

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**GRAU DE DEPENDÊNCIA DO CLIENTE COM  
DOENÇA CARDIOVASCULAR**

**António Abreu**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

**Funchal**

**2019**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**GRAU DE DEPENDÊNCIA DA PESSOA COM  
DOENÇA CARDIOVASCULAR**

**António Abreu**

**Orientadora: Professora Doutora Merícia Bettencourt**

**Coorientador: Professor Emanuel Gouveia**

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação**

**Funchal**

**2019**



“Só se vê bem com o coração,  
O essencial é invisível aos olhos”  
Antoine de Saint-Exupéry  
In “O Príncipezinho”



## **AGRADECIMENTOS**

À Andreia e ao Guilherme: só por vocês tudo vale a pena. Obrigado pelo amor.

Aos meus pais: porque sem vocês, nada seria possível. Obrigado pelo apoio incondicional.

Às minhas irmãs: obrigado por tornarem a minha vida mais fácil.

Aos meus novos irmãos e irmãs: obrigado pelo companheirismo e pela amizade.

Aos meus clientes: obrigado pela preocupação e por perguntarem pela milésima vez se já acabou. Sois a razão pela qual procuro melhorar cada vez mais.

Ao Professor Emanuel: temos muito trabalho pela frente. “Mãos à obra”.

À Professora Doutora Merícia: obrigado por me ajudar a melhorar e a alcançar os objetivos. Obrigado pela atenção e pela palavra certa nas horas de menor ânimo.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....</b>	<b>19</b>
1.1. Enfermagem de Reabilitação e o conceito de Dependência .....	19
1.2. Doenças cardiovasculares.....	24
1.3. A Reabilitação Cardíaca .....	27
1.4. Capacidade Funcional – instrumentos de medida.....	30
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>33</b>
2.1. Desenho do estudo.....	33
2.2. População e amostra .....	34
2.3. Variáveis .....	34
2.3.1. Variável em estudo ou variável de investigação e sua operacionalização .....	35
2.3.2. Variáveis de atributo ou variáveis de caracterização .....	35
2.4. Instrumento de colheita de dados.....	36
2.5. Aspectos éticos.....	37
2.6. Processo de colheita de dados .....	38
2.7. Processo de tratamento de dados .....	38
<b>3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
3.1. Caracterização da população em estudo .....	39
3.2. Grau de dependência dos clientes com DCV segundo as variáveis de caracterização.....	43
3.3. Dependência dos participantes em cada item da escala da EDC-R .....	47
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>75</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Idade .....	40
Figura 2 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Género .....	40
Figura 3 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Local de residência .....	40
Figura 4 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Estado civil .....	41
Figura 5 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Grau de escolaridade ...	41
Figura 6 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Situação profissional....	42
Figura 7 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e os fatores de risco.....	42
Figura 8 - Distribuição da Dependência pelos participantes com DCV .....	43
Figura 9 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável Idade..	43
Figura 10 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável Género.....	44
Figura 11 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável Local de residência.....	44
Figura 12 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável Estado civil.....	45
Figura 13 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável Grau de escolaridade.....	46
Figura 14 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável situação profissional.....	46
Figura 15 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e variável Fatores de risco .....	47
Figura 16 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Comer e Beber .....	48
Figura 17 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Continência .....	49
Figura 18 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Postura Corporal .....	49
Figura 19 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Mobilidade .....	50

Figura 20 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Sono/Vigília.....	51
Figura 21 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Vestir-se e Despir-se.....	51
Figura 22 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Temperatura Corporal.....	52
Figura 23 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Higiene.....	52
Figura 24 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Evitar Perigos.....	53
Figura 25 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Comunicação.....	54
Figura 26 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Interação Social.....	54
Figura 27 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Conceito de Valores e Regras.....	54
Figura 28 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R AIVD.....	56
Figura 29 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Atividades Recreativas.....	56
Figura 30 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Capacidade de Aprender.....	57
Figura 31 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Capacidade de Adaptação.....	58
Figura 32 - Distribuição dos participantes dependentes (%) pelos itens da EDC-R.....	58
Figura 33 - Distribuição dos participantes independentes (%) pelos itens da EDC-R.....	59
Figura 34 -Itens da EDC-R com maior prevalência de participantes dependentes.....	59
Figura 35 - Itens da EDC-R com maior prevalência de participantes independentes.....	60



## **LISTA DE SIGLAS**

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

AVC – Acidente vascular cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

ACSM – American college of sports and medicine

CDS – Care dependency scale

CDS-R – Care dependency scale for rehabilitation

CIF – Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde

DCV – Doença cardiovascular

EAM – Enfarte agudo do miocárdio

EDC-R – Escala de dependência de cuidados em reabilitação

EEER – Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

HTA – Hipertensão arterial

IC – Insuficiência cardíaca

MET – Equivalentes metabólicos

NYHA – New York Heart Association

OMS – Organização Mundial da Saúde

RAM – Região Autónoma da Madeira

RC – Reabilitação cardíaca

VO<sub>2</sub> – Volume de oxigénio

WHO – World Health Organization



## RESUMO

A dependência é o compromisso da funcionalidade. Com a evolução demográfica verificada na Europa e na maior parte do mundo ocidental, as doenças crónicas não transmissíveis tornaram-se mais prevalentes e, conseqüentemente, também a dependência.

As doenças cardiovasculares surgem em primeiro plano nos números da mortalidade e da morbidade, pelo que avaliar o grau de dependência destes clientes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, torna-se imperioso, uma vez que deteta necessidades assistenciais específicas e individuais.

Com estas premissas em mente, desenvolvemos este estudo que visou caracterizar os clientes com Doença Cardiovascular alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na Região Autónoma da Madeira e o seu grau de dependência usando a Escala de Dependência em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, validada para a população portuguesa.

Neste estudo do tipo exploratório-descritivo, participaram 53 clientes e os achados identificaram que os clientes com doença cardiovascular, alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, é na sua maioria, idosa, do género feminino, vive em domicílio familiar, viúva, possui baixo grau de escolaridade e encontra-se reformada ou inválida.

Não foi novidade encontrar a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* e a obesidade entre os principais factores de risco, o que vai ao encontro de estudos já publicados. Viu-se também que as atividades instrumentais de vida diária, a mobilidade e a higiene foram os itens da Escala de Dependência em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com maior prevalência de clientes dependentes, sendo fulcral uma atenção acrescida e o desenvolvimento de estratégias para obter ganhos nestes domínios.

Sugerem-se mais estudos neste âmbito, com populações mais alargadas, já que conhecer os clientes permite-lhes proporcionar cuidados mais adequados, seja através de técnicas de ensino-aprendizagem ou do treino de estratégias adaptativas para a promoção da sua independência funcional e autocuidado ou manutenção das capacidades remanescentes.

**Palavras-chave:** Dependência; Enfermagem de Reabilitação; Doença cardiovascular; Escala EDC-R; RAM



## **ABSTRACT**

Dependency is the affliction of functionality. With the demographic evolution verified in Europe and in most of the occidental world, non transmittable chronic diseases have become widespread, and consequently, also dependency.

Cardiovascular diseases come up in first plan in numbers for mortality and morbidity, hence why assessing functional capacity or level of dependency of these clients of Rehabilitation Nursing becomes imperative, as it identifies specific and individual needs.

With these premises in mind, we developed this study which envisioned to characterize the clients with cardiovascular disease, in receipt of rehabilitation nursing care in Região Autónoma Madeira, and their level of dependency using the Dependency in Rehabilitation Nursing Care Scale, validated for the Portuguese population.

Fifty three clients participated in this exploratory-descriptive study and the findings identified that the clients with cardiovascular disease, receiving Rehabilitation Nursing Care are mainly elderly, female, living at home, widowed, undereducated and retired or invalid.

It did not come as a surprise to find High Blood Pressure, Diabetes Mellitus and Obesity amongst the main risk factors, which is in line with other published studies. We saw as well that the instrumental activities of daily life, mobility and hygiene, were the items of the Care Dependency Scale for Rehabilitation with a greater prevalence for dependant clients, thus an increased attention is crucial to the development of strategies to obtain health gains in these domains.

We suggest further studying in this area, with a larger target population, because knowing the clients will allow providing more adequate care, be it through teach-learning techniques or the training of adaptive strategies for the promotion of functional independence and self-care or maintaining remnant abilities.

Key-words: Dependency; Rehabilitation Nursing; Cardiovascular Disease; Care Dependency Scale for Rehabilitation; Região Autónoma da Madeira



## **INTRODUÇÃO**

No âmbito do 1º mestrado em enfermagem de reabilitação ministrado pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC) e após um período de reflexão e debate, o grupo de mestrandos decidiu-se pela caracterização da enfermagem de reabilitação na Região Autónoma da Madeira (RAM), através da descrição e aplicação de instrumentos de medida validados para a população portuguesa, aos seus intervenientes: o cliente, o familiar cuidador e o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER).

Face a esta possibilidade, questionei-me sobre quem são os clientes com doença cardiovascular (DCV) alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação e que graus de dependência apresentam.

Nesta perspetiva importa compreender e aprofundar o conceito de dependência e o seu valor enquanto determinante ou passo fundamental no processo de enfermagem, já que avaliar as capacidades de uma pessoa para realizar o seu autocuidado, permite e é fundamental para estabelecer um programa de reabilitação e, deste modo, selecionar as atitudes terapêuticas mais adequadas: ensinar e instruir estratégias adaptativas ou treinar capacidades (Bernardo & Sá, 2018).

As mesmas autoras definem dependência como o compromisso da capacidade individual para o autocuidado. Já Brody e Hall (2012), anteriormente afirmaram que esse compromisso podia levar a uma limitação da atividade ou a uma restrição de participação, separadas ou em simultâneo.

A dependência é, ao mesmo tempo, um conceito e um atributo ou um juízo para qualificar a capacidade funcional individual, e manifesta-se pela necessidade de assistência nas atividades quotidianas, habitualmente realizadas sem ajuda, mais concretamente nas atividades de sobrevivência, nomeadamente: alimentar-se, lavar-se e vestir-se, podendo acarretar consequências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e, sobretudo, na qualidade de vida (Leite & Faro, 2005).

Por sua vez, o conceito de autocuidado, estruturante na Enfermagem de Reabilitação, é definido como uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2017). Neste sentido, a promoção do autocuidado assume-se como um objetivo do enfermeiro de reabilitação, já que aplicar os

cuidados de enfermagem apoiados em evidência e em assistência em enfermagem sistematizada e fundamentada favorece os resultados e respetivos ganhos em saúde (Ferrari, Rodrigues, Baldissera, Pelloso, & Carreira, 2014).

Este estudo, para além da caracterização dos participantes, debruça-se sobre dois fenómenos conceituais fundamentais: a dependência do cliente e as DCV - com importância civilizacional, uma vez que, no mundo desenvolvido ou em vias de desenvolvimento e em termos epidemiológicos, apresentam frequências e distribuições que merecem atenção por parte de todos os intervenientes: o cliente, os profissionais de saúde e a sociedade.

Já a Enfermagem de reabilitação poderá desempenhar um papel positivo e relevante perante estas problemáticas porque é uma especialidade multidisciplinar que se importa com aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e financeiros do cliente, cuja relação com o enfermeiro inclui não só a pessoa enquanto cliente, mas também a sua família e comunidade (Hoeman, 2000).

As DCV são definidas como disfunções do coração e dos vasos sanguíneos e podem ser classificadas em doença coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congénita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (Abreu, et al., 2018). Acresce que são a principal causa de morte nos países em via de desenvolvimento e desenvolvidos, não obstante a oferta preventiva ser menor nos países subdesenvolvidos. Estamos perante uma doença associada ao comportamento e estilos ou opções de vida (WHO, 2019).

A literatura sobre a capacidade funcional dos clientes com DCV identifica os principais fatores de risco – idade, género, dislipidémia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e hábitos tabágicos e identificam-nos como mutáveis e imutáveis, assim como, quais destes são preditivos de melhor ou pior evolução na dependência dos clientes (Branco, et al., 2016). Sendo que, a Hipertensão arterial – fator de risco mutável - surge como um dos principais fatores de risco, pelo potencial de desenvolvimento de patologia em diversos órgãos-alvo (Costa, et al., 2009).

Os idosos surgem em maior número nos estudos pelo impacto real do envelhecimento na dependência, porque é nessa fase da vida que assume um carácter potencialmente mais definitivo e permanente (Bernardo & Sá, 2018).

Noutro sentido, achados refletem algumas características sociodemográficas e epidemiológicas que negativamente influenciam a capacidade funcional dos idosos: condições de saúde autorreferidas, quedas, género feminino, viuvez, idosos mais velhos,

baixa escolaridade, baixo rendimento e a não estar ativo no mercado de trabalho (Nunes, Ribeiro, Rosado, & Franceschini., 2009).

Se as doenças crónicas são preditivas de incapacidade funcional no idoso, as DCV são de igual modo negativas para o indivíduo na sua capacidade de desempenhar as atividades de vida diária (AVD), as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), aumentando-lhes o risco de exclusão social (Barbosa, Almeida, Barbosa, & Rossi-Barbosa, 2014).

Ao estudar-se a associação longitudinal bidireccional entre DCV e fragilidade verificou-se que os clientes com Insuficiência Cardíaca tinham um risco aumentado de fragilidade, porém idosos frágeis não apresentavam risco de DCV. Nestes casos enfatiza-se a necessidade de programas de reabilitação que avaliem o efeito dos programas de exercícios físicos, a fim de prevenir a fragilidade e, com isso, melhorar a qualidade de vida e a independência dos clientes com DCV (Kleipool, et al., 2018).

Estudos sobre a avaliação do grau de dependência foram anteriormente realizados, para assim conhecer as características da população e as suas necessidades assistenciais.

Num estudo quantitativo, exploratório e descritivo com o objetivo de descrever a dependência no autocuidado das pessoas dependentes realizado em Paços de Ferreira utilizou-se como instrumento de colheita de dados o formulário «Famílias que integram Dependentes no Autocuidado» (Duque, 2009, citado por Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014), constituído por duas partes: parte I – Inquérito Preliminar – e parte II – Formulário PCD (Prestador de Cuidados do Dependente) (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014). As autoras verificaram que os dependentes eram, maioritariamente do género feminino e idosos e, predominantemente pensionistas e reformados. Concluíram que a dependência era significativa e preocupante, pelo que evidenciavam necessidades de cuidados de saúde, particularmente de apoio de profissionais de enfermagem.

Já anteriormente, no Brasil, Eid, Kairalla, & Campora (2012) concluíram igualmente que os indivíduos dependentes nas AVD eram na sua maioria do género feminino e as mais idosas. As investigadoras realizaram um estudo retrospectivo, através de análise de processos de pessoas internadas em instituições de longa permanência, em que o instrumento de colheita de dados utilizado foi a escala de Katz (Eid, Kairalla, & Campora, 2012).

Também no Brasil, outro estudo transversal de carácter exploratório e descritivo avaliou o grau de dependência de idosos utilizando as escalas de Katz e de Lawton-Brody e face aos resultados concluíram que a avaliação funcional é primordial e importante para

esta população, pelo forte compromisso da qualidade de vida desses mesmos idosos, que enfrentam restrições e dificuldades no acesso aos recursos para compensar as dependências (Ferreira, 2014).

Na RAM parece não haver estudos científicos que explorem esta temática pelo que nos questionamos sobre “Qual o grau de dependência dos clientes com DCV alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM?” pelo que foram delineados os seguintes objetivos:

- Caracterizar o cliente com DCV alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM;

- Avaliar o grau de dependência do cliente com DCV, alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM.

Estruturalmente este trabalho está organizado em 5 capítulos. O primeiro compreende o enquadramento concetual, onde se explana os conceitos estruturantes: Dependência e Doença cardiovascular e como estes fenómenos se relacionam e em que medida são importantes para a Enfermagem de Reabilitação. De igual modo ainda neste capítulo é exposto o estado da arte. Segue-se o enquadramento metodológico onde são descritas e explicitadas as opções respeitantes ao caminho de investigação percorrido, nomeadamente o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, a variável em estudo e as variáveis de caracterização. Em terceiro e quarto lugar surgirão a apresentação dos resultados obtidos e sua análise, seguidos da discussão dos mesmos. Por fim, prefigura-se a conclusão onde se tornam explícitas as respostas aos objetivos inicialmente delineados.

A utilidade deste estudo perspectiva-se no sentido em que a avaliação do grau de dependência do cliente com DCV torna-se fundamental para adequar e elaborar planos futuros de intervenção de enfermagem de reabilitação compatíveis com as necessidades dos mesmos, favorecendo a sua recuperação funcional ou a manutenção das capacidades remanescentes, considerando que é na funcionalidade que devem estar pautadas as acções de saúde voltadas para o cliente. Também, num segundo momento, poderá permitir a comparação e avaliação do impacto dos programas de reabilitação.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Ao longo deste capítulo serão explanados os conceitos estruturantes que servirão de base para este estudo e que tornar-se-ão elementos de um quadro de referências. Não será apenas tido em conta o fenómeno em estudo, como também as fontes de dados ligados a esses mesmos fenómenos.

Teremos então a dependência e a doença cardiovascular como conceitos principais e em que medida são importantes para a enfermagem de reabilitação. Será também neste capítulo que expor-se-á o estado da arte, no que respeita à avaliação do grau de dependência a populações alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

### **1.1. Enfermagem de Reabilitação e o conceito de Dependência**

A enfermagem de reabilitação é uma especialidade multidisciplinar, já que se importa com aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e financeiros da pessoa. Neste processo, a relação com o enfermeiro inclui não só a pessoa enquanto cliente, mas também a sua família e a comunidade (Hoeman, 2000) .

Se dúvidas houvesse da importância desta especialidade, foi publicado em Diário da República, a 3 de Maio de 2019, o regulamento com as competências específicas do EEER, complementando e validando o anterior, de Fevereiro de 2011.

As competências específicas publicadas no Regulamento nº 392/2019 contemplam:

- a) Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

O EEER vê assim a sua prática ser reconhecida e o quanto é importante a sua intervenção na satisfação de necessidades únicas, complexas e multidimensionais do seu cliente.

A Enfermagem de Reabilitação tem na sua génese fundamentos teóricos e científicos, pretendendo atingir máximos de independência funcional e de desempenho de

AVD, visando sempre a promoção do Autocuidado, a prevenção de complicações e, até, de uma posterior deficiência (Hoeman, 2000).

A palavra “Reabilitação” vem do latim *Rehabilitatio*, o que significa “restauração”, “recuperação”. Quando se reabilita, torna-se o cliente uno de novo, devolvendo-lhe as “habilidades” perdidas e a capacidade de fazer por si mesmo tudo o que lhe faz sentido.

Foi com pensadoras como Virginia Hendersen e com o seu trabalho de definição de conceitos, papéis e funções da profissão que surge a descrição de saúde como a base para a independência da pessoa. A Escola das Necessidades foi a primeira Escola de Pensamento em Enfermagem. A intervenção de enfermagem perspetivava, ou fazia-se necessária, na falta de conhecimento, vontade ou força da pessoa para a realização das AVD. Aqui, o termo necessidade encerra na sua génese toda uma relatividade, normativa da individualidade de cada pessoa. Se necessário, é aquilo que é e não pode deixar de ser ou o que está sendo. Também é facto, que esse evento poderia acontecer numa outra sequência. Claro, é: se aconteceu, é porque era necessário (Rosa & Basto, 2009).

Neste estudo o conceito de Dependência tem assim primazia, não deixando, porém, de se interligar com uma amálgama de outros conceitos como AVD, Autocuidado, Capacidade, Deficiência e Funcionalidade, que são foco da atenção do EEER, dando sentido à sua atuação enquanto elemento facilitador de um processo de transição Saúde/Doença.

Descreve-se então o conceito de dependência segundo o decreto-lei nº 101/2006 referente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) como a:

... situação em que se encontra a pessoa, que por perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária. (p. 3857)

Já, Bernardo e Sá (2018) definem dependência como o compromisso da capacidade individual para o autocuidado; com Brody e Hall (2012) a acrescentar que esse compromisso pode levar a uma limitação da atividade ou a uma restrição de participação, separadas ou em simultâneo. A diferença entre uma e outra resulta do facto que a atividade é limitada por atributos ou características da pessoa, enquanto indivíduo.

A restrição de participação descreve a limitação em relação ao ambiente e sociedade no qual está inserido. Se por um lado uma pessoa que vivencia uma transição de saúde/doença pode escolher adaptar-se e manter-se ativa no seu autocuidado e papel social,

por outro lado, pode escolher limitar o contacto social, depender de outros para o seu autocuidado e não escolher ou não ter como escolher, métodos adaptados para se incluir (Brody & Hall, 2012).

A Dependência pode ser avaliada em 3 níveis:

Baixa dependência – a pessoa necessita apenas de supervisão ou de vigilância, porque possui capacidade a nível de mobilidade e na realização de determinadas atividades de vida diária como higiene, vestir/despir, comer;

Média dependência – a pessoa necessita de supervisão e de ajuda de terceiros para a realização de atividades como tomar banho ou gerir a medicação;

Elevada dependência – a pessoa precisa de ajuda extensiva e intensiva, não tendo a capacidade de realizar as tarefas básicas. (Santos citada por Bernardo, 2017).

Utilizando as instruções CIF (Classificação internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), e Dependência como um qualificador, temos a seguinte relação nominal e percentual:

Independente – 0 a 4%;

Dependência ligeira – 5 a 24%;

Dependência moderada – 25 a 49%;

Dependência grave – 50 a 95%;

Dependência completa – 96 a 100%. (OMS, 2013).

Para graus de dependência correspondem níveis de assistência. Pelo que para o cliente Independente não existe necessidade de ajuda de outrem para que a atividade se desenvolva. Ressalva-se, no entanto 2 tipos de independência – completa e modificada. (Riberto, 2013).

Na Independência completa toda a atividade é realizada pelo cliente com segurança, sem alterações, sem ajudas e em tempo expectável ou razoável. Já, quando a Independência é modificada a atividade implica o uso de algum dispositivo de ajuda, a ação ocorre num tempo acima do razoável e/ou existem alguns riscos de segurança (Riberto, 2013).

Para o cliente Dependente ocorre a necessidade de ajuda de outro na supervisão ou assistência física para a execução de tarefa ou atividade.

Quando a dependência é moderada os níveis de assistência requeridos são:

Supervisão ou preparação – exige presença física de outra pessoa para incentivar ou sugerir preparação de itens necessários ou aplicação de orteses;

Assistência com contacto mínimo – o prestador de cuidados toca para auxiliar na realização da tarefa e o cliente realiza 75% ou mais do trabalho;

Assistência moderada – exige-se mais que tocar e cliente realiza entre 50 a 74% da tarefa (Riberto, 2013).

O cliente com dependência completa necessita de um de dois níveis de assistência: máxima ou total. Na primeira ocorre toque no cliente com grande esforço de auxílio e este colabora com menos de 50% do esforço, mas faz mais de 25%. Na segunda, assistência total, o cliente faz menos de 25% do trabalho (Riberto, 2013).

Parece uma inevitabilidade a existência de pessoas com diferentes níveis de dependência na sociedade. A OMS afirma que todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento das suas vidas, e aqueles que sobreviverem ao envelhecimento enfrentarão dificuldades cada vez maiores com a funcionalidade dos seus corpos (OMS, 2011). Esta realidade resulta de um efeito cumulativo do aumento da esperança média de vida e da diminuição das taxas de mortalidade na criança; verifica-se uma transição epidemiológica para um predomínio das doenças crónicas não transmissíveis, com conseqüente aumento de necessidades de cuidados de reabilitação, que vise a manutenção da autonomia e independência (Aires, Paz, & Perosa, 2009).

Uma das formas de contornar esta situação de dependência é dar as ferramentas para que o cliente seja novamente capaz de cuidar de si mesmo.

O termo Autocuidado é definido como uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2017).

Roper, Logan e Tierny, citadas por Hoeman (2000), desenvolveram um modelo para concetualizar as atividades de vida – aquelas que a pessoa faz numa contínua dependência/independência, diferenciando as mesmas, naquelas que são necessárias à vida (respiração, alimentação...) e aquelas que permitem a participação (comunicação, mobilidade...). Logo, quando a pessoa é incapaz de satisfazer ou realizar as suas AVD, necessita de ajuda.

No entanto, e para se estabelecer um plano adequado de forma a ajudar o utente é necessário perceber o seu nível de funcionalidade.

Já em 2004, a OMS referia que a funcionalidade englobava vários domínios, sendo um destes as atividades que compreende a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. O que, segundo Richard e Shea (2011), relaciona-se com o autocuidado uma vez que o autocuidado refere-se à prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza por sua

própria vontade para manter a sua vida, saúde e bem-estar. Richard e Shea (2011) mencionam que o nível funcional influencia o comportamento de autocuidado, pelo que é importante o EEER avaliar a capacidade funcional. Barbosa, Almeida, Barbosa e Rossi-Barbosa (2014) definem a capacidade funcional como o potencial que os indivíduos apresentam para decidir e atuar nas suas vidas de forma independente, e executar tarefas no seu dia-a-dia, incluindo os dois tipos de atividades, as AVD e AIVD.

Assim, a condição de saúde é multifatorial, complexa e dinâmica e a sua avaliação serve, não para classificar pessoas e agrupá-las, mas sim para colocar cada cliente num contexto, sendo que funcionalidade e incapacidade são resultados da interação entre as condições de saúde individual e o seu ambiente. Na CIF existem 3 dimensões que se influenciam umas às outras – Função e estrutura do corpo, Atividade e Participação – que por sua vez, sofrem influencia de fatores contextuais – ambientais e/ou pessoais. (OMS, 2013)

Para medir as condições de saúde, a OMS criou um instrumento, a CIF, aprovado em 2001, que constitui uma base para definições, medidas e formulação de políticas para a saúde e para as incapacidades (OMS, 2013).

Para a OMS e segundo a CIF, funcionalidade refere-se a todas as funções do corpo, às atividades e à participação. O conceito de incapacidade refere-se à deficiência, à limitação da atividade ou à restrição de participação (OMS, 2013).

Outra literatura refere-se à funcionalidade como capacidade funcional, e ainda como aptidão física, definindo-a como um conjunto de atributos ou características (componentes relacionados com a saúde e as capacidades) que as pessoas possuem ou adquirem e que se relaciona com a capacidade de realizar uma atividade física (American College of Sports Medicine [ACSM], 2010). Isto é, refere-se à capacidade fisiológica para realizar atividades normais do dia-a-dia, de uma forma segura e independente sem excesso de fadiga e a sua avaliação torna-se importante para a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação e prescrição adequada e segura de exercício físico, contribuindo para a melhoria da capacidade funcional (Lopes, et al., 2012), isto a um nível individual.

Aires, Paz e Perosa (2009), afirmam que a avaliação do grau de dependência quer para as AVD, quer para as AIVD são determinantes das condições de saúde e da capacidade funcional, indicativo então para necessidade de ulterior assistência adequada a esses clientes (Aires, Paz, & Perosa, 2009).

Como a literatura sobre planeamento de ações de saúde usa, na generalidade, indicadores com dados relativos à mortalidade e nutrição, as limitações decorrentes das condições de saúde urgem ser mensuradas e consideradas para uma melhor adequação de planeamento em saúde (OMS, 2013).

O EEER, não se pode ilibar deste processo e, como figura privilegiada no contacto com o utente, será vetor essencial neste processo de colheita de dados, vitais para a formulação de planos que se querem individualizados. A meta será sempre contribuir para máxima autonomia possível dos clientes e para o aumento do corpo de conhecimentos de uma enfermagem que se quer ciência e, como tal, apoiada em evidências.

## **1.2. Doenças cardiovasculares**

As DCV como o próprio nome indica, são disfunções do coração e dos vasos sanguíneos e podem ser divididas em doença arterial coronária, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, doença cardíaca congénita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar (Abreu, et al., 2018).

Estamos perante, não só, a principal causa de morte em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, mas também de incapacidade em indivíduos idosos no ocidente. Na verdade, adultos com mais de 65 anos são 2,5 vezes mais propensos a ter hipertensão e 4 vezes mais propensos a ter doença arterial coronária que indivíduos entre os 40 e 49 anos (Runge & Ohman, 2006).

Em Portugal as DCV são responsáveis por 32% do total de óbitos (Amaral & Gonçalves, 2018). Na Madeira, o mesmo fenómeno, figura igualmente em lugar cimeiro, causando 27,4% das mortes a cada ano (Direção Regional de Estatística da Madeira, 2018).

Mais prevalentes no sexo masculino, existe consenso que as DCV têm origem multifatorial e são influenciadas pelos chamados fatores de risco, entendidos pela literatura como fatores predisponentes (Guedes & Guedes, 2001). Estamos perante uma doença associada ao comportamento e estilos ou opções de vida, com 80% dos óbitos que provoca a serem prematuros e evitáveis quando controlados, ou anulados, fatores como o tabaco, a má dieta e a inatividade física (World Health Organization [WHO], 2019). A prevenção e tratamento das DCV dependem assim muito da identificação ou avaliação destes fatores associados ao indivíduo, de modo a que possam ser evitados quando possível (Navarro & Conejero, 2002).

Níveis elevados de lipoproteínas plasmáticas, pressão arterial elevada, excesso de peso e gordura corporal são considerados os fatores de risco biológicos de maior

significado (Guedes & Guedes, 2001). A literatura aponta ainda outros como dieta rica em gordura, história familiar de DCV, sexo masculino, stress, idade, alterações genéticas, diabetes *mellitus*, sedentarismo e tabagismo, cuja associação exponencia a ocorrência de acidentes ou eventos cardiovasculares.

A hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca e os acidentes cerebrovasculares são as DCV mais prevalentes (Oliveira, Rezende, & Moraes, 2010).

Os fatores de risco, podem ainda ser classificados em imutáveis e mutáveis. Tal qual o nome indica, os primeiros, são características próprias do indivíduo, e não podem sofrer alteração, já os segundos podem ser controlados, corrigidos ou erradicados (Navarro & Conegero, 2002). Os mesmos autores advogam que apesar da impossibilidade da modificação, a identificação dos fatores imutáveis – história familiar, idade e sexo - auxiliam no refinamento da avaliação do perfil do risco da pessoa. (Navarro & Conegero, 2002).

Já os fatores mutáveis, em maior número e associados a estilos e opções de vida são: hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, obesidade e diabetes *mellitus* (Navarro & Conegero, 2002).

A monitorização dos fatores de risco auxilia a identificação de sinais antecedentes e uma vez modificados, podem atenuar ou reverter o processo evolutivo de disfunções (Guedes & Guedes, 2001).

A idade biológica individual é o principal fator de risco, uma vez que todos os outros fatores são mais prevalentes e mais graves consoante o tempo de exposição. Os processos patológicos, muitas vezes invisíveis ou assintomáticos, induzem alterações anatomofuncionais que, alterando a estrutura cardiovascular, provocam maior fragilidade e mecanismos fisiopatológicos (Oliveira, Rezende, & Moraes, 2010).

Também mais prevalente com o avançar da idade (principalmente acima dos 60 anos) identifica-se o fenómeno de Síndrome Metabólica, designação utilizada para uma variedade de fatores de risco cardiovascular que têm tendência para se agrupar e potenciar. Em 2009 criou-se um consenso para que, na definição de diagnóstico de Síndrome Metabólica, se verificasse pelo menos 3 dos 5 seguintes critérios: circunferência da cintura aumentada, triglicéridos aumentados, colesterol HDL baixo, pressão arterial elevada ou com fármacos anti hipertensores, glicose em jejum elevada ou em tratamento com fármacos antidiabéticos (Raposo, Jorge, Gonçalves, Valadas, & Araújo, 2018).

Com o envelhecimento da população, e respetivo acréscimo de comorbilidades, agravam-se os riscos de DCV, justificando-se medidas de prevenção primária e secundária,

porque clientes com SM têm uma probabilidade 3 vezes maior que clientes saudáveis de sofrer Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) ou Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 2 vezes maior probabilidade de morrer (Guedes, et al., 2018).

Em Portugal, o estudo de prevalência de SM intitulado PORMETs, aferiu valores de 25,1% a 30,7%, conforme critérios de diagnóstico. Já o estudo VALSIM conclui que a prevalência de SM é de 27,5% e que estes valores estão fortemente associados à ocorrência de DCV (Guedes, et al., 2018).

Quando se fala em fatores de risco para a DCV, é também incontornável falar de Hipertensão Arterial (HTA). Este fenómeno é o principal fator de risco para a ocorrência de AVC (que por sua vez, é a principal causa de morte por DCV), sendo também um fator de risco importante para eventos coronários, Insuficiência Cardíaca (IC) e Insuficiência Renal. A prevalência de HTA em Portugal é de 42,2%, com 57,4% dos clientes hipertensos a não conseguir controlar os valores tensionais dentro do recomendado (Amaral & Gonçalves, 2018).

A HTA é mais elevada em grupos etários mais velhos, com prevalência de 71,3%, e no sexo masculino com 39,6%, conforme um estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em colaboração com as 5 Regiões de Saúde, as 2 secretarias de Saúde das Regiões Autónomas de Saúde e o Instituto Norueguês de Saúde Pública. A RAM, neste mesmo estudo, apresentou uma prevalência para a HTA de 34,6% (Rodrigues, et al., 2015).

Quase fraternalmente ligada à HTA, surge por sua vez a Diabetes *mellitus*. Em 2015, o Observatório Nacional da Diabetes estimou a prevalência deste fenómeno em 13,1%, incluindo os cerca de 5,7% ainda não diagnosticados (Raposo, Jorge, Gonçalves, Valadas, & Araújo, 2018). Segundo os mesmos autores, todos os clientes com diabetes *mellitus* tipo 2 têm alto risco cardiovascular, com este risco a aumentar para muito alto, na presença de lesão de órgão alvo.

Existe o lugar-comum, de que a melhor cura é a prevenção e esta premissa serve para abordar a doença aterosclerótica, uma vez que, e como acima referido, enquadra-se e dá-nos a imagem perfeita da patologia que progride silenciosa por muitos anos, e até décadas, e a apresentação clínica inicial da doença é frequentemente um evento catastrófico, tais como, o enfarte agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e inclusive, a morte súbita (Runge & Ohman, 2006).

As placas de ateroma podem levar a eventos clínicos através de 2 mecanismos: a obstrução ou a rutura. Da patogénese da doença temos que o fator desencadeante é a lesão

endotelial (Runge & Ohman, 2006), que resulta de um processo crónico, progressivo e sistémico, caracterizado por resposta inflamatória e fibroproliferativa da parede arterial (Luz & Favarato, 1999). A doença é causada então por uma afeção das artérias de grande calibre, caracterizada por lesões em placa – ateroma – e conforme a sua fase evolutiva apresenta-se como: estrias gordurosas, planas e de coloração amarela, sem repercussão clínica e placas fibrolipídicas, formações elevadas na superfície da íntima e com potencial de determinar manifestações clínicas (Navarro & Conegero, 2002).

Estudos de necropsia em crianças e adolescentes provaram que a doença inicia-se ainda na infância, no entanto, a sintomatologia só aparece na vida adulta, mais própria e frequentemente a partir dos 40 anos, assumindo várias formas tais como a angina e a insuficiência cardíaca (Luz & Favarato, 1999).

### **1.3. A Reabilitação Cardíaca**

Como recurso terapêutico temos a Reabilitação Cardíaca (RC), descrita como uma intervenção complexa e multidisciplinar personalizada, vocacionada para pacientes com várias doenças cardiovasculares, tais como, a cardiopatia isquémica, insuficiência cardíaca e enfarte do miocárdio, assim como para aqueles que foram submetidos a intervenções cardiovasculares, como a angioplastia coronária ou a cirurgia de revascularização do miocárdio (Tessler & Bordoni, 2019).

O conceito de RC remonta aos finais do século XIX, com os primeiros trabalhos conhecidos a serem publicados na década de 30 do século XX. Estes estudos relacionavam os efeitos do exercício físico sobre o sistema cardiovascular, realçando a “ciência da reabilitação cardíaca” como contributo essencial no tratamento de cardiopatias (Pollock, Wilmore & Fox, citado por Henriques, 2016).

Os primeiros trabalhos sobre RC descreviam também o repouso, por seis a oito semanas, como essencial para a recuperação após enfarte do miocárdio. Nesta altura, a evolução era considerada irreversível, com sérios prejuízos para a saúde, tanto física como psicológica, destacando-se complicações como a trombose venosa profunda, embolia pulmonar e perda da capacidade cardiopulmonar e funcional. Os doentes eram levados ao afastamento prolongado da sua atividade profissional e aposentados precocemente, com as respetivas consequências negativas a nível pessoal, familiar e social (Levine & Lown, citado por Henriques, 2016).

Os domínios da RC incluem as componentes física, psicológica, social e vocacional do cliente visando a sua recuperação após um evento cardíaco agudo ou patologia crónica, tais como a angina ou IC (Abreu, et al., 2018).

A RC compreende um leque de componentes internacionalmente acordados, centrando-se em dois pilares: exercício estruturado e personalizado e a educação do cliente. (Chaves, Ghisi, Britto, & Grace, 2019). A RC é, portanto, endereçada à mudança de estilos de vida, ao controlo de fatores de risco e à promoção de atividade física e saúde mental (Harrison, Tang, & Doherty, 2018).

Os programas de reabilitação cardíaca têm como objetivo limitar os sofrimentos psicológicos e fisiológicos das DCV, reduzir o risco de mortalidade secundária a DCV e melhorar a função cardiovascular para ajudar os clientes a alcançar a mais alta qualidade de vida possível. Atingir esses objetivos resulta na melhoria da função e na capacidade cardíaca em geral, interrompendo ou revertendo a progressão da doença aterosclerótica e aumentando a autoconfiança do cliente por meio de condicionamento gradual ou adaptação à sua condição de saúde atual ( (Tessler & Bordoni, 2019); (Anderson, et al., 2016)).

Será de esperar que as metas a médio e longo prazo, se traduzam na manutenção das mudanças de comportamento de saúde, garantindo o controlo dos fatores de risco. Esses componentes devem otimizar a redução do risco cardiovascular, reduzir a incapacidade, estimular mudanças ativas e saudáveis no estilo de vida e ajudar a manter esses hábitos saudáveis após a conclusão da reabilitação (Chaves, Ghisi, Britto, & Grace, 2019) (Morris & Chen, 2019).

O *American College of Cardiology/American Heart Association* e a *European Society of Cardiology* e respetivos associados, como a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, apresentam um consenso alargado e baseado em evidência, sobre a prática de exercício físico como terapêutica eletiva, segura e custo-eficaz com indicação formal na patologia cardíaca. Na verdade, foram demonstradas reduções da taxa de mortalidade e morbidade, redução da taxa de reinternamentos e aumento de qualidade de vida dos clientes com patologia cardíaca, nos clientes sujeitos a planos de exercício físico (Anderson, et al., 2016, Abreu, et al., 2018; & Morris & Chen, 2019).

Os benefícios do exercício não são, no entanto, lineares, já que dependem de fatores como: o tipo de treino efetuado, situação clínica, condição física entre outros. São esperados aumentos menores em doentes com uma idade superior ou com menor condição física e com um grau de patologia mais grave (Thompson, 2004).

Assim sendo, a prescrição de exercício deve ser individual, dirigida a cada cliente tendo em conta as características individuais, nomeadamente a idade, o género, a condição clínica, a medicação, o nível de atividade física e os resultados da prova de esforço (Thompson, 2004).

O início e a progressão num programa de exercício físico dependem da avaliação inicial realizada, das características clínicas do doente, da sua capacidade e condicionamento físico, grau de risco clínico e verificação da inexistência de contraindicações à realização do mesmo (ACSM, 2014).

Os parâmetros a ter em consideração na prescrição de exercício são a frequência, a intensidade, o tempo/duração e o tipo/modo de exercício. Todos eles têm a sua importância e devem ser ajustados em função de várias variáveis, nomeadamente, se o exercício é realizado em contexto de internamento ou ambulatório, em fase aguda ou de estabilização da doença, limitações do doente, motivações, entre outros (Thompson, 2004, & ACSM, 2014).

Os programas adaptados a cada cliente têm em conta as capacidades e limitações individuais, permitindo que estes interiorizem mais eficazmente a importância do exercício físico, sentindo-se mais confiantes e seguros (ACSM, 2014).

Um aspeto motivador é perceberem que, após um evento cardíaco ou mesmo uma cirurgia cardíaca que os limitou nas suas AVD, podem retomar de novo a sua atividade. Sendo assim, importa que estes sejam bem estruturados devendo contemplar treino aeróbico, treino de força muscular e treino de flexibilidade (ACSM, 2014).

Paralelamente, a enfermagem de reabilitação atende às várias dimensões (atitudinais, psicossocio-espirituais, económicos e políticos), indo além da recuperação de funções perdidas ou alteradas. A mesma tem de ser vista como um processo, que o cliente vivencia em interação com a sociedade e o meio ambiente. E porque de processo falamos torna-se fundamental seu envolvimento, o do cliente, e da sua família para a implementação de cuidados que visem a sua máxima independência. O processo de enfermagem de reabilitação pode ser assim descrito como o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes com os quais os clientes possam viver com dependência mínima, sentindo-se capazes e produtivos (Faro, 2006).

#### 1.4. Capacidade Funcional – instrumentos de medida

A capacidade funcional pode ser avaliada diretamente através da avaliação de desempenho pelo teste máximo de avaliação cardiopulmonar (com ou sem a mensuração de gases expirados) ou indiretamente através de testes submáximos, escalas ou questionários (Duarte, Santos, Batista, & Moura, 2014).

A prova de esforço, essencial para o diagnóstico de DCV, é um teste máximo para medir a capacidade funcional máxima do sistema cardiovascular, sendo considerado na cardiologia clínica o teste padrão-ouro. Esta prova pode ser quantificada clinicamente através da medida do oxigénio consumido, do dióxido de carbono produzido e da ventilação por minuto (parâmetros avaliados em provas cardiorrespiratórias, com análise de gases expirados). É assim muito útil na determinação prognóstica, na avaliação da resposta terapêutica e da tolerância ao esforço e de sintomas compatíveis com arritmias ao exercício. Este sistema permite identificar aspetos clínicos, metabólicos, hemodinâmicos e eletrocardiográficos (Branco, 2014).

Pode também ser expressa em equivalentes metabólicos (MET), e então temos que 1 MET é o equivalente ao consumo de oxigénio médio em repouso, correspondendo a 3.5mL/kg/min. Esta medida é usada para quantificar a intensidade da atividade física realizada, ou seja, se efetuada uma atividade moderada com uma intensidade aproximada a 5 MET, isto traduz-se num gasto energético 5 vezes superior aquele que ocorre, em média, em repouso (Branco, 2014).

Já os testes indiretos para avaliação da capacidade funcional são formas de menor custo, mais acessíveis, rápidos e de fácil aplicação.

O Teste de marcha 6 minutos é um teste submáximo válido, confiável, seguro e de fácil aplicação. Este teste avalia a capacidade funcional por meio da distância percorrida pelo indivíduo em sua maior velocidade possível por um período de seis minutos. A distância final percorrida pode prever o VO<sub>2</sub> máximo. Este teste é utilizado para avaliação de capacidade funcional e como preditor de morbidade e de mortalidade. Além disso, o Teste de marcha 6 minutos reflete de maneira precisa as limitações para o desempenho de AVD e mostrou-se mais sensível que testes em passadeira de correr (Morales-Blanchir, et al., 2011).

Entre as escalas de classificação de doenças cardíacas mais utilizadas mundialmente encontra-se a escala da *New York Heart Association* – NYHA. A NYHA classifica a intensidade dos sintomas de indivíduos com insuficiência cardíaca em quatro estágios que caracterizam atividades quotidianas, sendo capaz de medir a capacidade

funcional e a qualidade de vida. Com a sua determinação avalia-se a resposta terapêutica, o que contribui para a escolha de melhor intervenção. A escala varia de I a IV e estratifica o grau de limitação imposto pela doença para atividades quotidianas, sendo que quanto maior a classificação, menor a capacidade funcional apresentada (Thompson, 2004).

O uso de questionários para avaliar a capacidade funcional de indivíduos com DCV tem-se tornado frequente devido às vantagens da sua utilização. A aplicação de questionários é um método simples, de baixo custo, que pode ser realizado quando testes máximos são inviáveis ou quando estes não estão disponíveis decorrente do alto custo ou por limitações físicas do paciente. Os questionários também são úteis em pesquisas, podendo ser utilizados em estudos de intervenção como forma de avaliação do desfecho. Em programas de tratamento podem ser utilizados como forma de conduzir decisões ou como avaliação dos programas de intervenção (Duarte, Santos, Batista, & Moura, 2014).

O Índice de Independência em AVD de Katz é um dos instrumentos de medida mais antigo e citados na literatura. Avalia as AVD básicas: banhar-se, vestir-se, ir ao WC, alimentar-se, transferir-se da cama para cadeira, e continência. A incapacidade ocorre na ordem atrás descrita e a recuperação da capacidade para executá-las ocorre, ao inverso, semelhante ao processo de desenvolvimento da criança, como estabeleceram os autores da escala (Duarte, Santos, Batista, & Moura, 2014).

Cada questão avalia o cliente como dependente (zero pontos) ou independente (um ponto), nas respetivas AVD. Após somatório, o score total gera os seguintes pontos de corte: zero a dois – muito dependente; três a quatro – dependência moderada e cinco ou seis – independente (Duarte, Santos, Batista, & Moura, 2014).

A escala de Lawton e Brody diferencia-se da escala de Katz por avaliar a capacidade para desempenhar atividades instrumentais: usar meios de transporte, manipular medicação, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar telefone, preparar refeições e cuidar das próprias finanças (Duarte, Santos, Batista, & Moura, 2014).

O Índice de Barthel foi desenvolvido em 1965 para avaliar o potencial funcional e os resultados do tratamento de reabilitação dos clientes que sofreram AVC. Este instrumento mede o grau de assistência exigido em 10 atividades (alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, controlo de esfíncteres, transferência cadeira e cama, deambulação e subir escadas). Pontua-se o desempenho do cliente em independente, com alguma ajuda ou dependente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de 5 pontos. Scores inferiores a 50 indicam dependência (Santos & Cunha, 2014).

A Medida de Independência Funcional foi desenvolvida pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação com o objetivo de padronizar conceitos e definições de incapacidade. Acresce a incorporação de aspetos cognitivos na avaliação pela utilidade desta dimensão no planeamento de atividades terapêuticas centradas no cliente (Riberto, 2013). O score varia de 18 – dependência total e 126 – independência total e os resultados traduzem graus de dependência e níveis assistenciais requeridos. É por muitos considerados um dos instrumentos de medida da capacidade funcional mais completo no que concerne à sua validade e confiabilidade (Riberto, 2013).

Estudos sobre a avaliação do grau de dependência foram anteriormente realizados, para assim conhecer as características da população e as suas necessidades assistenciais.

Num estudo quantitativo, exploratório e descritivo para descrever a dependência no autocuidado das pessoas dependentes realizado em Paços de Ferreira utilizou-se como instrumentos de colheita de dados os formulários «Famílias que integram Dependentes no Autocuidado» (Duque, 2009, citado por Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014), constituídos por duas partes: parte I – Inquérito Preliminar – e parte II – Formulário PCD (Prestador de Cuidados do Dependente). (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014). As autoras verificaram que os dependentes eram, maioritariamente do género feminino e idosos e, predominantemente pensionistas e reformados. Concluíram que a dependência era significativa e preocupante, pelo que evidenciavam necessidades de cuidados de saúde, particularmente de apoio de profissionais de enfermagem.

Já, anteriormente no Brasil Eid, Kairalla, e Campora (2012) concluíram igualmente que os indivíduos dependentes nas AVD eram na sua maioria do género feminino e as mais idosas. As investigadoras realizaram um estudo retrospectivo, através de análise de prontuários em instituição de longa permanência, em que o instrumento de colheita de dados foi a escala de Katz (Eid, Kairalla, & Campora, 2012).

Também no Brasil outro estudo transversal de carácter exploratório e descritivo avaliou o grau de dependência de idosos utilizando as escalas de Katz e de Lawton-Brody e face aos resultados concluíram que a avaliação funcional é primordial e importante para esta população pelo forte compromisso da qualidade de vida desses mesmos idosos, que enfrentam restrições e dificuldades no acesso aos recursos para compensar as dependências (Ferreira, 2014).

## **2. METODOLOGIA**

Neste capítulo descrevemos a estratégia de investigação, processo que condicionou a escolha das técnicas de recolha de dados e onde foram tomadas decisões para pôr de pé uma estrutura tendo por base os objetivos deste estudo (Sousa & Baptista, 2014).

É assim apresentado um plano que visou responder à questão em investigação, com o objetivo de eliminar ou pelo menos reduzir ao mínimo as fontes de erro (Fortin, 2009).

### **2.1. Desenho do estudo**

Atendendo à questão de investigação - **“Qual o grau de dependência do cliente com DCV alvo de enfermagem de reabilitação na RAM?”** - e por não se conhecer estudos que explorem esta temática optou-se por um desenho exploratório-descritivo.

Tendo em conta o conhecimento não acumulado sobre este tema o desenho é adequado e ainda vai ao encontro dos objetivos, uma vez que com este estudo pretendeu-se: **Caracterizar os clientes com DCV alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM e Avaliar o grau de dependência dos clientes com DCV, alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM.**

Esta investigação é do tipo quantitativa, uma vez que se pretende proceder à recolha de medidas quantificáveis das variáveis (Fortin, 2009).

O princípio subjacente será o ontológico que se integra no paradigma positivista cuja realidade é singular, independente do investigador e de juízos de valor (Sousa & Baptista, 2014).

Segundo o tempo, este estudo é transversal já que tem como objetivo medir a frequência da aparição de um fenómeno (Fortin, 2009), neste caso o grau de dependência e os dados foram recolhidos num só momento – dia 5 de junho de 2019.

Resumidamente, teremos então um **estudo quantitativo** do tipo **exploratório-descritivo simples, transversal**, regido pelo princípio **ontológico** e integrado no **paradigma positivista**.

## **2.2. População e amostra**

A população estudada pode também ser chamada de população-alvo e agrega indivíduos com características comuns. Já o elemento é a unidade da população da qual foi extraída a informação, que geralmente é uma pessoa, porém pode ser um conjunto de pessoas, de escolas ou cidades (Fortin, 2009).

Raramente é possível estudar a totalidade da população, no entanto pela acessibilidade e decorrente do desenho do estudo – transversal - a amostra corresponderá à população.

A população deste estudo foram os clientes diagnosticados com DCV, alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, seguidos pelo Serviço Regional de Saúde da RAM, no dia 5 de junho de 2019.

## **2.3. Variáveis**

As variáveis são a unidade basal de uma investigação, podendo se apresentar sob a forma de qualidades, propriedades ou características do elemento da população. Como o nome indica podem tomar diferentes valores ao longo do tempo (Fortin, 2009).

Os conceitos para serem medidos têm de ser convertidos em indicadores, que são expressões quantificáveis desses mesmos conceitos. Por sua vez, medir é um processo que deve obedecer a regras precisas para associar números a objetos ou fenômenos (Fortin, 2009).

Independentemente da abordagem, quantitativa ou qualitativa, é fundamental definir os termos ou variáveis incluídos no estudo. Um conceito é uma representação abstrata de um objeto ou fenômeno e a sua definição clara é importante para que:

- Qualquer pessoa, entendida ou leiga na matéria, dê o mesmo significado aos termos ou variáveis;
- As variáveis possam ser medidas;
- A investigação e os achados possam ser confrontados com outros similares (Sousa & Baptista, 2014).

Com enfoque neste estudo do tipo quantitativo, a operacionalização das variáveis corresponde às atividades que um investigador deve realizar para receber as impressões sensoriais que indiquem em maior ou menor grau a existência de um conceito (Sousa & Baptista, 2014).

### 2.3.1. Variável em estudo ou variável de investigação e sua operacionalização

Este tipo de variável representa uma qualidade, propriedade ou característica que pode ser observada ou medida, dependendo do tipo de estudo. Neste caso não existem variáveis independentes para manipular, nem relações de causa-efeito para examinar (Fortin, 2009).

A variável em estudo é o **grau de dependência** dos clientes com DCV alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação no Serviço Regional de Saúde da RAM.

A dependência contempla as dimensões dependente se EDC-R entre 16 e 68 valores e independente se EDC-R igual ou superior a 69. Para cada item a escala contempla 5 graus: totalmente dependente – 1; dependente em grau elevado – 2; parcialmente dependente – 3; dependente em grau reduzido – 4 – e parcialmente independente – 5.

### 2.3.2. Variáveis de atributo ou variáveis de caracterização

As variáveis de atributo ou variáveis de caracterização, como o nome indica caracterizam os participantes num estudo, porém são atributos pré-existentes (Fortin, 2009).

As variáveis de caracterização definidas para este estudo foram: idade, género, local de residência, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional e fatores de risco cardiovascular.

As variáveis de caracterização foram operacionalizadas da seguinte forma:

Idade – Adulto (+ de 18 anos até 64 anos) e Idoso (igual ou superior a 65 anos);

Género – Feminino e Masculino;

Local de residência – Instituição e Domicílio familiar;

Estado civil – Solteiro, casado / união de facto, divorciado e viúvo;

Grau de escolaridade – Não sabe ler ou escrever, 1º ciclo do Ensino Básico, Ensino Secundário e Ensino Superior;

Situação Profissional – Doméstico, Trabalhador por conta de outrem, Reformado ou Inválido;

Fatores de Risco – HTA, Diabetes mellitus, Dislipidémia, Obesidade e Hábitos tabágicos.

## **2.4. Instrumento de colheita de dados**

A Care Dependency Scale for Rehabilitation, (CDS-R), escala da autoria de Juliane Eichhorn-Kissel, é adequada à avaliação da independência e autonomia da pessoa em processos de transição saúde/doença. A CDS-R foi criada a partir da Care Dependency Scale (CDS), escala desenvolvida em 1994, na Holanda, por Dijkstra et al (Bernardo & Sá, 2018).

A tradução e a validação para o contexto português da CDS-R, foi efetuada por Bernardo e Sá, (2018) e partiu do facto de esta escala avaliar - além dos aspetos físicos - os aspetos psicossociais considerados importantes num processo de reabilitação, e, em português, passou a denominar-se Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação (EDC-R).

Neste contexto, a EDC-R permite avaliar em que medida a pessoa é capaz de comunicar com outros; interagir com os outros, independentemente e de forma adequada; reconhecer regras e valores e agir socialmente de forma adequada; lidar com desafios e realizar as atividades instrumentais de vida diária; usar racionalmente o tempo livre; participar nas atividades recreativas e ocupacionais; adquirir e/ou reter conhecimentos e competências aprendidas anteriormente; lidar com a sua situação actual de doença, emocional e psicologicamente (Bernardo & Sá, 2018).

Segundo as mesmas autoras, a escala foi desenvolvida baseando-se nas 14 necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson, autora que percecionava a saúde como essencial para o desenvolvimento humano, com a doença a poder provocar dependência.

As autoras, Bernardo e Sá (2018), acrescentaram ainda à EDC-R o item “capacidade para lidar”, por ser considerado relevante em termos de reabilitação, uma vez que, especialmente em situações de utentes com doenças crónicas ou prolongadas, parece importante conhecer a forma como estes lidam com a sua saúde e as suas incapacidades. Cada um dos itens da escala é avaliado através de uma resposta tipo Likert, obtendo-se valores que variam entre 16 e 80, ou seja, quanto mais baixo o valor obtido maior grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem de reabilitação (Eichhorn-Kissel, (2011) citados por Bernardo e Sá (2018).

Para as mesmas autoras a EDC-R é um instrumento válido e fiável, com valor de alfa de Cronbach de 0,971 e percentagem de variação explicada de 71,7%, permitindo aos

enfermeiros especialistas em reabilitação avaliar o grau de independência e a autonomia da pessoa em processo de transição de saúde.

## **2.5. Aspetos éticos**

Os valores éticos e deontológicos têm subjacentes os valores da sociedade na qual investigador e participantes estão inseridos (Sousa & Baptista, 2014). Independentemente dos fenómenos estudados a investigação deve ser conduzida no respeito das pessoas sobre princípios do respeito e da beneficência (Fortin, 2009).

Previamente à colheita de dados foi obtida a autorização do Conselho de Administração do Serviço Regional de Saúde da RAM, para a efetivação da mesma após parecer favorável da Comissão de ética do mesmo serviço.

Neste estudo, toda a colheita de dados a clientes foi coerente com uma normal abordagem de Enfermagem de Reabilitação, sendo garantidas as condições de privacidade e confidencialidade inerentes.

Ressalve-se que em todo o processo, o anonimato e a confidencialidade dos dados foram garantidos pelo recurso a um número de identificação (IDNR), atribuído a cada participante por ordem de inscrição para figurar depois isolado nos questionários/folhas de registo. Os contactos foram apenas mantidos em posse do investigador para um possível relatório individual de cada avaliação, se assim o participante desejasse e o respetivo encaminhamento para os recursos de saúde pertinentes. Esta informação foi destruída após conclusão do estudo.

Previamente à participação neste estudo, os potenciais participantes foram informados individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e metodologias, da identidade e contactos dos investigadores e das condições inerentes à sua participação.

Após a informação do potencial participante, esclarecimento de dúvidas e validação da compreensão da mesma, foi disponibilizada a folha de informação ao participante assinada pelo investigador e o documento de consentimento informado assinado pelo mesmo e pelo participante (em duplicado), quando assim considerado pelo participante ou familiar cuidador.

O participante foi também informado que podia recusar ou desistir da sua participação, em qualquer momento, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo, no entanto os 53 indivíduos elegíveis aceitaram participar e não expressaram vontade em desistir.

## **2.6. Processo de colheita de dados**

A recolha dos dados foi feita através de questionários com uma 1ª parte constituída pelas variáveis de caracterização e uma outra parte com a escala EDC-R, instrumento validado para a população portuguesa.

Foram preenchidos pelos investigadores com a colaboração dos EEER que conheciam as pessoas alvo de cuidados. De assinalar que estas constituem avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática de cuidados.

Esta colheita de dados foi realizada por 21 Enfermeiros, estudantes do 1o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que como tal estão sujeitos ao cumprimento dos princípios éticos previstos no seu código deontológico.

A recolha de dados ocorreu de 5/6/2019 a 21/6/2019 e os participantes selecionados para a investigação resultaram do recrutamento dos clientes que estavam atribuídos aos EEER no dia 5/6/2019.

## **2.7. Processo de tratamento de dados**

O processamento e análise de dados foram realizados com recurso ao Software estatístico SPSS, durante o período entre 1/7/2019 até 31/7/2019.

A análise estatística inclui a estatística descritiva simples.

### **3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Neste capítulo procedeu-se à seleção dos dados tendo em conta a sua relevância e adequação para melhor responder aos objetivos do estudo. Uma vez que esta análise é do tipo quantitativo a informação possuída pelo investigador foi transformada em variáveis conforme recomenda Sousa e Baptista (2014).

Para maior clareza, validade e relevância a apresentação dos dados foi realizada em 3 momentos:

1. no primeiro, procedeu-se à distribuição dos participantes pelas variáveis de caracterização e deste modo cumpriu-se o primeiro objetivo;
2. no segundo, obteve-se o score total da EDC-R o que informou sobre a dependência dos participantes previamente colocados em cada variável de caracterização, cumprindo parcialmente o segundo objetivo do estudo;
3. no terceiro, procedeu-se à distribuição da população em estudo pelos itens da EDC-R; através destes dados foi possível verificar em que itens os participantes revelaram maior ou menor grau de dependência e assim cumprir totalmente com o segundo objetivo.

#### **3.1. Caracterização da população em estudo**

A população em estudo foi constituída pelos clientes com DCV, alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação na RAM, no dia 5 de junho de 2019.

A **idade** dos participantes variou entre os 53 e os 95, com uma média de 76,7 anos e desvio padrão de 9,7.

Conforme operacionalização prévia, a variável de caracterização **Idade** categorizou os participantes em adultos<sup>1</sup> e idosos<sup>2</sup>, obtendo-se um resultado de 5 adultos (9,4%) e 48 idosos (90,6%), (figura nº1), obtendo-se logo à partida uma tendência, em que se verifica que os clientes alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação são, na sua maioria, idosos.

---

<sup>1</sup> Com idade entre os 18 e 64, inclusive

<sup>2</sup> Com idade superior a 65, inclusive

**Figura 1 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Idade**

Idade	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %
Adulto	5	9,4
Idoso	48	90,6
Total	53	100

Na variável **Género**, 36 participantes são do género feminino e 17 do masculino. A percentagem de participantes femininos supera os 2/3 face aos participantes masculinos, conforme espelhado na figura nº2, o que revela outra tendência conforme teremos oportunidade de discutir, no capítulo seguinte.

**Figura 2 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Género**

Género	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %
Feminino	36	67,9
Masculino	17	32,1
Total	53	100

Para a variável de caracterização **Local de Residência** (Figura nº 3) 8 participantes vivem numa instituição e a maioria no domicílio familiar, neste caso 45 o que perfaz uma percentagem de 84,9.

**Figura 3 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Local de residência**

Local de Residência	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %
Instituição	8	15,1
Domicílio Familiar	45	84,9
Total	53	100

O **Estado Civil** mais prevalente foi viúvo, seguido de casado / união de facto, com valores absolutos de 23 e 22, respetivamente, conforme podemos constatar na figura nº 4.

**Figura 4 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Estado civil**

Estado Civil	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %
Solteiro	7	13,2
Casado / União de facto	22	41,5
Divorciado	1	1,9
Viúvo	23	43,4
Total	53	100

A população distribuiu-se essencialmente pelas primeiras duas categorias da variável **Grau de Escolaridade** – Não sabe ler ou escrever e 1º ciclo do ensino básico – com uma percentagem acumulada de 96,2. Porém os participantes com o 1º ciclo do ensino básico superam os primeiros com valores muito perto do dobro, 60,4% contra 35,8% de participantes que não sabem ler ou escrever (Figura nº 5).

Esta realidade demonstra níveis de escolaridade muito baixos já que apenas 1 participante completou o ensino secundário e o ensino superior, respetivamente (Figura nº5).

**Figura 5 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Grau de escolaridade**

Grau de escolaridade	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %
Não sabe ler ou escrever	19	35,8
1º ciclo do Ensino Básico	32	60,4
Ensino Secundário	1	1,9
Ensino Superior	1	1,9
Total	53	100

A distribuição da população em estudo pela **Situação Profissional** revelou que 92,5% são reformados ou auferem pensão de invalidez, conforme podemos verificar na figura nº 6.

**Figura 6 - Distribuição dos participantes com DCV pela variável Situação profissional**

Situação Profissional	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %
Doméstico	3	5,7
Trabalhador por conta de outrem	1	1,8
Reformado ou inválido	49	92,5
Total	53	100

Os **Fatores de Risco** (Figura nº 7) em estudo foram a Hipertensão, a Diabetes *mellitus*, a Dislipidemia, a Obesidade e os Hábitos tabágicos. A hipertensão foi o fator de risco mais prevalente, com uma frequência absoluta de 37 (69,8%). Em segundo, a diabetes *mellitus* aparece com um valor de absoluto de 17 (32,1%), seguidos de dislipidemia (n=14, 26,4%) e da obesidade (n=10, 18,9%). Os hábitos tabágicos surgem em último lugar, com 2 participantes. Estes valores foram obtidos através de respostas dicotômicas de sim e não, pelo que, cada valor corresponde aos participantes (n=53) que responderam Sim a cada categoria.

**Figura 7 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e os fatores de risco**

Fatores de risco presentes	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %
Hipertensão arterial	37	69,8
Diabetes <i>Mellitus</i>	17	32,1
Dislipidemia	14	26,4
Obesidade	10	18,9
Hábitos tabágicos	2	3,8

Através destes achados podemos afirmar que a população estudada – clientes com DCV alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação – é na sua maioria idosa, do sexo feminino, vive em domicílio familiar, viúva ou casada/união de facto, possui baixo grau de escolaridade e é essencialmente reformada. Verifica-se ainda que a HTA é o fator de risco mais prevalente.

### 3.2. Grau de dependência dos clientes com DCV segundo as variáveis de caracterização

De forma a obter uma visão global da dependência nos participantes deste estudo e conforme a figura nº 8, constatou-se que 39 participantes são dependentes e 14 independentes, com percentagens de 73,6% e 26,4% respetivamente, o que revela níveis muito elevados de incapacidade na população em estudo e por conseguinte, necessidades numa ordem de grandeza similar, de assistência de enfermagem ou de familiar cuidador.

Figura 8 - Distribuição da Dependência pelos participantes com DCV

Dependência - DCV	Frequência absoluta	Frequência relativa %
Dependente	39	73,6
Independente	14	26,4
Total	53	100

Os achados revelaram que os participantes com DCV idosos, em média, apresentaram um score total de dependência de 51,21, enquanto, os participantes com DCV adultos apresentaram um score médio de 61,60, com desvios padrão de 19,8 e 22,2 respetivamente (Figura nº 9), o que demonstra uma maior dependência e consequentemente maior necessidade de assistência com o evoluir da idade.

Figura 9 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável Idade

Idade	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %	Dependência EDC-R	Desvio padrão
Adulto	5	9,4	61,60	22,2
Idoso	48	90,6	51,21	19,8
Total	53	100	-----	-----

O grau de dependência dos participantes com DCV masculinos e femininos (Figura nº 10) apresentou valores similares, com um acréscimo de sensivelmente 3 valores aos participantes femininos e por isso menos dependentes. Os desvios padrão, também similares foram de 19,1 e 20,7, respetivamente. Destes dados parece ser possível extrair que o género pode não ser razão para o declínio funcional dos elementos.

**Figura 10 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável Género**

Género	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %	Dependência EDC-R	Desvio padrão
Feminino	36	67,9	53,14	20,7
Masculino	17	32,1	50,18	19,1
Total	53	100	-----	-----

O score médio de dependência dos participantes com DCV a viver numa instituição, em média, foi de 37,00. Já os participantes com DCV que viviam em domicílio familiar apresentaram scores médios de dependência superiores, com uma média de 54,89. Os desvios padrão foram de 22,9, para os primeiros e 18,52, para os restantes (Figura nº11).

Revelaram-se graus de dependência muito maiores nos clientes a residir em instituição que aqueles que coabitam com os seus familiares. O que nos pode levar a um de dois pensamentos:

1. A institucionalização leva à dependência;
2. Ou a dependência leva à institucionalização.

**Figura 11 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável Local de residência**

Local de Residência	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %	Dependência EDC-R	Desvio padrão
Instituição	8	15,1	37,00	22,9
Domicílio Familiar	45	84,9	54,89	18,52
Total	53	100	-----	-----

O score médio de dependência dos participantes com DCV, segundo o **Estado Civil** (Figura nº 12) revelou valores muito similares, com dispersão pouco superior a 10 valores de média de EDC-R, entre os participantes divorciados ( $x=45,00$ ) e os participantes solteiros ( $x=56,00$ ). Não parece ser uma característica preditora de dependência se tivermos em conta os achados desta pesquisa.

**Figura 12 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável Estado civil**

Estado Civil	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %	Dependência EDC-R	Desvio padrão
Solteiro	7	13,2	56,00	19,9
Casado / União de facto	22	41,5	49,36	23,3
Divorciado	1	1,9	45,00	-----
Viúvo	23	43,4	54,04	17,5
Total	53	100	-----	-----

Para a variável de caracterização **Grau de Escolaridade** (Figura nº 13), o único participante com DCV e com Ensino Superior revelou um score de EDC-R de 68, já o único participante com DCV e com Ensino Secundário revelou um score de EDC-R de 45. Nas 2 categorias restantes, os participantes que não sabem ler, apresentam um score médio de EDC-R de 47,32 e desvio padrão de 19,5. Já os participantes com o 1º ciclo de Ensino Básico revelaram um score de EDC-R de 54,81 e desvio padrão de 20,5.

Se atendermos ao facto de apenas 2 participantes revelarem maiores graus de escolaridade, não é possível aferir que essas categorias estejam relacionadas com a dependência dos indivíduos. No entanto, parece haver uma tendência para o estado de dependência e graus de escolaridade menores.

Figura 13 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável Grau de escolaridade

Grau de escolaridade	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %	Dependência EDC-R	Desvio padrão
Não sabe ler ou escrever	19	35,8	47,32	19,5
1º ciclo do Ensino Básico	32	60,4	54,81	20,5
Ensino Secundário	1	1,9	45	-----
Ensino Superior	1	1,9	68	-----
Total	53	100	-----	-----

Quando se procedeu à distribuição do grau de dependência pela **Situação Profissional** (Figura nº 14) dos participantes com DCV, obteve-se pela primeira e única vez um grupo de pessoas cuja média encontra-se no grau de independência: 3 participantes com DCV e domésticos com score de EDC-R de 70,33, com um desvio padrão de 15,0. O único participante com DCV e trabalhador por conta de outrem obteve um score de EDC-R de 68. O maior grupo – reformados ou inválidos – obteve uma média de 50,76 e um desvio padrão de 19,9.

Figura 14 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e a variável situação profissional

Situação Profissional	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %	Dependência EDC-R	Desvio padrão
Doméstico	3	5,7	70,33	15,0
Trabalhador por conta de outrem	1	1,8	68	-----
Reformado ou inválido	49	92,5	50,76	19,9
Total	53	100	-----	-----

Quando se avaliou a dependência dos clientes com a variável **Fatores de risco**, verificou-se que os clientes com Diabetes *mellitus* apresentaram o menor valor (EDC-R 46,2) e por isso maior grau de dependência, seguidos dos clientes com obesidade (EDC-R 47,3). Depois figuram os clientes com hábitos tabágicos, no entanto, apenas 2 participantes fumavam, o que retira representatividade ao achado (Figura nº15).

Figura 15 - Distribuição da dependência pelos participantes com DCV e variável Fatores de risco

Fatores de risco	Participantes Frequência absoluta	Frequência relativa %	Dependência EDC-R	Desvio padrão
Hipertensão arterial	37	69,8	55,3	16,0
Diabetes Mellitus	17	32,1	46,2	22,1
Dislipidemia	14	26,4	53,2	19,9
Obesidade	10	18,9	47,3	19,4
Hábitos tabágicos	2	3,8	51,3	14,4

Esta pesquisa revelou que a maioria da população em estudo é dependente e que os clientes que residem em instituições são os que apresentam maior grau de dependência.

Seguidamente temos a categoria divorciado (variável estado civil) e categoria ensino secundário (variável grau de escolaridade), ambas com EDC-R de 45, no entanto, apenas 1 participante representa essas categorias.

Em terceiro e quarto, temos 2 categorias – diabetes *mellitus* e obesidade – que agregam participantes mais dependentes com valores de EDC-R de 46,2 e 47,3, respetivamente.

Em quinto lugar, temos a categoria não sabe ler ou escrever com níveis de dependência de EDC-R igual a 47,32.

Em contraponto, o único grupo que agrega participantes independentes foi a categoria doméstico, variável situação profissional, com 3 participantes e um valor de EDC-R igual 70,33.

Outros valores mais altos de EDC-R mas, a revelar dependência foram obtidos na categoria trabalhador por conta de outrem, EDC-R igual a 68 e na categoria adulto com EDC-R igual a 61,60, nas variáveis situação profissional e idade, respetivamente.

### 3.3. Dependência dos participantes em cada item da escala da EDC-R

A escala EDC-R, como anteriormente referido, avalia a dependência e é constituída por 16 itens. Numa terceira e última fase, procedeu-se à distribuição dos

participantes com DCV por cada item da Escala para assim verificar qual o grau de dependência para o desempenho de cada atividade.

O primeiro item da escala é o **Comer e beber** e verificou-se que 15 participantes posicionaram-se no grau 2 e 5, dependente em grau elevado e praticamente independente, o que corresponde a uma percentagem de 28,3. O Grau onde se verificou menos participantes posicionados foi no grau 4 – dependente em grau reduzido, n=5 ou 9,4% (figura nº 16).

A percentagem acumulada de clientes dependentes ou incapazes de alguma forma em comer e beber, bem como preparar a comida e bebida, é 71,7% (figura nº16).

**Figura 16 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Comer e Beber**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	10	18,9
2 – Dependente em grau elevado	15	28,3
3 – Parcialmente dependente	8	15,1
4- Dependente em grau reduzido	5	9,4
5 – Praticamente independente	15	28,3
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

No item da EDC-R **Continência**, a maior parte dos participantes (19) apareceram posicionados no grau 5 – praticamente independente – o que corresponde a uma percentagem de 35,8%; em seguida o grau mais frequente foi o 1 – totalmente dependente – com 14 participantes (26,4%); o grau 2 (dependente em grau elevado) e o grau 4 (dependente em grau reduzido) apresentaram, ambos 7 participantes (13,2%) e em último o grau 3 (parcialmente dependente) com 6 participantes (11,3%) (figura nº 17).

O item da EDC-R Continência avalia em que medida os participantes são capazes em controlar a micção ou a dejeção de forma apropriada e voluntária e os clientes dependentes apresentam uma frequência acumulada igual 64,2%, conforme se pode verificar na figura nº 17.

**Figura 17 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Continência**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	14	26,4
2 – Dependente em grau elevado	7	13,2
3 – Parcialmente dependente	6	11,3
4- Dependente em grau reduzido	7	13,2
5 – Praticamente independente	19	35,8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

O terceiro item distribuiu os participantes com DCV pelo item **Postura Corporal**. Os valores variaram entre 7 participantes posicionados no grau 1 (totalmente dependente) e 14 participantes no grau 5 (praticamente independente). O grau 4 (dependente em grau reduzido) apresentou 13 participantes; o grau 2 (dependente em grau elevado) apresentou 10 participantes e o grau 3 (parcialmente dependente) apresentou 9 participantes (figura nº 18).

Neste item da EDC-R, que avalia em que medida o participante é capaz de adoptar posições apropriadas para determinadas actividades, a maioria revela algum tipo de dependência (graus de dependência 1, 2, 3 e 4) com a percentagem acumulada de 73,6%. Porém o grau de dependência onde estão colocados mais participantes é no grau 5 – praticamente independente, com valor absoluto de 14 elementos, o que corresponde a 26,4% da população, conforme a figura nº 18.

**Figura 18 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Postura Corporal**

Grau de dependência	Frequência	%
1 – Totalmente dependente	7	13,2
2 – Dependente em grau elevado	10	18,9
3 – Parcialmente dependente	9	17,0
4- Dependente em grau reduzido	13	24,5
5 – Praticamente independente	14	26,4
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

O item **Mobilidade** posicionou a amostra pelos 5 graus da seguinte forma: no grau 1 (totalmente dependente), 13 participantes (24,5%); no grau 2 (dependente em grau elevado), 12 participantes (22,6%); nos graus 3 (parcialmente dependente) e 4 (dependente em grau reduzido), 9 participantes (17,0%) e no grau 5 (praticamente dependente), 10 participantes (18,9%) (figura nº19).

Se no item anterior temos a postura como um potencial para a acção, neste item avalia-se em que medida o cliente é capaz de movimentar-se. Os achados indicam que os clientes apresentam na sua maioria, algum tipo de dependência com 81,1% de frequência relativa acumulada. Ainda verifica-se que no grau 1 (totalmente dependente), estão o maior número de elementos com valor absoluto de 13, conforme a figura nº19.

**Figura 19 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Mobilidade**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %	
1 – Totalmente dependente	13	24,5	81,1
2 – Dependente em grau elevado	12	22,6	
3 – Parcialmente dependente	9	17,0	
4- Dependente em grau reduzido	9	17,0	
5 – Praticamente independente	10	18,9	
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	

No item **sono/vigília** os participantes estão posicionados na sua maioria nos graus 4 (dependente em grau reduzido) e 5 (praticamente independente), com 14 (26,4%) e 21 (39,6%) (figura nº20).

Neste item avalia-se em que medida os clientes são capazes de manter um ciclo dia/noite adequado, e verifica-se que a maior parte, 21 participantes são praticamente independentes. A percentagem acumulada de clientes dependentes é 60,3% (figura nº 20).

**Figura 20 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Sono/Vigília**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %	
1 – Totalmente dependente	4	7,5	60,4
2 – Dependente em grau elevado	6	11,3	
3 – Parcialmente dependente	8	15,1	
4- Dependente em grau reduzido	14	26,4	
5 – Praticamente independente	21	39,6	
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	

No item **vestir-se e despir-se** os participantes apresentaram valores iguais nos graus 1 (totalmente dependente) e 5 (praticamente independente), n=14 (26,4%), tão bem como nos graus 2 (dependente em grau elevado) e 3 (parcialmente dependente), n=11 (20,8%) (figura nº 21).

Podemos verificar que os participantes apresentam, na sua maioria, dependência na capacidade de vestir-se e despir-se, conforme revela a frequência acumulada de 73,6% (figura nº 21).

**Figura 21 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Vestir-se e Despir-se**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %	
1 – Totalmente dependente	14	26,4	73,6
2 – Dependente em grau elevado	11	20,8	
3 – Parcialmente dependente	11	20,8	
4- Dependente em grau reduzido	3	5,7	
5 – Praticamente independente	14	26,4	
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>	

No item **Temperatura Corporal** o grau com maior de nº de participantes foi o grau 5 (praticamente independente), com 21 participantes, seguido do grau 3 (parcialmente dependente), com 11 participantes. Os graus 2 (dependente em grau elevado) e 4 (dependente em grau reduzido), apresentaram 10 participantes e o grau 1 (totalmente dependente), 5 participantes (figura nº 22).

Neste item da EDC-R avalia-se a capacidade de proteger a temperatura corporal de influências externas e os elementos do estudo são na sua maioria dependentes, com uma percentagem acumulada de 60,4%, conforme a figura nº 22.

Figura 22 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Temperatura Corporal

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	4	7,5
2 – Dependente em grau elevado	6	11,3
3 – Parcialmente dependente	8	15,1
4- Dependente em grau reduzido	14	26,4
5 – Praticamente independente	21	39,6
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Para o item **Higiene** o grau 1 (totalmente dependente) surgia em primeiro lugar com 17 participantes, seguido do grau 2 (dependente em grau elevado), com 16 participantes. O grau 3 (parcialmente dependente) foi o que reuniu menos participantes, n=2 (figura nº 23).

Neste item da EDC-R avalia-se se os clientes são capazes de cuidar da sua higiene corporal e os achados revelam que a percentagem acumulada de participantes é de 79,2%. Também de destacar o facto que a maior percentagem dos elementos encontra-se no grau 1, totalmente dependente, com 32,1% da população a revelar-se incapaz de cuidar da sua higiene pessoal e, portanto a necessitar de ajuda total (figura nº 23).

Figura 23 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Higiene

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	17	32,1
2 – Dependente em grau elevado	16	30,2
3 – Parcialmente dependente	2	3,8
4- Dependente em grau reduzido	7	13,2
5 – Praticamente independente	11	20,8
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

O item **Evitar Perigos** apresenta a maior homogeneidade com uma variação de 2 participantes entre os graus. Graus 1 (totalmente dependente), 2 (dependente em grau elevado) e 4 (dependente em grau reduzido), n=10 (18,9%); grau 3 (parcialmente dependente), n=11 (20,8%) e grau 5 (praticamente independente), n=12 (22,6%) (figura nº 24).

Neste item da EDC-R avalia-se em que medida o cliente é capaz de garantir a sua segurança, e a maioria da população não o é, conforme o percentual acumulado de 77,4% de participantes com algum grau de dependência, conforme a figura nº 24.

Figura 24 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Evitar Perigos

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %	
1 – Totalmente dependente	10	18,9	77,4
2 – Dependente em grau elevado	10	18,9	
3 – Parcialmente dependente	11	20,8	
4- Dependente em grau reduzido	10	18,9	
5 – Praticamente independente	12	22,6	
Total	53	100,0	

No item **Comunicação** mais de metade da amostra posiciona-se no grau 5 (praticamente independente) com 58,5% (n=31); os restantes 22 participantes distribuíram-se quase homogeneamente, pelos restantes graus (figura nº25).

O item comunicação da EDC-R avalia a capacidade de comunicação com os outros quer a nível verbal como não-verbal e como se verifica pela primeira e única vez neste estudo os participantes independentes superam os dependentes.

**Figura 25 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Comunicação**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	4	7,5
2 – Dependente em grau elevado	5	9,4
3 – Parcialmente dependente	7	13,2
4- Dependente em grau reduzido	6	11,3
5 – Praticamente independente	31	58,5
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

O item **Interação Social** colocou os participantes em primeiro lugar no grau 5 (praticamente independente), com 22 participantes (41,5%) e em último, 6 participantes (11,3%), no grau 2 (dependente em grau elevado) (Figura nº26).

Este item avalia em que medida os clientes são capazes de interagir com os outros de forma adequada e a maioria revela-se dependente, com um valor percentual acumulado de 58,5%. Porém o percentual de 41,5% no quinto grau é dos mais elevados no que se refere a clientes praticamente independentes (figura nº26).

**Figura 26 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Interação Social**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	7	13,2
2 – Dependente em grau elevado	6	11,3
3 – Parcialmente dependente	11	20,8
4- Dependente em grau reduzido	7	13,2
5 – Praticamente independente	22	41,5
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Para o item **Conceito de Regras e Valores** mais de 2/3 da amostra, colocou-se nos graus 4 (dependente em grau reduzido) e 5 (praticamente independente), com 12 e 25 participantes, respectivamente (figura nº27).

O item conceito e regras avalia em que medida os participantes são capazes de reconhecer regras e valores e agir socialmente de forma adequada e, neste sentido a população é na sua maioria dependente com uma percentagem acumulada de 52,8%. A percentagem de clientes independentes é a segunda mais elevada, neste estudo – 47,2%.

**Figura 27 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Conceito de Valores e Regras**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	6	11,3
2 – Dependente em grau elevado	5	9,4
3 – Parcialmente dependente	5	9,4
4- Dependente em grau reduzido	12	22,6
5 – Praticamente independente	25	47,2
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

O item **AIVD** apresentou uma variação entre os 8 participantes (15,1%) no grau 5 (praticamente independente) e os 15 participantes (28,3%) no grau 4 (dependente em grau reduzido). Os graus 2 (dependente em grau elevado) e 3 (parcialmente dependente) apresentaram 9 participantes (17,0%) e o grau 1 (totalmente dependente) apresentou 12 participantes (22,6%) (figura nº28).

Os achados revelam que clientes apresentam dependência na sua capacidade para lidar com desafios e realizar actividades instrumentais. Estes valores indicam que a maioria dos participantes no estudo encontram-se colocados em graus de dependência, 45, o que equivale a uma percentagem acumulada de 84,9%, sendo esta a maior agregação de clientes dependentes num item desta escala.

**Figura 28 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R AIVD**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	12	22,6
2 – Dependente em grau elevado	9	17,0
3 – Parcialmente dependente	9	17,0
4- Dependente em grau reduzido	15	28,3
5 – Praticamente independente	8	15,1
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Na EDC-R o 14º item é **Atividades Recreativas**, que apresentou 15 participantes (28,3%) no grau 5 (praticamente independente) e 12 participantes (22,6%) no grau 1 (totalmente dependente). Os restantes participantes distribuíram-se pelos outros graus em nº idêntico (n=9) nos graus 2 (dependente em grau elevado) e 3 (parcialmente dependente) e, 8 participantes no grau 4 (dependente em grau elevado) (figura nº29).

Neste item da EDC-R os participantes são avaliados em que medida são capazes de usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e em que medida participam nas actividades disponíveis. Os achados revelam que a maioria é dependente com um percentual acumulado de 73,6%, conforme se verifica na figura nº 29.

**Figura 29 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Atividades Recreativas**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	10	18,9
2 – Dependente em grau elevado	13	24,5
3 – Parcialmente dependente	10	18,9
4- Dependente em grau reduzido	6	11,3
5 – Praticamente independente	14	26,4
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Os últimos itens da EDC-R são a **Capacidade de Aprender** e **Capacidade de Adaptação**. No primeiro item é avaliado em que medida os clientes são capazes de adquirir ou reter conhecimentos ou competências que aprendeu anteriormente. O segundo

item, avalia em que medida os participantes são capazes de lidar com a sua situação actual de doença, emocional e psicologicamente.

Para o 1º item do imediatamente acima referido, os números ditaram que 36 participantes se posicionaram nos graus 3 (parcialmente dependente), 4 (dependente em grau reduzido) e 5 (praticamente independente) com 12 participantes cada (22,6%). O grau 1 (totalmente dependente) apresentou 10 participantes e o grau 2 (dependente em grau elevado) apresentou 7 participantes (figura nº30).

Os participantes são na sua maioria dependentes com um percentual acumulado de 77,4%, conforme a figura nº 30.

**Figura 30 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Capacidade de Aprender**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	10	18,9
2 – Dependente em grau elevado	7	13,2
3 – Parcialmente dependente	12	22,6
4- Dependente em grau reduzido	12	22,6
5 – Praticamente independente	12	22,6
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

Por último, o item **Capacidade de Adaptação** destaca o valor de 17 participantes (32,1%) no grau 5 (praticamente independente), como o valor mais elevado. Os graus 1 (totalmente dependente) e 4 (dependente em grau reduzido) apresentaram, ambos 8 participantes (15,1%), sendo os scores mais baixos. O grau 2 (dependente em grau elevado) e 3 (parcialmente dependente) apresentaram valores intermédios, 9 e 11, respectivamente (figura nº 31).

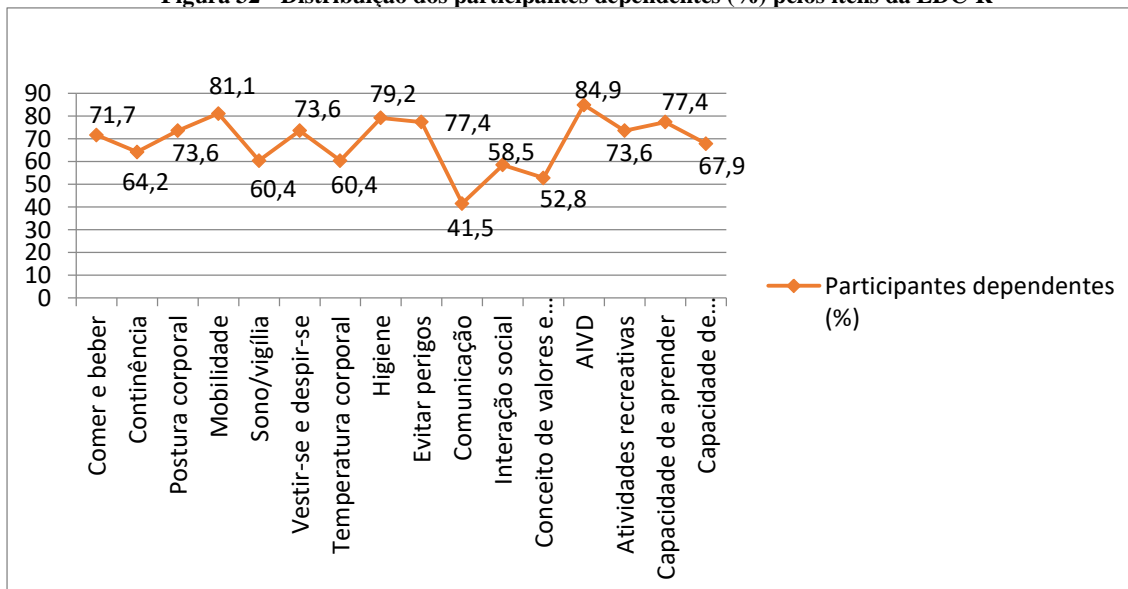
Neste último item da EDC-R, os clientes são na sua maioria dependentes como revela a percentagem acumulada de 67,9% (figura nº31)

**Figura 31 - Distribuição da dependência dos participantes com DCV pelo item da EDC-R Capacidade de Adaptação**

Grau de dependência	Frequência absoluta	Frequência relativa %
1 – Totalmente dependente	8	15,1
2 – Dependente em grau elevado	9	17,0
3 – Parcialmente dependente	11	20,8
4- Dependente em grau reduzido	8	15,1
5 – Praticamente independente	17	32,1
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100,0</b>

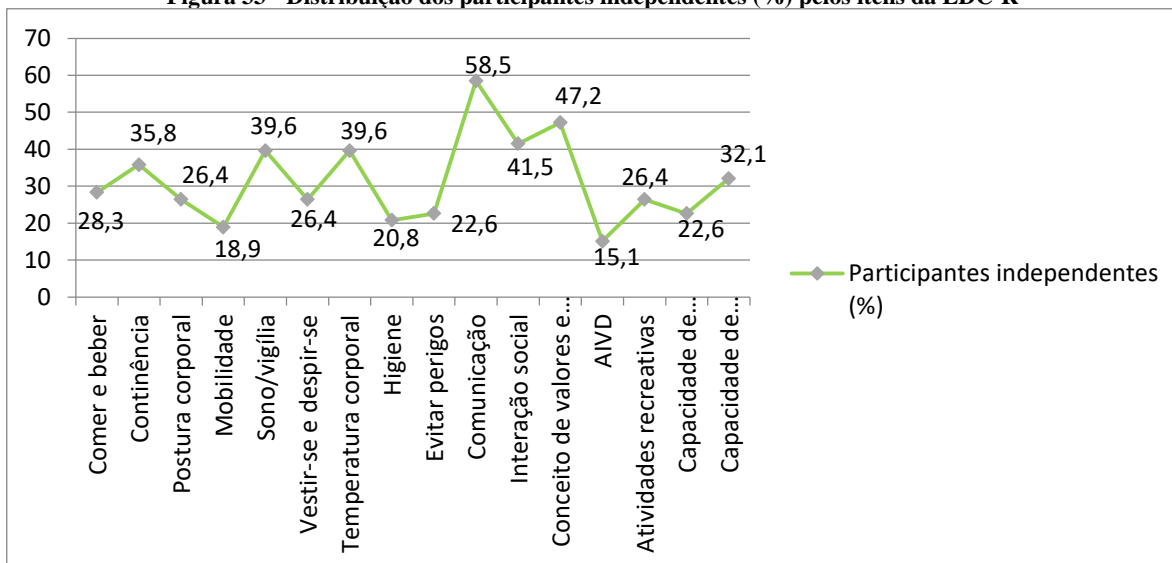
Globalmente e conforme a figura nº 32 podemos verificar que em sete itens – comer e beber, postura corporal, vestir-se e despir-se, higiene, evitar perigos, atividades recreativas e capacidade de aprender - o valor acumulado de participantes dependentes estão acima dos 70 pontos percentuais e abaixo dos 80. Já acima dos 80% estão dois itens – Mobilidade e AIVD.

**Figura 32 - Distribuição dos participantes dependentes (%) pelos itens da EDC-R**



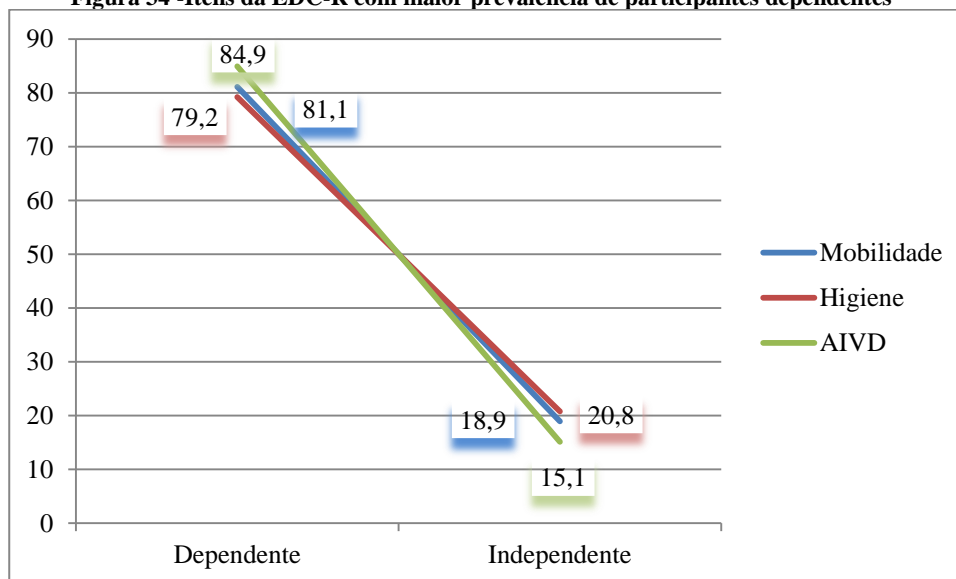
Já os participantes independentes e conforme é possível verificar-se pela figura nº 33, são em menor percentagem que os acima citados e apenas no item comunicação os participantes independentes superam os participantes dependentes.

Figura 33 - Distribuição dos participantes independentes (%) pelos itens da EDC-R

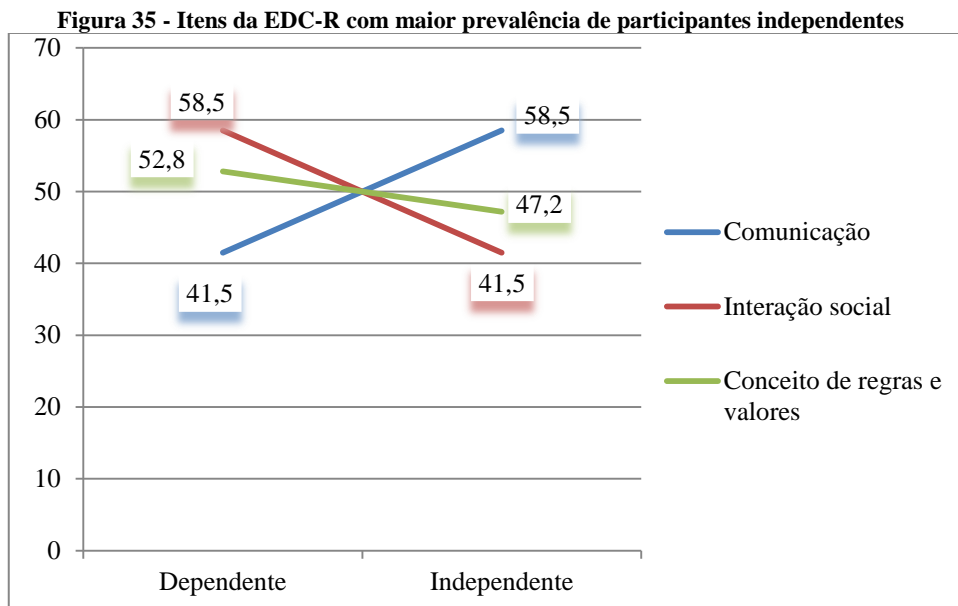


A distribuição dos participantes deste estudo pelas categorias dependente e independente por cada item da EDC-R fez verificar que os itens AIVD, mobilidade e higiene apresentaram maior prevalência de indivíduos com dependência com percentuais acumulados de 84,9, 81,1 e 79,2, respectivamente conforme se verifica na figura nº 34.

Figura 34 -Itens da EDC-R com maior prevalência de participantes dependentes



No sentido inverso verificou-se que a maior prevalência de Independência foram nos itens da EDC-R **comunicação, conceito de regras e valores e interação social**. Também como se verifica pela figura nº 35. A AVD comunicação foi o único item onde os clientes independentes, superam os dependentes.



#### **4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Sendo a capacidade funcional a habilidade para a realização de atividades que viabilizam o autocuidado e a vida independente, a sua perda está intimamente ligada ao processo de envelhecimento – natural, irreversível, dinâmico – que envolve alterações físicas, comportamentais e psicológicas (Duarte, Santos, Batista, & Moura, 2014).

As doenças crónicas são preditivas de incapacidade funcional no idoso, assim como as doenças cardiovasculares que, de igual modo, são negativas para o indivíduo na sua capacidade de desempenhar as AVD e as AIVD, aumentando-lhes o risco de exclusão social, como concluem Barbosa, Almeida, Barbosa e Rossi-Barbosa num estudo que avaliou a capacidade dos idosos e fatores associados à incapacidade (Barbosa, Almeida, Barbosa, & Rossi-Barbosa, 2014).

Também Santos e Cunha (2014), frisam que à medida que o número de pessoas atingem idades mais avançadas, as doenças não transmissíveis tornam-se mais predominantes. E, com o aumento de doenças crónicas acresce uma maior prevalência de incapacidade funcional.

A avaliação da capacidade funcional revela-se de suma importância para estabelecer o diagnóstico e prognóstico, e para, no fundo, proporcionar um julgamento clínico adequado, servindo de base para a tomada de decisão sobre os cuidados necessários ao cliente. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efectividade e eficiência das intervenções propostas (Santos & Cunha, 2014).

Os achados desta pesquisa revelaram que os clientes com DCV alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, são, na sua maioria, **idosos e do sexo feminino**.

Num estudo quantitativo, exploratório e descritivo com o objetivo de descrever a dependência no autocuidado das pessoas dependentes realizado em Paços de Ferreira utilizou-se como instrumento de colheita de dados o formulário «Famílias que integram Dependentes no Autocuidado» (Duque citado por Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014), constituído por duas partes: parte I – Inquérito Preliminar – e parte II – Formulário PCD (Prestador de Cuidados do Dependente) (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014). As autoras verificaram que os dependentes eram, maioritariamente do género feminino e idosos e, predominantemente pensionistas e reformados. Concluíram que a dependência era

significativa e preocupante, pelo que evidenciavam necessidades de cuidados de saúde, particularmente de apoio de profissionais de enfermagem.

Já anteriormente, no Brasil, Eid, Kairalla, e Campora (2012) concluíram igualmente que os indivíduos dependentes nas AVD eram na sua maioria do género feminino e as mais idosas. As investigadoras realizaram um estudo retrospectivo, através de análise de processos de pessoas internadas em instituições de longa permanência, em que o instrumento de colheita de dados utilizado foi a escala de Katz (Eid, Kairalla, & Campora, 2012).

Na última operação censitária – Censos 2011 – a população residente na Madeira era de 267785, sendo que as mulheres eram 141517 (52,8%) e os homens 126268 (47,2%) (RAM, 2012). O presente estudo não é de todo semelhante, já que os participantes femininos representaram 67,9% da amostra, mas manteve, por outro lado, a tendência de maioria das mulheres e minoria dos homens. A mesma fonte revelou que a população idosa aumentou na década 2001-2011 e que representava, na altura, 14,9% da população da região. De igual modo, a população feminina era superior à população masculina.

Um estudo recente, publicado em 2018, revelou achados importantes sobre aptidão física e fatores preditivos para o seu incremento pós reabilitação cardíaca, fase 2, já que concluiu que o género e a idade não determinam quem beneficia de um programa de exercício físico, independentemente da sua aptidão inicial (Abu-Haniyeh, Shah, Wu, Cho, & Ahmed, 2018).

Parece seguro afirmar então que a população em estudo beneficiaria em igual medida dos programas a que foram sujeitos, mesmo que, e no caso dos idosos, partiam em desvantagem, com menos 10 valores de EDC-R que os adultos em estudo (EDC-R 51,21 e 61,60, respetivamente). Na variável de caracterização género, os scores de dependência diferiram apenas 3,04, com valor superior para as senhoras e por isso menos dependentes.

Já em 2016, Grace et al, haviam realizado um estudo para comparar a adesão aos programas de RC e a capacidade funcional entre mulheres encaminhadas para reabilitação cardíaca supervisionada, mista e somente para mulheres ou domiciliar. A capacidade funcional das participantes foi significativamente melhorada à saída da RC. Concluíram, no entanto, que a RC domiciliar não tem significativa para as mulheres e que a RC oferecida em simultâneo aos dois géneros pode ser vantajosa (Grace et al, 2016).

Em contraponto, autores como Dalal et al (2019), defendem a alternativa domiciliar por ser mais acessível e menos dispendiosa. Porém os participantes são predominantemente homens (78%) como no estudo: um programa de autocuidado

facilitado e reabilitação cardíaca domiciliar (REACH-HF). Concluíram, após 12 meses de contacto, que a Qualidade de vida relacionada com a saúde medida através do MLHFQ (*Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*) foi superior nos participantes e oferece assim uma alternativa acessível aos programas tradicionais, baseados em centros, para abordar as taxas atuais de baixa adesão à reabilitação cardíaca para insuficiência cardíaca (Dalal et al, 2019).

Um achado importante desta pesquisa foi o facto de os **clientes institucionalizados** apresentarem scores de dependência muito baixos e por isso maiores necessidades de assistência.

Um estudo revelou que a dependência funcional em idosos hospitalizados com Insuficiência Cardíaca foi de 95% (Xavier, Ferretti-Rebustini, Santana-Santos, Lucchesi, & Hohl, 2015), vindo ao encontro dos achados neste estudo, já que os participantes institucionalizados apresentaram scores médios de EDC-R muito inferiores aos participantes em domicílio familiar (37,00 e 54,89, respetivamente).

Também Furtado et al, num estudo realizado em 2015, concluíram que mulheres idosas institucionalizadas apresentavam diminuição da capacidade funcional quando comparadas com aquelas a viver de forma independente na comunidade. Para além disto, constaram que as idosas independentes melhoraram as suas capacidades no desempenho das atividades de vida diárias com o treino ao longo do tempo, enquanto nas institucionalizadas verificou-se um claro declínio da capacidade funcional

Podemos inferir que a institucionalização pode não trazer vantagens e que ocorrendo tem que incluir programas de promoção de autonomia para que não se percam capacidades fundamentais a uma vivência plena. Os EEER têm assim em todos os contextos - seja na comunidade ou nas instituições - um papel fulcral pelo seu conteúdo funcional, em diversos âmbitos nomeadamente na prevenção da fragilidade.

Num estudo de 2018, Kojima confirmou que a fragilidade era fator preditor da futura institucionalização de idosos. Constatou também que a adesão precoce a planos de exercício físico pode evitar a fragilidade e consequentes institucionalizações.

A DCV tem sido associada a um risco aumentado de fragilidade, mas a direção da associação ainda não é a mais clara. Um estudo holandês propôs-se a examinar a associação longitudinal bidirecional entre DCV e fragilidade durante um período prolongado de tempo. Verificaram que os clientes com IC tinham um risco aumentado de fragilidade. Esses achados foram independentes de possíveis fatores de confusão (idade, sexo e outras comorbilidades). No mesmo estudo, verificou-se que idosos frágeis não

apresentavam risco de DCV, já os clientes com IC têm um risco aumentado de fragilidade (Kleipool et al., 2018).

Já no estudo efetuado por Houghton et al, publicado em 2019, verificou-se a fragilidade é fator preditivo de piores desfechos em cirurgia vascular e que instrumentos de avaliação da fragilidade, devidamente validados, devem ser usados em contextos clínicos.

A própria Sociedade Europeia de Cardiologia teve a necessidade de vir a público em Outubro de 2019, emitir orientações acerca do inegável impacto da fragilidade na falência cardíaca, recomendando vivamente que os profissionais de saúde monitorizem a fragilidade e procurem tratar os fatores reversíveis (cardiovasculares ou não) de fragilidade em idosos.

Os achados enfatizam a necessidade de programas de reabilitação cardíaca que avaliem o efeito dos programas de exercícios físicos, a fim de prevenir a fragilidade e, com isso, melhorar a qualidade de vida e a independência dos clientes com DCV. (Kleipool, et al., 2018).

Já em 2009, Nunes, Ribeiro, Rosado, e Franceschini, estudaram a influência das características sociodemográficas e epidemiológicas sobre a capacidade funcional de idosos e concluíram que **idosos analfabetos e com menor rendimento** mostraram maior probabilidade de declínio funcional. Fazendo um paralelo, neste verifica-se alguma tendência para o mesmo facto, no entanto o menor valor de dependência corresponde a um único participante com o ensino secundário (EDC-R = 45) e não obstante os reformados e inválidos apresentarem o menor valor de EDC-R, o mesmo poderá corresponder aos participantes mais velhos.

A **viuvez** pode ter um impacto importante na capacidade funcional, porque a mesma pode levar a uma situação de isolamento e a uma menor preocupação com a saúde. Porém morar só pode potenciar a capacidade funcional e a coabitação o contrário (Nunes, Ribeiro, Rosado, & Franceschini., 2009).

A literatura sobre as DCV alterna entre o conhecimento dos determinantes da doença, também denominados de fatores de risco e o impacto dos programas de reabilitação. Tem havido, também investigação sobre a fisiopatologia da intolerância ao exercício em pacientes com IC e os efeitos benéficos do exercício físico. Mecanismos que podem levar à diminuição da capacidade de exercício nessa população e por isso declínio da capacidade funcional, incluem disfunção cardíaca, anormalidades no fluxo periférico, disfunção endotelial, disfunção muscular esquelética, défices ventilatórios e anormalidades da função do sistema nervoso autónomo. A melhor maneira de quantificar a capacidade

funcional é através da mensuração pico de consumo de oxigênio e muitos estudos demonstraram melhorias no pico de  $VO_2$  com o exercício físico. Além disso, o exercício com treino aeróbico moderado levou a efeitos favoráveis sobre a função hemodinâmica central, o tônus simpático, a função vascular periférica e do músculo-esquelético, a eficiência ventilatória com diminuição da dispneia e melhoria da Qualidade de Vida (Morris & Chen, 2019).

A RC baseada em exercícios reduziu a mortalidade cardiovascular em comparação com nenhum controle do exercício. O risco global de hospitalização foi reduzido com RC, mas não houve impacto significativo sobre o risco de mortalidade global, enfarte do miocárdio ou revascularização. Estudos de avaliação económica indicaram que a RC baseada em exercícios é um uso potencialmente rentável de recursos em termos de ganho em anos de vida e da qualidade de vida (Anderson, et al., 2016).

Mesmo exercícios leves podem ter um impacto significativo nos clientes, daí que a aposta em programas de reabilitação é vital. Num estudo publicado por LaCroix et al em 2019, que acompanhou cerca de 5800 mulheres com idades compreendidas entre os 63 e os 97 durante cinco anos, verificou-se que mesmo atividades físicas leves como jardinagem, passear num parque ou dobrar roupas podem ser suficientes para reduzir o risco de DCV. Quanto maior a frequência da atividade mais baixo o risco, independentemente do estado de saúde, da capacidade funcional e mesmo da idade.

Apesar dos claros benefícios e dos ganhos em saúde, verifica-se baixa adesão aos PRC, até porque a DCV é a principal causa de morte prematura e incapacidade na Europa, sendo responsável por 4 milhões de mortes por ano e custando à economia da União Europeia quase 196 mil milhões de euros por ano. De facto, RC não é só exercício físico e a vertente comportamental foi estudada por Duff et al (2017), através de uma RSL sobre as técnicas de mudança de comportamento e o recurso à saúde eletrónica e às tecnologias de informação e comunicação, como um aliado que visam a mudança dos fatores de risco. As três principais técnicas de mudança comportamental foram as informações sobre as consequências para a saúde (78%, 18/23 de estudos), estabelecimento de metas (74%, 17/23 estudos) e automonitorização do comportamento e apoio social (48%, 11/23 estudos) (Duff et al, 2017).

Neste estudo de caracterização verificou-se que a **Hipertensão e a Diabetes Mellitus** foram os fatores de risco cardiovascular mais prevalentes. O estudo de Abu-Haniyed et al verificou que os menos beneficiados com a RC, foram os pacientes com diabetes *mellitus*, que neste estudo surgiu como o segundo fator de risco mais prevalente,

com 32,1% da amostra a apresentar essa condição, apenas superado pela Hipertensão Arterial que mais que duplica a percentagem, com 69,8% (Abu-Haniyeh, Shah, Wu, Cho, & Ahmed, 2018).

Ainda no âmbito dos fatores de risco, é de suma importância a sua prevenção e controle tendo em conta o seu papel não só a nível causal como a nível prognóstico nas DCV. Isto está bem patente no estudo de Icks et al (2012) onde se investigou o impacto da diabetes na mortalidade a 5 anos de utentes vítimas de acidente vascular cerebral. Constatou-se maiores índices de mortalidade nos pacientes diabéticos, tanto do sexo masculino como feminino, nos 5 anos após o AVC.

No trabalho de Chaves et al (2019), os benefícios da RC nos pacientes sobre os valores de pressão arterial ocorrem após os 6 meses de contacto. Verificaram, ainda que a capacidade funcional dos pacientes sujeitos a RC apresentou melhorias significativas, tão bem como, aumento do conhecimento, atividade física e comportamentos alimentares saudáveis (Chaves, Ghisi, Britto, & Grace, 2019).

No que concerne à **dependência**, já em 1980, Roper, Logan e Tierny, citadas por Hoeman (2000), desenvolveram um modelo para conceptualizar as actividades de vida – aquelas que a pessoa faz num contínuo dependência/independência.

Para discutir a **dependência** - atributo que caracteriza o compromisso da funcionalidade - parece pertinente relembrar que a capacidade funcional deve nortear o cuidado ao cliente e fundamentalmente os conceitos de autonomia e independência. A autonomia pode ser entendida como a capacidade individual de decisão e de comando sobre suas ações; já a independência, como a capacidade ou habilidade de realizar algo pelos próprios meios (Nery, 2016).

As **AIVD**, para a mesma autora, consistem em habilidades de mobilidade ou atividades de manutenção do ambiente, que englobam tarefas mais complexas. São um sinal primeiro e preditivo da dinâmica de instalação de declínio funcional. Esta situação pode ocorrer quer por iniciativa do cliente, geralmente idoso, que opta por se excluir da participação ou por iniciativa da família, no intuito de proteger o seu familiar.

Assim e pelos achados deste estudo que coloca as **AIVD** como o item da escala EDC-R como maior prevalência de dependência, cabe ao EEER relembrar-se das 3 categorias que devem pautar a sua ação terapêutica: A primeira delas compreende o reintegrar à vida diária, como fazer compras, realizar tarefas domésticas, o autocuidado (banho, higiene oral, vestuário e outros). A segunda categoria refere-se ao ajudar a conviver socialmente, enfatizando o relacionamento interpessoal e consigo mesmo. A

terceira e última categoria refere-se à ajuda para a convivência em família, permitindo ao indivíduo viver com dependência mínima, como um ser humano capaz e produtivo (Faro, 2006).

É importante que sejam criadas condições favoráveis à promoção de independência ao paciente. Deve haver percepção pelo EER em saber o que o paciente tem condições de realizar sozinho, mesmo que com dificuldade, e aquilo que há necessidade de auxílio. (Leite & Faro, 2005)

O surgimento da **Mobilidade** em segundo lugar como item com maior prevalência de dependência pode dever-se ao facto de a população em estudo revelar uma média de idade elevada, ou seja, uma população idosa, que é alvo de enfermagem de reabilitação neste estudo. Pelo que há que considerar a expressão em números da instalação de incapacidade devido à prevalência de doenças crónicas e degenerativas ligadas aos sistemas ósseos, muscular e articular e a evolução de doenças como a artrite e a artrose no processo natural de envelhecimento (Faro, 2006).

Nursiswati, Halfens e Lohrmann (2017) ao estudarem clientes acometidos por eventos de um tipo de DCV, usaram a versão Indonésia da CDS, num estudo longitudinal e multicêntrico, para avaliar o grau de dependência de 109 utentes com AVC isquémico ao longo do tempo. Tal como no nosso estudo, também encontraram a Mobilidade nos lugares cimeiros em relação à prevalência de dependência – no seu estudo em específico, em primeiro lugar.

Já o item **Higiene**, surge claramente como a Atividade básica de vida diária onde a prevalência de dependência foi maior o que vai ao encontro do que preconiza Katz. Os seus estudos colocam a AVD básica banhar-se em primeiro lugar na ocorrência de incapacidade e segundo o seu raciocínio a última a ser recuperada (Duarte, Santos, Batista, & Moura, 2014).

Já em 2006, um estudo de coorte realizado por Guo, Gill e Allore, nos Estados Unidos da América, acompanhou 754 idosos com mais de 70 anos, todos os meses, durante seis anos, dando ênfase às suas dificuldades no desempenho das atividades de vida, pelo que mais uma vez a evidência na literatura reclama a idade como o principal fator de risco e preditor de dependência. Ao longo do estudo aqueles que desenvolverem incapacidade em tomar banho estavam 5 vezes mais propensos a desenvolver incapacidade em outra atividade de vida no mês seguinte. Isto sugere que desenvolver incapacidade para o banho pode ser indicador e potencial precursor de mais incapacidades. Programas desenhados para restaurar ou manter a independência no banho podem assim prevenir mais

incapacidade e limitações. Este nosso estudo trazendo luz para este facto, vem alertar os EEER para a importância da independência na higiene e em desenvolver estratégias que ajudem o utente a tal alcançar, prevenindo incapacidades futuras.

Por acreditar que a conceção de saúde no âmbito da especialidade leva a compreender o homem a partir do seu fazer, do seu estilo de vida e cidadania e não a partir da sua doença ou deficiência a enfermagem de reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que auxilia clientes com doenças agudas e crónicas a maximizar o seu potencial funcional seja a nível físico, emocional ou social (Faro, 2006).

A importância deste tipo de pesquisa e os seus achados possibilitam um plano estratégico de assistência de enfermagem, com aperfeiçoamento de cuidados prestados em modo individualizado. Até porque o EEER não deve considerar o declínio funcional um evento inevitável da senescência e deve realizar todos os esforços para avaliar a capacidade funcional a existência de fatores preditivos de instalação de dependência (Xavier, Ferreti-Rebustini, Santana-Santos, Lucchesi, & Hohl, 2015).

Partindo do princípio de que o cuidar do corpo humano exige, necessariamente, um olhar para a dimensão total do ser, inclusive de sua essência existencial, torna-se imprescindível, para nós enfermeiros, uma maior conscientização acerca do importante papel que desempenhamos ao interferir no espaço de privacidade das pessoas dependentes de nossas intervenções, como aqueles que apresentam deficiência física (Leite & Faro, 2005).

Os programas de reabilitação devem ser dirigidos aos clientes na prevenção de DCV e as estratégias devem ser implementadas tendo em vista o longo prazo, até porque a capacidade funcional tem demonstrado ser um importante indicador de risco de morte entre indivíduos saudáveis e com DCV (Magalhães, et al., 2013).

Destaca-se também, o autocuidado voltado à reeducação e os programas de treino devem ser estabelecidos tendo em conta o binómio cliente-família (cuidador familiar). Outras orientações pertinentes à esfera biopsico-espiritual são direccionadas à família e ao cliente, estimulando a participação nos cuidados, reconhecendo os limites e as possibilidades de cada um. (Leite & Faro, 2005)

Hoje em dia, a enfermagem de reabilitação é identificada, cada vez mais, como um importante componente no processo saúde/doença e no cuidado social de pessoas com deficiência. A todo momento, procura-se a independência do paciente em relação aos limites físicos, cognitivos e comportamentais impostos pela incapacidade. O papel do

enfermeiro no cuidado revela-se em atividades como a busca pela independência funcional dos pacientes através do autocuidado, o treino dos clientes para a execução das atividades da vida diária, o estabelecimento do relacionamento terapêutico com os clientes, além da promoção e educação para saúde (Andrade, Araújo, Andrade, Soares, & Cianca, 2010).

Os mesmos autores referem ser importante a independência na realização das AVD porque envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência pode alterar a dinâmica familiar, os papéis desenvolvidos pelos seus membros, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa dependente e dos seus familiares.



## **CONCLUSÃO**

A descrição é a função mais elementar da investigação, consistindo em representar no seu conjunto um fenómeno ou os seus determinantes (Fortin, 2009). Norteados por esta premissa que se tornou objetivo deste estudo, descrevemos e apresentamos à comunidade o retrato descritivo dos clientes com DCV alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Este estudo fez parte de um projeto de grupo dos discentes do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESESJC, visando caracterizar a enfermagem de reabilitação na RAM e descrever e correlacionar conceitos de interesse para a Enfermagem, com expectativas legítimas de poder contribuir para a evolução da profissão, com benefícios para o cliente, familiar cuidador e comunidade.

A investigação, a teoria e a prática interagem numa profissão evoluída, já que a investigação reúne a disciplina como campo de conhecimentos; a teoria como campo de organização e a prática como campo de intervenção e investigação. Daí que a investigação intervém e é necessária para verificar a teoria ou desenvolvê-la (Fortin, 2009).

Tendo isto em mente, embarcamos nesta aventura e tomamos como fenómeno em estudo o grau de dependência do cliente com DCV. O presente trabalho descreveu e distribuiu os participantes pelas variáveis de caracterização estabelecidas na fase metodológica: idade, género, local de residência, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional e fatores de risco (HTA, DM, dislipidémia, obesidade e hábitos tabágicos).

O grau de dependência foi mensurado através da Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação (EDC-R), validada para a população portuguesa por Bernardo e Sá (2018); escala que, segundo as autoras, é um instrumento válido e fiável, permitindo aos EEER avaliar o grau de dependência e autonomia dos clientes em processo de transição de saúde.

A população-alvo foi constituída pelos clientes alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação no dia 5 de Junho de 2019, com o diagnóstico médico de Doença cardiovascular. Mais uma vez se assegura que foi tido em linha de conta o respeito pelos princípios éticos e deontológicos que devem, obrigatoriamente, ser cumpridos num trabalho desta índole.

Esta investigação veio trazer à tona o facto das pessoas com DCV apresentarem, na sua grande maioria, dependência no seu modo de atuar, de decidir e de participar. Os achados deste estudo identificaram que os clientes com DCV alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação é na sua maioria idosa, do género feminino, vive em domicílio familiar, viúva ou casada/união de facto, possui baixo grau de escolaridade e é essencialmente reformada. Verifica-se ainda que a HTA é o fator de risco mais prevalente.

Esta pesquisa revelou que a maioria da população em estudo é dependente e que os clientes que residem em instituições são os que apresentam maior grau de dependência.

Os divorciados (variável estado civil) e os participantes com ensino secundário (variável grau de escolaridade), apresentaram um score de EDC-R igual a 45, no entanto, apenas 1 participante representava essas categorias.

Os elementos com diabetes *mellitus* e obesidade (variável fator de risco) e que não sabem ler ou escrever (variável grau de escolaridade) agregaram participantes também com dependência em mais elevado (EDC-R de 46,2; 47,3 e 47,32 respetivamente).

Em contraponto, o único grupo que agregou participantes independentes foi a categoria doméstico, variável situação profissional, com 3 participantes e um valor de EDC-R igual 70,33.

Outros valores mais altos de EDC-R mas, a revelar dependência foram obtidos na categoria trabalhador por conta de outrem, EDC-R igual a 68 e na categoria adulto com EDC-R igual a 61,60, nas variáveis situação profissional e idade, respetivamente.

As percentagens acumuladas de dependência por cada item da escala revelaram que as AIVD, a mobilidade e a higiene foram as mais prevalentes. Já o único item onde se verificou maior número de elementos independentes, face aos dependentes foi a comunicação.

A importância destes achados e deste tipo de pesquisa parecem claros quando se constata o aumento da longevidade na nossa espécie, dando às equipas de enfermagem dados para promover a saúde, prevenir fatores de risco e preditivos de DCV e assim interferir positivamente em fatores que diminuem a independência ou capacidade funcional dos clientes.

De facto, o uso deste tipo de escala revela-se muito eficiente pelo modo como demonstra a dinâmica da instalação da incapacidade, auxiliando no diagnóstico e prognóstico, avaliando necessidades assistenciais e determinando o sucesso das atitudes terapêuticas implementadas.

Várias dificuldades foram encontradas e ultrapassadas ao longo desta investigação. Este estudo surge após um ano de especialidade em enfermagem de reabilitação de enorme intensidade, com muito trabalho nos diversos âmbitos. Seis meses para implementar um projeto com estas dimensões pareceu, por vezes, tarefa hercúlea e de difícil exequibilidade. Durante a fase empírica, a dispersão dos participantes pela região e a orografia da mesma, lançou também desafios, ultrapassados com muito trabalho de equipa.

No entanto é com enorme satisfação que se cumpriram os objetivos desta pesquisa uma vez que se caracterizou o cliente com DCV alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação e se avaliou o seu grau de dependência com sucesso. Da minha pesquisa, pude verificar que parece não existirem estudos a avaliar o grau de dependência do cliente com DCV, o que me surpreendeu tendo em conta o impacto que estas condições podem ter a diversos níveis. Este estudo é assim, de certa forma, pioneiro, o que é, ao mesmo tempo, uma responsabilidade acrescida e fontes de orgulho e motivação, que acabaram por nortear esta investigação.

Este tipo estudo é verdadeiramente pertinente pois possibilita a extração de indicadores de saúde que podem servir como ferramenta em domínios como a estatística, investigação, clínica, política social ou mesmo pedagogia. *A posteriori*, permite também avaliar o impacto de programas de reabilitação nas suas diversas vertentes, nomeadamente ensino-aprendizagem ou baseados em exercício.

Sugerem-se estudos mais alargados para o aumento do corpo de conhecimentos nesta área e, também, investigação que vise conhecer as vivências particulares destes utentes e o nível de satisfação face aos cuidados prestados. Seria de igual modo interessante realizar estudos longitudinais para verificar se os ganhos em saúde se mantêm ao longo do tempo e se os clientes continuam fidelizados aos planos de intervenção.

Sem sombra de dúvida que este trabalho irá melhorar de forma cabal a minha prática enquanto futuro enfermeiro especialista em reabilitação, dando-me uma visão mais apurada no atendimento do cliente com DCV, cujas forças e fragilidades conheço agora em primeira mão. Como exerço a minha função maioritariamente com clientes inseridos na comunidade, pretendo também, cada vez mais contribuir para desenvolver o potencial dos mesmos, tendo em conta o seu meio envolvente, para que se evitem institucionalizações desnecessárias e correspondente aumento da dependência.

Fiquei ainda mais consciencializado para os fatores de risco que levam à DCV e será cada vez mais meu cavalo de batalha promover hábitos de vida saudáveis, principalmente no que diz respeito à prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes

*mellitus*. Estando consciente do envelhecimento demográfico, pretendo igualmente preparar terreno para cada vez mais, estar apto a trabalhar com estes utentes e suas especificidades, para que se possa viver em pleno, independentemente da faixa etária à qual se pertence, sem que envelhecer seja necessariamente sinónimo de dependência e incapacidade.

Com esta minha incursão da investigação, conheci melhor os clientes alvos do estudo, mas também conheci novas facetas de mim mesmo, sentindo cada vez mais a responsabilidade e o privilégio que será ser Especialista numa área que de certa forma perceciono como “arte”. Vejo a reabilitação como o restauro de uma obra, devolvendo-lhe a forma, a cor e o significado e tornando-a uma de novo. O caminho continua e sinto-me, sem sombra de dúvida pronto para o enfrentar.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., . . . Morais, J. (30 de Abril de 2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 363-373.
- Abu-Haniyeh, A., Shah, N. P., Wu, Y., Cho, L., & Ahmed, H. M. (2018). Predictors of cardiorespiratory fitness improvement in phase II cardiac rehabilitation. *Clinical Cardiology*, 1563-1569.
- Aires, M., Paz, A. A., & Perosa, C. T. (2009). Situação de Saúde e Grau de Dependência de Pessoas idosas Institucionalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 492-499.
- Amaral, S. S., & Gonçalves, M. (2018). Diagnóstico e controlo da hipertensão arterial a importância da mapa, dos fatores de risco e das comorbilidades. *Sociedade Portuguesa de Hipertensão*, 20-27.
- American College of Sports Medicine. (2010). *Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- American College of Sports Medicine. (2014). *Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan.
- Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D. R., Zwisler, A.-D., Rees, K., Martin, N.,... Taylor, R. S. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 67, 1-12.
- Andrade, L. T., Araújo, E. G., Andrade, K. d., Soares, D. M., & Cianca, T. C. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1056-60.
- Barbosa, B. R., Almeida, J. M., Barbosa, M. R., & Rossi-Barbosa, L. A. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3317-3325.

- Bernardo, S., & Sá, M. d. (2018). Validação Transcultural para a população portuguesa da Care Dependency Scale for Rehabilitation. *Revista de Enfermagem Referência*, 137-146.
- Branco, C. F. (2014). *Fatores de Risco Cardiovascular: Influência na capacidade funcional de doentes em Programa de Reabilitação Cardíaca*. Porto: Instituto de Ciências Abel Salazar / Centro Hospitalar do Porto.
- Branco, C. F., Viamonte, S., Matos, C., Magalhães, S., Cunha, I., Barreira, A., . . . Torres, S. (2016). Fatores preditores da evolução da capacidade funcional num programa de reabilitação cardíaca. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 215-224.
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes* (2ª ed.). New York: Addison-Wesley.
- Brody, L. T., & Hall, C. M. (2012). *Exercício Terapêutico: Na Busca da Função* (3ª ed.). Philadelphia: Editora Guanabara Koogan, Lda.
- Brody, L. T., & M. Hall, C. (2012). *Exercício terapêutico: Na busca da função* (3ª ed.). Philadelphia: Editora Guanabara Koogan, Lda.
- Carneiro, R. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa, Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.
- Chaves, G. S., Ghisi, G. L., Britto, R. R., & Grace, S. L. (2019). Maintenance of Gains, Morbidity, and Mortality at 1 Year Following Cardiac Rehabilitation in a Middle-Income Country: A Wait-List Control Crossover Trial. *Journal of the American Heart Association*, 1-14.
- Costa, H. S., Martins, A. M., Quirino, F. C., Severino, G., Novais, L. D., & Lima, M. M. (2009). Capacidade funcional em homens hipertensos pela distância caminhada e correlação com valores preditos. *Fisioterapia em Movimento*, 557-564. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/6f77/176abfa17660cc8b6e73a980216b62aed9b4.pdf>

- Dalal, H. M., Taylor, R. S., Jolly, K., Davis, R. C., Doherty, P., Miles, J., . . . Frost, J. (2019). The effects and costs of home-based rehabilitation for heart failure with reduced ejection fraction: The REACH-HF multicentre randomized controlled trial. *European Journal of Preventive Cardiology*, 262-272. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30304644>
- Direção Regional de Estatísticas da Madeira. (2018). *Madeira em números*. Funchal: Author.
- Duarte, M. R., Santos, M. L., Batista, M. F., & Moura, P. (2014). Efeitos do processo do envelhecimento na capacidade funcional dos idosos e suas formas de mensuração. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Retrieved from <https://www.efdeportes.com/efd192/capacidade-funcional-dos-idosos-e-mensuracao.htm>
- Duff, O. M., Walsh, D. M., Furlong, B. A., O'Connor, N. E., Morean, K. A., & Woods, C. B. (2017). Behavior Change Techniques in Physical Activity eHealth Interventions for People With Cardiovascular Disease: Systematic Review. *Journal Of Medical Internet Research*, 19(8), 1-12. Doi: 10.2196/jmir.7782
- Eid, N. T., Kairalla, M. C., & Campora, F. (2012). Avaliação do grau de dependência para atividades básicas da vida diária de idosos. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 10(1), 19-23. Retrieved from <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n1/a2679.pdf>
- Faro, A. C. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 128-133. Doi: 10.1590/S0080-62342006000100019.
- Ferrari, R., Rodrigues, D., Baldissera, V., Pelloso, S., & Carreira, L. (2014). Aplicabilidade da teoria de Virginia Henderson para a fundamentação na enfermagem: fragilidades e potencialidades. *Arquivo Ciências Saúde Unipar*, 18(1), 51-56. Retrieved from <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5158>
- Ferreira, A. P. (2014). Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos no programa clínica da família, jacarepaguá, rj: estudo de caso. *Revista UNIANDRADE*, 15(1), 51-64.

- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Grace, S. L., Midence, L., Oh, P., Brister, S., Chessex, C., Donna E. Stewart, C., & Arthur, H. M. (2016). Cardiac Rehabilitation Program Adherence and Functional Capacity Among Women: A Randomized Controlled Trial. *Mayo Clinic Proceedings*, 91(2), 140-148. Doi: 10.1016/j.mayocp.2015.10.021
- Guedes, D. P., & Guedes, J. E. (2001). Atividade Física, Aptidão Cardiorrespiratória, Composição da Dieta e Fatores de Risco Predisponentes às Doenças Cardiovasculares. *Arquivo Brasileiro Cardiologia*, 77(3), 243-250. Retrieved from <http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7703/7703005.pdf>
- Guedes, M., Xará, M. J., Costa, M., Martins, C., Rodrigues, J., & Macedo, J. (2018). Identificar riscos: prevalência da síndrome metabólica em duas unidades de saúde familiar. *Sociedade Portuguesa de Hipertensão*, 27(3), 16-19. Doi: 10.1590/0104-070720180003900016
- Harrison, A. S., Tang, L., & Doherty, P. (2018). Are physical fitness outcomes in patients attending cardiac rehabilitation determined by the mode of delivery? *Openheart*, 5(2), 1-6. Retrieved from <https://openheart.bmj.com/content/5/2/e000822>
- Hoeman, S. P. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Autónoma da Madeira*. Retrieved from <https://estatistica.madeira.gov.pt/download-now-3/social-gb/popcondsoc-gb/popcondsoc-censos-gb/popcondsoc-censos-publicacoes-gb/finish/221-censos-publicacoes/559-censos-ram-2011.html>
- International Council of Nurses. (2017). *International Council of Nurses*. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Kleipool, E. E., Hoogendijk, E. O., Trappenburg, M. C., Handoko, M. L., Huisman, M., Peters, M. J., & Muller, M. (2018). Frailty in Older Adults with Cardiovascular Disease: Cause, Effect or Both? *Aging and Disease*, 9(3), 489-497. Doi: 10.14336/AD.2017.1125

- Leite, V. B., & Faro, A. C. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(1), 92-96. Doi: 10.1590/S0080-62342005000100012
- Lopes, P. R., Barbosa, J. P., Lima, A. H., Miranda, A. S., Rodrigues, B. C., Rodrigues, S. L., & ... Dias, R. M. (2012). Triagem pré-participação em exercício físico em doentes com doença arterial periférica. *Jornal Vascular Brasileiro*, 11(3), 194-198. Doi: 10.1590/S1677-54492012000300005
- Luz, P. L., & Favarato, D. (1999). Doença coronária crônica. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 72(1), 5-21. Retrieved from <http://publicacoes.cardiol.br/abc/1999/7201/72010002.pdf>
- Magalhães, S., Macedo, J., Ribeiro, M. M., Barreira, A., Fernandes, P., & Viamonte, S. (2013). Avaliação da capacidade funcional após programa de reabilitação cardíaca - efeitos a longo prazo. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 24(2). Doi: 10.25759/spmfr.107
- Morales-Blanhir, J. E., Vidal, C. D., Romero, M. d., Castro, M. M., Villegas, A. L., & Zamboni, M. (2011). Teste de caminhada de seis minutos: uma ferramenta valiosa na avaliação do comprometimento pulmonar. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(1), 110-117. Doi: 10.1590/S1806-37132011000100016
- Morris, J. H., & Chen, L. (2019). Exercise Training and Heart Failure: A Review of the Literature. *Radcliffe Cardiology*, 5(1), 57-61. Doi: 10.15420/cfr.2018.31.1
- Navarro, S. C., & Conegero, C. I. (2002). Os fatores de risco da doença aterosclerótica. *Arquivos de Ciência da Saúde da UNIPAR*, 151-156. Doi: 10.25110/arqsaude.v6i3.2002.1193
- Nery, c. A. (2016). Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. *Escola Anna Nery*, 20(3). Doi: 10.5935/1414-8145.20160064
- Nunes, M. C., Ribeiro, R. C., Rosado, L. E., & Franceschini., S. C. (2009). Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de

idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(5), 1-7. Doi: 10.1590/S1413-35552009005000055

Oliveira, M. S., Rezende, P. C., & Moraes, R. C. (2010). Envelhecimento Cardiovascular e Doenças Cardiovasculares em Idosos. *Medicina Net*. Retrieved from [https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3159/envelhecimento\\_cardiovascular\\_e\\_doencas\\_cardiovasculares\\_em\\_idosos.htm](https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/3159/envelhecimento_cardiovascular_e_doencas_cardiovasculares_em_idosos.htm)

Organização Mundial da Saúde. (2011). *Relatório Mundial Sobre a Deficiência*. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Organização Mundial da Saúde. (2013). *Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão*. Genebra: Author.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 125/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, nº 35, Série II*

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (3 mai. 2019). Regulamento nº 392/2019: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República, nº 85, Série II*

Raposo, N. C., Jorge, V., Gonçalves, F. M., Valadas, C., & Araújo, J. L. (2018). *A hipertensão e a diabetes como parceiros inseparáveis no risco cardiovascular*. In 13º Congresso Português de hipertensão e risco cardiovascular global. Vilamoura. Retrieved from [https://www.sphta.org.pt/files/sphta\\_64\\_2018\\_0304.pdf](https://www.sphta.org.pt/files/sphta_64_2018_0304.pdf)

Ribeiro, O. M., Pinto, C. A., & Regadas, S. C. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 25-36. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a04.pdf>

Riberto, M. (2013). *Orientação funcional para a utilização da MIF*. Ribeirão Preto: Hospital Clínicas FMUSP.

Rodrigues, A. P., Gaio, V., Kislaya, I., Graff-Iversen, S., Cordeiro, E., Silva, A. C., . . . Matias-Dias, C. (2015). Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados

- do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015). *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge*, 11-14. Retrieved from [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4760/1/Boletim\\_Epidemiologico\\_Observacoes\\_NEspecia8-2017\\_artigo2.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4760/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo2.pdf)
- Rosa, J. C., & Basto, M. L. (2009). Necessidade e Necessidades: Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar em Enfermagem*, 13(1), 13-23. Retrieved from [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\\_13\\_1\\_13-23\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_13-23(1).pdf)
- Runge, M. S., & Ohman, E. M. (2006). *Cardiologia de Netter*. Porto Alegre: Artmed.
- Santos, G. d., & Cunha, I. C. (2014). Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. *REFACS - Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 2(3). Retrieved from <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1215>
- Sousa, M. J., & Baptista, C. S. (2014). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios, segundo bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Tessler, J., & Bordoni, B. (2019). *Cardiac Rehabilitation*. Treasure Island.
- Thompson, P. D. (2004). *O exercício e a cardiologia do Esporte*. São Paulo: Manole.
- World Health Organization. (2017). *Rehabilitation 2030: A call for action*. Geneva: Author
- World Health Organization. (2019). *World Health Organization*. Retrieved from [https://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/world-heart-day/en/](https://www.who.int/cardiovascular_diseases/world-heart-day/en/)
- Xavier, S. d., Ferreti-Rebustini, R. E., Santana-Santos, E., Lucchesi, P. A., & Hohl, K. G. (2015). Insuficiência cardíaca como preditor de dependência funcional em idosos hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 790-796. Doi: 10.1590/S0080-623420150000500012