa conceptualização actual e de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o autocuidado é uma *“actividade executada pelo próprio. Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária”* (CIPE, versão 2, 2011, p. 41).

Autocuidado é definido como a prática de actividades, iniciadas e executadas pela pessoa, em benefício próprio, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Bub, 2006). Leite e Faro (2005) acrescentam que a capacidade do indivíduo para o autocuidado é condicionada pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis. As pessoas adultas cuidam voluntariamente, de si mesmas. As crianças, as pessoas idosas, as pessoas doentes e as pessoas incapacitadas, requerem assistência ou prestação de cuidados, nas actividades de autocuidado.

As actividades para o autocuidado, estão associadas às actividades de vida diária. Como afirmam Costa e Monego (2003), as actividades de vida diária (AVD), englobam todas as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si próprio e a incapacidade de executá-las implica um alto grau de dependência. Fazem parte das AVD: os cuidados pessoais (comer, banho, vestir, uso de sanitário); a mobilidade (andar, transferir, mover na cama) e a continência (urinária e intestinal).

Numa estrutura teórica para os cuidados de enfermagem domiciliários, na dinâmica da promoção do autocuidado, Rice (2004), baseada em alguns modelos teóricos pré-existentes, tal como o modelo de Dorothea Orem, propõe um modelo que assenta essencialmente na autodeterminação dinâmica para o autocuidado (figura 2).

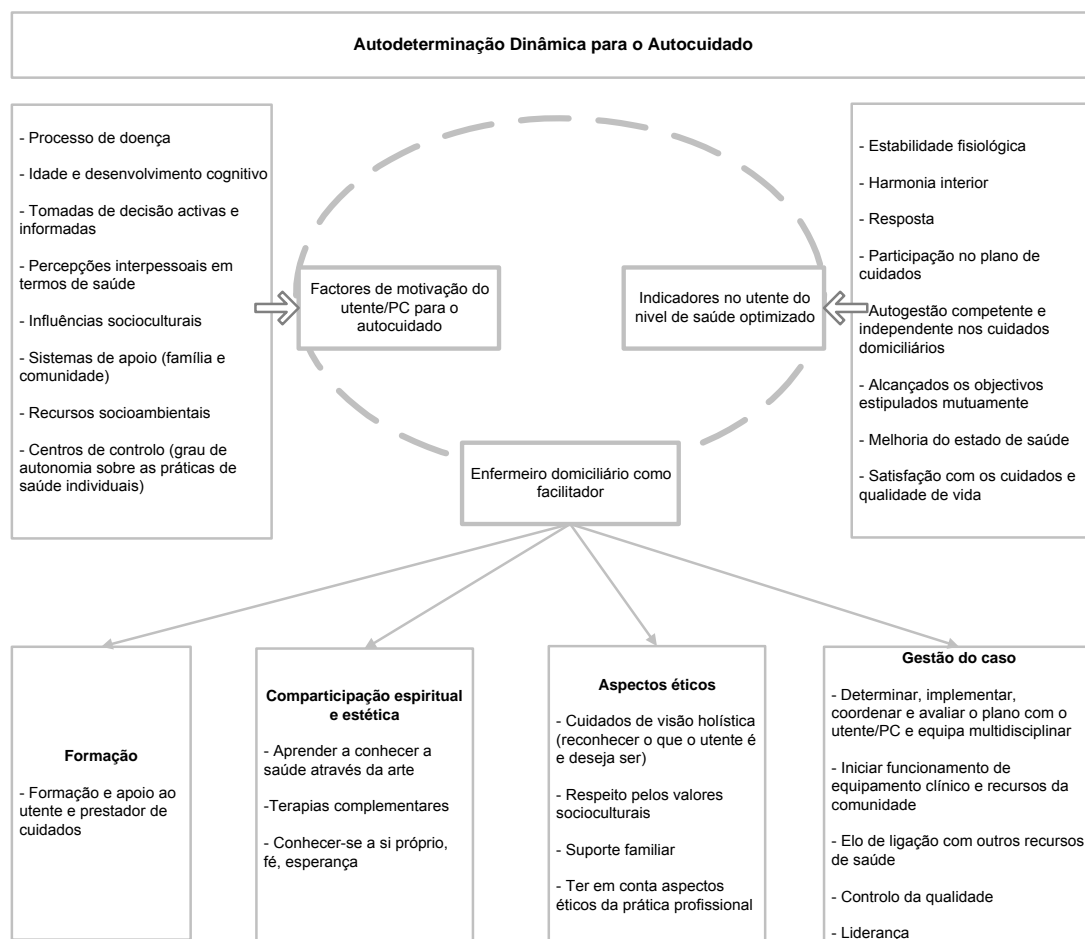


Figura 2 - Modelo de Rice de Autodeterminação Dinâmica para o Autocuidado (Adaptado de Rice, 2004, p.22)

De acordo com o modelo de Rice, a autodeterminação dinâmica para o autocuidado, relaciona-se com as escolhas do cliente que permitem equilibrar a sua saúde. *“Estas escolhas têm origem em diversas motivações que levam o utente e o prestador de cuidados a aceitar o plano de autocuidado e que incluem as percepções interpessoais em termos de saúde, influências socioculturais, quem exerce controlo, sistemas de apoio, recursos disponíveis e processos de doença”* (Rice, 2004, p. 23).

As estratégias para o autocuidado que o modelo de Rice aponta, *“vão ao encontro da necessidade de cuidados holísticos (por exemplo, que o utente é e deseja ser). Trata-se de um processo dinâmico (...) cujo objectivo é permitir*

alcançar um nível otimizado de saúde. Este estado otimizado de saúde é uma consequência de se ter atingido o melhor nível de funcionamento e é medido através de múltiplos indicadores, que incluem estabilidade fisiológica, harmonia interior, resposta e satisfação do utente em relação aos cuidados e qualidade de vida” (Rice, 2004, p. 23).

O papel do enfermeiro é de facilitador para a autodeterminação do cliente relativamente ao autocuidado, conseguido através de diferentes estratégias, que incluem a formação e apoio, participação espiritual e gestão do caso.

No contexto deste trabalho, a abordagem da autonomia/independência no autocuidado, refere-se à autonomia/independência da pessoa para cuidar de si nas diferentes actividades de vida diárias. Assume-se que a conceptualização de autocuidado, está intimamente ligada com as actividades de vida diárias.

A procura da autonomia/independência para o autocuidado no sentido da optimização de saúde, em contexto domiciliário, não poderá ser alheada da autodeterminação do cliente, da família e da interacção com o meio. Só entrando nesta dinâmica, integrando e respeitando a vontade e as necessidades do cliente e cuidador familiar, é que o enfermeiro de reabilitação consegue efectivar os seus planos de intervenção.

2.2 – Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

O conceito de processo de enfermagem encontra um marco importante a partir de 1973. Nesta data, com a realização da primeira conferência para classificação de diagnósticos de enfermagem, foi elaborada e aprovada a primeira listagem de problemas, reconhecidos na prática, como pertencentes ao domínio independente da profissão. A etapa diagnóstica passa a ser então incluída no processo de enfermagem (Garcia e Nóbrega, 2009).

O processo de enfermagem, é um método de organização dos cuidados de enfermagem, assumindo um significado dinâmico pelo modo como se modifica na prática assistencial e de acordo com os diferentes cenários. Porém, existem parâmetros vinculados, tal como, diagnóstico, intervenção e resultados de enfermagem, que coexistem qualquer que seja o contexto da prática.

Para Garcia e Nóbrega (2009), o processo de enfermagem é dinâmico, em espiral ascendente e recorrente. Auxilia a gerir a informação sobre a cliente, a tomar decisões sobre as acções e intervenções profissionais. Quando é realizado

um diagnóstico de enfermagem, perspectiva-se um resultado a ser alcançado, criando uma dupla obrigação, de intervir e de avaliar a eficácia da intervenção realizada.

O desenvolvimento dos modelos teóricos de enfermagem trazem contributos no sentido de sistematizar o plano assistencial de enfermagem. Como já foi referido anteriormente Dorothea Orem (1993) traz uma conceptualização de autocuidado e de cuidados de enfermagem importante para a enfermagem de reabilitação. De acordo com Marriner (1989), Orem refere que, os enfermeiros são profissionais com capacidades especializadas que permitem proporcionar cuidados que compensam ou ajudam a compensar o défice no autocuidado.

Segundo George et al (2000), o processo de cuidados de enfermagem para Orem é um método de determinação das deficiências de autocuidado e posterior definição dos papéis do cliente e do enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado. De acordo com Cunha et al (2005), Orem descreve, três passos fundamentais no processo de cuidados:

- Diagnóstico e prescrição - Determina as necessidades ou não de cuidados de enfermagem. Nesta fase o enfermeiro recolhe informação sobre o estado de saúde do indivíduo, perspectiva da pessoa quanto à sua situação de saúde (conhecimentos, motivação), metas de saúde dentro do seu contexto de história de vida, autocuidado e capacidade para realizar o autocuidado.
- Planeamento dos sistemas de enfermagem, das metas e das intervenções - O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação, ou seja, selecciona e combina formas de ajuda que compensem o autocuidado.
- Produção e execução do sistema de enfermagem - O enfermeiro pode prestar auxílio ao cliente (ou família) no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritivos de saúde. Este terceiro passo inclui a evolução, onde, juntos, cliente e enfermeiro, realizam a avaliação. A evolução é um processo contínuo, e é fundamental que o enfermeiro e o cliente avaliem quaisquer modificações nos dados que afectam o défice de autocuidado, o agente de autocuidado e o sistema de enfermagem.

O modelo assistencial de enfermagem segue as várias fases, funcionando como mecanismo de retroacção, em que as respostas do cliente relativamente ao autocuidado levam a diagnósticos de enfermagem, que por sua vez suscitam

intervenções cujo resultado tem de ser avaliado e que podem culminar no levantamento de novos diagnósticos.

A enfermagem de reabilitação, sendo uma área de especialização dentro da enfermagem, segue os mesmos princípios norteadores no seu processo assistencial especializado. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação *“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa”* (Regulamento n.º 125/2011, p. 8658).

Na fase diagnóstica do processo de enfermagem de reabilitação e de acordo com Leite e Faro (2005), é realizado exame físico e entrevista ao cliente. O levantamento de dados específicos relacionados com a deficiência física e incapacidade para o autocuidado, nortearão as acções da enfermagem especializada. Durante a entrevista são verificados os hábitos de vida relativos à alimentação, hidratação, eliminação urinária e intestinal, bem como o padrão actual dessas últimas.

Após a identificação dos problemas de saúde do cliente e do planeamento das metas e intervenções, passa-se à intervenção propriamente dita. As Intervenções de enfermagem de reabilitação são um conjunto de actividades estruturadas, que o profissional desenvolve tendo em conta a globalidade, quer da pessoa, quer do contexto (familiar e ambiente físico). Intervenções de enfermagem são um *“tratamento, baseado em julgamento clínico e conhecimentos, que o enfermeiro executa para melhorar os resultados a serem alcançados pelos pacientes”* (Andrade, 2007, p. 104).

No seu modelo assistencial, a enfermagem de reabilitação toma como alvo dos seus cuidados o cliente e o cuidador familiar. O enfermeiro de reabilitação *“(…) demonstra um interesse e empenho particular, no processo de cuidados, de modo a tornar a pessoa dependente/cuidador familiar, o verdadeiro centro do processo de reabilitação (...)”* Santos et al (2009, p. 16).

Mais do que em qualquer outro contexto, no domicílio, o cuidador familiar não pode ser negligenciado pelo enfermeiro de reabilitação, sendo as intervenções promotoras da autonomia/independência no autocuidado, direccionadas tanto para o cliente, como para o cuidador. No domicílio, o cuidador familiar é que assume muitas das intervenções que se situam no sistema completamente compensatório e/ou parcialmente compensatório para o autocuidado da pessoa dependente.

Mesmo no sistema de apoio e educação o cuidador familiar, apresenta-se como parceiro dos cuidados, sendo através dele que o enfermeiro consegue muitas vezes aproximar-se do cliente. Como referem Leite e Faro (2005), o cliente é o elemento chave da equipa de reabilitação, quem determina os resultados finais do processo. A família é incorporada na equipa, sendo reconhecida como um sistema dinâmico, que participa como um apoio contínuo, na solução de problemas e aprende a realizar os cuidados contínuos necessários.

No contexto deste trabalho, importa compreender e refletir sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação na procura da máxima autonomia e independência possível para o autocuidado no domicílio. Shi (2008), refere que, numa abordagem de cuidados continuados em clientes com patologias crónicas, existem três domínios que influenciam o modelo de acção. O cognitivo, as respostas fisiológicas e o domínio emocional/espiritual. Da reflexão deste modelo com a experiência prática emerge o diagrama representado na figura 3. Considera-se que a intervenção do enfermeiro de reabilitação, na componente cognitiva, situa-se no domínio dos processos de ensino-aprendizagem, tanto do cliente como do cuidador familiar. A componente das respostas fisiológicas, situa-se no domínio dos processos corporais e a componente emocional/ espiritual, enquadra-se no domínio do comportamento emocional.

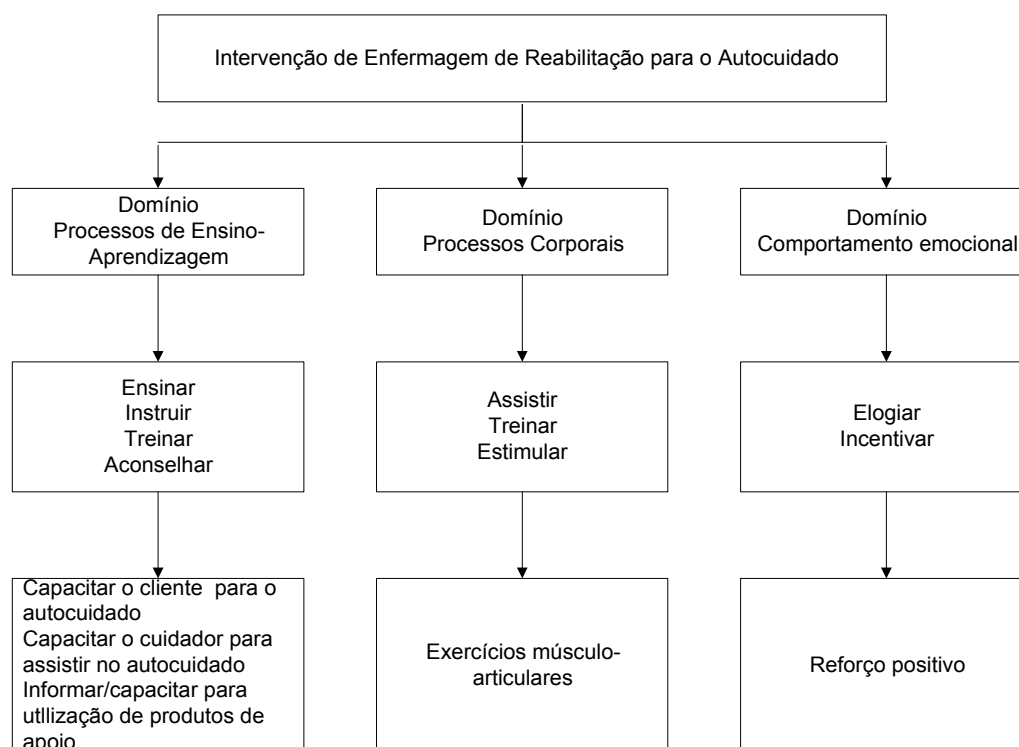


Figura 3 – Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

A intervenção no domínio dos processos de ensino-aprendizagem, recorrem a intervenções do tipo, ensinar, instruir, treinar e aconselhar, tomando com alvo quer o cliente, quer o cuidador familiar. Enquadram-se no âmbito da capacitação do cliente para o desempenho do autocuidado; capacitação do cuidador familiar para assistir a pessoa dependente no autocuidado; informar e habilitar cliente e cuidador familiar na utilização de produtos de apoio.

- *“Aconselhar- Capacitar alguém para tomar a sua própria decisão através do diálogo;*
- *Ensinar- Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde;*
- *Instruir- Fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa;*
- *Treinar- Desenvolver as capacidades de alguém ou funcionamento de alguma coisa* “ (CIPE, 2011, p. 95-97;100).

O processo ensino-aprendizagem decorre de forma sistematizado e compreende três fases: ensino/instrução e treino. A aquisição de competências, passa primeiro pelo ensino, este enquadra-se “ *numa lógica de transferência de conhecimentos e capacidades*” (Petronilho, 2007 p. 76), tratando-se de uma transmissão de informação teórica mais centrada no domínio cognitivo. O segundo momento, a instrução, centra-se mais na explicação e demonstração de técnicas, comportando-se o enfermeiro como modelo do cuidado. Na terceira fase, treinar, o cliente ou cuidador familiar, executa a tarefa e o enfermeiro passa a fazer a supervisão, esclarecendo dúvidas e fazendo pequenas correcções, se necessário. Muitas vezes na prática estas três fases são de difícil dissociação, e são trabalhadas em conjunto.

A Ordem dos Enfermeiros na *definição de* competências específicas do enfermeiro de reabilitação, refere que “*a elaboração e implementação de programas de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida*” (OE, 2010 p.4), é uma das intervenções dos enfermeiros de reabilitação. O enfermeiro de reabilitação têm a competência de “*ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar quer os utentes nas actividades de vida diárias, para níveis máximos de interdependência, quer os respectivos cuidadores familiares no processo de reabilitação, promovendo o autocuidado*” (Santos et al, 2009, p. 19).

Uma das formas de promover a autonomia/independência no autocuidado é o recurso a estratégias adaptativas, ou seja, o enfermeiro em conjunto com o cliente, encontra formas adequadas quer ao contexto habitacional quer a situação funcional

do mesmo, no sentido de vencer as incapacidades, e/ou minimizar as desvantagens que lhe estão associadas. Num estudo sobre autocuidado em clientes com hemiplegia, Melo (2010), mostra que o ensino de estratégias adaptativas e treino de capacidades do cliente, para o autocuidado, se transformam em ganhos em independência e autonomia. No plano de enfermagem de reabilitação podem estar descritas intervenções tais como, *“Instruir/Treinar o indivíduo sobre estratégias adaptativas para o autocuidado higiene, vestuário e uso de sanitário”* (Lourenço e Mendes, 2010, p.56).

Para além das estratégias adaptativas, existem técnicas específicas de capacitação para o autocuidado, que são do domínio específico do enfermeiro de reabilitação. Actividades como a marcha, subir/descer escadas e a transferência, implicam muitas vezes um treino específico e adaptado. Exemplos disso são os clientes submetidos a cirurgias ortopédicas (colocação de prótese da anca ou joelho). Nestes casos, o treino da transferência ou marcha tem particularidades relacionadas com o auxiliar de marcha que o cliente pode utilizar, com limitações funcionais relacionadas com a própria intervenção cirúrgica, levando à restrição de alguns movimentos e/ou da carga que pode efectuar no membro operado, ou até mesmo, as características arquitectónicas da habitação. Filipe et al (2007), corroboram, ao referir a especificidade destas técnicas num trabalho sobre cuidados de enfermagem a clientes submetidos a prótese total da anca.

Como já foi referido anteriormente, o alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação não é só o cliente mas também o cuidador familiar. Neste sentido actividades de capacitação do cuidador familiar para assistir no autocuidado assumem particular relevância no contexto domiciliário. Torna-se necessário negociar os cuidados com o cliente mas também com o cuidador familiar, tendo em conta que a *“substituição é apenas desejável a partir do momento em que existe uma incapacidade total para o desempenho de determinada função”* (Sequeira, 2010 p. 181). Pretende-se que o cuidador familiar substitua o cliente apenas no que ele não for capaz de fazer. De forma geral parece existir uma tendência natural para substituir o cliente dependente na execução de determinadas actividades. Os argumentos apontam para razões de ordem prática, porque se faz mais rápido ou porque não se tem a real noção das potencialidades da pessoa dependente.

A negociação dos cuidados pode ser mais complexa ao nível domiciliário, porque nele, quem detém o poder é o cliente e a família, mas é essencial para que as intervenções de enfermagem sejam aceites e bem sucedidas. Os cuidados de enfermagem devem ter como principio, ser *“adaptados aos valores culturais e*

práticas de vida do utente e família (...) participação do cliente e cuidador são aspectos reconhecidos como fundamentais” (Duarte, 2007 p.13).

Exemplificando, para tornar o cliente mais autónomo no autocuidado higiene, o enfermeiro tem de negociar, não só com o cliente, mas também com o cuidador familiar que o ajuda nesta tarefa diária. Não incluir o cuidador familiar nos cuidados pode ditar o insucesso do programa de reabilitação.

Aconselhar e capacitar o cliente e cuidador familiar sobre a utilização de produtos de apoio, emerge como uma intervenção no uso das competências do enfermeiro de reabilitação. Este, realiza *“treinos específicos de AVD’S, utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação (...). Ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa” (OE, 2010, p.4).*

Os produtos de apoio são recursos facilitadores da autonomia/independência nos diferentes domínios do autocuidado, pelo que, a sua prescrição e capacitação para o seu uso, deve fazer parte do plano de intervenção do enfermeiro de reabilitação. Este profissional assume a responsabilidade de *“informar/advogar/instruir/treinar o uso de equipamento adaptativo para a transferência, vestuário, higiene, uso de sanitário e alimentação” (Lourenço e Mendes, 2010, p.56/57).* Um auxiliar de marcha ou um talher adaptado, pode ser de extrema importância e fazer toda a diferença para vencer a dependência. Tendo o enfermeiro de reabilitação, um conhecimento mais profundo sobre a capacidade funcional do cliente, torna-se um profissional habilitado a advogar e a ensinar sobre a utilização destes equipamentos.

Outro dos domínios de intervenção do enfermeiro de reabilitação relaciona-se com os processos corporais. A mobilidade em geral, bem como, as sinergias músculo-articulares interferem na capacidade funcional para o desempenho das actividades de autocuidado e têm uma relação significativa com o grau de dependência. No sentido de potenciar as capacidades físicas do cliente o enfermeiro de reabilitação elabora planos de intervenção em que estão contemplados exercícios de coordenação motora, treino de equilíbrio, motricidade fina e fortalecimento muscular. Neste domínio inserem-se intervenções do tipo assistir, treinar e estimular, conceptualmente definidas como:

- *“Assistir -Fazer parte do trabalho com ou para alguém.*
- *Treinar - Desenvolver as capacidades de alguém ou funcionamento de alguma coisa.*
- *Estimular- Incitar ou despertar alguma coisa” (CIPE, 2011, p. 95;97;100).*

Petronilho et al (2010), identifica quatro factores importantes, que ao nível das alterações dos processos corporais, são determinantes para a perda de autonomia do cliente:

- *“A perda da capacidade para realizar movimentos articulares finos (com enfoque nos dedos da mão);*
 - *Perda de força muscular no geral (grupos musculares mais fortes: membros superiores, inferiores e tronco);*
 - *A perda de equilíbrio;*
 - *Perda da capacidade na coordenação dos movimentos”*
- (Petronilho et al 2010, p. 47).

A melhoria da motricidade fina, tem repercussões directas em alguns autocuidados nomeadamente, no arranjo pessoal e no vestuário. Petronilho et al (2010), referem que uma maior destreza para realizar movimentos finos, pode ser determinante no desempenho de actividades inerentes ao autocuidado. O arranjo pessoal e o vestuário têm particularidades que exigem a execução de movimentos finos, são exemplo disso, actividade tais como, colocar maquilhagem, desfazer a barba, cuidar das unhas, abotoar botões ou apertar cordões.

A capacidade funcional para o autocuidado relaciona-se com a funcionalidade do sistema músculo-articular (amplitude articular e força muscular). Executar programas de exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e/ou inferiores (trícepetes e quadricípedes) *contribuem para a promoção da autonomia, por exemplo, no transferir-se. “Para executar a actividade de transferência é indispensável o envolvimento dos extensores do cotovelo para realizar “push-up” e sustentação do peso do corpo”* (Lourenço e Mendes, 2010, p. 56). Outro dos autocuidados que beneficia directamente do programa de fortalecimento muscular é a marcha. Para melhorar o desempenho na marcha é essencial *“ executar exercícios de contracção muscular (...) potenciar a força muscular dos músculos da coxa (...) membros superiores e tronco ”* (Lourenço e Mendes, 2010, p. 58).

A autonomia/independência para o autocuidado, é potenciada pela execução de exercícios músculo-articulares que, para além da força, melhorem a amplitude articular. Torna-se importante diminuir as implicações inerentes à imobilidade dos músculos e manter a mobilidade articular, evitando contracturas e mantendo a elasticidade muscular. Lourenço e Mendes (2010), referem que, por exemplo, a

extensão/flexão do cotovelo é a acção motora mais solicitada no autocuidado vestir/despir, pelo que, importa manter mobilidade desta articulação.

O equilíbrio corporal, a coordenação motora e as alterações posturais, são outros dos aspectos importantes a intervir. Actividades como andar, transferir, uso de sanitário, levantar da cama ou mesmo alimentar-se, podem tornar-se de difícil execução. Berg *et al* (1989), corroboram esta ideia e fazem a avaliação do equilíbrio corporal estático e dinâmico em situações envolvendo várias actividades do quotidiano tais como: alcançar, girar, transferir-se, permanecer em pé e levantar-se. Índices baixos na escala de Berg são geralmente aceites como indicativos de comprometimento no equilíbrio e indicadores que a pessoa necessita de ajuda/supervisão para a execução de determinadas tarefas. Salter *et al* (2005) e Soares *et al* (2005), consideram o equilíbrio corporal um aspecto importante na reabilitação, nomeadamente em clientes com AVC.

Mahoney e Barthel (1965), exemplificam que um cliente precisa de ajuda para o uso de sanitário pode ter desequilíbrio para aprontar o vestuário ou uso do papel higiénico. Melhorar o equilíbrio corporal através de técnicas de treino de equilíbrio e correcção postural frente ao espelho, são intervenções referidas por Lourenço e Mendes (2010), para potenciar a autonomia no autocuidado, tais como, a transferência e marcha.

A promoção da autonomia/independência para o autocuidado alimentar-se, pode assumir alguns aspectos importantes nomeadamente em clientes com patologia cerebrovascular que apresentem alterações da musculatura da cavidade oral e face, que interfiram com alguma fase da alimentação desde manipulação de alimentos na boca até à deglutição. Executar exercícios para *“melhorar o controlo do bolo; estimular o reflexo de deglutição; fortalecer a adução das cordas e treino de exercícios de fortalecimento dos músculos faciais em frente ao espelho”* (Lourenço e Mendes, 2010 p.57/58), são intervenções aconselhadas para estimular o autocuidado alimentar-se.

As intervenções para o controlo da eliminação, assume uma abordagem ampla. Vai desde a execução de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, ao ensino de estratégias e técnicas específicas de estimulação da eliminação, ensino sobre autocontrolo e ingestão hídrica ou mesmo aconselhamento sobre material adaptativo. Dentro dos exercícios de fortalecimento muscular, os de reabilitação da musculatura pélvica podem ser determinantes para a recuperação da autonomia/independência na eliminação. Branco (2009), refere que o fortalecimento da musculatura pélvica pode ser uma estratégia de intervenção no tratamento da incontinência urinária nomeadamente nas incontinências urinárias de esforço. É

baseado em movimentos voluntários repetidos que fortalecem os elementos de sustentação dos órgãos pélvicos e melhoram a resistência uretral.

Outras das estratégias referidas por Branco (2009), no sentido de recuperação do controle vesical, refere-se à terapêutica comportamental. Através de técnicas de reeducação perineal, que envolvem alterações de hábitos, micções e ingestão hídrica. O cateterismo vesical intermitente, também pode ser uma forma de reeducação vesical ou como técnica de resolução da retenção urinária. O objectivo da cateterização intermitente é *“solucionar problemas funcionais agudos ou crónicos da bexiga, como por exemplo, da bexiga neurogénica”* (Mendes et al, 2006, p. 39).

Fazem parte do plano de intervenção dos enfermeiros de reabilitação, no sentido de promover a eliminação vesical e intestinal adequada, intervenções tais como: *“gerir a utilização do cateter vesical; promover a ingestão hídrica; avaliar o intervalo das micções; estimular o utente a urinar (estímulos verbais e percussão suprapúbica); (...) utilização de supositórios de glicerina, emolientes, (...); Executar estimulação da ampola rectal, executar massagem abdominal”* (Lourenço e Mendes, 2010, p. 55).

O comportamento emocional, aparece também como domínio de intervenção do enfermeiro de reabilitação. O comportamento emocional enquanto impulso interno/sentimento que leva à iniciativa e à acção (Wikipédia, 2011), necessita de incentivo e motivação, ou seja, de reforço positivo. Neste domínio inscrevem-se intervenções do tipo incentivar e elogiar, definidas como:

- *“Incentivar - Levar alguém a actuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma actividade.*
- *Elogiar - Expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa”* (CIPE, 2011, p. 96-97).

Envolver o cliente, motivá-lo para intervir activamente nas tarefas e elogiar a aprendizagem de capacidades, é fundamental para promover a autonomia no autocuidado. Torna-se essencial *“efectuar reforços positivos e estimular a participação em actividades, de acordo com as capacidades da pessoa”* (Sequeira, 2010, p. 146). Burton e Gibbon (2005), acrescentam que as intervenções de reabilitação são complexas e devem ser fundamentadas em relações motivacionais entre o enfermeiro, o cliente e cuidador familiar.

O processo de reabilitação impõe envolvimento, respeito, interesse e empenho por parte da equipa de saúde, do cliente e cuidador familiar. Focar os aspectos

positivos, lembrar as conquistas alcançadas, apoiar as tomas de decisão, funciona como *feedback* positivo, traz alento e motivação para continuar. Intervenções como *"incentivar ao autocuidado e oferecer reforço positivo quando existem progressos"* melhoram o interesse e a auto-estima do utente" (Lourenço e Mendes, 2010 p. 56).

Em síntese, as intervenções de enfermagem de reabilitação desenham-se na dinâmica do processo de enfermagem e surgem como forma de ajudar na resolução dos problemas de saúde do cliente e família. Focalizam-se nas alterações percebidas relativamente ao autocuidado e objectivam alcançar os níveis máximos de autonomia e independência no mesmo. As intervenções de enfermagem de reabilitação assumem como beneficiário tanto o cliente como o cuidador familiar e situam-se essencialmente nos domínios dos processos de ensino-aprendizagem, dos processos corporais e no domínio do comportamento emocional. Incluem intervenções de ensino/instrução/treino e motivação para o autocuidado, exercícios músculo-articulares e aconselhamento e capacitação para a utilização de produtos de apoio.

2.3 – O Domicílio como Local de Assistência

A assistência de enfermagem de reabilitação desenvolve-se em vários locais, desde as unidades hospitalares, aos centro de reabilitação ou mesmo no domicílio do cliente. Face à reestruturação dos cuidados de saúde, o domicílio aparece cada vez mais como local de assistência de enfermagem de reabilitação. De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007), o domicílio é a residência oficial (permanente ou temporária) do cliente/família e/ou cuidador.

O cuidado no domicílio, refere-se a um conjunto de intervenções *"prestados ao utente no seu próprio ambiente por diversos problemas de saúde, utilizando uma abordagem multidisciplinar que envolve o utente, a família e os prestadores de cuidados, transferindo aptidões para maximizar aquilo que as pessoas podem fazer por si próprias, mas proporcionando aconselhamento, monitorização e apoio ao cliente e prestadores de cuidados"* (CIPE 2, 2011 p. 139).

A Ordem dos Enfermeiros (2010), no exercício das suas competências aponta que o enfermeiro especialista em reabilitação presta cuidados a pessoas e famílias com necessidades especiais no domicílio. Acrescenta que é da competência do enfermeiro de reabilitação identificar barreiras arquitectónicas e elaborar propostas de eliminação das mesmas; promover a máxima independência nas AVD's e

acrescentar qualidade de vida, no sentido da capacitação e *empowerment*, quer do cliente, quer dos seus cuidadores; criar e gerir bolsas de produtos de apoio, envolvendo os recursos da comunidade.

Para Martins (2002), é nos cuidados domiciliários que o sistema de suporte e de educação é mais desenvolvido, a intervenção do enfermeiro visa ajudar a ultrapassar as limitações, de modo que o cliente se responsabilize, tanto quanto possível, pelo seu autocuidado. Os profissionais que actuam no domicílio têm situação privilegiada, pois, para além de saber a forma como cuidar deles, podem ajustar os meios disponíveis e já conhecidos do cliente às suas novas necessidades, aumentando a sua compreensão e dos seus familiares.

O enfermeiro que desenvolve a sua intervenção no contexto domiciliário, compreenderá bem a missão da reabilitação, à luz do que defende Hesbeen (2003), ao referir que reabilitar é atribuir mais importância ao cliente que à doença, sendo a reeducação funcional apenas um ramo da reabilitação.

No contexto domiciliário a enfermagem de reabilitação pode ser percebida como um modelo assistencial. O enfermeiro de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde resultantes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa advinda de situações de deficiência/incapacidade e/ou doença, tendo em conta o meio onde o cliente se insere, bem como a sua articulação com o mesmo.

A enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário, designa então um conjunto de actividades desenvolvidas pelos profissionais especialistas na área da enfermagem de reabilitação e no seio que uma intervenção interdisciplinar, no espaço habitacional e relacional do cliente e família, com o objectivo de vencer as desvantagens trazidas pela deficiência e ou incapacidade, trabalham no sentido da promoção da autonomia e independência do cliente e reintegração social.

O domicílio enquanto local de assistência de enfermagem de reabilitação, é percebido como algo que vai para além do espaço físico da habitação, está associado a interacção e a percepção que o cliente e cuidador familiar têm do mesmo.

3 – Autonomia/Independência no autocuidado

O termo autonomia, vem do grego *autos* que significa “a si mesmo” + *nomos* que significa “lei, ordem”. Uma pessoa com autonomia é alguém que decide,

determina ele mesmo, a lei e a ordem para cada circunstância. Ser autónomo, é ser capaz de tomar as próprias decisões em cada situação da vida. Galhardo (2008), refere que a possibilidade de escolha é o alicerce da autonomia. Se existe uma única opção, não existe possibilidade de exercício da autonomia. Têm de existir alternativas de acção.

A autonomia, segundo WHO (2002), refere-se à habilidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências. Autonomia refere-se à “*capacidade de cada um para cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas acções*” (Sequeira, 2010, p. 4). As várias conceptualizações de autonomia vão de encontro à oportunidade que é dada à pessoa para decidir sobre a sua vida. No que concerne à autonomia para o autocuidado, esta relaciona-se com a competência para decidir sobre uma determinada actividade de vida, “*capacidade da pessoa para gerir a sua própria vida*” (Sequeira, 2010 p.5). Esta conceptualização leva para o campo da capacidade de autocontrolo, e o do, “estar orientado”.

A independência e autonomia não são de todo sinónimos, embora apareçam muitas vezes associadas. Segundo WHO (2002), a independência é a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, isto é, a capacidade de viver com independência na comunidade sem ajuda.

O conceito de independência, aparece como forma de tentar medir o grau de dificuldade que uma pessoa tem em realizar as actividades quotidianas. A “*independência está relacionada com a capacidade de desempenho de actividades de vida diárias e de autocuidado*” (Sequeira, 2010 p. 5). Pode então dizer-se que uma pessoa dependente necessita de ajuda de terceiros para satisfazer as suas necessidades de autocuidado e/ou interagir com o meio. Esta pode estar associada a uma limitação física, psíquica ou intelectual.

Embora a dependência não signifique alteração do estado cognitivo ou emocional, numa pessoa em que surjam alterações destas dimensões, é provável que apareçam alterações na dependência. No entanto uma situação de dependência física, não implica perda de autonomia, podendo a pessoa continuar a tomar decisões sobre a sua própria vida, apesar das limitações físicas. A pessoa que não é capaz de decidir (autónoma), e/ou não é capaz de realizar (independente), necessita de apoio e orientação de terceiros para a consecução do autocuidado.

A evolução no sentido da autonomia/independência para o autocuidado, é considerada um ganho em saúde ao nível individual para o cliente. O conceito de

ganhos em saúde, de acordo com Ministério da Saúde (2002), tende a ser adoptada como enunciado positivo de melhorar o nível de saúde de uma pessoa e/ou população. Pode traduzir-se de diferentes formas: ganhos em anos de vida; redução de episódios de doença; diminuição das situações de incapacidade e aumento da funcionalidade física e psicossocial; redução do sofrimento e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

Araújo (2008), refere que na perspectiva dos enfermeiros o conceito de ganhos em saúde relaciona-se com dois factores, os ganhos económicos (menor custo) e ganhos de resultado (qualidade de vida, diminuição dos reinternamentos, autonomia individual, regressão da doença, aquisição de conhecimentos). Ganhos em saúde ao nível do indivíduo, associam-se a evolução no sentido de maior autonomia e independência da pessoa. Faz sentido dizer que uma pessoa mais autónoma e independente no autocuidado apresenta uma ganho em saúde a nível do resultado individual.

O papel da enfermagem consiste em avaliar as respostas do indivíduo e ajudá-lo a recuperar a saúde. Araújo (2008), refere que os contributos das acções de enfermagem para os ganhos em saúde centram-se na pessoa, na família e nos aspectos profissionais. Os contributos profissionais passam pelo reconhecimento e visibilidade das suas acções autónomas direccionadas para a pessoa, família e comunidade. A contribuição da intervenção da enfermagem para a família, relaciona-se para adaptação a novas situações, independência do cuidador familiar e parceria com a família. Os contributos ao nível da pessoa, centram-se no aumento da autonomia, aprendizagem em saúde, diminuição de reinternamentos, adaptação, treino de capacidades e reabilitação.

De acordo com Araújo (2008), uma das estratégias para medir os ganhos em saúde é a utilização de dados quantitativos, nomeadamente de indicadores. A quantificação dos resultados das intervenções de enfermagem permite dar visibilidade aos cuidados de enfermagem. *“A monitorização, a avaliação e a promoção dos cuidados de enfermagem exige a definição de indicadores, estes podem ser entendidos como ferramentas operacionais para medir o desempenho e carácter o estado de saúde das populações. A definição de indicadores alicerça-se, sob o ponto de vista clínico, num conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, sendo por isso capazes de reflectir o contributo específico do exercício profissional dos enfermeiros (...) materializando os resultados”* (Nunes, 2011, p.94). Um indicador de ganhos em saúde é uma ferramenta de avaliação, medida quantitativa que pode ser usada para ilustrar e comunicar um conjunto de resultados dos cuidados de enfermagem. Mostram as

tendências e progressos ao longo do tempo, fornecem pistas e tornam perceptível uma tendência ou um fenómeno.

Assiste-se a uma crescente ênfase na clarificação de indicadores de resultado, ou seja, de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, mesmo no contexto dos cuidados especializados. Numa análise dos indicadores de desempenho das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que constam do documento da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, observa-se que um dos indicadores refere-se a evolução da autonomia física dos clientes, relacionando-se este, directamente com o progresso da autonomia/independência no autocuidado. A este indicador, associa-se os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados dos enfermeiros de reabilitação. Este indicador exprime a *"efectividade dos cuidados de enfermagem/reabilitação no ganho de autonomia física"* (MCSP, 2010,p.30).

A autonomia e a independência no autocuidado são conceitos que se inscrevem no domínio da auto-regulação, da capacidade de decisão e na habilidade para desempenhar as tarefas relacionadas com actividades quotidianas. Os ganhos em saúde ao nível do indivíduo podem centrar-se na evolução da autonomia/independência no autocuidado, face à intervenção do enfermeiro de reabilitação. A forma de avaliar os ganhos em saúde, pode ser através de indicadores de resultado. Estes avaliam a resposta da pessoa, mostrando a evolução da autonomia/independência face ao autocuidado, tornando assim visíveis os resultados da intervenção da enfermagem. Para a monitorização da evolução da autonomia/independência no autocuidado recorre-se a instrumentos/escalas de avaliação que se passa a explorar no capítulo seguinte.

4 – Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação são recursos que permitem medir determinado constructo de forma mais objectiva e sistemática, *úteis até para avaliar aspectos mais subjectivos*. As escalas de avaliação de resultado, consideram-se instrumentos importantes para os profissionais de saúde, uma vez que possibilitam avaliar a eficácia de uma intervenção. Menezes (2010), refere que avaliar em saúde é considerado essencial para uma boa prática, permite conhecer melhor o estado dos clientes e monitorizar a sua evolução, face à eficácia das intervenções da enfermagem de reabilitação e é considerado essencial para uma boa prática. Van

der Putten et al. cit por Salter (2005), refere que, medir os resultados dos cuidados de saúde é componente central para determinar a eficácia terapêutica e, por conseguinte, a prestação baseada em evidências de saúde.

A avaliação de níveis/estados de autonomia/independência face ao autocuidado é realizado com recurso a instrumentos que avaliam a capacidade funcional para desempenhar as actividades de vida diária. Assim, entende-se como avaliação funcional, *“a designação dada para uma função específica, a capacidade de se autocuidar e atender as necessidades básicas diárias, ou seja, as actividades da vida diária”* (Diogo, 2000 p.76).

De acordo com Costa e Monego (2003), Motti (2007), Duarte (2007), Alves et al (2008), Netto (2008) e Begate et al (2009), a capacidade funcional, relaciona-se com a capacidade da pessoa para executar actividades que lhe permitem cuidar de si próprio e viver independentemente no seu meio. Refere-se ao grau de preservação da habilidade em executar, de forma autónoma e independente, as actividades básicas e instrumentais de vida, podendo ser medida através de escalas de dificuldade e dependência em geral. As actividades de vida diárias, as actividades instrumentais de vida e a mobilidade são as mais frequentes formas utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo.

Fonseca e Rizzotto (2008), referem que já em 1963, Katz desenvolveu um conceito de Actividades Básicas de Vida (AVD`s), entendidas como o conjunto de actividades essenciais, destinadas ao autocuidado e que se realizam no ambiente da residência. Incluem-se no autocuidado, actividades como, tomar banho, vestir, locomover, alimentar, pentear, controlo de esfíncteres, usar o sanitário, escovar os dentes, tirar e colocar próteses, entre outras. Os parâmetros contidos nas AVD`S ajudam a avaliar o grau de dependência, sendo um factor essencial do autocuidado.

Efectuou-se uma revisão da literatura, sobre instrumentos de medida, limitada ao período de 2005 a 2010, nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, em publicações em Inglês, Português e Espanhol, com os descritores, evaluation and rehabilitation; home care nursing; continuity of care in the community; rehabilitation nursing and evaluation; activities index and rehabilitation; rehabilitation nursing and community; activities of living scale e self-care and nursing. Na análise dos estudos de revisão sobre os instrumentos de avaliação em uso, verificou-se que, os estudos referem-se essencialmente a instrumentos utilizados com amostras de pessoas idosas e/ou, a pessoas com AVC, como se observa no quadro 1.

Autores (ano)	Local	Estudos	Instrumentos de avaliação
Paixão e Reichenheim (2005)	Brasil	Estudo de revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Neste estudo seleccionaram sete instrumentos para mensurar a capacidade de realizar actividades básicas da vida diária	PULSES ; BARTHEL Index ;KATZ Index ;KENNY Self-Care Evaluation PSMS- Physical Self-Maintenance Scale (Lawton e Brody);FSRS- Functional Status Rating System (Forer) ; MOS-Medical Outcomes Study (Physical Functioning Measure - Stewart e Kamberg)
Salter et al (2005)	Londres	Estudo de revisão sobre medidas de resultado utilizadas na reabilitação da pessoa com AVC	Barthel Index; Berg Balance Scale; Chedoke McMaster Stroke Assessment Scale; Functional Independence Measure (FIM); Frenchay Activities Index; Modified Rankin Handicap Scale; Rivermead Motor Assessment ; Rivermead Mobility Index; Timed-Up-and-Go (TUG). MAS (Motor Assessment Scale)
Motti (2007)	Brasil	Estudo de revisão sobre instrumentos de avaliação para reabilitação e avaliação da capacidade funcional global	BOMFAQ; Katz ALD Index; Barthel; Lawton; Medida de Independência funcional (MIF); Health Assessment Questionnaire (HAQ).
Schepers et al (2007)	Reino Unido	Estudo de comparação do conteúdo das medidas de resultado funcional na reabilitação do cliente com AVC. O estudo refere os quinze instrumentos mais utilizados	Barthel Index; Berg Balance Scale, Chedoke McMaster Stroke Assessment Scale; Euroqol-5D; Functional Independence Measure (MIF); Frenchay Activities Index ; Nottingham Health Profile; Rankin Scale; Rivermead Motor Assessment; Rivermead Mobility Index; Stroke Adapted Sickness Impact Profile; Medical Outcomes Study Short Form 36; Stroke Impact Scale; Stroke Specific Quality of Life Scale e Timed Up and Go test.
Fonseca e Rizzototo (2008)	Brasil	Estudos de revisão da literatura dos nove instrumentos de avaliação funcional, utilizados na construção do <i>Instrumento para Avaliação Sócio Funcional de Idosos</i> (IASFI)	Escala de Actividades de Vida diária de Katz; Escala de AIVDs de Lawton; a Brazilian OARS Multidimensional Funcional Assesmente Questionare (BOMFAQ); Índice de Barthel; A Medida de Independência Funcional (MIF); Get Up na GO (GUG); A timed Get UP and GO (TGUG); A escala de Equilíbrio Funcional de Berg e a Performance Oriented Mobility Assesmente (POMA).

Quadro 1 - Instrumentos de avaliação: Estudos de revisão

Apesar da diversidade que existe de instrumentos de medida da capacidade funcional, importa fazer uma apreciação sobre alguns. A selecção dos instrumentos prendeu-se essencialmente com três aspectos fundamentais para o contexto deste trabalho. Primeiro que no seu conteúdo apresentam dimensões de avaliação relacionadas com as actividades básicas de vida, ou seja, que melhor se aproximam da mensuração a autonomia/independência no autocuidado. Que fossem instrumentos com aplicabilidade no contexto da reabilitação e por ultimo, com utilização no contexto domiciliário.

Procedeu-se a uma revisão mais aprofundada sobre nove instrumentos. O Índice de Katz, Índice de Barthel, MIF (Medida de Independência Funcional), Pulses Profile, MAS (Motor Assessment Scale), SCIM III (Spinal Cord Independence

Measure), EASY Care, OASIS (Outcome and Assessment Instrument set) e IASFI (Instrumento de avaliação Sócio Funcional em Idosos).

O **Índice de Katz** foi desenvolvido por Sidney Katz em 1963, tornando-se um instrumento de avaliação funcional muito utilizado na literatura gerontológica, tanto a nível nacional quanto internacional. De acordo com Duarte (2007), o Índice de Katz, tem sofrido várias adaptações ao longo dos anos, nomeadamente em 1976 por Katz e Akpome e posteriormente adaptado por Rubenstein et al. em 1984. Em 1998 foi utilizada para avaliar um serviço de geriatria do Estado da Califórnia, EUA, sendo estas alterações realizadas com a anuência do autor.

É um instrumento com longa história de utilização e referido como um instrumento com fiáveis propriedades psicométricas. Wallace e Shelkey (2006), referem que o Índice de Katz apresenta valores óptimos de consistência interna, com valores de *alpha de cronbach* de 0,87 e de 0,94. Avalia de forma global o desempenho da pessoa para as Actividades de Vida Diária, tais como: banho, vestir, ir à casa de banho, transferência, continência (urinária e intestinal) e alimentação. Classifica a pessoa em oito níveis funcionais. Sete que variam de A a G, e um, denominado como “outro”.

O Índice de Katz aparece como um instrumento de grande ajuda na área da reabilitação. Carvalho et al (2007), referem que a sua utilização tem importantes implicações na qualidade de vida dos idosos, uma vez que possibilita acções preventivas, assistenciais e de reabilitação. A sua utilização facilita a avaliação geriátrica e a determinação do perfil do idoso, tornando mais confiável e objectiva a transmissão de informação entre os diversos profissionais de saúde, permitindo acompanhar o progresso da reabilitação.

Encontram-se vários estudos, tais como, Diogo (2000), Wallace e Shelkey (2006), Carvalho et al (2007), Nourhashémi (2009), e Sahebalzamani (2009), com referencia à utilização do Índice de Katz na avaliação do impacto da actividade funcional e nas actividades de vida diária da pessoa idosa. A sua aplicação está associada a programas de reabilitação em diversos contextos, desde o internamento a lares e domicílio.

No contexto Português, embora não tenha sido encontrada validação do Índice de Katz, existem estudos, como por exemplo, Abreu e Ramos (2007), e Quaresma (2008), que referem a sua utilização na avaliação da independência nas actividades de vida diárias.

Relativamente aos pontos fortes e limitações do Índice de Katz, Wallace e Sheley (2006), referem que este avalia as actividades básicas da vida diária. No entanto, não avalia actividades mais avançadas da vida diária. Embora seja

sensível às mudanças no estado de saúde em declínio e muito útil na criação de uma linguagem comum sobre a função do cliente para todos os profissionais envolvidos no planeamento de cuidados globais e planeamento da alta, é limitado na sua capacidade de medir pequenos incrementos de mudança observados na reabilitação de adultos mais velhos.

Esta ideia é corroborada em parte por Costa e Monego (2003), ao referir que o Índice de Katz foi construído com base na premissa de que o declínio funcional e a perda da capacidade para executar as actividades da vida diária nos pacientes idosos, seguem um mesmo padrão de evolução, ou seja, perde-se primeiro a capacidade para tomar banho, a seguir, para se vestir, transferir-se da cadeira para a cama e alimentar-se, o que torna o instrumento por vezes insensível para pequenas alterações.

O **Índice de Barthel** foi publicado por Mahoney e Barthel em 1965, originalmente foi concedido como simples índice de Independência, para quantificar a capacidade de um cliente com patologia neuromuscular ou músculo-esquelética, cuidar de si mesmo. Salter et al (2005), e Gleichgerrcht et al (2009), consideram-no como a medida mais amplamente usada para avaliar o desempenho funcional.

Composto por dez actividades de vida diária, relacionadas com cuidados pessoais e com a mobilidade (comer, higiene pessoal, uso de sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas). Salter et al (2005), e Araújo et al (2007), acrescentam que o Índice de Barthel é “administrado” através da observação directa e cada actividade é avaliada pela independência/dependência.

O Índice de Barthel tem sido amplamente utilizado em vários contextos, desde o hospital ao domicílio, a unidades de reabilitação, com o objectivo de monitorizar a (in)dependência dos clientes na realização das actividades de vida diárias. Neste uso alargado do instrumento, têm sido desenvolvidas algumas versões que se distinguem da original, por aumentarem ou diminuírem as actividades avaliadas ou ainda, por alterarem o sistema de pontuação. Paixão e Reichenheim (2005), confirmaram que o Índice de Barthel possui resultados de fidelidade e validade consistentes mesmo em contexto comunitário.

Um estudo realizado em Portugal para validação do Índice de Barthel, numa amostra de idosos não institucionalizados, realizado por Araújo et al (2007), mostra que as propriedades psicométricas (*alpha de cronbach* de 0,96, apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$), revelam-no como um instrumento fiável, que facilmente constitui uma estratégia de avaliação

do grau de autonomia das pessoas idosas, nomeadamente no contexto comunitário.

Relativamente às limitações do Índice de Barthel, Burton e Gibbon (2005), num estudo realizado sobre o acompanhamento a clientes com AVC após alta hospitalar, por enfermeiros especialistas de reabilitação, referem que, embora os instrumentos de avaliação como o Índice de Barthel estejam bem estabelecidos na investigação de estudos de reabilitação e cubram uma grande gama de domínios, poderão ser insensíveis a mudanças mais subtis.

Uma das críticas apontadas ao Índice de Barthel, é sem dúvida a sua insensibilidade em relação a pequenas mudanças e a sua falta de abrangência, que reflecte o efeito tecto/chão do instrumento. Esta ideia é corroborada por Salter et al (2005), ao referir que, num estudo com clientes em recuperação de derrame cerebral ou AVC isquémico transitório, o Índice de Barthel obteve pontuação igual a 100, havendo porém défice no estado de saúde, o que sugere que o Índice de Barthel não é suficientemente sensível para se modificar em clientes com pequenos prejuízos. Ainda Salter et al (2005), acrescentam que a tendência para a dicotomização da escala, reduz a informação, podendo limitar a capacidade do instrumento para detectar uma mudança significativa na deficiência, reduzindo também o poder estatístico.

A **Functional Independence Measure (FIM)** denominada em português por **Medida de Independência Funcional (MIF)**, foi desenvolvida em 1983 por Granger e seus colaboradores, apoiados pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação. Estes, reuniram um conjunto de dados para mensuração da incapacidade e conseqüente avaliação dos resultados de programas de reabilitação. O seu objectivo foi *“criar um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas”* (Riberto et al, 2001, p. 46).

Apesar de ter ampla utilização em contexto domiciliário, não foram encontrados dados sobre a validade do instrumento para português, excepto português do Brasil. Num estudo levado a cabo por Riberto et al (2001), para tradução e reprodutividade da MIF, os autores concluem que a versão Brasileira da MIF tem boa equivalência cultural e boa reprodutibilidade, apresentando uma boa confiabilidade para o score total da MIF. No teste da reprodutividade (teste/reteste) apresentou valores de correlação de 0,97.

A MIF é um instrumento de avaliação com significativa referência, na monitorização das actividades de vida diária. Tem aplicabilidade em clientes de todas as idades e diagnósticos, tendo sido amplamente adoptada por serviços de

reabilitação. Neves et al (2007), refere que a MIF faz parte do Sistema Uniforme de Dados para Reabilitação Médica (SUDRM) e é amplamente utilizada e aceite como medida de avaliação funcional internacionalmente. Rosa (2008), corrobora com esta ideia, ao afirmar que a MIF tem sido recomendado pela “Agency for Health Care Policy and Research Post Stroke Rehabilitation” como medida de participação em AVD’s após o AVC.

De acordo com diversos autores, tais como, Riberto et al (2001), Salter et al (2005), Ricci, Kubota e Cordeiro (2005), Kiefer e Emery (2006), Chamlian e Melo (2008), Barbeta e Assis (2008) e Law et al (2009), a MIF avalia quer a capacidade física, quer a cognitiva da pessoa. É composta por dezoito itens que avaliam seis áreas de função (autocuidados, controlo de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição). Estes dezoito itens dividem-se em dois tipos de domínios: físico e cognitivo. Os treze itens que avaliam o domínio físico são baseados naqueles que se encontram no índice de Barthel (autocuidado, transferências, locomoção e controle esfinteriano). Os cinco itens cognitivos avaliam a comunicação (compreensão e expressão), cognição social (integração social, solução de problemas) e memória.

Com base na distinção acima referida, a MIF assume a designação de Motor e MIF cognitivo. Cada dimensão do MIF é analisada pela soma das suas categorias referentes. Quanto menor a pontuação, maior é o grau de dependência. Somando-se os pontos das dimensões da MIF obtém-se um *score* total mínimo de 18 e um máximo de 126 pontos. Este instrumento é considerado um instrumento confiável e sensível às mudanças relacionadas às habilidades de autocuidado e locomoção.

A **PULSES Profile**, constitui outra das medidas válidas no contexto da reabilitação. Tem utilização para monitorizar clientes com base no seu desempenho funcional, em diferentes perspectivas. Numa perspectiva tanto de diagnóstico como de evolução, com base nos progressos obtidos na reabilitação e numa perspectiva de previsão do potencial de reabilitação do cliente. De acordo com Marshall, Heisel e Grinnell, (1999), a Perfil PULSES original foi desenvolvido em 1957 por Moskowitz e McCann e posteriormente revista por Granger Colleagues. No estudo de validade da Perfil PULSES, realizado por Marshall, Heisel e Grinnell (1999), refere que o instrumento de medida apresenta valores de consistência interna satisfatórios com *alpha de cronbach de 0,74 e 0,78*.

De acordo com Marshall, Heisel e Grinnell (1999) e Chamlian e Melo (2008), a PULSES é uma escala que documenta o perfil das habilidades funcionais do cliente, com base em seis categorias: (P – Physical condition) condição física, (U- Upper limb functions: Self care activities) função de membro superior, Lower Limb

functions: Mobility) função de membro inferior, (S- Sensory components) componente sensorial, (E- excretory functions) controle esfinteriano e (S-support factors) suporte intelectual, emocional, familiar, social e financeiro. Estas seis categorias são pontuadas de um a quatro, variando o *score* da escala entre seis e vinte e quatro. Quanto menor a pontuação, maior a independência. Nas categorias “U” são avaliados os autocuidados, alimentação, vestir parte superior e inferior, arranjo pessoal e cuidado perineal. Na categoria “L” é avaliada a capacidade de transferências para a cadeira, sanita, banheira ou chuveiro, andar e subir escadas.

Vários estudos referem a utilização da Perfil PULSES no âmbito da reabilitação: Marshall, Heisel e Grinnell (1999); Paixão e Reichenheim (2005); Álvarez (2007) e Chamlian e Melo (2008). Porém, não foram encontrados dados sobre a sua validação para o contexto Português.

OASIS (Outcome and Assessment Instrument Set), desenvolvida nos Estados Unidos em 1999, quando os centros de serviços Medicare e Medical, anunciam que as agências de saúde domiciliárias, eram obrigadas a recolher dados de forma uniforme, acerca dos clientes que recebem serviços especializados. Surge nessa altura um instrumento de avaliação denominado OASIS (*Outcome and Assessment Instrument Set*). Desde então, já sofreu várias adaptações. Actualmente é considerado um instrumento válido para a regulação dos cuidados de saúde no domicílio. Kramer e Holthaus (2006) referem que os itens do OASIS foram projectados com o objectivo de medir, avaliar e promover a melhoria nos resultados dos cuidados ao longo do tempo. Tullai-McGuinness et al (2009), acrescentam que cada item referente às AVD é avaliado de acordo com capacidade da pessoa para realizar a actividade, seguindo a nomenclatura: realizada de forma independente; com recurso a um dispositivo de apoio ou supervisão humana; com a ajuda de outra pessoa; ou não pode fazer a actividade e é dependente.

O OASIS é um instrumento com uma janela de monitorização ampla, composto por 79 itens. Compila informação sobre demografia, problemas de saúde, estado funcional, funcionamento cognitivo e depressão. A parte da avaliação funcional é composta por oito itens referentes às actividades da vida diária. Cada item é avaliado conceptualmente de forma a perceber se a pessoa realiza a actividade de forma autónoma, com utilização de dispositivo de apoio ou supervisão humana, com ajuda de outra pessoa ou se é incapaz de a realizar. Os itens em apreciação relativamente às actividades de vida diárias, considerados no OASIS são: arranjo pessoal, vestir a parte superior, vestir a parte inferior, tomar banho, uso de sanitário, higiene íntima, transferência, deambulação e alimentação.

Na análise das propriedades psicométricas da OASIS realizado por Tullai-McGuinness et al (2009), este instrumento de medida assume valores satisfatórios de consistência interna, com um *alpha de cronbach* de 0,87, para OASIS - AVD (oito itens).

De acordo com Fortinsky et al (2003) e Coster et al (2004) o OASIS é instrumento de grande utilidade para os programas de reabilitação ao nível domiciliário, considerado um instrumento de avaliação clínica a ser utilizada por enfermeiros de reabilitação. Existem uma ampla utilização deste instrumento nos Estados Unidos, mas no contexto Português não foram encontrados estudos nem da utilização, nem da sua validação.

O **Instrumento de Avaliação Sócio-funcional em Idosos (IASFI)** aparece com a realização de um estudo encetado por Fonseca e Rizzotto (2008), no sentido de desenvolver um Instrumento de avaliação Sócio-Funcional para idosos. Este instrumento apoia-se em três conceitos relacionados para diferenciar e classificar as actividades da vida diária.

O primeiro envolve as actividades básicas de vida diárias (ABVD), entendidas como o conjunto de actividades essenciais, destinadas ao autocuidado e relacionam-se directamente com o ambiente da residência. O segundo conceito, relaciona-se com as actividades instrumentais de vida diárias (AIVD). Engloba acções mais complexas, cuja independência para o seu desempenho, está directamente relacionada com a capacidade da pessoa viver em comunidade. As AIVD ajudam a identificar a capacidade de adaptação ao meio, permitindo uma análise da conveniência, ou não, da pessoa viver sozinha. O terceiro conceito refere-se às actividades avançadas de vida diárias (AAVD). São actividades consideradas de alta complexidade para idosos, revelando que o indivíduo que as pratica tem um nível de actividade aumentado, o que, na maioria dos casos, demonstra uma melhor qualidade de vida. Incluem actividades como conduzir, praticar desporto, realizar actividades manuais, andar de bicicleta entre outras.

O IASFI inclui na avaliação das actividades básicas de vida diária, componentes sobre alimentação e preparação das refeições, higiene matinal, banho, vestir, cortar as unhas dos pés, tomar medicamentos, controle de esfíncteres, transferências, uso sanitário, uso do chuveiro, locomoção, uso do transporte público, uso de escadas e equilíbrio corporal.

Não foram encontrados dados sobre as qualidades psicométricas do IASFI, apenas uma avaliação qualitativa dos autores do instrumento. Estes referem que “o resultado do teste do IASFI com os idosos, revelou ser o instrumento de fácil aplicação, útil na identificação de factores que interferem na saúde do idoso, ao

mesmo tempo que permite determinar o grau de independência/dependência de forma compatível com as reais condições apresentadas pelos idosos” (Fonseca e Rizzotto, 2008, p. 370).

A **Motor Assessment Scale (MAS)**, é uma escala de avaliação de desempenho funcional, desenvolvida por Carr et al (1985), com o objectivo de avaliar a função motora de clientes após acidente vascular cerebral.

Está orientada para avaliar tarefas funcionais e não o padrão de movimentos isolados. Mede a capacidade da pessoa de passar de decúbito dorsal para decúbito lateral, de deitado para sentado, equilíbrio sentado, de sentado para ortostase, marcha, função de membros superiores, movimento das mãos e actividades manuais avançadas. Avalia oito áreas da função motora e um item sobre tonus muscular e cada item é pontuado de zero a seis, em que zero são “ não realiza “ e seis, significa “performance normal”.

Foram encontradas na literatura algumas referências à utilização da MAS, em contexto de reabilitação como por exemplo, nos estudos de Oliveira et al (2008) e Conte et al (2009). Nestas pesquisas recorre-se à avaliação, com utilização da MAS, de clientes em programas de reabilitação após acidente vascular cerebral. Existe uma boa aceitação por parte dos profissionais na utilização deste instrumento e referem ser uma medida válida.

A adaptação e validação deste instrumento para a população portuguesa, foi realizado por Oliveira et al (2008), por um processo de tradução, revisão por peritos e retroversão e comparação com a original. Na determinação das propriedades métricas do instrumento os autores do estudo, obtiveram, valores de *alpha cronbach* de 0,939 e correlações inter item que variam ente 0,395 e 0,916, conferindo assim, uma forte consistência interna.

A **Spinal Cord Independence Measure III (SCIM-III)** é uma escala de incapacidade, desenvolvida especificamente para pessoas com lesões da medula espinal. A sua finalidade é descrever capacidade da pessoa para realizar actividades da vida diária. A construção deste instrumento, de acordo com Itzkovich et al (2007), foi feita com base na informação obtida a partir da observação dos clientes durante a rotina diária.

De acordo com Glass et al (2009), três versões do SCIM (I-III) têm sido desenvolvidas consecutivamente desde 1997, sendo que a SCIM-III é composta de 19 itens organizados em três subescalas: autocuidado; gestão da respiração e dos esfíncteres e mobilidade. A subescala da mobilidade é ainda subdividida para avaliar a mobilidade "no quarto/casa de banho " e "interiores/exteriores". O *score* total da SCIM III varia de 0 a 100.

No sentido de determinar a validade e confiabilidade da SCIM III numa configuração multicultural, Itzkovich et al (2007), levaram a cabo um estudo internacional, com quatrocentos e vinte e cinco clientes, com lesões da medula espinhal, em treze unidades e em seis países. Os resultados desse estudo, mostram que a SCIM - III tem uma boa confiabilidade e validade numa configuração multicultural, revelando-se uma medida eficaz para a avaliação funcional dos pacientes com lesões da medula espinhal. Os autores referem que, os valores de concordância total entre os avaliadores, foram acima de 80% na maioria das tarefas da SCIM III e que todos os coeficientes de concordância de Kappa foram estatisticamente significativos.

Um outro estudo sobre a validação da SCIM III em clientes com lesão da medula espinhal no Reino Unido, realizado por Glass et al (2009), apresenta valores de consistência interna satisfatórios, com *alpha de cronbach* de 0,77, conferindo a confiabilidade do instrumento.

A **EASY care**, foi originalmente desenvolvido em meados da década de 90 na Europa, como medida de avaliação de idosos, na atenção básica de saúde ou na comunidade, por pessoal de enfermagem, social, terapeutas e assistentes. É um instrumento de grande utilização no âmbito da psicogeriatría, inicialmente desenvolvido na língua inglesa e posteriormente, traduzido e validado para a população portuguesa por Figueiredo e Sousa (2001), que num estudo exploratório efectuado na população portuguesa, revela que a EASY care apresenta boas características psicométricas, com *alpha de cronbach* de 0,92.

A EASY care é um instrumento de avaliação destinado a pessoas com 75 ou mais anos. Concebido para avaliar o bem-estar físico, mental e social. Proporciona uma visão global das necessidades do idoso, centrando-se mais na qualidade de vida que na doença. Constitui um instrumento vantajoso para os profissionais de cuidados primários, a utilizar na determinação do apoio que os idosos necessitam. De acordo com o Australian Institute for Primary care (2004), o grupo de clientes a quem se destina a utilização da EASY care, inclui pessoas idosas em programa de reabilitação.

É um instrumento abrangente e avalia áreas como, a incapacidade física, a qualidade de vida percebida pelo sujeito, a área funcional/instrumental, a mobilidade, actividades de cuidados pessoais e controlo esfinteriano. Engloba também, a escala geriátrica de depressão, teste de diminuição cognitiva e fixação de objectivos.

As actividades básicas de vida avaliadas na EASY care referem-se a capacidade para subir e descer escadas, mobilizar-se da cama para a cadeira,

utilizar a casa de banho, utilizar a banheira ou chuveiro, arranjo pessoal, vestir, alimentar, controlo do esfíncter vesical e intestinal.

Apesar dos inúmeros instrumentos de avaliação, a dimensão mais encontrada diz respeito à dimensão física, o que está de acordo com o que refere Alves et al (2008), ao dizer que, embora algumas definições de incapacidade funcional compreendam três dimensões, a física, a cognitiva e a emocional, há predomínio de pesquisas que utilizam as medidas físicas. De todos os instrumentos referidos, os que assumem maior protagonismo e são utilizados em grande escala em diversos contextos na área da reabilitação, são o Índice de Barthel e o Índice de Katz. Paixão e Reichenheim (2005), numa análise sobre instrumentos de avaliação do estado funcional de idosos e no se refere à capacidade para desempenhar as actividades de vida diárias, afirmam que os dois instrumentos mais utilizados são o Índice de Barthel e o Índice de Katz, correspondendo a aproximadamente 90% dos 482 artigos analisados.

Pela análise do conteúdo dos instrumentos verifica-se que, no que se refere às actividades básicas de vida, eles são muito semelhantes, ou seja, avaliam similarmente as mesmas dimensões do autocuidado. As principais lacunas referidas, prendem-se com a pouca sensibilidade dos instrumentos a pequenas alterações na independência do cliente.

As constantes mudanças sociais demandam novas necessidades, afectando de forma geral todos os sectores. Na esfera da saúde e particularmente na enfermagem de reabilitação, estas alterações também vão sucedendo, emergindo novos desafios profissionais. O crescente número de idosos, bem como, as situações de dependência, impõem o repensar a prestação de cuidados de saúde de forma contínua. Numa resposta organizativa integrada, aparece a Rede de Cuidados Continuados Integrados. A enfermagem de reabilitação incorpora esta nova resposta e passa a fazer parte das equipas de apoio domiciliário, desenhando-se aqui novos desafios para estes profissionais da reabilitação. Na excelência do seu exercício profissional, os enfermeiros de reabilitação intervêm a favor da autonomia/independência para ao autocuidado. A autonomia surge como a capacidade de decisão sobre a própria vida e a independência como capacidade para realizar uma tarefa, sendo que estes dois conceitos são utilizados frequentemente em parceria.

O modelo para o autocuidado no contexto domiciliário assenta no modelo da autodeterminação da pessoa, em que o enfermeiro de reabilitação aparece como facilitador na optimização do nível de saúde do cliente. Para tal, integra no seu modelo de cuidados, factores de motivação para o autocuidado, que são

condicionantes da autodeterminação para o equilíbrio do cliente. As intervenções de enfermagem de reabilitação subscrevem-se nos domínios dos processos de ensino-aprendizagem, dos processos corporais e no domínio comportamental.

Autocuidado, actividades de vida diárias e capacidade funcional, são enunciados que se cruzam conceptualmente. O autocuidado define-se como actividade executada pelo próprio para lidar com as necessidades individuais básicas. As actividades de vida diárias são as tarefas para cuidar de si e a capacidade funcional como a capacidade de executar actividade de cuidar de si mesmo. A avaliação da capacidade funcional com recurso a instrumentos de medida permite perceber qual o estado do cliente relativamente ao desempenho para o seu autocuidado e quantificar qual o grau de autonomia/independência para a realização de actividades de autocuidado.

Da revisão dos instrumentos de medidas em uso, o índice de Katz e Índice de Barthel surgem como os mais uniformemente utilizados, no entanto denunciam algumas fragilidades na percepção de pequenas alterações no estado de autonomia/independência no autocuidado. Após o enquadramento teórico, descrito neste capítulo, avança-se para o relato do trabalho de campo realizado.

CAPITULO II – TRABALHO DE CAMPO

Após a abordagem conceptual da continuidade dos cuidados, aos cuidados de reabilitação ao cliente dependente no domicílio, passando pela intervenção dos enfermeiros de reabilitação, à autonomia e independência no autocuidado, emerge a necessidade de construir um instrumento de monitorização de autocuidado adequado, bem como, perceber a evolução dos clientes em programa de enfermagem de reabilitação no domicílio. Torna-se pertinente desenvolver uma investigação que tem como finalidade contribuir para uma melhor monitorização da autonomia e independência no autocuidado, do cliente dependente, no domicílio, face aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Os objectivos, são enunciados que indicam claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo (Fortin, 1999). Neste sentido pretende-se com este estudo:

- Identificar para cada autocuidado os itens de avaliação face a autonomia e independência;
- Descrever aspectos específicos dentro de cada dimensão do autocuidado face aos cuidados do enfermeiro de reabilitação;
- Construir um instrumento de avaliação, sensível à autonomia e independência no autocuidado, do cliente dependente no domicílio;
- Validar instrumento de avaliação, sensível à autonomia e independência no autocuidado, do cliente dependente no domicílio;
- Descrever o grau de autonomia/independência para o autocuidado dos clientes em programa de reabilitação no domicílio;
- Identificar as intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro de reabilitação face ao autocuidado no cliente dependente no domicílio.

Os objectivos foram traçados de forma clara e precisa, traduzindo o que se pretende estudar e servem de orientação a todo o percurso metodológico da investigação, percurso esse que se descreve no ponto seguinte.

1 – Percurso Metodológico

A investigação científica “*é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos*” (Fortin, 1999, p.15). Assim, todo o processo de investigação terá de surgir da inquietação sentida pelo investigador numa área identificada como problemática. O percurso da presente investigação surge de uma preocupação, que se posiciona na área profissional do investigador, relacionada com a monitorização da autonomia/independência no autocuidado, em contexto domiciliário, face aos cuidados da enfermagem de reabilitação.

Existe uma crescente importância, relativamente aos indicadores de resultados dos cuidados de saúde e, mais concretamente, dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Tendo em conta que, em contexto domiciliário, uma grande parte do trabalho dos enfermeiros de reabilitação, tem como objectivo potenciar ao máximo a autonomia/independência da pessoa para o autocuidado, torna-se pertinente ter instrumentos capazes de medir a evolução dessa independência, dando simultaneamente visibilidade aos cuidados específicos da reabilitação.

Os enfermeiros de reabilitação, em contexto domiciliário, têm maioritariamente clientes idosos dependentes e com múltiplas patologias. Existe a percepção de que apesar destas condicionantes, é dado mais importância à pessoa que à doença, optimizando assim os níveis de saúde dos clientes. Denota-se porém, uma carência de instrumentos adequados para monitorizar pequenas alterações, sensíveis aos cuidados de reabilitação.

O problema de investigação é um enunciado formal e objectivo, em forma de afirmação implicando a possibilidade de uma investigação empírica para encontrar uma resposta Fortin (1999). Identifica-se como problema desta investigação: Os instrumentos de avaliação do autocuidado utilizados nas práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação, são pouco sensíveis a diferenças de autonomia e independência do cliente dependente no domicílio.

Procedeu-se a uma pesquisa exploratória, com leitura de artigos e documentos com o intuito de clarificar e delimitar o problema de investigação. A questão inicial de investigação “*tenta exprimir o mais exactamente possível aquilo que se procura saber, elucidar e compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação*” (Quivy e Campenhoudt, 1992, p.41). Após a primeira fase da revisão surge a pergunta de partida: Será que é possível monitorizar a evolução

da autonomia/independência no autocuidado, em clientes com cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio?

As questões de investigação são enunciadas que visam explorar os elementos estruturais, as interacções e os processos que permitem descrever um fenómeno (Fortin, 1999). No sentido de explorar, orientar e clarificar melhor o problema de investigação, foram elaboradas algumas perguntas de investigação no sentido de evitar possíveis enviesamentos durante a realização do estudo:

- Quais as características sócio-demográficas dos clientes em programa de enfermagem de reabilitação no domicílio?
- Quais as patologias que com maior frequência determinam intervenção de enfermagem de reabilitação no domicílio?
- Será que há instrumentos de avaliação sensíveis aos cuidados de reabilitação?
- Como se caracteriza a população cuidada pelos enfermeiros de reabilitação no que concerne à autonomia/independência no autocuidado?
- Será que há evolução na autonomia/independência do cliente no autocuidado face à intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio?
- Será que os cuidados de enfermagem de reabilitação influenciam a independência e autonomia no autocuidado ao cliente dependente no domicílio?
- Quais as intervenções de enfermagem de reabilitação, que com mais frequência desenvolvem para promover o autocuidado?

Motivado pela problemática do estudo e pelas questões de investigação, inicia-se o desenho do estudo. Este, refere-se “*à estrutura geral ou plano da investigação*” (Ribeiro, 1999, p.41). O percurso metodológico permite perceber como a investigação se desenrola, sendo que “*a metodologia está para a investigação, como o sujeito está para o conhecimento*” (Deshaies, 1992, p.25). Na concretização deste trabalho e na selecção do caminho a percorrer, várias são as possibilidades que se colocam ao investigador. A selecção da direcção a tomar, prende-se essencialmente com a perspectiva filosófica do investigador, o tipo de estudo a realizar e os objectivos a atingir.

O presente estudo enquadra-se num paradigma quantitativo, na medida em que se pretende objectivar e quantificar uma realidade. As pesquisas quantitativas, envolvem análise de números e o conhecimento que resulta é baseado em observação, medição e na interpretação cuidadosa da realidade objectiva (Sousa et al, 2007). Esta pesquisa observa e documenta vários aspectos do fenómeno em

análise, descreve o que existe de facto, determina a frequência e categoriza a informação (Sousa et al 2007), pelo que, é considerado um estudo descritivo. Para Fortin (1999) os estudos descritivos visam obter mais informação das características de uma população ou de um fenómeno. O presente estudo enquadra-se dentro desta tipologia, uma vez que, pretende conhecer de forma mais aprofundada, o grau de autonomia/independência no autocuidado, dos clientes em programa de reabilitação no domicílio, bem como, descrever a intervenção do enfermeiro de reabilitação nesse contexto. Assume-se ainda como um estudo de natureza metodológica, dado que permite a construção e validação de um instrumento de medida, que segundo Polit (1991), se refere a pesquisas controladas, sobre as formas de obter, organizar e analisar os dados.

O desenho da pesquisa, é um guia utilizado para o planeamento, implementação e análise do estudo, é um plano traçado para responder à pergunta de investigação (Sousa et al 2007). O percurso deste estudo (figura 4) passou por várias fases, iniciou-se com a selecção do tema e culmina com a apresentação e discussão dos resultados.

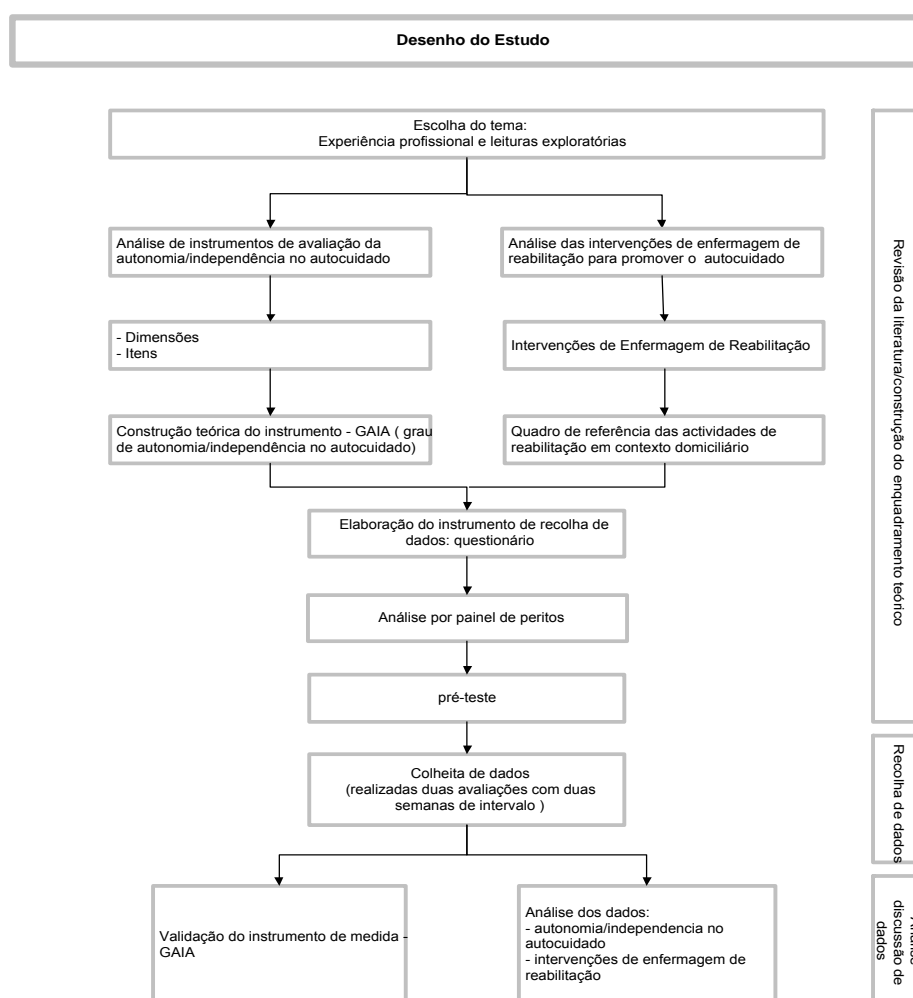


Figura 4 - Desenho do estudo

O plano de investigação contemplou alguns procedimentos:

- Análise e revisão de instrumentos utilizados na avaliação da autonomia/independência para o autocuidado, nacionais e estrangeiros. Apreciação dos mesmos no sentido de inferir que itens e dimensões, seriam pertinentes e que viriam a integrar o instrumento de avaliação da autonomia/independência para o autocuidado.
- Análise e revisão da literatura sobre quais as intervenções de enfermagem de reabilitação, desenvolvidas no sentido da promoção da autonomia/independência para o autocuidado. Construção de quadro de referência.
- Construção do questionário, com os aspectos mais relevantes que emergiram da análise dos documentos. Seguiu-se uma análise por um painel de peritos e posteriormente o pré-teste.
- Recolha de dados, utilizando o questionário elaborado para o efeito.
- Validação do instrumento. Análise e discussão dos dados referentes à autonomia/independência no autocuidado, bem como, das intervenções de enfermagem de reabilitação.

Clarificado o problema de investigação, definido o tipo de estudo e traçado o percurso a seguir, torna-se necessário seleccionar a população e amostra, alvo da pesquisa.

1.1 – População e Amostra

De acordo com Pocinho (2009), população é o somatório de pessoas com qualquer característica comum que são sujeitos a uma análise estatística por terem interesse para o estudo. A amostra é um subconjunto retirado da população que se supõe ser representativa das características da mesma, sobre a qual será realizado o estudo. Estudar a totalidade de uma população é uma tarefa muito difícil. Questionar “*todos os seus membros, seria de tal forma longo e dispendioso que se torna praticamente impossível. É, aliás, inútil. Inquirindo um número restrito de pessoas, que tenham sido correctamente escolhidas, podemos obter as mesmas informações, com uma certa margem de erro*” (Ghiglione e Matalon, 1992 p. 29-30).

No presente estudo a população refere-se aos clientes dependentes no domicílio, com cuidados de enfermagem de reabilitação, inseridos nos programas

das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da ARS Norte. É difícil determinar por quantos elementos é formada esta população, uma vez que o número de clientes varia constantemente. À semelhança do que acontece no internamento hospitalar, estes clientes permanecem em programa por um determinado período de tempo, que de acordo com a UMCCI (2011) o tempo médio de dias de internamento nas ECCI na região norte foi de 56 dias no primeiro semestre de 2011. Relativamente às características dos clientes atendidos nas ECCI, estes são muito semelhantes. Este aspecto deve-se aos critérios de admissão na ECCI. Estes, ao serem definidos pela RNCCI, são comuns a qualquer ECCI da ARS Norte, levando a que os clientes destas equipas possuam características semelhantes.

Na impossibilidade de aceder a todas as ECCI da região norte do país, seleccionou-se as que estão inseridas nos Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto, que pela proximidade da área de residência do investigador, permitiram um melhor acesso ao campo da investigação, vencendo os constrangimentos económicos e de tempo.

A amostra da população do estudo é uma amostra não probabilística accidental, ou seja, *“constituída por utentes que acidentalmente participam no estudo”* (Ribeiro, 1999 p. 54), desde que cumpram os critérios de inclusão definidos como:

- Ser cliente com cuidados de enfermeiros de reabilitação domiciliários;
- Ser cliente assistido pelas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da ARS Norte dos ACES situados na região do Grande Porto.

Foram incluídos na amostra, todos os clientes que cumpram os critérios anteriormente descritos, que acidentalmente fizeram parte dos cuidados de enfermagem de reabilitação das ECCI durante o período determinado para a recolha de dados, que se realizou entre 3 de Março de 2011 e 30 de Junho de 2011. O período de recolha de dados foi mais longo do que inicialmente estava previsto, tendo sido alargado no sentido de obter o número mínimo das avaliações para validar o instrumento.

Relativamente à dimensão da amostra e de acordo com Ribeiro (1999), uma regra a seguir, é considerar cinco sujeitos, como mínimo requerido, por variável em análise. No presente estudo, em se pretende validar um instrumento com quarenta e uma variáveis, considera-se como número mínimo de avaliações, duzentas e cinco, tendo sido realizadas um total de duzentas e vinte e quatro.

Definidos e seleccionados os participantes no estudo, procedeu-se à definição e operacionalização das variáveis, descrita no ponto seguinte.

1.2 – Variáveis em Estudo

Ser variável do estudo, como o próprio nome indica, significa algo que tem algum grau de variação. Variável “*é a propriedade em relação à qual os utentes de uma amostra variam*” (Pocinho, 2009, p. 22). Refere-se a características de pessoas, objectos ou a situações estudadas numa investigação e à qual se pode atribuir valores (Fortin, 1999). Podem existir várias classificações de variáveis, no entanto Pocinho (2009), refere que nos estudos descritivos as variáveis podem ser definidas como primárias e complementares. Variáveis primárias, são consideradas como as principais do estudo, as que têm peso sobre a conclusão do mesmo. As complementares são aquelas que se utilizam para caracterizar a amostra.

De acordo com Fortin (1999), operacionalizar variáveis, significa explicar os conceitos de forma a que possam ser observados e medidos, neste processo especifica-se as dimensões do conceito, e a conversão em indicadores empíricos para medir as variáveis da amostra em estudo.

Tendo em consideração a classificação das variáveis de Pocinho (2009), procedeu-se à classificação e operacionalização das variáveis do estudo. Assim considera-se a variável: características sócio-demográficas, como variável complementar, sendo uma variável que caracteriza a amostra do estudo, descrevendo o perfil dos clientes em programa de reabilitação pelas ECCI (quadro 2).

Variável: Características sócio-demográficas

Variável	Componente/Dimensão	Indicador
Características sócio-demográficas	Género	Feminino; Masculino
	Idade/anos de vida	>30; 30-40; 41-50; 51-60; 61-70; 71-80; 81-90; 91-100;>100
	Estado Civil	Solteiro; Casado; Viúvo; Divorciado; União de facto
	Patologia	Cardiovascular; Cerebrovascular; Músculo-esquelética /osteoartricular; Respiratória; Outra

Quadro 2 – Variável: Características sócio-demográficas

Nesta variável a componente patologia foi operacionalizada tendo em consideração a classificação da OMS, para Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados a Saúde, décima revisão (CID-10) e a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF, 2004). As patologias foram agrupadas por sistemas corporais.

As variáveis primárias do estudo são:

- Autonomia/independência no autocuidado
- Intervenções de enfermagem de reabilitação

A variável, autonomia/independência no autocuidado (quadro 3), constitui uma das principais variáveis do estudo. A sua configuração inspira-se na bateria de instrumentos de avaliação da capacidade funcional, explorados no primeiro capítulo deste trabalho e que traduzem a capacidade para o desempenho das actividades de autocuidado. Este variável exprime a autonomia/independência no autocuidado dos clientes em programa de reabilitação no domicílio. O autocuidado é considerado “ *um dos aspectos do viver saudável*” (Bub et al, 2006 p. 155). As acções/dimensões de autocuidado constituem a prática de actividades que os clientes desempenham, de forma deliberada e em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Variável: Autonomia/independência no autocuidado

Variável	Componente/Dimensão	Indicador
Autonomia/ Independência no autocuidado	Autocuidado no domínio da actividade física	Dependente; Ajuda moderada; Ajuda mínima; Independente
	Autocuidado no domínio da higiene e vestuário	
	Autocuidado no domínio da eliminação	
	Autocuidado no domínio da alimentação	

Quadro 3 – Variável: Autonomia/independência no autocuidado

A exploração desta variável permite conhecer o nível de autonomia/independência para o autocuidado, dos clientes em programa de reabilitação no domicílio, bem como, perceber qual a sua evolução durante o processo de reabilitação. O domínio da actividade física associa itens que reflectem comportamentos relacionados com a mobilidade corporal de forma geral, avalia aspectos como o transferir, o mover e andar. A componente higiene e vestuário, analisa a capacidade do cliente para desempenhar as diversas vertentes destas actividades de autocuidado. Engloba aspectos como vestir, calçar e higiene corporal. A eliminação, avalia aspectos do sistema vesical e intestinal. No domínio da alimentação são monitorizadas actividades desde a manipulação dos talheres à deglutição dos alimentos.

As intervenções de enfermagem de reabilitação, é outra das variáveis principais deste estudo (quadro 4). A operacionalização desta variável baseia-se no quadro de referência teórica explorada no capítulo anterior. As intervenções de enfermagem de reabilitação são um conjunto de actividades estruturadas, que o

profissional desenvolve tendo a globalidade quer da pessoa, quer do contexto (familiar e ambiente físico). Pode definir-se como qualquer “*tratamento, baseado em julgamento clínico e conhecimentos, que o enfermeiro executa para melhorar os resultados a serem alcançados pelos utentes*” (Andrade, 2007, p. 104).

Variável: Intervenções de enfermagem de reabilitação

Variável	Componente	Dimensão	Indicador
Intervenções de enfermagem de Reabilitação	Processos de ensino aprendizagem	Capacitar o cliente para o autocuidado	Não se aplica; Nunca; Uma vez (SOS); Duas/três vezes por semana; Diariamente
		Capacitar o cuidador familiar para assistir no autocuidado	
		Informar/capacitar para utilização de produtos de apoio	
	Processos corporais	Exercícios músculo-articulares	
	Comportamento emocional	Reforço Positivo	

Quadro 4 – Variável: Intervenções de enfermagem de reabilitação

O estudo desta variável parte da concepção de que as intervenções de enfermagem de reabilitação no sentido da promoção da máxima independência no autocuidado se desenvolvem essencialmente em três domínios. Nos processos de ensino aprendizagem, onde o objectivo é capacitar a cliente e cuidador familiar para o autocuidado. Ainda neste domínio aparece a informação e capacitação para utilização de produtos de apoio, estes surgem como forma de compensação da incapacidade, potenciando a independência.

No domínio processos corporais, situam-se as intervenções relacionadas com os exercícios músculo-articulares que vão desde a correcção postural, o treino de equilíbrio ou às técnicas de mobilização músculo-articular. No comportamento emocional aparece as intervenções de reforço positivo. O incentivo e a motivação, são considerados aspectos essenciais no processo de reabilitação (Burton e Gibbon, 2005).

Este painel de intervenções de enfermagem de reabilitação não pretende esgotar todas as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros de reabilitação, nem mesmo dizer que estes são os únicos capazes de as executar, mas apenas servir como quadro de referência. O sentido do estudo desta variável tem como objectivo, identificar e descrever quais as intervenções mais relevantes e que se realizam com maior frequência. Neste sentido, elaborou-se uma escala ordinal, com atribuição de um valor numérico, determinando assim, quer a pertinência da intervenção, bem como, a frequência com que a intervenção é realizada, sendo

que: 0 - Não se aplica (Actividade não recomendada para a situação do cliente); 1 – Nunca; 2 - Uma vez (SOS); 3 - Duas/três vezes por semana; 4 – Diariamente.

Em suma, foram identificadas e operacionalizadas as variáveis do estudo, sendo as duas variáveis principais, a autonomia/independência no autocuidado e as intervenções de enfermagem de reabilitação. A variável complementar, refere-se às características sócio-demográficas. No sentido de compreender como as variáveis se comportam na amostra em estudo, procedeu-se à recolha dos dados.

1.3 – Recolha de Dados

A recolha de informação pode, ser definida como um *“processo organizado posto em prática para obter informação junto de múltiplas fontes, com o fim de passar de um nível de conhecimento para outro nível de conhecimento ou de representação de uma dada situação, no quadro de uma acção deliberada com objectivos claramente definidos (...)”* (Ketele e Roegiers, 1993, p.17).

Depois de clarificado e delimitado o problema, seleccionada a população do estudo, e a informação que pretende colher, torna-se pertinente pensar qual a forma mais adequada para a obter. A natureza do problema de investigação e os objectivos do estudo, são determinantes para o método de recolha de dados.

No presente trabalho, a problemática do estudo assenta numa perspectiva quantitativa. Pretende-se colher dados de uma forma rigorosa e controlada sem grandes enviesamentos da informação, sendo o objectivo, obter informação factual dos clientes. Posto isto, o questionário aparece como a estratégia de recolha de dados mais adequada. Este é *“um instrumento rigorosamente standardizado, tanto no texto das questões, como na sua ordem. No sentido de garantir a comparabilidade das respostas de todos os clientes, é indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações suplementares, resultantes da iniciativa do entrevistador”* (Ghiglione e Matalon, 1992, p.110).

Para a colheita de dados foi elaborado um questionário (anexo I), constituído em torno das três variáveis do estudo que se divide essencialmente em três partes. A caracterização sócio-demográfica dos clientes, avaliação do grau autonomia/independência no autocuidado e identificação das intervenções de enfermagem de reabilitação realizados face ao autocuidado. A avaliação do grau de

autonomia/independência no autocuidado foi avaliado em dois momentos com duas semanas de intervalo durante o percurso assistencial do enfermeiro de reabilitação.

Uma das estratégias utilizadas na recolha dos dados, foi solicitar a colaboração dos enfermeiros especialistas de reabilitação das respectivas ECCI. Estes profissionais são os que melhor conhecem os clientes em programa de reabilitação. Para que a colheita de dados fosse homogênea nos diferentes locais, realizaram-se reuniões com todos os enfermeiros colaboradores, no sentido de explicar e esclarecer eventuais dúvidas relativamente ao preenchimento do questionário. Este facto contribuiu para uma grande adesão e empenho na colheita de dados.

Os questionários foram todos entregues e recolhidos pessoalmente, junto dos colaboradores, excepto num ACES, que foi enviado pelo correio. Este facto venceu o problema da baixa taxa de retorno que é apontada por alguns autores. Pinheiro e Silva (2004), referem que a taxa de retorno é de aproximadamente 30%.

O número de questionários deixados a cada colaborador foi correspondente ao número de clientes em programa de reabilitação, possibilitando o preenchimento de questionários a todos os clientes. Os questionários foram todos devolvidos, tendo sido eliminados três, por se apresentarem incompletos. O tempo gasto para preencher cada questionário foi de aproximadamente 20 minutos.

No questionário, o instrumento utilizado na avaliação do grau de autonomia/independência no autocuidado e o painel de intervenções de enfermagem de reabilitação, emergem a partir da consulta e reflexão sobre estudos já existente sobre a problemática da investigação. A construção do instrumento de avaliação do grau de autonomia/independência no autocuidado obedeceu a um processo organizado, reflectido com colaboração de um painel de peritos, explicitado no subcapítulo que se segue.

1.3.1 – Processo de Construção do Instrumento de Avaliação do Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado

Neste subcapítulo apresenta-se as várias fases do processo de construção do instrumento de avaliação do grau de autonomia/independência no autocuidado (GAIA). Porém, as etapas não foram completamente estanques.

De acordo com Ribeiro (1999), existem vários procedimentos e passos a seguir na construção de uma escala. Antes de mais, terá de haver a definição da variável que se pretende medir e ter em conta como esta se expressa melhor. Ter em

consideração o desenho da investigação, dos respondentes e do contexto. De seguida, relacionar a variável com o constructo que lhe dá origem, sendo que esta terá de ter paternidade teórica. Fazer pesquisa alargada da literatura para verificar se já existem escalas de avaliação da variável em questão. Desenvolver os itens e agrupá-los em subescalas, redigir o questionário, validá-lo e finalmente determinar as suas propriedades psicométricas.

Nos capítulos anteriores procedeu-se à descrição da variável autonomia/independência para o autocuidado, bem como a forma como ela se relaciona com os constructos teóricos. Neste capítulo, procura-se identificar as dimensões e itens que a escala deve conter a partir da literatura.

Numa primeira etapa realizou-se uma análise dos diferentes instrumentos utilizados na avaliação das actividades de vida diárias, sendo estas, as que melhor traduzem as actividades de autocuidado. Pode dizer-se que foi realizada uma análise de “*documentos empíricos. Estes, mostram o estado dos resultados de trabalhos anteriores e que estão publicados em periódicos, obras, memórias e teses. São o produto da observação em laboratório ou no terreno*” (Fortin, 1999, p. 75).

Após a análise dos instrumentos, iniciou-se a construção teórica do GAIA, com a determinação dos itens que compõem a escala. De acordo com Pasquali (1998) e Pereira (1999), para construir escalas que avaliem a variável em jogo, no caso desta investigação, é o grau de autonomia/independência no autocuidado, o investigador terá de desenvolver itens (indicadores) que meçam o constructo. Tal, pode ser feito de várias formas. Uma delas, é pesquisar e inspirar-se entre itens existentes noutras escalas. A elaboração do GAIA apoiou-se neste pressuposto. Os seus itens foram elaborados a partir de itens de outros instrumentos já existentes, para avaliar a autonomia/independência da pessoa para o autocuidado.

Através da análise de nove escalas que avaliam a autonomia/independência nas actividades de vida diárias, que de acordo com Fonseca et al (2008), são actividades de autocuidado, foram extraídos e adaptados os itens que compõem o instrumento GAIA. Foi então a partir essencialmente dos subsídios da literatura, que nasceu o instrumento de avaliação do grau de autonomia/independência no autocuidado (GAIA). “*Num primeiro momento a escolha e inclusão dos itens é feita somente com base na teoria*” (Ribeiro, 1999, p. 137).

Operacionalizando o constructo através dos itens, admite-se que estes representam adequadamente o tal constructo. Contudo “ (...) *é importante avaliar tal hipótese em relação à opinião de outros para nos assegurarmos de que ela apresenta garantias de validade. Essa avaliação ou análise da hipótese (análise*

dos itens) é obviamente ainda teórica porque consiste simplesmente em pedir outra opinião (...) Essa análise teórica é feita por juízes (...) a análise incide sobre a compreensão dos itens (análise semântica) ou sobre a sua pertinência” (Pasquali, 1998, p. 10). O mesmo autor acrescenta que a análise deve ser efectuada por juízes peritos na área, sendo que, seis são um número suficiente para realizar a tarefa. Uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes, pode servir de critério sobre a decisão acerca da pertinência do item.

Com base do anteriormente descrito, após a elaboração de um conjunto alargado de dimensões e itens que formam o GAIA, estes, foram submetidos à apreciação do painel de peritos, sendo estes, um conjunto de dez enfermeiros de reabilitação a prestar cuidados no âmbito domiciliário, no sentido de recolher a sua opinião sobre os mesmos (anexo II).

Passa-se então, a descrever e a analisar de forma mais pormenorizada os itens que dão forma ao GAIA, integrando também o parecer realizado pelo conjunto de peritos, relativamente ao conteúdo e enunciado dos mesmos.

O quadro 5 resume as categorias/dimensões com significação para o grau de autonomia/independência no autocuidado, obtidas pela análise da informação recolhida na literatura.

Dimensões	Instrumentos
Arranjo pessoal/higiene	Índice de Barthel; IASFI; EASY CARE
Banho/higiene	Índice de Katz; Índice de Barthel; OASIS; IASFI; SCIM III; PULSES; MIF; EASY CARE
Vestir/despir	Índice de Katz; Índice de Barthel; OASIS; IASFI; SCIM III; PULSES MIF; EASY CARE
Andar	Índice de Barthel; OASIS; IASFI; SCIM III; PULSES; MIF; MAS
Subir/descer escadas	Índice de Barthel; MIF; PULSES; EASY CARE
Alimentar-se	Índice de Katz; Índice de Barthel; OASIS; IASFI; SCIM III; PULSES EASY CARE
Controle de esfíncteres	Índice de Katz; Índice de Barthel; IASFI; SCIM III; MIF; EASY CARE
Uso de sanitário	Índice de Katz; Índice de Barthel; OASIS; SCIM III; MIF; EASY CARE
Transferências	Índice de Katz; Índice de Barthel; OASIS; SCIM III; MIF; IASFI; PULSES; EASY CARE
Mobilidade no leito	MAS; SCIM III

Quadro 5 - Dimensões em análise na autonomia/independência no autocuidado

Os itens parametrizados no GAIA, reflectem uma preocupação em organizar e desagregar o conteúdo das categorias em itens, passíveis de serem avaliados e que, ao mesmo tempo, permitam perceber pequenas diferenças na autonomia/independência da pessoa no autocuidado. Estas pequenas/grandes diferenças possibilitam o transparecer do resultado da intervenção do enfermeiro de

reabilitação, sendo estes profissionais “*especialistas em pequenas coisas*” (Hesbeen, 2003 p. 87).

Pela análise do painel de peritos (anexo II), estes concordam genericamente com as dimensões consideradas no GAIA. Referem no entanto que dentro do autocuidado higiene, devem ser consideradas separadamente as dimensões “banho” e “arranjo pessoal”. Acrescentam que deveria ser incluída uma dimensão referente à “mobilidade no leito” e referem que na dimensão “vestir”, também deve estar incluído o termo “despir”. Foram consideradas as sugestões dos peritos.

Nos quadros 6 a 16 apresenta-se a descrição das dimensões e itens de avaliação da autonomia/independência no autocuidado.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Arranjo Pessoal	Lavar o rosto	“Lavar o rosto” (Mahoney e Bathel, 1965) e (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)
	Pentear	“Pentear e cabelo”(Mahoney e Bathel, 1965) e (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Cuidar do cabelo” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)
	Cuidar das unhas do pé	“Cortar as unhas dos pés” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Cuidados com as unhas” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)
	Cuidar das unhas da mão	
	Higiene oral	“Lavar os dentes” (Mahoney e Bathel, 1965) “Escovar os dentes” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Cuidados com dentes ou próteses”(OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)
	Colocar creme / desfazer a barba	“Fazer a barba”; “Colocar a própria maquilhagem” (Mahoney e Bathel, 1965) “Barbear ou maquilhar” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)

Quadro 6 - Arranjo Pessoal: itens de avaliação

Arranjo pessoal, “*é um autocuidado com as características específicas: cuidar da apresentação, manter o cabelo, barba/bigode lavados, penteados; cortar e limar as unhas; aplicar desodorizante e/ou outros cosméticos; manter a roupa limpa e verificar a aparência ao espelho*” (CIPE, 2003, p. 55).

O autocuidado arranjo pessoal compreende aspectos que requerem menor destreza tal como lavar o rosto, mas também outras mais exigentes, tal como os cuidados com as unhas. A necessidade de separação entre cuidar das unhas dos pés e das mãos, prende-se com o facto de representarem graus de exigência muito diferentes. Cortar as unhas dos pés “*representa um autocuidado de complexa dificuldade para o idoso*” (Fonseca e Rizzotto 2008, p.369).

Dimensões como lavar os dentes com escova, pentear-se e desfazer a barba/fazer maquilhagem, de acordo com Petronilho et al (2010), são aspectos que devem ser considerados na avaliação da capacidade cuidar da higiene pessoal.

Pela consulta do painel de peritos (anexo II), relativamente aos itens da dimensão “arranjo pessoal”, não foi efectuada nenhuma sugestão, havendo uma concordância sobre o conteúdo e enunciado dos itens.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Banho	Entrar/sair do chuveiro	“ Usar a banheira ou chuveiro” (Mahoney e Bathel, 1965) e ESAY Care (Figueiredo e Sousa, 2001) “Uso do chuveiro/deslocamento” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Transferir para o chuveiro” (PULSES, Marshall, 1999) “Entrar e sair da banheira/chuveiro” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Transferir-se da cadeira de rodas para o chuveiro” (SCIM, Itzkovich et al, 2007) “Entrar ou sair da banheira ou chuveiro” (KATZ, Wallace e Shelkey, 2008) “Transferência para banheira/chuveiro (MIF, Riberto et al, 2001)
	Abrir/fechar torneira e regular temperatura da água	“Obtém água” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008)
	Obter e utilizar gel de banho/esponja	“Obtém utensílios para o banho” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008)
	Lavar/secar parte superior do corpo	“Banho da parte superior do corpo” (SCIM III, Itzkovich et al, 2007)
	Lavar /secar parte inferior do corpo	“ Lavar áreas difíceis de alcançar ” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Banho da parte inferior do corpo” (SCIM III, Itzkovich et al, 2007)

Quadro 7 - Banho: itens de avaliação

Banho, “é um autocuidado com características específicas: enxaguar o próprio corpo; entrar/sair da banheira; juntar todos os objectos necessários; abrir a torneira; lavar e secar o corpo” (CIPE, 2003, p.55).

A capacidade para cuidar da higiene poderá englobar actividades tais como “pegar no chuveiro, abrir a torneira, regular a temperatura da água, aplicar gel e lavar a metade superior do corpo, aplicar gel e lavar a metade inferior do corpo, secar com toalha a parte superior do corpo, secar com toalha a parte inferior do corpo” (Petronilho et al, 2010, p. 45).

Pela análise dos peritos dos itens na dimensão “banho” (anexo II), foram consideradas algumas sugestões relativamente ao enunciado dos itens,

nomeadamente, utilizar a expressão *“regular a temperatura da água”* em vez de *“preparar a água”*, substituir o item *“obtenção e uso de materiais”* por *“obter e utilizar gel de banho/esponja”*.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Uso de sanitário	Transferir e posicionar no vaso sanitário	<p>“Subir e descer da sanita” (Mahoney e Bathel, 1965)</p> <p>“Sentar-se/levantar-se do sanitário”; “uso do vaso sanitário/deslocamento” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008)</p> <p>“Transferir para o WC” (PULSES, Marshall, 1999)</p> <p>“Transferência para o sanitário” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)</p> <p>“Transferir-se da cadeira de rodas para a sanita” (SCIM, Itzkovich et al, 2007)</p> <p>“Transferência para o vaso sanitário “ (MIF, Riberto et al, 2001)</p> <p>“Utilizar a sanita” (EASY care, Figueiredo e Sousa, 2001)</p>
	Aprontar vestuário	<p>“Apertar e desapertar a roupa evitando suja-la” (Mahoney e Bathel, 1965)</p> <p>“Retirar a roupa da utilização do sanitário (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008)</p> <p>“Ajustar a roupa antes e após o uso de sanitário” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)</p> <p>“ Entra e sai do sanitário, arranja a roupa” (Índice de KATZ, Wallace e Shelkey, 2008)</p>
	Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)	<p>“Usar o papel higiénico” (Mahoney e Bathel, 1965)</p> <p>“Limpar-se” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008)</p> <p>“Manter a higiene do períneo” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)</p> <p>“Limpar a área genital” (Índice de KATZ, Wallace e Shelkey, 2008)</p>
	Higiene das mãos	<p>“Higiene das mãos” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008)</p>

Quadro 8 - Uso de sanitário: itens de avaliação

Uso de sanitário, *“é um autocuidado com as características: levar a cabo as actividades de eliminação, fazer a higiene íntima; limpar-se; puxar o autoclismo”* (CIPE, 2003, p.56).

A capacidade para o autocuidado uso de sanitário, engloba actividade tais como: *“despir as roupas; posicionar-se no vaso sanitário; conseguir urinar e evacuar; limpar-se após urinar ou evacuar e puxar autoclismo; vestir a roupa após a higiene íntima”* (Petronilho et al, 2010, p. 45).

Da análise dos peritos (anexo II) relativamente aos itens da dimensão: “Uso de sanitário”, emerge a referência de considerar o item “*transferência e posição corporal no vaso sanitário*” em alternativa ao item “*deslocar e transferir para o vaso sanitário*”.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Mobilidade e levante da cama	Rodar na cama	“Mover-se na cama” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Capacidade para se virar na cama” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Mobilidade na cama” (SCIM, Itzkovich et al, 2007) “Passar da posição de dorsal para lateral” (MAS, Oliveira et al, 2008)
	Erguer para posição de sentado	“Capaz de se virar e posicionar-se na cama para a transferência” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Passar da posição de dorsal para sentado na cama” (MAS, Oliveira et al, 2008)
	Pôr de pé	“Capaz de suportar o peso do corpo ” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)
	Deitar na cama	“Mover-se para a cama” (Índice de KATZ, Wallace e Shelkey, 2008)

Quadro 9 - Mobilidade e levante da cama: itens de avaliação

Mobilidade e levante da cama, compreende aspectos como: rodar-se, erguer-se e pôr-se de pé.

- “Rodar-se é um autocuidado com as características: mover o corpo, virando-o de um lado para o outro;
- Erguer-se é um autocuidado com as características: levantar partes do corpo para uma posição mais elevado;
- Pôr-se de pé, é um autocuidado com as características: mover-se, mudando a posição do corpo para posição vertical” (CIPE, 2003, p. 56/57).

A capacidade para a mobilidade no leito, pode ler-se nas seguintes actividades: “Move ligeiramente o corpo alternando zonas de pressão; roda o corpo de forma a alternar decúbitos; posiciona-se com alinhamento correcto do corpo (Petronilho et al, 2010, p. 46).

Da observação dos peritos (anexo II) relativamente aos itens da dimensão, “mobilidade e levantar da cama”, resultou a ideia de separar os itens “*erguer*” e “*pôr de pé*”. Na transposição da posição de deitado para a posição ortostática existe dois passos: a passagem para a posição de sentado, assumido como “*erguer*” e o levantar assumido como “*pôr de pé*”.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Transferir	Mover da cama para a cadeira	“Transferir para a cadeira” (PULSES, Marshall, 1999) “Transferência da cama para a cadeira” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Transferência da cama para cadeira de rodas” (SCIM, Itzkovich et al, 2007) “Mover-se para fora da cama” (Índice de KATZ, Wallace e Shelkey, 2008) “Transferência/leito” (MIF, Riberto et al, 2001) “Mover-se da cama para a cadeira de rodas” (Mahoney e Bathel, 1965) “Descolar-se da cama para a cadeira” (EASY care, Figueiredo e Sousa, 2001)
	Mover da cadeira para a cama	“Voltar da cadeira de rodas para a cama” (Mahoney e Bathel, 1965) “Transferência/leito” (MIF, Riberto et al, 2001) “Mover-se para a cama” (Índice de KATZ, Wallace e Shelkey, 2008)
	Transferir entre: cadeiras/cadeirão/sofá	“Mover-se para, ou, da cadeira “ (Índice de KATZ, Wallace e Shelkey, 2008) “Transferência/cadeira” (MIF, Riberto et al, 2001)

Quadro 10 - Transferir: itens de avaliação

Transferir, “*é um tipo de autocuidado com as características específicas: mover o corpo entre a cama e a cadeira*” (CIPE, 2003, p.56).

Capacidade para se transferir concebe as actividades: “*Erguer-se da posição de deitado (horizontal) para a posição de sentado; mover o corpo na direcção do bordo da cama com equilíbrio; deslocar-se da cama para a cadeira, na posição vertical ou sentado; senta-se na cadeira confortavelmente e preparado para andar*” (Petronilho et al, 2010, p. 46).

Pela análise de peritos (anexo II) ponderou-se algumas apreciações, relativamente ao conteúdo e enunciado dos itens da dimensão, “transferir”. Considera-se que a actividade de transferência poderá ser efectuada entre vários acentos e não só entre “*duas cadeiras*”. O item “*levantar e sentar*” inicialmente

proposto foi eliminado, sendo considerado como um item pouco relevante na avaliação da transferência.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Andar	Colocar de pé e fazer carga nos membros inferiores	“Assumir a posição de pé” (Mahoney e Bathel, 1965) “Passar da posição de sentado para a posição ortostática”; “levantar-se” (MAS, Oliveira et al, 2008)
	Manter de pé, em equilíbrio (com ou sem auxiliar de marcha)	“ Não deambula mas é capaz de rodar” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Fica em pé e permanece em posição ortostática” (MAS, Oliveira et al, 2008) “Manter-se em pé sem apoio” (Berg
	Dar pequenos passos (com ou sem auxiliar de marcha)	“Andar em superfície plana” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Anda 3m sozinho ou com auxiliar de marcha” (MAS, Oliveira et al, 2008)
	Andar (com ou sem auxiliar de marcha)	“Caminhar pelos menos 50m (...) Pode usar bengalas, canadianas”; “ pode deambular impulsionando uma cadeira de rodas de forma independente” (Mahoney e Bathel, 1965) “Caminhar na parte interna e externa da casa” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Andar, ou andar com cadeira de rodas” (PULSES, Marshall, 1999) “Anda 10m” (MAS, Oliveira et al, 2008) “Locomoção” (MIF, Riberto et al, 2001) “Movimentar-se dentro de casa” (EASY care, Figueiredo e Sousa, 2001)

Quadro 11 - Andar: itens de avaliação

Andar, “é um tipo de autocuidado, com as características: movimento do corpo de um lado para outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com marcha eficaz; subir e descer escadas e inclinar-se para cima e para baixo” (CIPE, 2003, p.57).

A primeira etapa para que a pessoa inicie a marcha é ter capacidade para fazer carga nos membros inferiores, ou seja, “fazer sustentação na posição de bípede” (Lourenço e Mendes, 2010, p.58).

Capacidade para andar pode ser avaliada através do desempenho para as seguintes actividades: “Coloca-se na posição vertical em equilíbrio; sustenta o peso do corpo na posição vertical em equilíbrio; move os membros inferiores passo a passo com equilíbrio e anda com marcha eficaz” (Petronilho et al, 2010, p. 46).

Na opinião dos peritos (anexo II) relativamente aos itens que constituem a dimensão, “andar”, procedeu-se à alteração do enunciado inicial do item “ Manter-

se de pé, faz carga nos membros inferiores” para “Colocar de pé e fazer carga nos membros inferiores”.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Subir/descer escadas	Subir degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	“Subir e descer escadas, podendo utilizar corrimão, bengala ou canadianas” (Mahoney e Bathel, 1965) “Gestão das escadas” (SCIM, Itzkovich et al, 2007) “Sobe e desce degraus com ou sem auxílio de dispositivos” (Oliveira et al, 2008)
	Descer degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	“Locomoção/escadas” (MIF, Riberto et al, 2001) “Subir e descer escadas” (EASY care, Figueiredo e Sousa, 2001)

Quadro 12 - Subir/descer escadas: itens de avaliação

Subir/descer escadas, “é um tipo de autocuidado incluído no autocuidado andar” (CIPE, 2003, p.57). Apesar de estar incluído no andar, optou-se por manter dissociado deste, por ser uma actividade com um elevado grau de complexidade e mais exigente ao nível do desempenho funcional.

Pela consulta do painel de peritos (anexo II), relativamente aos itens da dimensão “subir/descer” verifica-se consonância sobre o conteúdo e enunciado dos itens.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Alimentar	Requerer/pedir comida	“Utilização de utensílios para levar o alimento à boca” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008)
	Manipular utensílios (talher, copo, chávena) e levar os alimentos à boca	“Leva o alimento do prato até à boca” (Índice de KATZ, Wallace e Shelkey, 2008)
	Cortar os alimentos/barrar a manteiga	“Passar a manteiga”; “cortar a comida” (Mahoney e Bathel, 1965)
	Mastigar e manipular os alimentos na boca	“Mastigação” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) e (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Mastigar a comida” (EASY care, Figueiredo e Sousa, 2001)
	Engolir os alimentos	“Deglutição do alimento” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) e “Engolir” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)

Quadro 13 - Alimentar: itens de avaliação

Alimentar, “é um tipo de autocuidado com as características: organizar a ingestão de alimentos e bebidas; cortar e partir os alimentos; levar a comida à boca e/ou beber por copo ou chávena. No alimentar-se também se inclui a mastigação e deglutição. Mastigação, refere-se à decomposição mecânica dos alimentos na boca, esmagando-os com os dentes e movimentos da língua. Deglutição, refere-se à passagem de alimentos pela boca, com movimentos da língua e músculos, que passam através da garganta para o esófago e estômago” (CIPE, 2003,p.56).

A pessoa que tem autonomia/independência no alimentar-se, inicia esta actividade com a procura e/ou solicitação de alimento. Mostra-se também capaz de desempenhar tarefas, tais como: “cortar e partir os alimentos; abrir e fechar os recipientes; colocar os alimentos no talher e levá-los à boca; manipular os alimentos

na boca e mastigá-los; engolir os alimentos e concluir a refeição até ficar satisfeito; pegar e beber com copo ou chávena” (Petronilho et al, 2010, p. 45).

Tendo em conta a análise dos peritos (anexo II), o item “levar os alimentos à boca” foi associado ao item “manipular utensílios”, por consonância de conteúdos.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Vestir/ despir	Seleccionar e organizar roupa e acessórios	“Escolha “ (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Chegar a roupa fora do armário e gavetas” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Obter a roupa do armário/gaveta” (Índice de KATZ, Wallace e Shelkey, 2008)
	Vestir/despir parte superior do corpo	“Vestir acima da cintura” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Vestuário superior” (PULSES, Marshall, 1999) “Capacidade para vestir/despir a parte superior do corpo ” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Vestir parte superior do corpo” (SCIM III, Itzkovich et al, 2007)
	Vestir/despir parte inferior do corpo	“Vestir abaixo da cintura” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Vestuário inferior” (PULSES, Marshall, 1999) “Capacidade para vestir/despir a parte inferior do corpo” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Vestir parte inferior do corpo” (SCIM III, Itzkovich et al, 2007)
	Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)	“Apertar sapatos” (Mahoney e Bathel, 1965) “Abotoamento das roupas” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Manuseamento de botões e fechos” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009) “Amarrar os sapatos” (KATZ, Wallace e Shelkey, 2008)
	Calçar/descalçar os sapatos/chinelos	“Vestir abaixo da cintura” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Vestuário inferior” (PULSES, Marshall, 1999) “Capacidade para vestir a parte inferior do corpo (...) sapatos” (OASIS, Tullai-McGuinness et al, 2009)

Quadro 14 - Vestir/despir: itens de avaliação

Vestir/despir, “é um tipo de autocuidado com as características: encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos pela ordem adequada e apertá-la convenientemente; apertar/ desapertar fechos; abotoar e desabotoar; tirar e calçar meias e sapatos” (CIPE, 2003, p.55).

A capacidade para se vestir/despir é avaliada pela aptidão para desempenhar actividades, tais como: “Retirar roupas da gaveta/armário; Vestir a parte superior do corpo; Vestir a parte inferior do corpo; Abotoar a roupa/usar fechos/usar velcro; calçar/descalçar sapatos/chinelos; despir roupa” (Petronilho et al, 2010, p. 45).

Após a validação pelo painel de peritos (anexo II), foi adicionado o item “calçar/descalçar os sapatos/chinelos”, tendo em conta a especificidade desta actividade na dimensão do autocuidado “vestir/despir”.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Controlo vesical	Comunicar a vontade de urinar	“Controlar a sua bexiga dia e noite”(Mahoney e Bathel, 1965) “Controlo da urina” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Controlo voluntário dos esfíncteres da bexiga” (PULSES, Marshall, 1999)
	Continência urinária	“Gestão do esfíncter da bexiga” (SCIM, Itzkovich et al, 2007) “Autocontrolo da micção” (Índice de KATZ, Wallace e Shelkey, 2008) “Incontinência urinária” (EASY care, Figueiredo e Sousa, 2001)

Quadro 15 - Controlo vesical: itens de avaliação

Controlo vesical, relaciona-se com a eliminação vesical, “*que é um meio de excreção da urina por meio da micção*” (CIPE, 2003,p.26). Actividade que engloba a capacidade para controlar a vontade de urinar.

Dimensão	Itens	Instrumentos
Controlo intestinal	Comunicar a vontade de evacuar	“Controlo, não ter acidentes” (Mahoney e Bathel, 1965) “Controlo das fezes” (IASFI, Fonseca e Rizzotto, 2008) “Controlo voluntário dos esfíncteres do intestino” (PULSES, Marshall, 1999)
	Continência fecal	“Gestão do esfíncter intestinal” (SCIM, Itzkovich et al, 2007) “Autocontrolo intestinal” (Índice de KATZ, Wallace e Shelkey, 2008) “Incontinência fecal” (EASY care, Figueiredo e Sousa, 2001)

Quadro 16 - Controlo intestinal: itens de avaliação

Controlo intestinal, relaciona-se com a eliminação intestinal, ou seja, “*movimento de evacuação das fezes pela defecção*” (CIPE, 2003,p.25). Actividade que engloba o controlo voluntário da função intestinal.

Nos adultos, o controlo vesical e intestinal está relacionado com a consciencialização da própria eliminação. Na avaliação da autonomia/dependência do controlo vesical e intestinal torna-se importante avaliar se o que está afectado é apenas a função ou se também existe alteração das funções cerebrais superiores que impedem o controlo voluntário da eliminação. No estímulo para a autonomia/independência, pode-se trabalhar a função mas também a cognição, como por exemplo, estimular a pessoa a estar atento à sensação vesical ou intestinal. Estabelecer “*determinadas rotinas também constitui uma estratégia facilitadora positiva*” (Sequeira, 2010 p. 142).

Pela análise dos peritos (anexo II), relativamente aos itens das dimensões, controlo vesical e intestinal, existe genericamente concordância, relativamente ao enunciado e conteúdo dos itens.

Após a escolha teórica dos itens da escala, torna-se pertinente escolher respostas alternativas para cada um indicador/item de avaliação. É conveniente “*associar números às respostas para que possam ser analisadas posteriormente*”

por meio de testes estatísticos. Os números associados a cada conjunto de resposta apresentam uma escala de medida (...)” (Hill e Hill, 2009, p.105).

Segundo Alves et al (2008), pode utilizar-se escalas de dificuldade e dependência, que em geral assumem três formas padrão, o grau de dificuldade em realizar determinada actividade, o grau de assistência ou de dependência para realizar a actividade e se actividade não é realizada. A medida de dependência avalia se a pessoa necessita de ajuda para realizar uma actividade e é útil para determinar a necessidade de auxílio. O indivíduo é classificado como dependente quando necessita de ajuda de outra pessoa e não consegue realizar a tarefa. O mesmo autor refere que a maioria dos estudos prefere a *dependência*, por ser o um indicador mais confiável. No entanto, *“se o comportamento do indivíduo for classificado somente como independente ou dependente, o sistema de contagem pode não ser sensível a mudanças reais, que indicam o progresso do indivíduo (...)* Os scores mensuram com maior precisão os tipos e graus de incapacidade (...) O score individual muda levemente e não passa de um estado caracterizado pela presença de incapacidade para outro estado de ausência de incapacidade” (Alves et al , 2008, p.1205).

Na construção do GAIA, utiliza-se uma medida de dependência e à semelhança do que acontece noutros instrumentos, tal como, no Índice de Barthel, Katz ou MIF. Foram constituídos scores de avaliação intermédios, com atribuição de um valor numérico, ao qual está associado um maior ou menor nível de independência para o autocuidado, determinando, um maior ou menor apoio de terceiros. Recorreu-se para tal, a uma escala ordinal tipo Likert. As escalas ordinais de acordo com Hill e Hill, (2009) e Ribeiro (1999), são escalas que admitem uma ordenação numérica das suas categorias, ou seja, das respostas alternativas, estabelecendo uma relação de ordem entre elas. As categorias são estabelecidas à *priori*, de tal modo que, pertencer a uma categoria, significa ter mais ou menos, do que pertencer a outra categoria.

A escala de Likert é uma escala de itens e produz uma escala ordinal. *“Começa-se por produzir afirmações ou itens acerca de um assunto a que os sujeitos respondem assinalando uma posição”* (Ribeiro, 1999, p.108).

O instrumento GAIA é constituída por itens, avaliados numa escala ordinal tipo Likert, que varia entre 1 e 4, sendo que:

1-Dependente - O cliente está totalmente incapacitado de colaborar;

2-Ajuda moderada - O cliente inicia a actividade mas requer ajuda de terceiros na maior parte da realização da tarefa;

3-Ajuda mínima - O cliente faz a actividade mas necessita de incentivo e/ou supervisão (como medida de confiança e/ou por precaução de segurança) com ou sem recurso a produtos de apoio;

4-Independente - O cliente é independente com ou sem recurso a produtos de apoio.

Após uma reflexão conjunta, acerca dos itens de outras escalas e da apreciação dos peritos, chega-se então à primeira versão do GAIA. Esta escala faz parte integrante do questionário elaborado para este estudo e será sujeita a testes de validação para determinar as suas propriedades psicométricas. Após a construção do instrumento de colheita de dados procedeu-se à realização do pré-teste.

1.3.2 – Pré -Teste

O pré-teste consiste no “ (...) *ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala* ” Fortin (1999,p. 373). A sua realização tem como objectivo avaliar se o conteúdo do instrumento é adequado para o que se pretende avaliar. Na perspectiva de Ghiglione e Matalon (1992), o pré-teste deve incluir duas fases. A primeira refere-se as questões consideradas por si só e a segunda ao questionário na sua totalidade e às condições de aplicação.

Foram analisadas duas vertentes no pré-teste. Uma para garantir que o questionário seria aplicável e que respondia efectivamente aos problemas colocados, que as questões eram adequadas e relevantes para o problema da autonomia/independência no autocuidado, o vocabulário, a ordem e o número de questões eram apropriados. A segunda fase, referiu-se ao processo de recolha de dados em sí, ou seja, a forma como se contactou os inquiridos e condições de aplicação do questionário. No presente trabalho, a realização destas duas fases do pré-teste foi relevante para a fiabilidade dos resultados, uma vez que, no processo de recolha de dados estiveram envolvidas enfermeiros colaboradores, tornando-se importante testar as condições de aplicabilidade do questionário.

De acordo com Fortin (1999), o pré-teste deve ser aplicado a uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos). Na realização do pré teste foram aplicados 10 questionários a clientes em programa de

reabilitação em duas ECCI diferentes, de forma a garantir uma maior diversidade de clientes, estes posteriormente viriam a fazer parte da amostra.

Os questionários foram preenchidos pelos enfermeiros de reabilitação, de forma a aferir aspectos relacionados com a aplicabilidade do questionário, uma vez que estes se tornaram parceiros na investigação. A realização do pré-teste proporcionou uma oportunidade de reflexão sobre dificuldades de preenchimento do mesmo, nomeadamente na interpretação de algumas questões, no sentido de vencer esta dificuldade, para além da carta de explicação do estudo, realizaram-se reuniões com os enfermeiros colaboradores para esclarecer dúvidas. Foi também disponibilizado contacto telefónico da investigadora para alguma informação adicional. Outra das alterações operacionalizadas após a aplicação do pré-teste prendeu-se com questões de ordem semântica, tendo sido algumas questões sujeitas a pequenas alterações de ordem semântica, no entanto não foram nem eliminadas nem acrescentadas nenhuma questão ao questionário.

O questionário foi o suporte utilizado na colheita de dados. Fazem parte dele, o instrumento da avaliação do “Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado” (GAIA), construído com base numa abordagem teórica e a partir de outros instrumentos já existentes que avaliam o mesmo constructo. O instrumento foi sujeito a apreciação realizada por um painel de peritos na área da enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário, permitindo reflectir sobre alguns aspectos. O pré-teste surge no sentido de aferir algumas questões relativas ao conteúdo e aplicabilidade do mesmo, tendo este revelado que todas as questões são pertinentes para a problemática do estudo e apenas se efectuaram algumas alterações de ordem semântica com modificação de algumas palavras. Construído o instrumento emerge reflectir sobre os aspectos éticos do estudo.

1.4 – Procedimentos Éticos

Toda a investigação científica é uma actividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes e os aspectos ético-legais devem ser considerados ao longo de todo o processo de investigação, desde a definição do problema até à recolha e divulgação dos resultados. O enfermeiro investigador deve ter uma consciência ética bem formada e a humildade de pedir a apreciação do seu projecto de investigação a uma Comissão de Ética (Martins, 2008). Tendo presente estes aspectos, a realização deste trabalho, obteve

um parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Norte (anexo III). Embora a recolha de dados fosse anónima, implicou a colaboração dos enfermeiros de reabilitação das ECCI, pelo que foi também requerida autorização ao Director do Conselho Executivo de cada ACES, tendo-se obtido confirmação para a realização da colheita de dados. Foi solicitada a colaboração dos enfermeiros de reabilitação de cada ECCI, aos quais foi entregue, juntamente com o questionário, uma carta de explicação do estudo e obtido o respectivo consentimento informado para colaborar no mesmo.

De acordo com Grande (2000), e Martins (2008), o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados deve ser uma preocupação do investigador transversal ao processo de investigação. No decorrer deste estudo esteve sempre presente o respeito pela privacidade dos participantes. Quer dos clientes a quem os dados se referem, quer dos profissionais colaboradores, quer das instituições, tratando-se de dados confidenciais. Todos os dados resultantes desta investigação são tratados de forma a manter o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação.

No respeito por estes princípios ético-legais:

- Os questionários foram preenchidos de forma anónima e não contêm dados identificativos dos clientes, nem dos profissionais, nem das instituições a que pertencem, garantido o investigador o anonimato dos participantes e a confidencialidade da informação;
- Foi assegurada pelo investigador a participação voluntária no estudo, tendo sido solicitado aos colaboradores da recolha de dados, o consentimento informado;
- A divulgação dos resultados não contém nenhum dado que possa ser identificativo dos participantes mantendo assim o anonimato dos mesmos.

No cumprimento dos pressupostos dos ético-legais este trabalho de investigação assenta no respeito e sentido de responsabilidade. Foi assumido pelo investigador esta postura em todo o percurso da investigação, desde a selecção do problema que se prevê “*dar resposta a problemas concretos da prática*” (Martins, 2008, p. 64), passando pelo pedido de parecer à comissão de ética, até à divulgação dos resultados que se apresentam no capítulo seguinte.

Em suma, o presente trabalho de natureza quantitativa, descreve o grau de autonomia e independência para o autocuidado dos clientes da ECCI em programa de reabilitação em contexto domiciliário, bem como as intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidas para optimização do mesmo. Foi construído um instrumento de avaliação com base em premissas teóricas para avaliação do

autocuidado que faz parte integrante do questionário de colheita de dados. Na procura da resposta às questões de investigação passa-se à apresentação e discussão dos dados.

CAPITULO III – AUTONOMIA/INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO

Neste capítulo procede-se à apresentação e discussão dos resultados, o que implica um juízo crítico sobre a informação em análise e uma confrontação com o estado do conhecimento sobre a problemática deste estudo. O desenvolvimento deste trabalho foi norteado pelas questões de investigação, pelo que, nesta fase discute-se as respostas encontradas para essas mesmas questões.

Como já foi referido este estudo enquadra-se num paradigma quantitativo, pelo que a análise dos dados efectuou-se com recurso a métodos estatísticos. Segundo Polit e Hungler (1991), estes podem classificar-se como descritivos e de inferência. Os descritivos utilizam-se para descrever e sintetizar um conjunto de dados obtidos das observações e medidas empíricas. Neste estudo a análise descritiva dos dados efectuou-se com recurso a medidas de tendência central e de dispersão, permitindo de forma sumária caracterizar os dados da amostra “ *procedimento que se propõe apresentar a fotografia do grupo estudado* “ (Ribeiro, 1999, p. 61). Posteriormente recorreu-se a métodos estatísticos dedutivos, inferências, no sentido do investigador fazer inferências e tirar conclusões acerca da população.

As técnicas de inferência estatística recorrem a tanto a testes paramétricos como não paramétricos, “ *estes variam consoante a natureza da distribuição dos resultados, ou das técnicas de recolha dos dados*” (Ribeiro, 1999, p. 59). Sempre que possível deve ser utilizada a estatística paramétrica por se valer de testes estatísticos mais robustos. Neste trabalho procedeu-se à análise da diferença do grau de independência /autonomia no autocuidado, num grupo de clientes, entre a primeira e segunda avaliação, utilizou-se a estatísticas paramétrica com recurso ao teste *t* para amostras emparelhadas.

A determinação das propriedades métricas do GAIA, fiabilidade e validade, foram obtidas através do coeficiente de *alpha de cronbach* e análise factorial respectivamente, referidos por Ribeiro (1999) como os dois os grandes tipos de propriedades métricas dos instrumentos. A discussão dos resultados inicia-se pela apresentação das caracterização sócio-demográfica da amostra.

1– Características Sócio-demográficas

Na orientação metodológica deste trabalho levantam-se questões sobre as características sócio-demográficas dos clientes em programa de enfermagem de reabilitação no domicílio, bem como, que patologias mais frequentemente determinam intervenção de enfermagem de reabilitação no domicílio. Os 224 casos têm a seguinte distribuição percentual para as variáveis referidas (tabela 1).

Características Sócio-demográficas	Clientes	
Género	Masculino	46,4 %
	Feminino	53,6 %
Idade/anos de vida	Média	74.03 anos
	Limite Máximo	96 anos
	Limite Mínimo	32 anos
	DP	14,6 anos
	Mediana	77 anos
	Moda	76 anos
Estado Civil	Solteiro	8,9 %
	Casado	53,6 %
	Viúvo	33,9 %
	Divorciado	3,6 %
	União de facto	0 %
Patologia	Cardiovascular	8,0 %
	Cerebrovascular	41,1 %
	Músculo-esquelético/osteart.	37,5 %
	Respiratória	8,9 %
	Outra	4,5 %

Tabela 1 – Características sócio-demográficos

A amostra é constituída por 53,6% de clientes do género feminino e 46,4% do género masculino. Na sua maioria eram casados (53,6%). Relativamente à idade, os resultados mostram que a média das idades dos clientes é de 74 anos, com o limite mínimo e máximo de 32 e 96, respectivamente e um desvio padrão de 14,6 anos. A moda é de 76 e a mediana de 77anos.

Constata-se que relativamente à patologia, os inquiridos tinham na sua maioria patologias cerebrovascular e músculo-esquelético/ostearticular com 41,1% e 37,5% respectivamente.

A caracterização sócio-demográfica da amostra em estudo evidencia que os resultados são similares aos encontrados em outros estudos que têm como base

amostras de pessoas dependentes em âmbito domiciliário, dos quais, Araújo et al, (2007), Petronilho (2007), Louro (2009), Ricarte (2009), Andrade (2009), Carvalhido e Pontes (2009) e Sequeira (2010). Nestes trabalhos prevalecem idosos com idade avançada (habitualmente médias superiores a 70 anos), do género feminino e casados. Estes resultados relacionam-se com o envelhecimento geral da população, com maior prevalência dos idosos do sexo feminino (INE 2002).

Estudos tais como, Araújo et al (2007), Petronilho (2007), Louro (2009), Ricarte (2009), Andrade (2009) e Sequeira (2010) e em consonância com o apontado pela DGS (2002) no que se refere a doenças associadas a uma população idosa, demonstram semelhança casuística com a amostra deste trabalho, o que a torna pertinente para os resultados encontrados. Estes estudos mostram o predomínio das doenças cerebrovasculares, seguidas das patologias cardíacas e osteoarticulares.

Poderá também dizer-se que a amostra do estudo é um reflexo da população em geral que está aos cuidados da ECCI em Portugal. Os resultados do relatório intercalar de monitorização da RNCCI (1º semestre de 2011), mostram que 53% dos clientes são do sexo feminino, 47% do sexo masculino e que, aproximadamente 80% dos clientes da RNCCI, tem mais de 65 anos.

O perfil sócio-demográfico dos clientes em cuidados de enfermagem de reabilitação pelas equipas da ECCI no domicílio, enquadra-se dentro do panorama nacional que é constituída por elementos maioritariamente idosos, do género feminino, casada, com patologias cerebrovasculares e músculo-esquelética.

Na continuidade da apresentação e discussão dos resultados passa-se à análise das propriedades métricas do instrumento “GAIA”.

2 – Grau de Autonomia Independência no Autocuidado (GAIA): Qualidades Métricas

Apresentam-se neste capítulo os resultados da apreciação das propriedades métricas do instrumento “GAIA”. Com base na análise estatística da informação obtida, estimou-se o grau de fidelidade e validade do instrumento GAIA. “A fidelidade e a validade são consideradas os dois os grandes tipos de propriedades

métricas dos instrumentos” (Ribeiro, 1999, p. 111). Os dados obtidos com a aplicação do questionário foram individualmente codificados com números, transcritos para uma base de dados e posteriormente analisados.

A **fidelidade** do GAIA foi determinada pela análise da consistência interna com o modelo de correlação de *alpha de cronbach* (*Reliability Analysis – Scale alpha*) do programa SPSS versão 17.0. Os autores que se têm debruçado sobre as características e utilização de técnicas de avaliação das qualidades psicométricas de escalas, são unânimes ao assumir que a fidelidade de um instrumento de medida constitui o principal critério para avaliar a sua qualidade e adequação, Polit e Hungler (1991), Pestana e Gageiro (2005) e Maroco e Garcia-Marques (2006). A fidelidade de um teste *“indica a extensão em que as diferenças individuais na realização do teste são atribuídas a diferenças verdadeiras/reais, das características avaliadas”* (Ribeiro, 1999, p. 113). De acordo com Hill e Hill (2009) e Polit e Hungler (1991), o pressuposto da fidelidade é que, o valor observado é igual ao valor correcto, mais o erro de medição.

A fidelidade de um instrumento pode avaliar-se de diversas formas. No entanto, *“todos os tipos de fidelidade se interessam pelo grau de consistência ou concordância entre dois conjuntos de notas independentes, eles expressam-se por um coeficiente de correlação”* (Ribeiro 1999, p. 112). Os métodos para avaliar a fidelidade de uma forma geral prendem-se com três aspectos: 1) A estabilidade temporal (teste-reteste) que se refere, à capacidade de um instrumento produzir os mesmos resultados com avaliações repetidas. 2) As versões equivalentes/formas alternativas, consiste em desenvolver e aplicar duas versões do mesmo instrumento, utilizar formas alternativas de avaliar o mesmo constructo e a mesma dimensão. 3) A consistência interna/ homogeneidade, encontrada com base nas das intercorrelações entre os itens de um instrumento, Ribeiro (1999) e Hill e Hill (2009).

Na determinação do grau de fidelidade do instrumento, GAIA, a discussão centrou-se ao nível da avaliação da consistência interna /homogeneidade do instrumento, sendo defendido por Hill e Hill (2009) como o coeficiente mais popular entre os investigadores, uma vez que é um método que melhor avalia, umas das fontes mais importantes de erros de quantificação.

A consistência interna *“é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste”* (Ribeiro, 1999, p.113). O coeficiente de *alpha de cronbach*, é a técnica mais referida pelos investigadores, como forma de determinação da fiabilidade de um instrumento. *Qualquer “referência a questões de fiabilidade (reliability) de uma medida, suscita referência ao índice alpha de*

cronbach. A maioria dos investigadores, tende não apenas a considerá-lo como um índice universalmente aconselhável para o estudo métrico de uma escala (qualquer que sejam as suas características) como tendem a percebê-lo como fornecendo estimativas fiáveis da fiabilidade de uma escala” (Maroco e Garcia-Marques, 2006, p.66).

No presente trabalho a determinação do *alpha de cronbach*, foi a técnica utilizada para a determinar o grau de fidelidade do instrumento de avaliação do Grau de autonomia/independência no autocuidado (GAIA).

O coeficiente de *alpha de cronbach* decompõe o valor observado, numa componente correcta e noutra de erro. Na amostra em estudo, os valores observados relativamente à autonomia/independência no autocuidado variam de cliente para cliente, reflectindo as suas características individuais, esta será a parte da variabilidade correcta, a outra variabilidade diz respeito ao erro.

O coeficiente de *alpha de cronbach* varia entre 0 e 1, quanto mais próximo estiver de 1, maior a consistência interna e maior será a fidelidade do instrumento, para Ribeiro (1999) e Pestana e Gageiro (2005), uma boa consistência interna deve apresentar um *alpha de cronbach* superior a 0,80. No entanto são aceitáveis valores de *alpha de cronbach* acima de 0,60.

No desenvolvimento de um questionário para medir uma variável é *“muito útil fazer a análise dos itens e ao mesmo tempo calcular o valor de alpha (...) o output deste processo é muito útil na selecção final dos itens do questionário porque o investigador pode ver quais os itens que contribuem bem para a fiabilidade interna do questionário e quais os que não contribuem bem”* (Hill e Hill, 2009, p. 147).

Na tabela 2 da página seguinte, apresenta-se o resultado da análise da consistência interna do GAIA, podendo ler-se o efeito da remoção de cada um dos itens no total da escala. São apresentados os resultados de maior interesse que, de acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006), dizem respeito à correlação entre os scores do item e o total da escala e o valor do *alpha de cronbach* da escala, se esse item fosse eliminado da mesma.

Dimensões/questões	Média	Correlação	alpha
Lavar o rosto	95,53	,866	,990
Pentear	95,62	,874	,990
Cuidar das unhas dos pés	96,62	,629	,990
Cuidar das unhas das mãos	96,25	,741	,990
Higiene oral	95,56	,882	,990
Colocar creme/ desfazer a barba	95,82	,833	,990
Entrar/sair do chuveiro	96,12	,871	,990
Abrir/fechar a torneira e regular a temperatura da água	95,78	,885	,989
Obter e utilizar gel de banho/esponja	95,73	,899	,989
Lavar/secar parte superior do corpo	95,77	,906	,989
Lavar/secar parte inferior do corpo	96,29	,832	,990
Transferir-se e posicionar-se no vaso sanitário	95,86	,924	,989
Aprontar vestuário	95,97	,922	,989
Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)	95,80	,930	,989
Higiene das mãos	95,48	,894	,989
Rodar na cama	95,46	,870	,990
Erquer para posição de sentado	95,71	,894	,989
Pôr de pé	95,79	,901	,989
Deitar na cama	95,67	,904	,989
Mover da cama para a cadeira	95,68	,912	,989
Mover da cadeira para a cama	95,75	,921	,989
Transferir entre: cadeiras/cadeirão/sofá	95,77	,917	,989
Colocar de pé e fazer carga nos membros inferiores	95,71	,874	,990
Manter de pé, em equilíbrio (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	95,70	,880	,990
Dar pequenos passos (com ou sem auxiliar de marcha)	95,79	,877	,990
Andar (com ou sem auxiliar de marcha)	95,98	,835	,990
Subir degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	96,33	,745	,990
Descer degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	96,33	,743	,990
Requerer/pedir comida	94,72	,653	,990
Manipular utensílios (talher, copo) levar alimentos à boca	95,04	,806	,990
Cortar os alimentos/barrar a manteiga	95,45	,780	,990
Mastigar e manipular os alimentos na boca	94,36	,481	,990
Engolir os alimentos	94,32	,457	,990
Seleccionar e organizar roupa e acessórios	95,80	,862	,990
Vestir/despir para superior do corpo	95,81	,906	,989
Vestir/despir para inferior do corpo	96,28	,840	,990
Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)	95,91	,914	,989
Calçar/descalçar os sapatos/chinelos	96,17	,862	,990
Comunicar a vontade de urinar	95,22	,774	,990
Continência urinária	95,27	,785	,990
Comunicar a vontade de evacuar	95,17	,778	,990
Continência fecal	95,19	,790	,990
Valores totais do GAIA: 42 itens Média = 98,01; Desvio Padrão=40,980; alpha total = 0,990			

Tabela 2 - Consistência interna do GAIA

De acordo com Lakatos e Marconi (1988), as questões com valores de correlação inferiores a 0,20, revelam-se como más discriminadoras, ou seja, não são indicadores adequados para medir o conceito global, pelo que devem ser eliminadas. Pela observação da tabela acima verifica-se que não foram encontrados valores de correlações inferiores a 0,20 pelo, que se considera que todas as questões se revelaram com bom poder discriminador.

As questões que revelam maior valor discriminativo são aquelas que apresentam valores mais altos de correlação e são elas: “*Transferir e posicionar no vaso sanitário*” e “*Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)*” com valores de correlação de 0,924 e 0,930 respectivamente.

Em contrapartida as questões que apresentam menos valor discriminante são as que apresentam menor valor de correlação e no caso do GAIA são: “*Engolir os alimentos*” e “*Mastigar e manipular os alimentos na boca*” com valores de correlação de 0,457 e 0,481, respectivamente. Apesar destas duas questões apresentarem os valores mais baixos de correlação, estes estão acima de 0.20 e a sua eliminação não teria repercussões significativas no *alpha* total da escala, pelo que se mantém na versão final do GAIA.

O coeficiente total do GAIA (*alpha* total de 0,990), de acordo com Pestana e Gajero (2005) e Hill e Hill (2009), é considerado um valor muito bom. Pode assim afirmar-se que todas as 42 questões do GAIA são adequadas para avaliar o grau de autonomia/independência no autocuidado.

Existem factores que influenciam a magnitude do índice de fiabilidade, contribuindo para valores elevados de *alpha* (0,990) do GAIA. De acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006) a variância observada nos dados é a base de inferência de uma estimativa de fiabilidade, ou seja, instrumentos de medida com um maior número de itens e grande variabilidade de respostas inter-sujeitos, estimam maiores valores de *alpha*. O GAIA apresenta um número elevado de itens (42) e uma grande dispersão de respostas dos participantes (Desvio Padrão=40,980), podendo estes factores serem influenciadores do valor de *alpha*.

Para além da fidelidade, outro critério importante para avaliar as propriedades métricas de um instrumento é a validade. “*Fiabilidade e validade de uma medida não é a mesma coisa (...) A existência de fiabilidade adequada é necessária, mas não o suficiente para garantir a validade adequada* (Hill e Hill, 2009, p. 149).

A **validade** do instrumento é considerada por vários investigadores, Polit e Hungler (1991), Ribeiro (1999), e Hill e Hill (2009), como um critério importante para a qualidade do mesmo. A validade refere-se ao que o teste mede, e quão bem o

faz, ou seja, é a garantia que o instrumento mede aquilo que se propõe medir e não outra coisa qualquer, faz um juízo sobre a validade dos resultados.

À semelhança da fidelidade, a validade do instrumento também tem várias formas de ser estimada. Genericamente os investigadores, Polit e Hungler (1991) e Ribeiro (1999), referem três formas de validade:

- 1) Validade de conteúdo – É um julgamento e não um exercício de objectividade. A validade de conteúdo é estabelecida através da evidência de que, os atributos incluídos no teste, são uma amostra representativa, dos atributos que se pretende medir.
- 2) Validade de um critério - A realização do teste é comparada com um critério, ou seja, uma medida objectiva e independente do que o teste se propõem medir. Avalia-se a correlação entre o teste e um determinado critério.
- 3) Validade de constructo - Prende-se com a validade de atributos muitas vezes abstractos. Os constructos representam o sumário de um fenómeno que ocorre com regularidade e ligado a factores observáveis.

Nesta investigação procura-se estimar a validade do GAIA através da discussão da validade de constructo. Esta é considerada como a “*validade nobre de qualquer medida, é ela que garante que o teste mede o constructo*” Ribeiro (1999, p. 114). Uma das técnicas defendidas pelos investigadores, Polit e Hungler (1991); Ribeiro (1999) e Hill e Hill (2009), para a validade de constructo é a análise factorial. Esta, permite identificar e agrupar os itens num conjunto homogéneo e reconhecer a relação entre eles, sendo que, se exprime por valores de relação estatística elevada.

A análise factorial é um tipo de validade de resultados, tendo como propósito descrever a estrutura de co-variância entre as variáveis em termos de um número de variáveis, não observadas, chamadas factores. Numa análise multivariada estuda-se os inter-relacionamentos entre as variáveis, num esforço de encontrar um conjunto de factores que exprima o que as variáveis originais partilham. Ajuda o investigador a decidir que questões agrupar e que medem virtualmente a mesma coisa.

De acordo com Pestana e Gageiro (2005), a análise factorial pode ser exploratória ou confirmatória. A análise factorial é exploratória quando trata a relação entre as variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam ao modelo. Confirmatória quando se compara os resultados obtidos com os que constituem a teoria. Análise factorial estima o peso dos factores e as variâncias,

para tal “os métodos de estimação mais utilizados são o das componentes principais e o da verosimilhança (...). O método de extracção das componentes principais, é um procedimento estatístico que permite transformar um conjunto de variáveis quantitativas iniciais correlacionadas entre si, num conjunto com menor número de variáveis não correlacionadas (ortogonais) e designadas por componentes principais” (Pestana e Gageiro, 2005, p. 488).

Para determinar a validade do GAIA foi realizada a análise factorial do tipo exploratório por se tratar de um instrumento original. Utilizou-se o comando “factor analysis” do SPSS versão 17.0, para extracção dos componentes principais e análise pelo método de rotação *Varimax* com normalização de *Kaiser*, sendo um dos métodos de rotação ortogonal mais populares. De acordo com Polit e Hungler (1991), existem vários métodos de extracção dos factores sendo a mais utilizada a análise dos componentes principais.

Esta análise factorial teve em consideração um conjunto de procedimentos e critérios e percorreu diversas etapas que se passa a enumerar:

- 1) Teste de validade de análise factorial com recurso ao teste KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) (Pestana e Gageiro, 2005);
- 2) Análise dos componentes principais -“*Principal Component Analysis*”;
- 3) Extracção de factores, sem especificar o número de factores, seleccionar as componentes com valor próprio (*eigenvalues*) superior a 1 (Pereira, 2008);
- 4) *Varimax Rotation* - Rotação ortogonal dos factores. É a forma mais popular de rotação que permite melhor análise e interpretação dos factores, mantendo a independência dos mesmos, sendo apontado por Pestana e Gageiro (2005), como uma boa forma de começar a analisar os dados. Polit e Hungler (1991) referem ainda que é muito difícil interpretar as matrizes factoriais não rotadas;
- 5) Selecção dos itens com saturação superior a 0.30 (Almeida e Freire, 2000);
- 6) Quando o item saturar em mais que um factor com valores superiores a 0.30, incluir no factor com maior valor de saturação.

Efectuou-se o teste de validade da análise factorial, no sentido de verificar se existe correlação significativa entre as varáveis iniciais, pelo resultado obtido através do coeficiente de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) = 0,962 (tabela 3), que é considerado “*muito bom*” (Pestana e Gageiro, 2005, p.491), sendo sensato efectuar análise factorial, ou seja, “*a análise de componentes principais pode ser efectuada*” (Pereira, 2008, p.99).

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,962
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	19356,526
	Df	861
	Sig.	0,000

Tabela 3 - Validade da análise factorial - KMO

Pela análise dos componentes principais “*Extraction Method: Principal Component Analysis*” obtiveram-se 4 factores com valores próprios (*Eigenvalues*) superiores a 1, respectivamente, 29,962; 2,921; 2,253 e 1,268. Os quatro factores obtidos explicam 86,676% da variância dos dados iniciais (tabela 4).

Os valores das cargas factoriais também designados por saturação mostram o grau de relação entre cada item e o suposto factor. Sendo assim, quanto mais elevado for a saturação do item, mais ele mede e representa o respectivo factor.

Na tabela 4 apresenta-se a matriz factorial rotado do GAIA, com referência aos valores de saturação de cada item para cada factor. Foram apenas considerados os valores superiores a 0,30, como referido anteriormente.

Existem questões que saturam acima de 0,30 em mais de um factor, sendo que alguns apresentam valores muito próximos, como por exemplo a questão nº 7 (*Entrar/sair do chuveiro*) com valores de 0,654 no factor 1 e de 0,627 no factor 2, ou a questão nº 31 (*Cortar os alimentos/barrar a manteiga com valores*) com valores de 0,550 no factor 2 e de 0,548 no factor 3. Estes resultados sugerem que os factores não são verdadeiramente independentes.

A questão nº 30 apresenta saturação mais elevada no factor 3 (0,552) do que no factor 4 (0,443). No entanto optou-se por ficar colocada no factor 4, pela sua maior adequação em termos de conteúdo da questão.

O item nº 31 “*Cortar alimentos/barrar a manteiga*” apresenta saturação mais elevada no factor 2 (0,550). No entanto pela análise do seu conteúdo, não se enquadra dentro deste factor. O factor em que existe maior consonância relativamente ao conteúdo do item 31 seria o factor 4, mas neste factor a saturação do item é de apenas 0,285. É o valor mais baixo de saturação do item e está abaixo de 0,30, não sendo conveniente como foi referido anteriormente. Em virtude desta antipatia estatística pelo item nº31 e tendo em conta que, o seu conteúdo ter grande poder de associação com item nº30 “*Manipular utensílios (talher, copo) e levar os alimentos à boca*” optou-se por eliminá-lo.

Questões	Factores			
	1	2	3	4
1 -Lavar o rosto	320	754	343	
2 -Pentear	342	759	327	
3- Cuidar das unhas dos pés	388	683		
4-Cuidar das unhas das mãos		825		
5-Higiene oral	374	744	308	
6-Colocar creme/ desfazer a barba	316	768	304	
7-Entrar/sair do chuveiro	654	627		
8-Abrir/fechar a torneira e regular a temperatura da água	352	742	421	
9-Obter e utilizar gel de banho/esponja	384	768	346	
10-Lavar/secar parte superior do corpo	402	775	321	
11-Lavar/secar parte inferior do corpo	572	696		
12-Transferir e posicionar-se no vaso sanitário	665	569	318	
13-Aprontar vestuário	530	718	314	
14-Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)	478	712	388	
15-Higiene das mãos	398	675	420	
16-Rodar na cama	724	403	303	
17-Erguer para posição de sentado	778	436		
18-Pôr de pé	812	409		
19-Deitar na cama	788	434		
20-Mover da cama para a cadeira	778	448		
21-Mover da cadeira para a cama	785	448		
22-Transferir entre: cadeiras/cadeirão/sofá	792	432		
23-Colocar de pé e fazer carga nos membros inferiores	806	348		
24-Manter de pé em equilíbrio (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	800	333	329	
25-Dar pequenos passos (c/ou s/ auxiliar de marcha)	808	347	316	
26-Andar (com ou sem auxiliar de marcha)	840			
27-Subir degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	845			
28-Descer degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	846			
29-Requerer/bedir comida			498	655
30-Manipular utensílios (talher, copo) levar alimentos à boca	368	402	552	443
31-Cortar os alimentos/barrar a manteiga		550	548	285
32-Mastigar e manipular os alimentos na boca				918
33-Enrolir os alimentos				927
34-Seleccionar e organizar roupa e acessórios	339	742	384	
35-Vestir/despir para superior do corpo	458	730	315	
36-Vestir/despir para inferior do corpo	634	636		
37-Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)	457	753	324	
38-Calcar/descalcar os sapatos/chinelos	602	638		
39-Comunicar a vontade de urinar	309	317	835	
40-Continência urinária	324	339	823	
41-Comunicar a vontade de evacuar	321	305	831	
42-Continência fecal	329	327	827	
Valores próprios (Eigenvalues)	29,962	2,921	2,253	1,268
% Variância	71,337	6,956	5,363	3,019
% Variância acumulada	71,337	78,293	83,656	86,676

Tabela 4 - Matriz factorial rotada do GAIA

(Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization)

A tabela 4 mostra o resumo da análise factorial do GAIA. Os factores concebidos empiricamente parecem estar de acordo com os constructos para os quais as questões foram construídas. Genericamente parecem medir o Grau de autonomia/independência no autocuidado. De acordo com Ribeiro (1999), a solução factorial só é útil do ponto de vista teórico se incluir para cada factor, pelo menos três itens. Pela observação da tabela 5 verifica-se que os 4 factores do GAIA são constituídos por mais de 3 questões.

O factor 1, denominado - **Autocuidado no domínio da actividade física**, associa itens que reflectem comportamentos relacionados com a actividade física necessários para o desempenho de funções associadas à execução do autocuidado. No essencial, está subjacente a ideia de mobilidade corporal como um todo, na avaliação da capacidade da pessoa para manter o conjunto postural e/ou fazer deslocações de forma harmoniosa. Este factor inclui 15 questões com consistência interna de 0,989 e explicam 71,337% da variância total.

O factor 2, designado - **Autocuidado no domínio da higiene e vestuário**, agrega itens que reflectem a condição de saúde da pessoa face ao autocuidado higiene e vestuário. Na sua essência, as questões que compõem este factor permitem obter informação sobre a capacidade da pessoa para desempenhar tarefas com diferentes graus de complexidade, relacionadas com os autocuidados referidos. Este factor inclui 18 itens com consistência interna de 0,987 e explicam 6,956% da variância total.

O factor 3, intitulado - **Autocuidado no domínio da eliminação**, engloba itens relacionados com os processos corporais de eliminação intestinal e vesical. Estando também subjacente a ideia de que, aspectos intrínsecos da pessoa como a capacidade cognitiva são influenciadores da autonomia/independência na eliminação. Este factor inclui 4 itens com consistência interna de 0,987 e explicam 5,363% da variância total.

O Factor 4, denominado - **Autocuidado no domínio da alimentação**, engloba questões que avaliam a capacidade da pessoa para desempenhar tarefas relacionadas com alimentação. A associação dos itens deste factor permitem verificar a condição de saúde da pessoa face à autonomia/independência no autocuidado em diferentes dimensões, relacionadas com os processos corporais e/ou com capacidade cognitiva. Este factor inclui 4 itens com consistência interna de 0,896 e explicam 3,019% da variância total.

A análise factorial do GAIA permitiu encontrar e identificar 4 factores que representam diferentes dimensões da autonomia/independência para o autocuidado.

Designação dos factores	Cargas factoriais
Factor 1 – Autocuidado no domínio da actividade física	
Questões:	
7-Entrar/sair do chuveiro	, 654
12-Transferir e posicionar-se no vaso sanitário	, 665
16-Rodar na cama	, 724
17-Erquer para posição de sentado	, 778
18-Pôr de pé	, 812
19-Deitar na cama	, 788
20-Mover da cama para a cadeira	, 778
21-Mover da cadeira para a cama	, 785
22-Transferir entre: cadeiras/cadeirão/sofá	, 792
23-Colocar de pé e fazer carga nos membros inferiores	, 806
24-Manter de pé, em equilíbrio (com ou sem auxiliar de marcha)	, 800
25-Dar pequenos passos (com ou sem auxiliar de marcha)	, 808
26-Andar (com ou sem auxiliar de marcha)	, 840
27-Subir degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	, 845
28-Descer degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	, 846
Variância explicada – 71,337%	
Factor 2 – Autocuidado no domínio da higiene e vestuário	
Questões	
1 - Lavar o rosto	, 754
2- Pentear	, 759
3- Cuidar das unhas dos pés	, 683
4-Cuidar das unhas das mãos	, 825
5-Higiene oral	, 744
6-Colocar creme/ desfazer a barba	, 768
8-Abrir/fechar a torneira e regular a temperatura da água	, 742
9-Obter e utilizar gel de banho/esponja	, 768
10-Lavar/secar parte superior do corpo	, 775
11-Lavar/secar parte inferior do corpo	, 696
13-Aprontar vestuário	, 718
14-Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)	, 712
15-Higiene das mãos	, 675
34-Seleccionar e organizar roupa e acessórios	, 742
35-Vestir/despir para superior do corpo	, 730
36-Vestir/despir para inferior do corpo	, 636
37-Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)	, 753
38-Calçar/descalçar os sapatos/chinelos	, 638
Variância explicada – 6,956%	
Factor 3- Autocuidado no domínio da eliminação	
Questões	
39-Comunicar a vontade de urinar	, 835
40-Continência urinária	, 823
41-Comunicar a vontade de evacuar	, 831
42-Continência fecal	, 827
Variância explicada – 5,363%	

Factor 4 – Autocuidado no domínio da alimentação	
Questões	
29-Requerer/pedir comida	, 655
30-Manipular utensílios (talher, copo) e levar os alimentos à boca	, 443
32-Mastigar e manipular os alimentos na boca	, 918
33-Engolir os alimentos	, 927
Variância explicada – 3,019%	
Variância Total = 86,67%	

Tabela 5 - Análise factorial do GAIA

Factores/subescalas	Média	Desvio Padrão	Nº questões	alpha
1 - Autocuidado no domínio da actividade física	32,56	16,198	15	0,989
2 - Autocuidado no domínio da higiene e vestuário	38,07	18,665	18	0,987
3 - Autocuidado no domínio da eliminação	11,21	5,252	4	0,987
4 - Autocuidado no domínio da alimentação	13,62	3,462	4	0,896

Tabela 6- Estrutura factorial do conteúdo do GAIA e coeficiente de consistência interna

Os resultados do estudo em contexto domiciliário (n = 224), demonstram uma boa fidelidade do GAIA, com coeficiente de *alpha de cronbach* do total da escala de 0,990. Os coeficientes das subescalas foram igualmente muito bons: Autocuidado no domínio da actividade física: 0,989; Autocuidado no domínio da higiene e vestuário: 0,987; Autocuidado no domínio da eliminação: 0,987; Autocuidado no domínio da alimentação: 0,896 (tabela 6).

O GAIA demonstrou uma boa validade de constructo, tendo a análise factorial das questões iniciais produzido 4 factores, que explicam 86,68% da variância total.

Após o estudo das propriedades métricas do GAIA, que se determinaram quer pela validade, através da validade de constructo e respectiva análise factorial, quer pela fidelidade, com determinação da consistência interna, pelo *alpha de cronbach*. Verifica-se que o GAIA apresenta valores que conferem credibilidade ao instrumento. Chega-se então a uma versão refinada do GAIA (anexo IV). Instrumento de avalia o grau de autonomia/independência no autocuidado, composto por quarenta e um itens, de resposta tipo Likert (1-4), que avaliam as dimensões: *Autocuidado no domínio da actividade física; Autocuidado no domínio da higiene e vestuário; Autocuidado no domínio da eliminação; Autocuidado no domínio da alimentação.*

Em síntese, verificou-se que foi possível construir um instrumento de monitorização da autonomia/independência no autocuidado. GAIA apresenta boa consistência interna no total da escala ($\alpha = 0,99$), e nas subescalas. Autocuidado no domínio da actividade física: 0,989; Autocuidado no domínio da higiene e vestuário

com 0,987; Autocuidado no domínio da eliminação com 0,987; Autocuidado no domínio da alimentação com 0,896. A validade de constructo, determinada pela análise factorial de onde emergiram quatro factores que explicam 86,68% da variância dos dados iniciais.

3 – Grau Autonomia/Independência no Autocuidado e os Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Duas das questões que serviram de guias orientadoras, relacionam-se com as características da população cuidada pelos enfermeiros de reabilitação no que concerne à autonomia/independência no autocuidado e evolução do cliente face à intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio. No sentido de responder a estas questões, emerge este capítulo, no qual se analisa e discute os resultados encontrados, relativamente ao grau de autonomia/independência no autocuidado dos clientes em programa de reabilitação, pelas equipas de cuidados continuados integrados. Analisa-se e discute-se ainda, a evolução, através da análise comparativa dos dados, da primeira e segunda avaliação dos clientes, com intervenção do enfermeiro de reabilitação.

O GAIA foi aplicado para avaliar o grau autonomia/independência no autocuidado, tendo sido realizada avaliação dos clientes em dois momentos diferentes com duas semanas de intervalo. Na tabela 7 observa-se a descrição percentual dos clientes face à autonomia/independência no autocuidado na primeira e segunda avaliação.

Autonomia/independência no autocuidado (GAIA)	Dependente		Ajuda Mod.		Ajuda Mínima		Independente	
	1 ^a %	2 ^a %	1 ^a %	2 ^a %	1 ^a %	2 ^a %	1 ^a %	2 ^a %
Autocuidado no domínio da actividade física	56,0	27,7	23,6	16,8	9,6	24,6	10,8	30,9
Autocuidado no domínio da higiene e vestuário	55,9	32,4	20,1	22,4	7,8	19,4	16,2	25,8
Autocuidado no domínio da eliminação	34,1	29,1	9,8	2,9	11,8	12,7	44,2	55,4
Autocuidado no domínio da alimentação	15,4	6,3	9,6	7,6	11,6	8,3	63,4	77,9

Tabela 7 – Média dos valores percentuais da autonomia/independência no autocuidado

Globalmente verifica-se que na primeira avaliação o domínio da actividade física é a dimensão com maior percentagem de clientes dependentes, seguido da higiene e vestuário. Por sua vez, a alimentação apresenta menor índice de dependência. Na segunda avaliação, o autocuidado que apresenta em média maiores valores de dependência é o da higiene e vestuário, sendo a alimentação o autocuidado que apresenta menor índice de clientes dependentes.

Estes resultados são similares aos verificados em outros estudos que demonstram que o plano motor e o domínio da actividade física é aquele em que verificam maiores percentagens de clientes com dependência total e/ou que necessitam de ajuda para a realização do autocuidado. Sequeira (2010), num trabalho sobre a caracterização da dependência no autocuidado em idosos no domicílio, numa amostra com 184 idosos e com recurso ao índice de Barthel, constata que os idosos apresentam maiores níveis de dependência essencialmente para subir e descer escadas, vestir, banho e higiene corporal.

Num outro trabalho sobre o impacto da incapacidade funcional no grau de dependência no autocuidado, numa amostra com 40 clientes que sofreram um evento crítico, Petronilho et al (2010), referem que os clientes apresentam elevado níveis de dependência, com *scores* significativos no domínio da actividade física (andar, transferir-se, virar-se) e no uso de sanitário.

Para uma amostra de 171 clientes com AVC e com recurso ao índice de Barthel, Martins (2002), conclui que grande parte dos clientes em estudo está fortemente limitada no plano motor, nomeadamente na marcha e subir escadas. Este mesmo trabalho refere que ao nível do controlo dos esfíncteres a situação afigura-se um pouco melhor, sendo os clientes menos dependentes a este nível nomeadamente na continência dos esfíncteres urinário e fecal. Também numa pesquisa com clientes após AVC no domicílio, Loureiro et al (2010) referem que na actividade eliminação não existe grande dependência. Numa amostra de 78 idosos dependentes, com recurso ao índice de Barthel, Ricarte (2009) conclui que, os autocuidados com maiores níveis de dependência são: subir e descer escadas, deambulação, banho, higiene e vestir, enquanto os autocuidados que apresentam menores níveis de dependência são o controlo Intestinal e controlo vesical. Os dados encontrados no presente estudo, contrariam apenas num aspecto os resultados dos estudos acima referidos. Enquanto eles apontam a eliminação como o domínio com maior nível de independência, neste trabalho, o domínio em que existem maior percentagem de clientes independentes é a alimentação.

Os dados encontrados nesta pesquisa, no que se refere ao grau de autonomia/independência para ao autocuidado, são similares aos relatados noutros

estudos, sendo genericamente aceite que o domínio da actividade física é o que está associado a mais elevados níveis de dependência dos clientes. Dentro deste domínio, andar e subir e descer escadas são as actividades que representam maior dependência. O mesmo se verifica no presente trabalho. Pela observação da tabela 8, que descreve os dados mais relevantes da autonomia/independência em cada domínio do autocuidado e mais explorado no anexo V. Verifica-se que as actividades, “*subir e descer degraus e andar*”, são as que apresentam maiores valores de dependência. O “*rolar na cama*” é o que apresenta maior índice de independência, dentro do domínio da actividade física.

Autonomia/independência no autocuidado (GAIA)	Dependente		Ajuda Mod.		Ajuda Mínima		Independente	
	1 ^a %	2 ^a %	1 ^a %	2 ^a %	1 ^a %	2 ^a %	1 ^a %	2 ^a %
Autocuidado no domínio da actividade física								
Andar	66,1	31,3	18,8	14,3	8,9	26,8	6,3	27,7
Subir/descer degraus	77,7	49,1	12,5	13,4	7,1	24,1	2,7	13,4
Rolar na cama	43,8	8,9	29,5	21,4	6,3	23,2	20,5	46,4
Autocuidado no domínio da higiene e vestuário								
Cuidar das unhas dos pés	84,8	73,2	7,1	10,7	3,6	8	4,5	8
Lavar/secar a parte inferior do corpo	75,0	49,1	8,9	25,9	4,5	8	11,6	17
Higiene das mãos	40,2	17,9	27,7	16,1	8,9	23,2	23,2	42,9
Lavar o rosto	37,5	13,4	29,5	28,6	10,7	24,1	22,3	33,9
Autocuidado no domínio da eliminação								
Comunicar a vontade de urinar	36,6	31,3	8	0,9	9,8	9,8	45,5	58
Comunicar a vontade de evacuar	33,9	28,6	8,9	0,9	9,8	13,4	47,3	57,1
Autocuidado no domínio da alimentação								
Engolir os alimentos	9,8	3,6	1,8	2,7	9,8	2,7	78,6	91,1
Manipular utensílios e levar os alimentos à boca	23,2	9,8	25	15,2	11,6	13,4	40,2	61,6

Tabela 8 – Média dos valores percentuais da autonomia/independência no autocuidado: dados mais relevantes em cada domínio

No autocuidado no domínio da higiene e vestuário, “*cuidar das unhas dos pés; lavar/secar a parte inferior do corpo; vestir/despir a parte inferior do corpo*”, são as actividades com maior índice de dependência, enquanto, “*higiene das mãos e lavar o rosto*” são onde se verificou menos clientes dependentes. Andrade (2009), corrobora em parte esta ideia ao referir que os idosos com mais de 75 anos tem incidência de problemas relacionados com as actividades de vida diária nomeadamente o cortar as unhas dos pés. No autocuidado no domínio da

alimentação, “engolir os alimentos” é a que apresenta maiores níveis de independência, enquanto, “manipular utensílios e levar os alimentos à boca”, mostra a percentagem mais elevada de clientes dependentes. Verifica-se então que as actividades com maior dependência, referem-se a acções de maior complexidade. Cuidar das unhas dos pés e/ou lavar/secar a parte inferior do corpo ou mesmo manipular talheres constituem tarefas difíceis de executar. Estes resultados podem encontrar explicação nas próprias características dos clientes da amostra, estes são maioritariamente idosos, com patologias cerebrovasculares e osteoarticular, com já foi referido, atendendo quer ao processo de envelhecimento biológico de todos os sistemas corporais, nomeadamente, o sistema músculo-esquelético e sensorial, quer às patologias referidas, torna-se difícil para estes clientes executar algumas tarefas que exijam maior destreza, flexibilidade e percepção sensorial íntegra.

No autocuidado no domínio da eliminação, é nas actividades “comunicar a vontade de urinar/evacuar”, onde se observa maiores níveis de independência. Estas actividades relacionam muito com o estado de consciência dos clientes, existindo uma relação entre a independência mental e a capacidade de comunicar a vontade de urinar/evacuar. Martins (2002) corrobora ao dizer que a incapacidade relacionada com a função excretora pode associar-se a alterações cognitivas. Os resultados encontrados podem de alguma forma ser justificados pela preservação do estado cognitivo dos clientes.

De forma global denota-se que entre a primeira e a segunda avaliação existe uma diminuição da percentagem de clientes dependentes e um aumento dos independentes. No entanto é inegável que grande parte dos clientes continuam dependentes e/ou necessitam de ajuda. A interpretação destes factos está de acordo com Petronilho et al (2010), ao referir que a evolução natural da doença, maioritariamente crónica, o próprio processo de envelhecimento, que se torna irreversível e a degradação progressiva dos sistemas corporais, são factores determinantes na estabilidade e evolução da condição de saúde do cliente face à dependência para o autocuidado. Também Lage (2007), menciona que a dependência é referida por metade dos idosos em pelo menos uma actividade de vida diária. No estudo desenvolvido pela autora, numa amostra com 214 idosos dependentes, com recurso ao índice de Katz conclui que 43% dos mesmos são dependentes em todas as funções. A perda de função e perda de autonomia e dependência progressiva, tem origem no conjunto de doenças e manifestações nocivas do envelhecimento que progressivamente vão limitando a qualidade de vida dos idosos.

Em síntese, pode-se dizer que pela análise do grau de autonomia/independência para o autocuidado dos clientes, avaliada pela GAIA, observa-se que é no domínio da actividade física onde se percepção maior percentagem de clientes dependentes e/ou que necessitam de ajuda para o autocuidado. Acresce ainda referir que, dentro do mesmo, “andar, subir e descer escadas”, são as actividades de maior dependência. Estes dados encontrados corroboram com os resultados de outros estudos. No entanto existe uma diferença. Neste trabalho verificou-se que a alimentação, é o domínio em que se encontram maiores níveis de independência, enquanto outras investigações referem que é no domínio da eliminação que a independência é mais notória.

Após a apresentação e discussão dos resultados, descritivos do grau de autonomia/independência no autocuidado, emerge a necessidade de resposta a uma outra questão. Que evolução se percepção na autonomia/independência do cliente face à intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio? Realizou-se, então, a comparação do grau de autonomia/dependência na primeira e segunda avaliação. Para cada cliente/cuidador familiar é estabelecido um programa de reabilitação individualizado e adaptado à real situação do cliente e família, bem como ao seu meio habitacional, familiar e social, pelo que o programa de reabilitação está fora de controlo do estudo.

A comparação é feita com recurso a estatística inferencial. Esta, *“propõe, com base na teoria da probabilidade, decidir o nível de confiança a partir do qual se pode generalizar resultados obtidos à população em geral. Este valor é dado pelo valor da probabilidade (p), que se refere à probabilidade de o resultado que foi encontrado na amostra ser o resultado verdadeiro. O valor normalmente aceite é de $p < 0,05$ ”* (Ribeiro, 1999,p.61). Para analisar a diferença entre o grau de independência /autonomia no autocuidado num grupo de clientes, na primeira e segunda avaliação, recorreu-se ao teste t para amostras emparelhadas. Este, *“compara médias de duas variáveis para o mesmo grupo”* (Pereira, 2008, p. 136), ou seja, *“permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas (...) cada caso é analisado duas vezes, antes e depois de um tratamento ou intervenção, formando pares de observações, cujas diferenças são testadas”* (Pestana e Gageiro, 2005, p. 246).

A estatística paramétrica é uma técnica de inferência estatística que recorre a testes mais robustos e consistentes, pelo que, deve, sempre que possível, ser a eleita. Porém, devem estar satisfeitos pressupostos, sendo eles, ter uma variável numérica e uma amostra de distribuição normal (Polit e Hungler, 1991); (Ribeiro, 1999); (Pestana e Gageiro, 2005); (Pereira, 2008) e (Hill e Hill, 2009). Relativamente

ao pressuposto da normalidade da distribuição, este está ultrapassado uma vez que no presente estudo a dimensão da amostra é superior a 30. Numa amostra com tamanho suficientemente grande, pode-se aplicar o Teorema do Limite Central, que permite considerar normal a amostra da diferença das médias, “*sempre que a dimensão da amostra seja superior a 30 (...)*” (Pestana e Gageiro, 2005, p. 227/251).

Relativamente à natureza da variável esta é considerada numérica uma vez que, o grau de independência /autonomia no autocuidado é obtido pela aplicação da escala, GAIA. Estas escalas podem assumir a designação de “*escalas avaliação e é vulgar tratar os valores numéricos ligados as respostas como tendo sido obtidos através de uma escala métrica (...) Para analisar as respostas dadas nas escalas de avaliação usam-se normalmente métodos paramétricos (...) por exemplo teste t*” (Hill e Hill, 2009. p. 111/112).

No estudo da correlação do grau de autonomia/independência no autocuidado na primeira e segunda avaliação durante a intervenção do enfermeiro de reabilitação (tabela 9), verifica-se que nível de significância associado ao teste sobre as correlações é de 0,0001. Como o valor é inferior a 0,05, mostra que a correlação 0,837 é significativa, existindo uma correlação positiva linear entre as pontuações obtidas nos dois momentos. “*Esta elevada correlação torna vantajoso o recurso ao teste t para amostras emparelhadas (...)*” (Pestana e Gageiro, 2005, p.249).

	n	Correlação	Sig.(p)
Autocuidado no domínio da actividade física 1 ^a & Autocuidado no domínio da actividade física 2 ^a	112	0,738	0,0001
Autocuidado no domínio da higiene e vestuário 1 ^a & Autocuidado no domínio da higiene e vestuário 2 ^a	112	0,835	0,0001
Autocuidado no domínio da eliminação 1 ^a & Autocuidado no domínio da eliminação 2 ^a	112	0,870	0,0001
Autocuidado no domínio da alimentação 1 ^a & Autocuidado no domínio do alimentação 2 ^a	112	0,816	0,0001
GAIA (1 ^a avaliação) & GAIA (2 ^a avalaição)	112	0,837	0,0001

Tabela 9 - Correlação do grau de autonomia/independência no autocuidado

Assegurados os pressupostos de utilização da estatística paramétrica e do teste *t* para amostras emparelhadas, analisa-se a comparação das médias do grau de autonomia/independência no autocuidado entre a primeira e a segunda avaliação (tabela 10).

n=112 (95% Confidence Interval of the Difference)	Média	DP	t	gl	Sig. (p)
Auto. domínio da actividade física (1ª)	-12,51	11,03	-12,00	111	0,0001
Auto. domínio da actividade física (2ª)					
Auto. domínio da higiene /vestuário(1ª)	-9,74	10,36	-9,95	111	0,0001
Auto. domínio da higiene/ vestuário (2ª)					
Auto. domínio da eliminação(1ª)	-1,13	2,67	-4,50	111	0,0001
Auto. domínio da eliminação(2ª)					
Auto. domínio da alimentação(1ª)	-1,39	2,21	-6,65	111	0,0001
Auto. domínio da alimentação(2ª)					
GAIA (1ª avaliação)	-24,78	21,80	-12,03	111	0,0001
GAIA (2ª avaliação)					

Tabela 10 - Comparação de médias do grau de autonomia/independência no autocuidado entre a 1ª e 2ª avaliação

Verifica-se que globalmente existe diferenças estatisticamente significativas do grau de autonomia/independência entre a primeira e segunda avaliação ($t(111) = 12,03$; $p = 0,0001$, sendo $p < 0,05$). De acordo com Pestana e Gageiro (2005), o sinal negativo do teste t indica que a média da primeira avaliação é menor que a média da segunda avaliação, o que, neste estudo significa que, em média, os clientes tinham menores índices de autonomia/independência na primeira avaliação, ou seja, apresentam uma evolução favorável na autonomia/independência para o autocuidado, com a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Numa análise mais detalhada em cada domínio verifica-se que:

Autocuidado no domínio da actividade física e pela leitura do teste $t(111) = 12,00$; $p = 0,0001$. Como $p < 0,05$, existem diferenças estatisticamente significativas no grau de autonomia/independência entre a primeira e a segunda avaliação durante a intervenção do enfermeiro de reabilitação, no autocuidado no domínio da actividade física. Existe um aumento do grau de autonomia/independência no autocuidado no domínio da actividade física, sendo a média da diferença entre a primeira e segunda avaliação de 12,51.

Autocuidado no domínio da higiene e vestuário, $t(111) = 9,95$; $p = 0,0001$. Como $p < 0,05$, existem diferenças estatisticamente significativas no grau de autonomia/independência entre a primeira e segunda avaliação, durante a intervenção do enfermeiro de reabilitação, no autocuidado no domínio da higiene e vestuário. Existe um aumento do grau de autonomia/independência no autocuidado no domínio da higiene e vestuário, sendo a média da diferença entre a primeira e segunda avaliação de 9,74.

Autocuidado no domínio da eliminação, $t(111) = 4,50$; $p = 0,0001$, como $p < 0,05$, existem diferenças estatisticamente significativas no grau de autonomia/independência entre a primeira e segunda avaliação, durante a intervenção do enfermeiro de reabilitação no autocuidado no domínio da eliminação. Existe aumento do grau de autonomia/independência no autocuidado no domínio da eliminação, sendo a média da diferença entre a primeira e segunda avaliação de 1,13.

Autocuidado no domínio da alimentação $t(111) = 6,65$; $p = 0,0001$. Como $p < 0,05$, existem diferenças estatisticamente significativas no grau de autonomia/independência entre a primeira e a segunda avaliação durante a intervenção do enfermeiro de reabilitação, no autocuidado no domínio da alimentação. Existe um aumento do grau de autonomia/independência no autocuidado no domínio da alimentação, sendo a média da diferença entre a primeira e segunda avaliação de 1,39.

Conclui-se que há uma evolução favorável na condição geral do cliente em todos os domínios. No entanto é na actividade física onde, em média, se denotam diferenças mais significativas no grau de autonomia/independência no autocuidado. Num estudo de Petronilho (2007), numa amostra com 97 clientes, em que compara o seu estado a data de alta hospitalar e um mês após no domicílio, conclui que existe uma evolução negativa da condição de saúde dos clientes, referindo que na higiene, transferir-se e posicionar-se, os clientes evidenciam uma evolução pouco significativa entre os dois momentos de avaliação. Neste presente trabalho, encontra-se resultados diferentes, uma vez que se percepção uma evolução positiva na saúde com aumento do índice de independência dos clientes, quer no autocuidado no domínio da actividade física, onde está englobado o transferir e o posicionar-se, bem como, o autocuidado no domínio da higiene e vestuário. Estes dados positivos do presente trabalho, podem ser justificados pela intervenção do enfermeiro de reabilitação, que faz o acompanhamento quer dos clientes, quer do cuidador familiar no domicílio, contribuindo assim para uma evolução favorável do estado de saúde do cliente.

Neste estudo verifica-se que a eliminação é a dimensão do autocuidado em que a diferença entre a primeira e a segunda avaliação é menos significativa. No entanto, existe evolução. Numa amostra com clientes em programa de reabilitação após AVC no domicílio, Carvalhido e Pontes (2009), encontram resultados diferentes. Estes concluem, que os clientes não tiveram evolução no controlo dos esfínteres, admitindo porém, que não foram desenvolvidas actividades específicas para esse autocuidado. No presente estudo foram desenvolvidas actividades

específicas para o treino da eliminação, pelo que, uma justificação para a evolução verificada na autonomia/independência neste autocuidado será a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Num trabalho sobre cuidados continuados no domicílio, Louro (2009), pela análise comparativa do grau de dependência dos clientes em dois momentos diferentes, a data de alta hospitalar (n = 250) e um mês após no domicílio (n = 202), com recurso ao Índice de Barthel, conclui que não existem diferenças estatisticamente significativas no grau de dependência global. No entanto, numa análise detalhada, verifica que relativamente aos autocuidados, banho, higiene pessoal, transferências e escadas, houve uma melhoria do grau de independência dos clientes. No presente trabalho de investigação tanto a nível global como ao nível das dimensões verifica-se uma evolução positiva no grau de autonomia e independência no autocuidado. Estas diferenças encontradas, podem ser explicadas pela elevada sensibilidade do instrumento utilizado para a avaliação da autonomia/independência do autocuidado (GAIA), ou seja, a escala em uso demonstrou potencial para monitorizar a evolução do cliente no sentido da independência, tanto ao nível global, como ao nível dos itens de avaliação.

Em suma, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas no grau de autonomia/independência no autocuidado dos clientes, entre a primeira e a segunda avaliação, durante a intervenção do enfermeiro de reabilitação, em todos os domínios. A actividade física é o domínio em que as diferenças são mais significativas e, por sua vez, a eliminação é a que verifica, em média, menor diferença. Os resultados não estão completamente de acordo os de outros estudos. As diferenças encontradas poderão estar associadas, quer aos instrumentos utilizados, quer à presença de cuidados especializados de reabilitação.

Após a descrição do grau de autonomia/independência no autocuidado, bem como da comparação entre a primeira e segunda avaliação, emerge a necessidade de perceber quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que foram desenvolvidas no sentido da promoção do autocuidado e qual a sua frequência. Passa-se então à análise descritiva das intervenções de enfermagem de reabilitação implementadas ao longo do processo de cuidados (tabela 11).

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	N/se aplica	Nunca	1 x e/ou (SOS)	2 a 3 x semana	Diário
	%	%	%	%	%
Autocuidado no domínio da actividade física					
Processos de ensino aprendizagem					
Ensino/instrução/treino de estratégias e capacitação para o autocuidado	31,5	10,1	14,1	27,8	16,6
Ensino/instrução/treino do cuidador familiar sobre como assistir no autocuidado	24,1	10,2	12,2	35,1	18,6
Informação e capacitação para utilização de produtos de apoio	43,6	14,4	19,4	17,4	5,4
Processos corporais					
Execução de exercícios músculo-articulares	20,6	3,9	7,5	40,1	27,9
Comportamento emocional					
Reforço positivo	21,5	5,1	8	36,7	28,8
Autocuidado no domínio da higiene e vestuário					
Processos de ensino aprendizagem					
Ensino/instrução/treino de estratégias e capacitação para o autocuidado	25,2	19,6	36,6	17,2	1,7
Ensino/instrução/treino do cuidador familiar sobre como assistir no autocuidado	23,9	22,8	33,1	18,8	1,6
Informação e capacitação para utilização de produtos de apoio	40,3	30,3	25,9	3,4	0,4
Processos corporais					
Execução de exercícios músculo-articulares	28,9	17,3	14,2	29,5	10,1
Comportamento emocional					
Reforço positivo	23,8	18,6	21,2	24,8	11,6
Autocuidado no domínio da eliminação					
Processos de ensino aprendizagem					
Ensino/instrução/treino de estratégias e capacitação para o autocuidado	68,4	17,5	9,8	2,6	1,8
Informação e capacitação para utilização de produtos de apoio	66,5	18,8	12,5	1,4	0,9
Processos corporais					
Execução de exercícios músculo-articulares	65,2	22,3	4,5	4,9	3,2
Comportamento emocional					
Reforço positivo	58,5	15,5	9,9	7,6	8,5
Autocuidado no domínio da alimentação					
Processos de ensino aprendizagem					
Ensino/instrução/treino de estratégias e capacitação para o autocuidado	47,5	18,8	21,1	8,6	4,1
Ensino/instrução/treino do cuidador familiar sobre como assistir no autocuidado	36,2	16,5	25	16,1	6,3
Informação e capacitação para utilização de produtos de apoio	50,3	25,7	19,3	3,9	1,2
Processos corporais					
Execução de exercícios músculo-articulares	59,1	17,4	6	12,7	4,9
Comportamento emocional					
Reforço positivo	40	8,9	15,2	22,4	13,7

Tabela 11 – Média da distribuição percentual das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Numa apreciação global e em termos médios, as intervenções relacionadas com a execução de exercícios músculo-articulares assumem algum protagonismo nomeadamente no autocuidado no domínio da actividade física, tendo sido realizada com uma frequência de duas a três vezes por semana a 40,1% dos clientes. Estes resultados estão em consonância com os resultados de outras investigações. Num trabalho com 30 clientes submetidos a artroplastia da anca, Martins e Fernandes (2009), evidenciam a intervenção do enfermeiro no domínio da actividade física, ao referirem que a maior prática dos enfermeiros reporta-se a intervenções no âmbito do transferir, posicionar e andar. Também Sawin e Heard, cit por Andrade (2007), referem que os diagnósticos mais frequentes reflectem predominantemente cuidados físicos de funcionalidade.

Os resultados deste estudo, mostram que as intervenções promotoras da mobilidade física assumem particular destaque nos programas de enfermagem de reabilitação. Estes dados, encontram explicação pelo facto de a mobilidade ter impacto em todos os domínios do autocuidado, pelo que, intervir nesta área, pode trazer benefícios a todos os níveis. À semelhança do que se verificou neste estudo, outras pesquisas referenciam a importância destas intervenções e o impacto positivo na autonomia/independência para o autocuidado. A mobilidade física alterada e a perda da capacidade funcional, determinam incapacidade para realizar outras actividades de autocuidado. Andrade (2007), Rodrigues (2008), Baixinho (2008), Gomes et al (2009), Lourenço e Mendes (2010), Petronilho et al (2010) e Loureiro et al (2010), referem que a postura corporal, a força muscular, o equilíbrio corporal, a marcha e a limitação articular, são aspectos que causam grande impacto na dependência para o autocuidado. As limitações articulares, défice na mobilidade no leito, nas transferências, no levantar e no andar, podem, por isso, associar-se maiores limitações no vestir, no uso de sanitário, no alimentar-se ou mesmo na higiene. É compreensível que num contexto de trabalho especializado como o da enfermagem de reabilitação, se encontre uma valorização de intervenções tais como, a execução de exercícios de mobilização músculo-articular, o fortalecimento muscular, a deambulação, o treino de equilíbrio e coordenação motora.

No processo de ensino aprendizagem, as intervenções realizadas a um maior número de clientes foram “Ensino/instrução/treino de estratégias e capacitação para o autocuidado”, com 36,6%, seguido de muito perto, pelas intervenções “Ensino/instrução/treino do cuidador familiar sobre como assistir para o autocuidado”, realizadas a 35,1% dos clientes. Esta valorização pela capacitação, tanto do cliente como do cuidador familiar, está de acordo com o que relata Margato

et al (2009), num trabalho, sobre viver em casa com a família após episódio de doença, numa amostra de 36 clientes. Este apresenta como resultados da intervenção domiciliária, ganhos na aprendizagem de capacidades tanto dos clientes como do cuidador familiar.

O presente estudo, mostra uma importante valorização das intervenções de enfermagem de reabilitação dirigidas para o cuidador familiar. Estes resultados diferem dos encontrados por Louro (2009), numa pesquisa sobre cuidados continuados, com 250 cuidadores familiares e Andrade (2009), num trabalho com 14 cuidadores familiares, sobre o cuidado informal à pessoa idosa dependente no domicílio. Estes reconhecem a relação entre a necessidade de formação do cuidador familiar e o sentimento de auto-confiança no cuidado. No entanto concluem que, no domicílio, os prestadores de cuidados tem dificuldade na prestação de cuidados, por falta de informação e apoio dos profissionais de saúde.

Os resultados da presente investigação, encontram justificação no facto de os enfermeiros de reabilitação, em contexto domiciliário, encararem tanto o cliente como o cuidador familiar, como parceiros dos cuidados. O cliente e o cuidador familiar, são confrontados com inúmeras dificuldades que os enfermeiros de reabilitação, podem ajudar a resolver através do conhecimento e da aprendizagem de capacidades, que permitem potenciar o autocuidado e gerir melhor as adaptações às incapacidades.

Relativamente às intervenções “informação/capacitação para a utilização de “produtos de apoio”, foi no domínio do autocuidado higiene e vestuário que se observou maior frequência, sendo que, 25,9% dos clientes beneficiaram desta intervenção. Estes resultados assemelham-se aos referidos por Margato et al (2009), ao referir que no apoio domiciliário, de entre os produtos de apoio prescritos, salientam-se as cadeiras para o banho e os varões de apoio para o sanitário. Conclui-se que os produtos de apoio tornam-se meios potenciadores da autonomia/independência do cliente.

Intervenções relacionadas com o reforço positivo foram descritas para um grande número de clientes. Observou-se, em média, maior frequência no domínio da actividade física, tendo sido realizadas a 36,7% de clientes. Quer sejam de incentivo para o autocuidado, quer sejam de elogio de aprendizagem de capacidades, são intervenções muito apontadas transversalmente pelos enfermeiros de reabilitação. Estes resultados vão de encontro aos dados encontrados num estudo com clientes após AVC, em que, os enfermeiros de reabilitação são indicados como *“promotores da autonomia e independência, são perseverantes, dão reforços positivos, valendo-se muitas vezes das pequenas*

conquistas já alcançadas pelos clientes (...). O Enfermeiro de Reabilitação é indicado como estímulo no percurso de adaptação e (...) reconhecem-lhe uma postura de incentivo e promoção à autonomia” (Loureiro et al 2010, p. 185). Os resultados do presente trabalho mostram que o reforço positivo é fundamental para que o cliente possa desenvolver acções, que por si só, não iria realizar e que se traduzem em ganhos em autonomia/independência para o autocuidado.

Em síntese, as intervenções de enfermagem de reabilitação, no sentido de promover a máxima autonomia/independência no autocuidado, apoiam-se em três grandes pilares. No domínio do ensino-aprendizagem, nos processos fisiológicos e no domínio do comportamento emocional. Nesta pesquisa, conclui-se que estes aspectos assumem importância ao longo do processo de reabilitação e em todos os domínios do autocuidado. Em média as maiores frequências de **intervenções nos domínios da actividade física e higiene e vestuário**, encontram justificação nos dados do capítulo anterior, uma vez que também foram estes domínios onde se verificaram maiores índices de dependência. As terapêuticas de enfermagem de reabilitação influenciam a maximização da autonomia/independência no autocuidado, quer seja através da realização de exercícios músculo-articulares, quer seja através do apoio e incentivo. Outro aspecto que ressalta neste trabalho é o **envolvimento do cliente e cuidador familiar no processo de reabilitação**, desde a consciencialização da situação de saúde, às estratégias adaptativas para lidar com a incapacidade, ou ainda, vencer as atitudes passivas e de protecção afectiva da família, sendo aspectos por vezes condicionadores da evolução da autónoma/independência. Todas as intervenções apontam para uma relação de parceria entre o enfermeiro de reabilitação/cliente e cuidador familiar.

Na síntese da apresentação e discussão dos resultados desta pesquisa, conclui-se que, **relativamente ao grau de autonomia e independência do autocuidado, é no domínio da actividade física onde se verificam maiores índices de dependência e na alimentação onde se verificam maiores índices de independência**. Estes resultados estão parcialmente de acordo com outros estudos, que corroboram que é na mobilidade física onde se encontram maiores dependências, sendo que, em contrapartida, é na eliminação que os clientes são mais independentes.

No que concerne à avaliação do grau de autonomia e independência na primeira e segunda avaliação durante a intervenção do enfermeiro de reabilitação, constata-se que no presente estudo **existem diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios do autocuidado, traduzindo uma evolução positiva do estado de saúde dos clientes**. Resultados contraditórios

foram encontrados noutros estudos, que mostram não haver evolução na independência dos clientes, ou mesmo, que essa evolução não é visível na globalidade dos resultados. A presente investigação mostra que, tanto ao nível dos itens, como ao nível global, se percebe uma evolução no sentido da independência no autocuidado. Apesar de uma percentagem elevada de clientes continuarem a necessitar de ajuda para o autocuidado, **foi possível monitorizar evolução da autonomia/independência no autocuidado, mostrando que o instrumento de avaliação utilizado (GAIA), tornou visíveis os pequenos ganhos obtidos pelos clientes em programa de reabilitação.**

Quando se trabalha com uma população idosa, com multi-patologias, como é o caso da maioria dos clientes dos enfermeiros de reabilitação em cuidados domiciliários, pequenos ganhos em autonomia/independência no autocuidado podem ter grandes impactos na sua qualidade de vida dos clientes. Torna-se premente tornar visíveis esses ganhos, que passará, sem dúvida, pela melhoria dos instrumentos em uso. O GAIA mostrou-se um instrumento com propriedades capazes de medir pequenas alterações face ao autocuidado, sensíveis aos cuidados de reabilitação do cliente dependente no domicílio.

CONCLUSÕES

A longevidade, o crescimento das doenças crónicas e incapacitantes, a visão cada vez mais economicista da saúde, em paralelo com o desejo da pessoa de permanecer o maior tempo possível na sua habitação, junto da família, são factores que impõem novas respostas sociais e de saúde. Os cuidados continuados assumem hoje um destaque importante no panorama da saúde em Portugal. De acordo com Augusto (2009) a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) será a melhor resposta ao nível dos cuidados de saúde e de apoio social. A reestruturação dos cuidados de saúde primários, possibilitou o aparecimento de uma nova tipologia da RNCCI. As equipas de cuidados continuados integrados (ECCI). São equipas multidisciplinares, das quais fazem parte os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, que prestam apoio integrado em contexto domiciliário, tendo, entre outros objectivos, a reabilitação da pessoa dependente. Neste contexto, os cuidados de saúde, centram-se cada vez mais na qualidade de vida da pessoa e família. Os cuidados de enfermagem no domicílio exigem também um afastamento do paradigma baseado no saber centrado no profissional, para outro, onde o cliente e família são integrados no processo de decisão, onde a negociação dos cuidados e a partilha de responsabilidades se tornam realidades emergentes.

Os enfermeiros de reabilitação no contexto domiciliário, fazem um grande investimento profissional na área da promoção da saúde e da autonomia/independência do autocuidado. Para Augusto (2009), estes profissionais são dotados de competências que lhes permitem trabalhar para além da recuperação funcional. Nos seus planos de intervenção, promovem o autocontrolo e o autocuidado, capacitando a pessoa dependente e o cuidador familiar para lidarem com a situação de dependência.

Num contexto de trabalho com pessoas essencialmente idosas e com limitações funcionais marcadas, urge ter instrumentos capazes de avaliar a evolução da autonomia/independência no autocuidado, uma vez que os instrumentos em uso, mostram-se pouco sensíveis a pequenas alterações ocorridas ao nível do autocuidado.

Os cuidados continuados de reabilitação no domicílio, a autonomia/independência no autocuidado e a monitorização do mesmo, foram o mote para o início desta investigação. Foi realizado um estudo de natureza

metodológico e descritivo. No seu percurso foi construído e validado um instrumento de avaliação do grau de autonomia/independência no autocuidado (GAIA), sendo uma construção teórica baseada nos subsídios da literatura sobre outros instrumentos de avaliação do mesmo constructo.

Na avaliação das propriedades métricas do GAIA, foi determinada a fidelidade e validade do instrumento, sendo estas consideradas por Ribeiro (1999), os dois grandes tipos de propriedades métricas de um instrumento. Obteve-se uma boa fidelidade do instrumento, comprovada pela consistência interna, com um coeficiente de *alpha de cronbach*. O GAIA tem na sua versão final quarenta e um itens de avaliação e incorpora quatro dimensões: a actividade física, higiene e vestuário, eliminação e a alimentação.

A amostra do estudo é constituída por clientes dependentes no domicílio, em programa de enfermagem de reabilitação, inseridos nas equipas de cuidados continuados integradas (ECCI) da ARS Norte. Os clientes são essencialmente elementos do género feminino, na sua maioria casados. A média das idades é de 74 anos e relativamente à patologia, os inquiridos tinham na sua maioria patologias cerebrovasculares.

Nos resultados obtidos do grau de autonomia/independência no autocuidado, identifica-se que é no autocuidado no domínio da actividade física e na higiene e vestuário, onde se observam os menores níveis de independência. Dentro do **autocuidado no domínio da actividade física, as actividades subir/descer escadas são as que apresentam menores índices de autonomia/independência. No autocuidado no domínio da higiene e vestuário, as actividades relacionadas com o cuidar das unhas e o vestir/despir/lavar/secar a parte inferior do corpo**, são as que apresentam menores níveis de independência. Pela comparação dos resultados obtidos na primeira e segunda avaliação ao longo da intervenção do enfermeiro de reabilitação, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas no grau de autonomia/independência no autocuidado entre a primeira e segunda avaliação. Globalmente, encontram-se em **todos os domínios do autocuidado, diferenças estatisticamente significativas, mostrando uma evolução favorável no sentido da autonomia/independência**. No entanto é no **domínio da actividade física que a diferença é mais significativa**.

Decorrente desta interpretação, é importante, sobre o ponto de vista de intencionalidade de acção, que os enfermeiros de reabilitação direccionem a sua orientação terapêutica para o domínio do autocuidado actividade física. Outro aspecto interessante deste estudo é a consciencialização de que a independência

em todos os aspectos do autocuidado é quase irreal neste tipo de população. Esta consciencialização torna-se relevante no contexto de cuidados de reabilitação, quando se projectam metas e objectivos a atingir com este tipo de clientes.

Numa análise sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação, conclui-se que as que se realizam com maior frequência e a um maior número de clientes, são intervenções que se situam no domínio da actividade física. **Denota-se um maior investimento e intervenção na promoção da mobilidade de uma forma geral, sendo que, a execução de exercícios músculo-articulares aparece em evidência.** Se por um lado estes resultados reflectem o trabalho numa área de intervenção especializada, assumindo que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, de acordo com as competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros (2011), assume a responsabilidade de implementar programas de reeducação funcional, por outro lado, a valorização da actividade física, relaciona-se com o facto de esta ter repercussões em todos os outros domínios do autocuidado.

Outro aspecto que ressalta do trabalho é que, a orientação, o incentivo e a motivação do cliente, é determinante na promoção da sua autonomia/independência para o autocuidado, levando-o a executar acção que por si só não seria capaz de efectuar. **Intervenções relacionadas com o reforço positivo, aparecem valorizados transversalmente em todos os domínios do autocuidado.** Na tradução para a prática dos cuidados de reabilitação, estes dados, mostram que o domínio do comportamento emocional assume destaque nos programas de reabilitação.

Na exploração das intervenções de enfermagem de reabilitação, os dados relevam que existe um envolvimento quer do cliente quer do cuidador familiar no processo de reabilitação, traduzindo-se numa maior consciencialização sobre a situação de saúde do cliente. Esta parceria de cuidados, cria oportunidades de confrontação do cliente e cuidador familiar com os seus défices e com as suas limitações, levando a uma maior consciencialização da saúde do cliente. Por outro lado, também gera a oportunidade de em conjunto encontrar soluções para as ultrapassar as limitações.

Nas **intervenções relacionadas com ensino-aprendizagem, os dados mostram valores muito aproximados, quer das intervenções dirigidas para o cliente quer das dirigidas para o cuidador familiar,** concluindo-se que a abordagem não é centrada apenas no cliente, havendo em simultâneo um grande envolvimento do cuidador familiar. Na prática, existe uma tendência dos enfermeiros de reabilitação em orientar para o cuidar.

Dando sentido à continuidade dos cuidados, à garantia da eficácia da recuperação do cliente e optimização dos cuidados prestados pelos cuidadores familiares, é necessária a intervenção da equipa de saúde especializada. É na sua casa que o cliente e cuidador familiar experimentam as verdadeiras dificuldades de lidar com as incapacidades e limitações físicas. Se por um lado vivem o conforto do lar, por outro, parece inadequado e tudo parece constituir um obstáculo. Este estudo mostra que os enfermeiros de reabilitação ajudam a resolver e a ultrapassar estas dificuldades e a potenciar o máximo da autonomia/independência possível para o autocuidado através, do conhecimento e aprendizagem de capacidades, para melhor gerir as situações de dependência.

Podemos ainda concluir através deste estudo que o **instrumento utilizado foi capaz de monitorizar pequenas alterações que ocorrem na autonomia/independência no autocuidado**, traduzindo assim os resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio.

A concretização deste trabalho, deixa algumas sugestões. Apesar de boas qualidades métricas, o instrumento construído (GAIA) carece ainda de validação noutros processo de investigação para lhe conferir maior confiabilidade e robustez. Ciente que não será um instrumento perfeito, mas acreditando que o futuro depende do que se faz no presente, só por si o processo de construção deste instrumento já fez sentido.

Os cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto domiciliário, são um campo muito rico e com muitas vertentes ainda por explorar. Emerge a necessidade de validar por meio de investigação científica, qual o impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação na saúde do cuidador, ou mesmo na família.

A elaboração deste trabalho foi condicionada pelos constrangimentos do tempo e pouca experiência no campo da investigação, dificuldades ultrapassadas pelo incentivo da orientação. O envolvimento dos enfermeiros de reabilitação da ECCI enquanto colaboradores desta investigação revelou-se uma estratégia muito eficaz na colheita de dados. No entanto levou a um maior dispêndio económico e de tempo por parte do investigador, tendo mesmo sido obrigado a alargar o tempo de colheita de dados inicialmente previsto, sendo este um aspecto negativo a apontar na realização deste trabalho.

Concluir não significa que o trabalho está terminado, poderá apenas ser um mote para mais dúvidas e mais questões. Esta experiência de investigação mostrou que é possível com o contributo da enfermagem de reabilitação, continuar a ajudar as pessoas dependentes no domicílio e a melhorar a sua condição de saúde, apesar de idosos e frágeis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Eugénio P.; RAMOS, Susana I.V. - O regresso a casa do utente vertebro-medular: o papel do cuidador informal. *Psicologia*. [Em linha]. Coimbra, 2007 [Consult. 20 Jan. 2010]. Disponível em: www.psicologia.pt/artigos/textos/A0336.pdf.

ALMEIDA, Leandro; FREIRE, Teresa - *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2ªed.Braga:Psiquilibrios, 2000.

ÀLVAREZ, Juan Carlos Díaz - Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al hospital San Rafael de Girardot. *Av. Enfer.* Colômbia. Vol. 25, nº1 (2007), p. 69-82.

ALVES, Luciana C.; LEITE, Lúri C.; MACHADO, Carla J. - Conceituando e Mensurando a incapacidade funcional da população Idosa : Uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Colectiva*. ISSN 1413-8123.Rio de Janeiro. Ano 004. Vol.13, (Jul. - Agos. 2008), p. 1199-1207.

ANDRADE, Leonardo Tadeu - *Validação das Intervenções de Enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nos lesados medulares*. Belo Horizonte, 2007. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

ANDRADE, Fernanda Maria Mendes - *O cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Braga. 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, apresentada à Universidade do Minho.

ARAÚJO, F.; RIBEIRO, J. L.P.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C. - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [S. l.].Vol. 25, n.º 2 (Jul.- Dez. 2007), p.59-66.

ARAÚJO, Nuno Miguel Faria - *Ações Autónomas de Enfermagem: Ganhos em saúde*. Porto. 2008. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Fernando Pessoa.

ARRUDA, Luísa - *Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, 2006.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE Versão Beta 2*. 2.^a ed. Lisboa: APE, 2003.

AUGUSTO, Berta M. J.; RODRIGUES, Clara M.A.; RODRIGUES, Cláudia J.V. [et al] - *Cuidados continuados: Família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra. Formasau. 1^oed, 2002.

AUGUSTO, Berta - Entrevista à enfermeira Berta Augusta: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Sinais Vitais*. Coimbra. nº 86 (Set. 2009), p.11-15.

AUSTRALIAN INSTITUTE FOR PRIMARY CARE - The review and identification of an existing, validated, comprehensive assessment tool: *Final Report*. Austrália: IPC, 2004. [Consult. 29 Nov.2010]. Disponível na internet: <http://www.health.vic.gov.au/subacute/assess.pdf>.

AZEVEDO, Paulo Manuel Dias da Silva - *Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: Dimensão relevante para a transição de cuidados*. Porto. 2010. Dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

BAIXINHO, Cristina Rosa Soares Lavareda - Capacidade de marcha após fractura do colo do fémur - revisão sistemática da literatura. *Referência*. II série, nº8 (Dez., 2008), p. 79-86.

BARBETTA, Daniela C.; ASSIS, Marcos R. - Reprodutividade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funciona (MIF) na lesão medular: Revisão da literatura. *Acta Fisiátrica*. Brasília. Vol.15,nº3 (2008), p.176-181.

BEGATE, P. S.; RICARDO A.C.M.; SAWAZKI G. - Avaliação do desempenho funcional de idosos institucionalizados e não Institucionalizados através do teste *de mobilidade timed up and go (TUG)*. *Revista Funcional*. ISSN 0000-0000 – 43. [S. I.]. Vol.2, nº2 (Dez. 2009), p. 43-52.

BERG, K. O.; WOOD-DAUPHINEE, S.L.; WILLIAMS, J.I.; GAYTON, D.- Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*. Canada, vol 41, nº6 (1989), p. 304-311.

BRANCO, Teresa - Estratégias na incontinência urinária: Novas abordagens. *Sinais Vitais*. ISSN 0872-0844. Coimbra, nº 83 (Mar. 2009), p. 16-23.

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, S.; LISS, P.; SANTOS, E. K. A. - A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, nº15 (2006), p. 152-157.

BURTON, Christopher; GIBBON, Bernard - Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*. Reino Unido. Vol. 52, nº6 (Mar.2005), p. 640 - 650.

CABRITA, Maria José - O Envelhecimento e os cuidados continuados. *Servir*. ISSN 0871-2370. Lisboa.Vol.52, nº 1 (Jan.- Fev. 2004), p. 11-18.

CARR, JH [et al] - Investigation of new motor assessment scale for stroke patients. *Phys.Ther*. ISSN 0031-9023. EUA. Vol 65, nº 2 (Fev. 1985), p.175-180.

CARVALHIDO, Teresa; PONTES, Manuela - Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista da Faculdades de Ciências da Saúde*. ISSN 1646-0480.6. Porto. (2009), p. 140-150.

CARVALHO, Gustavo A.; PEIXOTO, Nara M.; CAPELLA, Patrícia D. - Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. *Revista Digital* [Em linha]. Buenos Aires. Ano12, nº114 (Nov.2007). [Consult. 2 Nov.2010]. Disponível na Internet: <http://www.efdeportes.com/>.

CHAMLIAN, Therezinha R.; MELO, Alessandra C. O. - Avaliação funcional em pacientes amputados de membros inferiores: Artigo de Revisão. *Acta Fisiatr.* São Paulo. Vol.15,nº 1 (2008), p.49-58.

CONTE, A. L. F.; FERRARI, P. P.; CARVALHO, T. B.; RELVAS, P.C.A.; NEVES, R.C.M.; ROSA, S.F.- Confiabilidade, compreensão e aceitação da versão em português da Motor Assessment Scale em pacientes com acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira Fisioterapia.* ISSN 1413-3555. São Carlos. Vol. 13, nº5 (Set. - Out. 2009), p. 405-411.

COSTA, Elisa F. A.; MONEGO, Estelamaris T. - Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UFG.* [S. I.]. Vol. 5, nº 2 (Dez. 2003).

COSTER, Wendy J. [et al] - Refining the Conceptual Basis for Rehabilitation Outcome Measurement: Personal Care and Instrumental Activities Domain. *Medical Care.* Vol.42 (Jan. 2004), p. 1-62.

CUNHA, A.; CARDOSO, L. O.; OLIVEIRA, V. C. T. F. - Autocuidado: Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. *Sinais Vitais.* ISSN 0872-0844. Coimbra. nº 61 (Jul. 2005), p. 36-40.

DECRETO-LEI nº 101/2006. *D.R. I Série - A.* Nº 109 (2006-06-06), p. 3856 a 3865. Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

DECRETO-LEI nº 28/2008. *D.R. I série.* Nº 38 (2008-02-22), p. 1182 a 1189. Agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES, e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.

DESHAIES, Bruno - *Metodologia da investigação em ciências humanas.* Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

DESPACHO nº 10143/ GSES/2009. *D.R. II série.* Nº 74 (2009-04-16), p.15438 a 15440. Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade.

DIOGO, *Maria José D'Elboux* - O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista latino Americana Enfermagem*. Ribeirão Preto. Vol. 8,nº1 (Jan.2000), p. 75-81.

DUARTE, Yeda A. O. ; ANDRADE, Cláudia L. ; LEBRÃO Maria Lúcia - O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos – Artigo de Revisão. *Ver. Esc. Enferm. USP* [Em linha]. São Paulo. Vol.41, nº2 (2007), p.317-325. [Consult. 2 Nov.2010]. Disponível na Internet: www.ee.usp.br/reeusp/.

DUARTE, Susana F. C. - O papel do enfermeiro em contexto dos cuidados domiciliários: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Investigação em enfermagem*. ISSN – 0874-7695. Coimbra, nº 16 (Agos. 2007), p. 11-23.

FIGUEIREDO, Daniela; SOUSA, Liliana - EASYCARE: instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso. *Geriatrics*. nº 30 (2001), p.41-47.

FILIPE, A. R.; AFONSO, C.; LIMA, G. - O utente submetido a artroplastia total da anca: Cuidados de Enfermagem. *Sinais Vitais*. ISSN – 0872-0844. Coimbra. nº 71 (Mar. 2007), p. 53-56.

FONSECA, Francielli B.; RIZZOTTO, Maria L. F. - Construção de Instrumento para Avaliação Sócio funcional em Idosos. *Texto & Contexto de Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Florianópolis Vol.17, nº 2 (Abr. - Jun. 2008), p. 365-373.

FORTIN, Marie-Fabienne - *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociencia, 1999.

FORTINSKY, Richard H. [et al] - Measuring Disability in Medicare Home Care Patients: Application of Rasch Modeling to the Outcome and Assessment Information Set - *Journal Medical Care*. EUA. Vol.41 (Mai. 2003), p. 601-615.

GALHARDO, Rosa Maria dos Santos - Do Fazer ao Pensar: que autonomia? Dinâmica das práticas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Revista de Investigação em Enfermagem*. ISSN – 0874-7695. Coimbra. nº 18 (Ago. 2008), p. 59-71.

GARCIA, Telma R.; NÓBREGA, Maria M. L. - Processo de Enfermagem: da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa. *Nery Revista de Enfermagem*. Vol. 13, nº1 (Mar. 2009), p. 188-193.

GEORGE, Júlia B. [et al] - *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4.^a ed. Artmed Editora, 2000.

GESAWORLD, Sociedade Anónima - *Relatório final da fase I de diagnóstico da situação actual: Projecto de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços Comunitários de Proximidade em Portugal para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência*. [Em linha]. Lisboa. [Consult. 20 Junho de 2011]. Disponível em: [http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/125979C2-5F77-45EC-8AD0-83698D31F07B/0/Diagnóstico Rede Cuidados Cont Integrados Saude.pdf](http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/125979C2-5F77-45EC-8AD0-83698D31F07B/0/Diagnóstico%20Rede%20Cuidados%20Cont%20Integrados%20Saude.pdf).

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin - *O inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta, 1992.

GLASS, Clive A. [et al] - Spinal cord independence measure, version III: applicability to the uk spinal cord injured population. *Journal Rehabil. Med*. ISSN 1650-1977. UK. Vol. 41, (2009), p. 723-728.

GLEICHGERRCHT, Ezequiel [et al.] - Assessment of Functional Impairment in Dementia with the Spanish Version of the Activities of Daily Living Questionnaire. *Dement Geriatr Cogn Disord*. Argentina. nº 28 (Out. 2009), p. 380-388.

GOMES, Bárbara Pereira - Contributos da Formação para o Desenvolvimento de Competências na Área de Enfermagem de Reabilitação. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis. Vol. 15, nº 2 (Abr. - Jun. 2006), p.193-204.

GOMES, Bruno N. [et al] - Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. ISSN: 0873-1586. Amadora. nº 20 (Out. - Dez. 2009), p. 13-18.

GRANDE, Nuno - Investigação em Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*. ISSN 0874-7695. Coimbra. nº2 (Ago. 2000), p.49-53.

GONÇALVES, Deolinda Maria Da Silva Afonso - *A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada*. Lisboa, 2008. Dissertação de mestrado em comunicação em saúde.

HESBEEN, Walter - *A reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência , 2003.

HILL, Manuela M.; HILL, Andrew - *Investigação por questionário*. 2ªed.Lisboa:Sílabo, 2009.

HOEMAN, Sirley P. - *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2ºed. Lisboa: Lusociência, 2000.

ICPC-2: CLASSIFICAÇÃO Internacional de Cuidados Primários, 2º ed.: Comité Internacional Classificação Wonca. [Consult. 10 Jan. 2011]. Disponível na Internet: <http://www.apmcg.pt>.

ITZKOVICH, M. [et al] - The Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III: Reliability and validity in a multi-center international study. *Disability and Rehabilitation*. ISSN 1464-5165. Informa UK. Vol 29, nº24, (Dez. 2007), p. 1926 – 1933.

KETELE, Jean-Marie; ROEGIERS, Xavier - *Metodologia de recolha de dados: Fundamentos dos métodos de observações, de questionário, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.

KIEFER, Ann; EMERY, Lynnda J. - Self-Care and Total Knee Replacement. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. [Em linha]. Vol. 24, nº4 (2006), p.51-61. [Consult. 29 Nov.2010]. Disponível em: <http://www.haworthpress.com/web/POTG>.

KRAMER, Andrew; HOLTHAUS, Danielle - *Uniform Patient Assessment for Post-Acute Care: final report*. [Em linha] 2006. [Consult. 20 Junho 2011]. Disponível em: <https://www.cms.gov/qualityinitiativesgeninfo/downloads/QualityPACFullReport.pdf>.

LAKATOS, Eva M.; MARCONI, Marina A.- *Metodologia do trabalho científico*. 2ªed. S. Paulo: Atlas, 1988.

LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa - *Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacte do Cuidado no Cuidador Informal*. Porto, 2007. Dissertação de Doutoramento em Ciência de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

LAW, Janet [et al] - The UK FIM+FAM Extended Activities of Daily Living module: evaluation of scoring accuracy and reliability - *Disability and Rehabilitation. Informa Healthcare*. ISSN 0963-8288. London. Vol.31, nº10 (2009), p. 825 - 830.

LEITÃO, Maria C.; FREITAS José M. N. F. - *Apoio domiciliário interdisciplinar integrado*. Funchal, 2007. Relatório de Pós-graduação apresentado à Universidade Atlântica, Centro de Ciência e tecnologia da Madeira.

LEITE, Valéria B. E.; FARO, Ana C. M. - O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora - *Rev Esc Enferm USP. São Paulo*. Vol. 39, nº 1 (2005), p. 92-96.

LOUREIRO, Cristina; COUTO, Glória; SOBRAL, Salomé - Estratégias adaptativas face à incapacidade permanente em contexto de Acidente Vascular cerebral in *Colectânea de Textos Enfermagem de Reabilitação*. Coimbra: Formasau, 2010.

LOURENÇO, Carlos A. M.; MENDES, Rosa, M. N. - Traumatismo crânio encefálico: um trauma familiar. *Sinais Vitais*. ISSN-0872-0844. Coimbra, nº 90 (Mai. 2010), p. 49-59.

LOURO, Maria Clarisse Carvalho Martins - *Cuidados Continuados no Domicílio*. Porto, 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D. W. - Funcional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. EUA, (1965), p. 61-65.

MARGATO, C.; REIS, M. J.; FERREIRA, O.; MORAIS, L.; AZENHA, A. - Viver em casa com a família após um episódio de doença: o contributo do SMFR dos HUC. *Sinais vitais*. ISSN – 0872-0844. Coimbra. nº 86 (Set. 2009), p. 54-59.

MARQUES, Gina Maria da Silva - *Cuidados de enfermagem em cuidados continuados: cada caso é um caso*. Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado em Sociologia Políticas Públicas e Desigualdades Sociais, apresentada a Universidade Nova da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

MAROCO, João; GARCIA-MARQUES, Teresa - Qual a fiabilidade do alfa de cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*. Lisboa, vol 4, nº1 (2006), p. 65-90.

MARRINER, Ann [et tal] - Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado en enfermería. In *Modelos Y Teorias de Enfermería*. 1ªed.Barcelona: Rd s.a., 1989. Cap.11.

MARSHALL, S.C.; HEISEL, B.; GRINNELL, D. - Validity of the PULSES Profile Compared With the Functional Independence Measure for Measuring Disability in a Stroke Rehabilitation Setting. *Arch Phys Med Rehabil* [Em linha]. Canadá.Vol.80, (Jul. 1999), p.760-765. [Consult. 2 Nov.2010]. Disponível na Internet: [http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(99\)90224-1/abstract](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(99)90224-1/abstract).

MARTINS, José Carlos Amado - Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. ISSN – 0873-89904.Lisboa. Vol.12,nº 2 (2º Sem. 2008), p. 62-66.

MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva - *Uma crise acidental na Família: O utente com AVC - Processos familiares/aceitação/dependência*. Coimbra: Formasau, 2002.

MARTINS, Maria M.; FERNANDES, Carla S. - Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artroplastia da Anca. *Revista Referência*. II Série, nº11, (Dez. 2009), p. 79-92.

MELO, Manuel Barnabé Moura Pinto - *Autocuidado em Utentes com Hemiplegia: Cuidados Continuados de Convalescença*. Porto, 2010. Dissertação de Mestrado em Ciência de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

MENDES, M. F.; NOGUEIRA, A.M.S.; REIS, S.I.M.; AUGUSTO, B.; HENRIQUES, F. - A autocateterização intermitente na reeducação vesical: aprendizagem de habilidades num contexto de cuidados continuados. *Sinais Vitais*. ISSN – 0872-0844. Coimbra. nº 66 (Mai. 2006), p. 39-43.

MENEZES, Maria de Fátima Batalha - *A utilização de escalas avaliativas e sua correlação com os resultados e os indicadores de enfermagem: trabalho apresentado no 10º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem (SINADEN)*. [Em linha]. Brasília. (Ago. 2010), p.214-217. [Consult. 2 Nov.2010]. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/10sinaden/anais/files/0046.pdf>.

MOTTI, Mônica Cristine Jove - *Reabilitação do paciente idoso*. [Em linha]. [S. l.]. (2007). [Consult. 8 Nov.2010]. Disponível em: <http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/05/29/>.

NETTO, Massimo Colombini - *Validade e coerência de instrumentos utilizados em avaliações clínicas de idosos*. Botucatu, 2008. Dissertação de Mestrado apresentada á Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

NEVES, Marco A. O. [et tal] - Escalas clínicas e funcionais no gerenciamento de utentes com lesões traumáticas da medula espinhal. *Revista de Neurociências*. [Em linha]. Rio de Janeiro. Vol. 15, nº13 (2007), p.234-239. [Consult. 2 Nov. 2010] disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2007/RN%2015%2003/Pages%20from%20RN%2015%2003-11.pdf>.

NOURHASHÉMI, F.; GILLETTE-GUYONNET, S.; ROLLAND, Y.; CANLET, C.; HEIN, C.; VELLAS, B. - Alzheimer's disease progression in the oldest old compared to younger elderly patient. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. França. nº 24 (2009), p. 149–155.

NUNES, Lucília - Significar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: caminho estratégico de desenvolvimento. *Revista da Ordem dos enfermeiros*. ISSN 1646-2629. Lisboa. nº 38 (Set. 2011), p.90-95.

OLIVEIRA, Ana F. [et al.] - Contribuição para a adaptação e validação da versão Portuguesa do Motor Assessment Scale. *Saúde & Tecnologia*. ISSN1646-9704. [S. l.]. (Mai. 2008), p.21-26.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: OE, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem - *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. [Em linha]. Lisboa. (Mar.2009). [Consult. 22 Dez.2010]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/DocumentsRNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação*. Lisboa: OE, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE Versão 2*. Lisboa: OE, 2011.

OREM, Dorothea E. - *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson, 1993.

PAIXÃO JR, Carlos M.; REICHENHEIM, Michael E. - Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos Saúde Pública*. ISSN 0102-311 X. Rio de Janeiro. Vol.21, nº1 (Jan. - Fev. 2005), p.7-19.

PASQUALI, Luiz - Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista Psiquiatria Clínica*. ISSN 0101-6083. Brasília. Vol.25, nº 5 (Set. - Out.1998), p. 206-213.

PEREIRA, Alexandre - *Guia Prático de Utilização do SPSS: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 7ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PESTANA, Maria H.; GAGEIRO, João N. - *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 4ªed. Lisboa: Sílabo, 2005.

PETRONILHO, Fernando Alberto Soares - *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007.

PETRONILHO, F. A. S.; MAGALHÃES, M. M. A. ; MACHADO, M. M. P.; VIEIRA, M. N.M. - Caracterização do utente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Sinais Vitais*. ISSN – 0872-0844. Coimbra, nº 88 (Jan.2010), p. 41-47.

PINHEIRO, Ana; SILVA, Bento - A Estruturação do Processo de Recolha de dados On-line. In *Actas da X Conferência Internacional Avaliação Psicológica, Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios, 2004.

PINTO, Ana F. B.; CARRANCA, Márcia I. S.; BRITES, Marta A. R.- Acolher em casa o utente dependente com afecção neurocirúrgica: Vivencia da família/pessoa significativa. *Revista de Investigação em enfermagem*. ISSN 0874-7695. Coimbra, nº 21 (Fev. 2010), p.69-81.

POCINHO, Margarida - *Manual de estatística. Volume I: Teoria e exercícios passo-a passo*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2009. [Consult. 20 Junho 2011]. Disponível: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. - *Investigación científica en ciencias de la salud*. 3ªed. México: Interamericana, 1991.

PORTUGAL - Instituto Nacional para a Reabilitação - A CIF e a CID-10 - *Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - Décima Revisão.2004*. Lisboa: INR. [Consult. 29 Nov.2010]. Disponível na Internet: <http://www.inr.pt/content/1/55/que-cif>.

PORTUGAL - Instituto Nacional de Estatística. Departamento de Estatísticas Censitárias - *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas 2002*. Lisboa: INE, 2002.

PORTUGAL. Ministério do Emprego e da Segurança Social. Secretariado Nacional de Reabilitação – *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): Um manual de classificação das consequências das doenças*. Lisboa: SNR, 1989.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários - *Indicadores de Desempenho Da Unidade Cuidados na Comunidade*. Lisboa: MCSP, 2010. [Consult. 29 Nov.2010]. Disponível na Internet: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_95/indicadores_daucc_vf.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - *Ganhos de saúde em Portugal, Ponto de situação: relatório do director-geral e alto-comissário da saúde*. Lisboa: DGS, 2002.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF*. Lisboa: DGS, 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - *A equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Lisboa: UMCSP, 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º semestre 2010*. Lisboa: UMCCI, 2010.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados - *Relatório intercalar de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º semestre 2011*. Lisboa: UMCCI, 2011.

QUARESMA, Ivone Rosário Neves - *O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários*. Porto, 2008. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Van Luc - Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos. Lisboa: Gradiva, 1992.

REGULAMENTO n.º 125/2011. D.R. 2.ª série. N.º 35 (18 de Fevereiro de 2011), p. 8658-8659. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

RICARTE, Luís Filipe Caldeira Silva - *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Porto. 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

RIBEIRO, José Luís Pais - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi, 1999.

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; FILHO, D. J.; SAKAMOTO, H.; BATTISTELLA, L. R. - Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. ISSN 0104-7795. São Paulo. Vol.8 nº1 (Jan. - Mar. 2001), p. 45-52.

RICE, Robyn - *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e Aplicação*. 3ª ed. Loures: Lusociência. 2004.

RICCI, Natalia A.; KUBOTA, Maristela T.; CORDEIRO, Renata C. - Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*. S. Paulo. Vol 39, nº4 (2005), p. 655-662.

RELVAS, Ana Paula - *O ciclo vital da família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento. 1996.

RENPENNING, Katherine M.; TAYLOR, Susan G. – *Self-care theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. Nova York: Springer Publishing Company. 2003.

RODRIGUES, Cristina Alexandra Fernandes - A pessoa com AVC actividades de Vida diárias alteradas: cuidados de Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Formação continua em Enfermagem*. ISSN: 0871-6196. Lisboa. nº 239 (Nov. 2008), p. 14-19.

RODRÍGUEZ, Pilar Rodríguez - *El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Fundación Alternativas. 2006.

ROSA, Marlene Cristina Neves - *A influência de dois protocolos de intervenção (Treino bilateral e unilateral) na recuperação da funcionalidade do membro superior hemiparético em utentes com AVC crónico*. Porto, 2008. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

SAHEBALZAMANI, M.; ALILOO, L.; SHAKIBI, A. - The Efficacy of sel-care education on rehabilitation of stroke patients. *Med Journal*. Vol. 30, nº4 (2009), p. 550-554.

SALTER, K. [et al] - Issues for selection of outcome measures in stroke rehabilitation: ICF activity. *Disability and Rehabilitation. Informa Healthcare*. ISSN 0963-8288. London. Vol.27, nº6 (2005); p. 315- 340.

SANTOS, Maria F. [et al] - Sentimentos do familiar cuidador face à intervenção do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Investigação em enfermagem*. ISSN-0874-7695. Coimbra, nº 19 (Fev. 2009), p. 15-24.

SARAIVA, Sílvia Alexandra Nascimento - *O Cuidado informal ao idoso dependente: impacto no cuidador primário e secundário*. Aveiro, 2008. Dissertação de Mestrado em Gerontologia apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento.

SCHEPERS, V. P. M. [et al] - Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disability and Rehabilitation. Informa Healthcare*. ISSN 0963-8288. Reino Unido. Vol.29, nº3 (Fev. 2007), p. 221-230.

SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, 2010.

SHI, LuXiao - Continuing care. *Nursing & Health Journal*. (Fev. 2008), p. 6-10.

SOARES, K. V.; FIGUEIREDO, K.M.O.; CALDAS, V.V.A.; GUERRA, R.O. - Avaliação quanto à utilização e confiabilidade de instrumentos de medida do equilíbrio corporal em idosos. *Revista Pública*. ISSN 1981- 8297. Natal. (2005), p. 78-85.

SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel A. C. - Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino Americana Enfermagem*. Vol. 15, nº3 (Mai. - Jun. 2007), p. 1-6.

STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette - *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Loures: Lusociencia, 1999.

TAVARES, João Paulo de Almeida - *Em Direcção à Conceptualização dos Cuidados Continuados de Enfermagem*. Aveiro. 2008. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, apresentada à Universidade de Aveiro.

TAYLOR, Susan G. - Dorothea E. Orem: La teoría enfermera del déficit de autocuidado in MARRINER-TOMEY, Ann; ALLIGOOD, Martha R. - *Modelos y Teorías en enfermería*. 5ªed. Madrid: Mosby, 2003. Cap. 13.

TULLAI- McGUINNESS, S.; MADIGAN, E.A.; FORTINSKY, R.H. - Validity Testing the Outcomes and Assessment Information Set (OASIS). *Home Health Care Services Quarterly*. ISSN1545-0856. Vol. 28 (2009), p.45-57.

WALLACE, Meredith; SHELKEY, Mary - *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)*. [Em linha]. EUA. Vol. 14, (Nov. 2006). [Consult. 29 Nov.2010]. Disponível em: <http://www.annalsoflongtermcare.com/article/6412>. ISSN: 1524-7929.

WALLACE, Meredith; SHELKEY, Mary - Reliability and Validity of Katz ADL Index: Monitoring Functional Status in Hospitalized Older Adults. *AJN, American Journal of Nursing* [Em linha]. EUA. Vol.108,nº4 (Abr. 2008), p.64-71 [Consult. 2 Nov.2010]. Disponível:http://www.nursingcenter.com/Library/journalarticleprint.asp?Article_ID=781870#P54.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Active Ageing, A Policy Framework*. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid: WHO, 2002. [Consult. 29 Nov.2010]. Disponível na Internet: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf.

WIKIPEDIA – *Comportamento emocional*. [Consult. 10 Nov.2010]. Disponível na Internet: http://pt.wikipedia.org/wiki/Comportamento_emocional.

ANEXOS

Anexo I - Questionário

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

QUESTIONÁRIO

Eu, Glória Maria Andrade do Couto, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na Escola superior de Enfermagem do Porto, estou a desenvolver um estudo denominado: ***Autonomia/independência no autocuidado: sensibilidade aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.***

Este questionário deve ser preenchido pelos enfermeiros de reabilitação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), com dados referentes a clientes em programa de reabilitação, podendo ser preenchido para todos os clientes em programa. Devem ser realizadas duas avaliações ao mesmo grupo de participantes com pelo menos quinze dias de intervalo. O período determinado para a colheita de dados é entre 3 Março de 2011 a 30 Junho de 2011.

O questionário está dividido em três partes:

PARTE I – Dados sócio - demográficos

PARTE II- Avaliação do grau de autonomia/independência do cliente face ao autocuidado com recurso ao instrumento GAIA: Grau de Autonomia/independência no autocuidado

PARTE III – Caracterização das intervenções de enfermagem de reabilitação realizados face ao autocuidado.

Deve preencher todos os itens que se aplicam à situação específica de cada participante.

A PARTE III do questionário, relacionada com as intervenções dos profissionais, pretende permitir compreender quais as actividades de enfermagem de reabilitação desenvolvidas para promover a autonomia e independência, não sendo objectivo classificar a qualidade das mesmas, a informação solicitada têm um carácter meramente exploratório, pelo que se apela à integridade na resposta.

Parte I – Dados sócio-demográficos dos clientes

1 – Género:

Masculino

Feminino

2– Idade (anos completos) _____

3-Estado civil:

Solteiro

Casado

Viúvo

Divorciado

União de facto

4- Patologia:

Cardiovascular

Cerebrovascular

Músculo-esquelética

Respiratória

Outra _____

Parte II - Avaliação do grau de autonomia/independência do cliente face ao autocuidado com recurso ao GAIA**Grau de Autonomia/independência no autocuidado (GAIA)**Assinale com um **X** a resposta mais adequada, sendo que:

	1-Dependente O cliente está totalmente impossibilitado de colaborar	2-Ajuda moderada O cliente inicia a actividade mas requer ajuda de terceiros na maior parte da realização da tarefa.	3- Ajuda mínima O cliente faz a actividade mas necessita de incentivo e/ou supervisão (como medida de confiança e/ou por precaução de segurança) com ou sem recurso a produtos de apoio	4-Independente O cliente é independente com ou sem recurso a produtos de apoio			
				1	2	3	4
Arranjo Pessoal	Lavar o rosto						
	Pentear						
	Cuidar das unhas do pé						
	Cuidar das unhas da mão						
	Higiene oral						
	Colocar creme / desfazer a barba						
Banho	Entrar/sair do chuveiro						
	Abrir/fechar torneira e regular temperatura da água						
	Obter e utilizar gel de banho/esponja						
	Lavar/secar parte superior do corpo						
	Lavar /secar parte inferior do corpo						
Uso de sanitário	Transferir e posicionar-se no vaso sanitário						
	Aprontar vestuário						
	Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)						
	Higiene das mãos						
Mobilidade e levante da cama	Rodar na cama						
	Erguer para posição de sentado						
	Pôr de pé						
	Deitar na cama						
Transferir	Mover da cama para a cadeira						
	Mover da cadeira para a cama						
	Transferir entre: cadeiras/cadeirão/sofá						
Andar	Colocar de pé e fazer carga nos membros inferiores						
	Manter de pé, em equilíbrio (com ou sem auxiliar de marcha)						
	Dar pequenos passos (com ou sem auxiliar de marcha)						
	Andar (com ou sem auxiliar de marcha)						
Subir/descer escadas	Subir degraus (com ou sem auxiliar de marcha)						
	Descer degraus (com ou sem auxiliar de marcha)						
Alimentar	Requerer/pedir comida						
	Manipular utensílios (talher, copo, chávena) e levar os alimentos à boca						
	Cortar os alimentos/barrar a manteiga						
	Mastigar e manipular os alimentos na boca						
	Engolir os alimentos						
Vestir/ Despir	Seleccionar e organizar roupa e acessórios						
	Vestir/despir parte superior do corpo						
	Vestir/despir parte inferior do corpo						
	Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)						
Controlo vesical	Calçar/descalçar os sapatos/chinelos						
	Comunicar a vontade de urinar						
Controlo intestinal	Continência urinária						
	Comunicar a vontade de evacuar						
Controlo intestinal	Continência fecal						

Parte III- Caracterização das intervenções de Enfermagem de Reabilitação face a cada autocuidado

Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Assinale com um X a resposta mais adequada, assinale só as intervenções que são realizadas, sendo que:

Autocuidado	Intervenções	4-Diariamente				
		0	1	2	3	4
Capacitar o cliente/higiene e vestuário	0-Não se aplica (Actividade recomendada para a situação do doente)	1 -Nunca	2-Uma vez (SOS)	3-Duas/três vezes por semana		
	Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas para o arranjo pessoal					
	Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas para tomar banho					
	Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas para o uso de sanitário					
	Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas para vestir e despir diferentes peças de roupa e calçado					
Capacitar o cuidador familiar para assistir / higiene e vestuário	Aconselhar sobre vestuário					
	Ensinar/instruir/treinar o cuidador familiar sobre como assistir no arranjo pessoal					
	Ensinar/instruir/treinar o cuidador familiar sobre como assistir no tomar banho					
	Ensinar/instruir/treinar o cuidador familiar sobre como assistir no uso de sanitário					
Exercícios músculo-articulares/higiene e vestuário	Ensinar/instruir/treinar do cuidador familiar sobre como assistir no vestir e despir					
	Executar exercícios de motricidade fina					
	Executar exercícios músculo-articulares de fortalecimento muscular e melhoria da amplitude articular					
Reforço positivo/higiene e vestuário	Treinar equilíbrio corporal					
	Elogiar a aprendizagem de capacidades					
	Incentivar o autocuidado arranjo pessoal					
	Incentivar o autocuidado tomar banho					
	Incentivar o autocuidado uso de sanitário					
Informar/capacitar para utilização de produtos de apoio /higiene e vestuário	Incentivar a pessoa a vestir/despir					
	Aconselhar o uso de produtos de apoio: Cadeira de banho; suportes; escova cabo longo					
	Aconselhar o uso de produtos de apoio : Cadeira sanita; suportes; alteador de sanita...					
	Aconselhar o uso de produtos de apoio: calçadeiras, abotoadores...					
Capacitar o cliente/actividade física	Ensinar/instruir/treinar a utilização de produtos de apoio					
	Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas para se mover e levantar da cama					
	Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas na transferência (cama/cadeira/sanita/banheira)					
	Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas para andar					
	Aconselhar sobre calçado adequado na marcha					
	Ensinar/instruir/treinar andar com auxiliar de marcha: bengala; canadiana; andarilho; tripé					
	Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas para subir e descer escadas					
Ensinar/instruir/treinar técnica para subir e descer escadas com auxiliar de marcha						
Capacitar o cuidador para assistir /actividade física	Ensinar/instruir/treinar o prestador de cuidados como assistir no mover e levante da cama					
	Ensinar/instruir/treinar o prestador de cuidados como a assistir na transferência					

	Ensinar/instruir/treinar o cuidador familiar como assistir no andar					
	Ensinar/instruir/treinar do cuidador familiar como assistir a subir e descer escadas					
Exercícios músculo-artiulares/ actividade física	Exercícios músculo-artiulares: Ponte, rolar, dissociação de cintura; carga no cotovelo...					
	Exercícios de correcção postural (postura na cadeira; frente ao espelho)					
	Exercícios de fortalecimento muscular (membros superiores, inferiores e tronco)					
	Exercícios de coordenação motora					
	Treinar equilíbrio corporal					
Reforço positivo/ actividade física	Incentivar a mobilidade e levante da cama					
	Incentivar a pessoa a transferir-se					
	Incentivar a pessoa a andar					
	Elogiar aprendizagem de capacidades					
	Incentivar a pessoa a subir e descer escadas					
Informar/capacitar para utilização de produtos de apoio / actividade física	Aconselhar o uso de produtos de apoio: cinto de transferência; tábua; elevador...					
	Ensinar/instruir/treinar a utilização de produtos de apoio: cinto de transferência; tábua...					
	Aconselhar a utilização de auxiliar de marcha: bengala; canadiana; andarilho; tripé ...					
	Advogar o uso de produtos de apoio: corrimão, rampas...					
Capacitar o cliente/ alimentação	Ensinar/instruir/treinar sobre estratégias adaptativas para alimentar-se					
	Aconselhar sobre consistência da dieta alimentar					
	Ensinar/instruir/treinar técnica de mastigação e de deglutição					
Capacitar o cuidador familiar para assistir/ alimentação	Ensinar/instruir/treinar o cuidador familiar como assistir no alimentar-se					
Exercícios músculo-artiulares/ alimentação	Executar técnica de exercitação muscular da face e cavidade oral: massagem facial, exercícios da mímica da face e língua					
	Estimular sensibilidade da face e cavidade oral					
	Executar exercícios de coordenação motora dos membros superiores					
Reforço positivo/ alimentação	Incentivar a pessoa a alimentar-se					
	Elogiar aprendizagem de capacidades					
Informar/capacitar sobre produtos de apoio/ alimentação	Aconselhar sobre o uso de produtos de apoio: talheres adaptados, suporte de prato...					
	Ensinar/instruir/treinar a utilização de produtos de apoio					
Capacitar o utente/ eliminação	Ensinar sobre autocontrolo: eliminação urinária					
	Ensinar/instruir /treinar sobre técnica de treino vesical: cateterismo vesical intermitente...					
	Ensinar estratégias de estimulação da eliminação vesical					
	Ensinar sobre ingestão hídrica					
	Ensinar sobre autocontrolo: eliminação intestinal					
	Ensinar sobre treino intestinal					
Exercícios músculo-artiulares/ eliminação	Exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica					
Informar/capacitar sobre produtos de apoio/ eliminação	Aconselhar o uso de produtos de apoio: fraldas, dispositivos urinários, tampão rectal...					
Reforço positivo/ eliminação	Elogiar aprendizagem de capacidades					
	Incentivar o autocontrolo vesical					
	Incentivar o autocontrolo intestinal					

Obrigada

Glória Couto

Anexo II - Parecer dos Peritos

Análise do parecer de peritos quanto ao conteúdo e enunciado: GAIA

Categorias	Análise quantitativa e qualitativa das respostas dos peritos
<p>Na análise das categorias observadas no instrumento “ GAIA” Higiene e arranjo Pessoal; Tomar Banho; Uso de sanitário; Levantar/deitar da cama; Transferir; Andar; Subir/descer escadas; Alimentar; Vestir; Controlo vesical e Controlo intestinal</p> <p>Os 10 peritos consultados consideraram todas as categorias acima referidas são adequadas, no entanto, deixam algumas sugestões no sentido de melhorar a clareza do enunciado das mesmas. Algumas das quais foram tidas em conta na versão final do questionário.</p>	
<p>Higiene e arranjo Pessoal Tomar Banho,</p>	<p><u>5</u> Referiram que não deveria aparecer o termo higiene, deveria ficar as categorias: Arranjo pessoal e tomar banho.</p> <p>“Banho e arranjo pessoal estão dentro do autocuidado higiene pelo que não parece fazer sentido aparecer no arranjo pessoal e não no banho ou então não ficar em nenhum” (P3) Uma vez que as duas categorias se inserem dentro do autocuidado higiene (CIPE, 2003) foi tido em consideração esta sugestão.</p>
<p>Levantar/deitar da cama</p>	<p><u>6</u> Referiram que seria importante considerar a mobilidade no leito.</p> <p>“Se calhar podia alterar o léxico – mobilizar-se, mudar de posição na cama” (P9).</p> <p>“Acho que deve fazer referência à mobilidade na cama” (P8).</p>
<p>Vestir</p>	<p><u>1</u> dos peritos refere que seria importante colocar vestir e despir. “Acrescentava o despir” (P2) Apesar de ser apenas um, este aspecto foi tido em atenção na versão final, uma vez que, faz parte do autocuidado vestuário, o vestir e o despir (CIPE, 2003).</p>
<p>Uso de sanitário; Transferir; Andar Subir/descer escadas; Alimentar; Controlo vesical e Controlo intestinal</p>	<p><u>Os 10 peritos concordam com estas categorias, quanto a sua pertinência e clareza de enunciado.</u></p>

Parecer de peritos relativamente ao conteúdo e enunciado das dimensões relativamente a cada um dos autocuidados	
Dimensões	Análise quantitativa e qualitativa das respostas dos peritos
Lavar o rosto; Pentear-se; Cuidado com as unhas do pé; Cuidado com as unhas da mão; Higiene oral e Colocar creme / Fazer barba	<u>9 Concordam completamente 1 Concorda</u>
Entrar/sair do chuveiro	<u>9 Concordam completamente 1 Concorda</u>
Abrir/fechar torneira e preparar a água	<u>4 Concordam completamente 5 Concordam 1 Não concorda</u> Dos que concordam foram dadas sugestões relativamente ao enunciado que foram consideradas na versão final: “... Será mais adequado referir se a pessoa tem capacidade para verificar a temperatura da água, faz sentido nos clientes com hemiparesias “ (P5) “Regular a temperatura da água, ... clientes com hipostesia” (P8)
Obtenção e uso dos materiais (sabão/esponja)	<u>6 Concordam completamente 3 Concordam 1 Não concorda</u> Dos que concordam foram dadas sugestões relativamente ao enunciado que foram consideradas na versão final “Sabão... Talvez gel de banho” (P1) “Acho que o termo “materiais “não é muito adequado” (P8)
Lavar/secar parte superior do corpo; Lavar /secar parte inferior do corpo	<u>9 Concordam completamente 1 Concorda</u>
Transferência/deslocação	<u>2 Concordam completamente 8 Concordam</u> Dos que concordam foram dadas sugestões relativamente ao enunciado que foram consideradas na versão final “Transferir e manter postura adequada na sanita” (P3)
Aprontar vestuário	<u>9 Concordam completamente 1 Discorda</u> O que discorda deu uma sugestão: “Vestuário já está previsto no vestir” (P9) Esta não foi considerada uma vez que a utilização do sanitário implica que a pessoa seja capaz de manipular o vestuário para uso adequada da sanita ou urinol
Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)	<u>9 Concordam completamente 1 Concorda</u>
Higiene das mãos	<u>9 Concordam completamente 1 Discorda</u> O que discorda deu uma sugestão: “Higiene das mãos pode incluir-se na higiene e arranjo pessoal” (P9) Esta não foi considerada uma vez que a utilização do sanitário implica que a pessoa seja capaz de fazer a higienização das mãos.

Levantar/ deitar da cama	Rodar	9 Concordam completamente 1 Não respondeu
	Ergue-se; Pôr-se de pé	8 Concordam 1 Discorda 1 Não respondeu Dos que concordam alguns levantam algumas questões relativamente ao enunciado, o que foi considerado na versão final. “Ergue-se e Pôr-se de pé – Especificar melhor ou corre o risco de quer dizer o mesmo embora entenda que não é “ (P1) “Pôr-se de pé, mesmo que ergue-se !!!!” (P2) “Pôr-se de pé, especificar melhor senão parece o mesmo que o erguer-se...” (P5)
	Deitar	9 Concordam completamente 1 Não respondeu
Transferir	Cama/cadeira; Cadeira/cama	7 Concordam completamente 2 Concordam 1 Não respondeu
	Cadeira/cadeira	2 Concordam completamente 6 Concordam 1 Não tem opinião 1 Não respondeu Dos que concordam foram dadas sugestões relativamente ao enunciado que foram consideradas na versão final “O transferir-se - pode ser entre cadeiras; sofás ou outros acentos” (P3) “Pode ser sofá ou cadeirão” (P5)
	Sentar e Levantar	3 Discordam completamente 6 Discordo 1 Não respondeu Os que discordaram fundamentam a sua discordância, sendo que na versão final estas duas dimensões foram eliminadas. “A transferência não implica que a pessoa tenha capacidade para se levantar e sentar, pode transferir-se sem ter de fazer carga nos membros inferiores” (P3) “Para efectuar a transferência não tem de ser capaz de sentar nem levantar pode fazer transferência deslizando de uma superfície para outra” (P6) “Para se transferir não implica que a pessoa se levante... Explo Paraplégicos” (P8)
Andar	Manter-se de pé, faz carga nos membros inferiores (com ou sem apoio de auxiliar de marcha)	7 Concordam 1 Não tem opinião 2 Discordam Sugestões levadas em consideração relativamente ao conteúdo deste item “Em vez “de manter de pé” colocar o levante a transição da posição de sentado para de pé” (P3) “Acho que poderia ficar só carga nos membros inferiores” (P6) “Em vez de manter-se de pé acho que fica melhor o levantar, pois para iniciar a marcha implica que a pessoa se levante...” (P8)
	Segurar-se de pé, em equilíbrio (com ou sem auxiliar de marcha)	7 Concordam completamente 3 Concordam
	Dar pequenos passos (com ou sem auxiliar de marcha); Deambula (com ou sem auxiliar de marcha)	9 Concordam completamente 1 Concorda
Subir/ descer escadas	Subir degraus (com ou sem auxiliar de marcha); Descer degraus (com ou sem auxiliar de marcha)	9 Concordam completamente 1 Concorda

Alimentar	Requerer/pedir comida; Cortar os alimentos/barrar a manteiga; Mastigar; Engolir	9 Concordam completamente 1 Concorda
	Manipulação de utensílios (garfo, copo, colher)	9 Concordam completamente 1 Concorda
	Levar os alimentos à boca	1 Concorda 8 Discordam 1 Discorda completamente Os que discordaram fundamentam a sua discordância, sendo que na versão final esta dimensões foi agregada á anterior "Manipulação de utensílios (garfo, copo, colher) e Levar os alimentos à boca – intervenções com igual conteúdo" (P1) "Manipular os utensílios e levar os alimentos boca estão muito relacionado, pois a manuseamentos dos talheres é no sentido de transportar os alimentos até à boca..." (P3) "A manipulação dos talheres é para levar os alimentos à boca " (P6)
Vestir	Seleção e organização de roupas e acessórios; Vestir/despir parte superior; Vestir/despir parte inferior; Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)	4Concordam completamente 6 Concorda Dos que concordam sugerem-se que seja acrescentado um item relativamente ao calçar/descalçar o que foi ponderado na versão final "Acrescentar calçar/descalçar uma vez que é mais exigente tal como a actividade cuidar das unhas dos pés" (P10) "Acrescentar o calçar " (P7) "Falta o calçar/descalçar uma vez que é uma actividade dentro do vestir, mas mais exigente em termos de mobilidade/flexibilidade e equilíbrio sendo uma actividade que é muito difícil chegar ao padrão de totalmente independente nomeadamente em idosos pelas limitações osteo-articulares que apresentam compatíveis com idade avançada e patologias associadas" (P3)
Controlo vesical e Control intestinal	Comunicar a vontade de urinar; Continência Urinária; Comunicar a vontade de evacuar; Continência fecal	9 Concordam completamente 1 Concorda

Anexo III - Parecer da Comissão Ética



PARECER Nº 11/2011

Sobre o estudo “Ganhos em autonomia e independência nos auto-cuidados - Sensibilidade aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio”

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo nº 11.11CES, com base no pedido de parecer da investigadora, datado de 08/01/2011, dirigido a esta CES.

A - RELATÓRIO

A.1. Os documentos para apreciação são os seguintes:

1. Requerimento da investigadora, dirigido ao presidente da CES da ARSN, datado de 08/01/2011, solicitando autorização para a realização do estudo;
2. Protocolo do estudo (reformulado após pedidos de esclarecimento e sugestões desta CES), questionário a aplicar e modelo de consentimento informado a usar no recrutamento de colaboradores (este último também reformulado);
3. Carta de recomendação da orientadora científica do estudo;
4. Declaração da investigadora comprometendo-se a enviar a esta CES uma cópia do relatório final do estudo (em formato digital);
5. Mensagens de correio electrónico enviadas por esta CES a 14/01, 16/01 e 17/01/2011 e ofícios desta CES, datados de 27/01 e 06/02/2011, solicitando esclarecimentos sobre o projecto;
6. Respostas da investigadora (mensagens de correio electrónico), datadas dos dias 16/01, 18/01, 02/02, 08/02 e 10/02/2011.

A.2. Resumo do estudo

A investigadora, Glória Couto, enfermeira especialista de reabilitação, a exercer na Unidade de Cuidados na Comunidade de Paredes / Rebordosa (ACES Tâmega II Vale do Sousa Sul), pretende realizar um estudo no âmbito de uma tese de mestrado em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Maria Manuela Martins.

O estudo tem como objectivo “criar e validar um instrumento que suporte a monitorização dos auto-cuidados em doentes com cuidados de enfermagem de reabilitação”, sendo previstas metodologias para avaliar a sua validade interna, validade de construto e reprodutibilidade. O instrumento é uma escala, construída pela investigadora. Da população-alvo (doentes que recebem cuidados domiciliários de enfermagem de reabilitação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados da ARSN), será obtida uma amostra de conveniência de 240 doentes dos onze ACES (os nove ACES do Porto e dois ACES de zonas limítrofes) geograficamente mais acessíveis à investigadora.

A cada enfermeiro que presta cuidados de reabilitação ao domicílio aos doentes a estudar será solicitada a colheita de dados através da aplicação da escala, duas vezes a cada um dos doentes participantes, com duas semanas de intervalo, sendo que os dados a colher não incluem nenhum elemento que possa identificar perante a investigadora nem pacientes nem profissionais (tratam-se portanto de dados anonimizados).



2/2

Os enfermeiros de reabilitação cuja colaboração será requerida para o estudo serão convidados a participar no estudo através de um contacto pessoal por parte da investigadora. Neste contacto serão descritos os objectivos e metodologias, disponibilizando a investigadora uma carta de explicação, sendo pedido aos enfermeiros colaboradores a assinatura de um documento de consentimento informado.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

- B.1.** A pertinência e valor social e científico do estudo encontram-se justificados.
- B.2.** A metodologia proposta é adequada à prossecução dos objectivos enunciados.
- B.3.** Os dados relativos a doentes serão colhidos pelos profissionais habitualmente envolvidos nos seus cuidados e serão fornecidos à investigadora de forma totalmente anonimizada.
- B.4.** A forma de recrutamento dos profissionais colaboradores respeita a sua autonomia, presumindo-se que não interferirá com o normal decurso dos cuidados.

C – CONCLUSÕES

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

A relatora, *Mónica Granja*

Aprovado em reunião do dia 18 de fevereiro de 2011, por unanimidade.

Rosalvo Almeida, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

**Anexo IV - Grau de Autonomia/Independência no
Autocuidado (GAIA) - Versão Refinada**

Grau de autonomia/independência no autocuidado (GAIA) – Versão refinada	
Actividade física	Entrar/sair do chuveiro
	Transferir e posicionar-se no vaso sanitário
	Rodar na cama
	Erguer para posição de sentado
	Pôr de pé
	Deitar na cama
	Mover da cama para a cadeira
	Mover da cadeira para a cama
	Transferir entre: cadeiras/cadeirão/sofá
	Colocar de pé e fazer carga nos membros inferiores
	Manter de pé, em equilíbrio (com ou sem auxiliar de marcha)
	Dar pequenos passos (com ou sem auxiliar de marcha)
	Andar (com ou sem auxiliar de marcha)
	Subir degraus (com ou sem auxiliar de marcha)
	Descer degraus (com ou sem auxiliar de marcha)
Higiene e vestuário	Lavar o rosto
	Pentear
	Cuidar das unhas do pé
	Cuidar das unhas da mão
	Higiene oral
	Colocar creme / desfazer a barba
	Abrir/fechar torneira e regular temperatura da água
	Obter e utilizar gel de banho/esponja
	Lavar/secar parte superior do corpo
	Lavar /secar parte inferior do corpo
	Aprontar vestuário
	Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)
	Higiene das mãos
	Seleccionar e organizar roupa e acessórios
	Vestir/despir parte superior do corpo
	Vestir/despir parte inferior do corpo
	Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)
Calçar/descalçar os sapatos/chinelos	
Eliminação	Comunicar a vontade de urinar
	Continência urinária
	Comunicar a vontade de evacuar
	Continência fecal
Alimentação	Requerer/pedir comida
	Manipular utensílios (talher, copo) e levar os alimentos à boca
	Mastigar e manipular os alimentos na boca
	Engolir os alimentos

Anexo V - Distribuição Numérica e Percentual do Grau de Autonomia/Independência no Autocuidado

Distribuição numérica e percentual do grau de autonomia/independência no autocuidado

Autocuidado no domínio da actividade física								
Primeira avaliação	Dependente		Ajuda Moderada		Ajuda Mínima		Independente	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Entrar/sair do chuveiro	73	65,2	19	17	8	7,1	12	10,7
Transferir-se e posicionar-se no vaso sanitário	61	54,5	26	23,2	11	9,8	14	12,5
Rodar na cama	49	43,8	33	29,5	7	6,3	23	20,5
Erguer para a posição de sentado	53	47,3	35	31,3	10	8,9	14	12,5
Pôr de pé	58	51,8	29	25,9	13	11,6	12	10,7
Deitar na cama	54	48,2	32	28,6	8	7,1	18	16,1
Mover da cama para a cadeira	56	50,0	29	25,9	13	11,6	14	12,5
Mover da cadeira para a cama	57	50,9	28	25	14	12,5	13	11,6
Transferir entre:cadeiras/cadeirão/sofá	56	50,0	31	27,7	12	10,7	13	11,6
Colocar de pé e fazer carga nos membros inferiores	54	48,2	33	29,5	14	12,5	11	9,8
Manter de pé, em equilíbrio (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	58	51,8	28	25	12	10,7	14	12,5
Dar pequenos passos (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	63	56,3	24	21,4	14	12,5	11	9,8
Andar (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	74	66,1	21	18,8	10	8,9	7	6,3
Subir degraus (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	87	77,7	14	12,5	8	7,1	3	2,7
Descer degraus (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	87	77,7	14	12,5	8	7,1	3	2,7
Total/ Média		56,0		23,6		9,6		10,8
Autocuidado no domínio da actividade física								
Segunda avaliação	Dependente		Ajuda Moderada		Ajuda Mínima		Independente	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Entrar/sair do chuveiro	40	35,7	34	30,4	18	16,1	20	17,9
Transferir e posicionar-se no vaso sanitário	35	31,1	16	14,3	31	27,7	30	26,8
Rodar na cama	10	8,9	24	21,4	26	23,2	52	46,4
Erguer para a posição de sentado	22	19,6	23	20,5	29	25,9	38	33,9
Pôr de pé	29	25,9	19	17	27	24,1	37	33
Deitar na cama	24	21,4	18	16,1	29	25,9	41	36,6
Mover da cama para a cadeira	17	15,2	27	24,1	29	25,9	39	34,8
Mover da cadeira para a cama	28	25,0	18	16,1	28	25	38	33,9
Transferir entre:cadeiras/cadeirão/sofá	28	25,0	20	17,9	27	24,1	37	33
Colocar de pé e fazer carga nos membros inferiores	26	23,2	15	13,4	31	27,7	40	35,7
Manter de pé, em equilíbrio (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	29	25,9	10	8,9	28	25	45	40,2
Dar pequenos passos (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	32	28,6	12	10,7	26	23,2	42	37,5
Andar (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	35	31,3	16	14,3	30	26,8	31	27,7
Subir degraus (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	55	49,1	15	13,4	27	24,1	15	13,4
Descer degraus (c/ ou s/ auxiliar de marcha)	55	49,1	15	13,4	28	25	14	12,5
Total/ Média		27,7		16,8		24,6		30,9

Autocuidado no domínio da higiene e vestuário								
Primeira avaliação	Dependente		Ajuda Moderada		Ajuda Mínima		Independente	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Lavar o rosto	42	37,5	33	29,5	12	10,7	25	22,3
Pentear	47	42,0	30	26,8	13	11,6	22	19,6
Cuidar das unhas dos pés	95	84,8	8	7,1	4	3,6	5	4,5
Cuidar das unhas das mãos	79	70,5	10	8,9	5	4,5	18	16,1
Higiene oral	45	40,2	32	28,6	12	10,7	23	20,5
Colocar creme/ desfazer a barba	56	50,0	27	24,1	10	8,9	19	17
Abrir/fechar a torneira e regular a temperatura da água	58	51,8	20	17,9	12	10,7	22	19,6
Obter e utilizar gel de banho/esponja	54	48,2	25	22,3	13	11,6	20	17,9
Lavar/secar parte superior do corpo	52	46,4	31	27,7	11	9,8	18	16,1
Lavar/secar parte inferior do corpo	84	75,0	10	8,9	5	4,5	13	11,6
Aprontar vestuário	70	62,5	17	15,2	8	7,1	17	15,2
Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)	61	54,5	21	18,8	11	9,8	19	17
Higiene das mãos	45	40,2	31	27,7	10	8,9	26	23,2
Seleccionar e organizar roupa e acessórios	61	54,5	16	14,3	10	8,9	25	22,3
Vestir/despir para superior do corpo	59	52,7	29	25,9	6	5,4	18	16,1
Vestir/despir para inferior do corpo	82	73,2	13	11,6	7	6,3	10	8,9
Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)	62	55,4	29	25,9	4	3,6	7	15,2
Calçar/descalçar os sapatos/chinelos	74	66,1	23	20,5	5	4,5	10	8,9
Total/média		55,9		20,1		7,8		16,2
Autocuidado no domínio da higiene e vestuário								
Segunda avaliação	Dependente		Ajuda Moderada		Ajuda Mínima		Independente	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Lavar o rosto	15	13,4	32	28,6	27	24,1	38	33,9
Pentear	18	16,1	30	26,8	31	27,7	33	29,5
Cuidar das unhas dos pés	82	73,2	12	10,7	9	8	9	8
Cuidar das unhas das mãos	63	56,3	23	20,5	5	4,5	21	18,8
Higiene oral	15	13,4	28	25	35	31,3	34	30,4
Colocar creme/ desfazer a barba	30	26,8	31	27,7	20	17,9	31	27,7
Abrir/fechar a torneira e regular a temperatura da água	38	33,9	14	12,5	27	24,1	33	29,5
Obter e utilizar gel de banho/esponja	30	26,8	23	20,5	23	20,5	36	32,1
Lavar/secar parte superior do corpo	25	22,3	29	25,9	31	27,7	27	24,1
Lavar/secar parte inferior do corpo	55	49,1	29	25,9	9	8	19	17
Aprontar vestuário	41	36,6	19	17	25	22,3	27	24,1
Higiene íntima (limpar depois de urinar e evacuar)	35	31,3	19	17	21	18,8	37	33
Higiene das mãos	20	17,9	18	16,1	26	23,2	48	42,9
Seleccionar e organizar roupa e acessórios	37	33,0	23	20,5	19	17	33	29,5
Vestir/despir para superior do corpo	24	21,4	30	26,8	30	26,8	28	25
Vestir/despir para inferior do corpo	54	48,2	29	25,9	8	7,1	21	18,8
Ajustar a roupa (botões, fechos, cordões)	32	28,6	27	24,1	26	23,2	27	24,1
Calçar/descalçar os sapatos/chinelos	40	35,7	35	31,3	19	17,0	18	16,1
Total/média		32,4		22,4		19,4		25,8

Autocuidado no domínio da eliminação								
<u>Primeira avaliação</u>	Dependente		Ajuda Moderada		Ajuda Mínima		Independente	
	nº	%	nº	%	nº	%	n	%
Comunicar a vontade de urinar	41	36,6	9	8	11	9,8	51	45,5
Continência urinária	38	33,9	13	11,6	16	14,3	45	40,2
Comunicar a vontade de evacuar	38	33,9	10	8,9	11	9,8	53	47,3
Continência fecal	36	32,1	12	10,7	15	13,4	49	43,8
Total/média		34,1		9,8		11,8		44,2

Autocuidado no domínio da eliminação								
<u>Segunda avaliação</u>	Dependente		Ajuda Moderada		Ajuda Mínima		Independente	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Comunicar a vontade de urinar	35	31,3	1	0,9	11	9,8	65	58
Continência urinária	33	29,5	5	4,5	16	14,3	58	51,8
Comunicar a vontade de evacuar	32	28,6	1	0,9	15	13,4	64	57,1
Continência fecal	30	26,8	6	5,4	15	13,4	61	54,5
Total/média		29,1		2,9		12,7		55,4

Autocuidado no domínio da alimentação								
<u>Primeira avaliação</u>	Dependente		Ajuda Moderada		Ajuda Mínima		Independente	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Requerer/pedir comida	21	18,8	9	8	16	14,3	66	58,9
Manipular utensílios (talher, copo) e levar os alimentos à boca	26	23,2	28	25	13	11,6	45	40,2
Mastigar e manipular os alimentos na boca	11	9,8	4	3,6	12	10,7	85	75,9
Engolir os alimentos	11	9,8	2	1,8	11	9,8	88	78,6
Total/média		15,4		9,6		11,6		63,4
Autocuidado no domínio da alimentação								
<u>Segunda avaliação</u>	Dependente		Ajuda Moderada		Ajuda Mínima		Independente	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Requerer/pedir comida	9	8,0	10	8,9	14	12,5	79	70,5
Manipular utensílios (talher, copo) e levar os alimentos à boca	11	9,8	17	15,2	15	13,4	69	61,6
Mastigar e manipular os alimentos na boca	4	3,6	4	3,6	5	4,5	99	88,4
Engolir os alimentos	4	3,6	3	2,7	3	2,7	102	91,1
Total/média		6,3		7,6		8,3		77,9

Nome do ficheiro: MER (Glória 1621)
Directório: C:\Users\Glória Couto\Desktop\MER Março 2012 (Glória
1621)
Modelo: C:\Users\Glória
Couto\AppData\Roaming\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Título:
Assunto:
Autor: CASA
Palavras-chave:
Comentários:
Data de criação: 09-03-2012 01:56:00
Número da alteração: 2
Guardado pela última vez em: 09-03-2012 01:56:00
Guardado pela última vez por: Windows User
Tempo total de edição: 3 Minutos
Última impressão: 09-03-2012 01:57:00
Como a última impressão completa
Número de páginas: 160
Número de palavras: 47.235 (aprox.)
Número de caracteres: 255.072 (aprox.)