

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE
VIDA DOS CLIENTES ALVO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO:
um estudo descritivo-correlacional em unidades de
Cuidados Continuados da Região Autónoma da Madeira**

Mar Andreína Figueira de Freitas

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

**Funchal,
2020**



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DEPENDÊNCIA FUNCIONAL E QUALIDADE DE
VIDA DOS CLIENTES ALVO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO:
um estudo descritivo-correlacional em unidades de
Cuidados Continuados da Região Autónoma da Madeira**

Mar Andreína Figueira de Freitas

Orientadora: Prof.^a Doutora Bruna Ornelas Gouveia

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

**Funchal,
2020**

Saving the life is the first priority, then the rehab
nurse moves in and restores the living!

Leslie McConnell

AGRADECIMENTOS

Trilhar um caminho tão longo e árduo como o da elaboração de uma dissertação científica, só se verificou possível graças ao apoio, incentivo e orientação de algumas pessoas, a quem eu especialmente dedico este meu grande projeto de vida.

Em primeiro lugar, gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a Deus, por me ter proporcionado saúde e força para que tudo isso se concretizasse, mas particularmente, por ser em todas as circunstâncias da minha vida, o maior mestre que alguém pode ter.

Agradeço igualmente à Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, pela oportunidade de frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, permitindo-me assim poder concretizar o sonho de me especializar numa área da Enfermagem que considero de excelência e referência.

O meu sentido agradecimento à Comissão de Ética para a Saúde, à Comissão Científica para a Investigação e ao Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E., por terem autorizado a concretização do “Projeto ER-RAM: Enfermagem de Reabilitação na RAM. Um estudo de caracterização” e, desse modo, o desenvolvimento desta investigação, sem esta autorização, tal não seria possível.

À Prof.^a Doutora Bruna Ornelas Gouveia, orientadora da presente dissertação, agradeço especialmente pelo voto de confiança depositado em mim e pela sua rigorosa e oportuna orientação científica, no sentido, de enriquecer cada etapa inerente ao trabalho desenvolvido.

A todos os intervenientes neste estudo, colegas de curso, profissionais de saúde, familiares e clientes das unidades de cuidados continuados da Região Autónoma da Madeira, o meu sincero agradecimento pelo contributo, receptividade e disponibilidade em participar nesta investigação. Aos colegas de curso do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação agradeço pela colaboração na colheita de dados e ao Prof. Doutor Rúbio Gouveia pela sua valiosa contribuição na análise dos mesmos.

Aos meus amigos, sobretudo à Cristina Barradas, pela sua preciosa ajuda na formatação final do trabalho. E à Zélia Barreto e ao Davide Vasconcelos, pelos momentos de lazer proporcionados, essenciais para o restabelecimento das forças necessárias para o percurso de uma trajetória tão exigente, como a elaboração de uma dissertação científica.

Aos meus pais, Lídia e José, pelo incentivo, apoio e amor incondicional. E ao meu namorado Ricardo, pelas suas palavras de encorajamento, quando o desânimo aparentava querer me dominar, mas especialmente pelo cuidado e a confiança que sempre manifestou. Agradeço-vos por terem compreendido os meus momentos de ausência dedicados à concretização desta dissertação, vocês sempre me alertaram que a construção do futuro requer uma especial e persistente dedicação no presente.

A todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, neste meu processo de aprendizagem, o meu muito obrigado.

RESUMO

Enquadramento: A funcionalidade e a qualidade de vida são focos indiscutíveis da intervenção da Enfermagem de reabilitação. A sua avaliação é relevante no estabelecimento do plano terapêutico e na mensuração de ganhos em saúde dos clientes. Contudo, verifica-se existir uma insuficiente caracterização destes indicadores de resultado.

Objetivos: Determinar os níveis de dependência funcional e de qualidade de vida dos clientes alvo de cuidados de Enfermagem de reabilitação nas unidades de cuidados continuados da Região Autónoma da Madeira, tal como, analisar a relação entre estas duas variáveis.

Metodologia: Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, nas unidades de cuidados continuados da Região Autónoma da Madeira, envolvendo 34 participantes. Os níveis de dependência funcional e de qualidade de vida foram avaliados pelo Índice de Barthel e o SF-36, respetivamente, e a relação entre estas variáveis foi investigada através da correlação de Spearman.

Resultados: Constatou-se a prevalência de dois níveis de dependência funcional, sendo esses, a independência total (44%) e a dependência ligeira (32%). Identificaram-se baixos níveis de qualidade de vida ($M=377,3$), percecionados mais negativamente ao nível da componente física ($M=134$). Porém, confirmou-se existir uma relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, particularmente traduzida pelas correlações positivas e moderadas-a-fortes, entre o domínio da mobilidade do Índice de Barthel e as componentes física, mental e o *score* total do SF-36 ($.443 \geq rho \leq .521$, $n=34$, $p<.014$) e entre o *score* total do Índice de Barthel e as componentes física, mental e o *score* total do SF-36 ($.462 \geq rho \leq .522$, $n=34$, $p<.010$).

Conclusão: Os resultados sugerem que uma melhor capacidade funcional está associada a uma melhor qualidade de vida dos participantes. O desenvolvimento de estudos que permitam compreender o impacto na qualidade de vida dos ganhos decorrentes da intervenção da Enfermagem de reabilitação no que respeita à independência funcional seria assim relevante no aperfeiçoamento da práxis.

Palavras-chave: dependência; qualidade de vida; Rede de cuidados continuados de saúde; Enfermagem em reabilitação; ganhos em saúde.

ABSTRACT

Background: Functionality and quality of life are indisputable focuses of rehabilitation nursing intervention. Their assessment is relevant in establishing the therapeutic plan and in measuring clients' health gains. However, there is an insufficient characterization of these result indicators.

Objectives: Determine the levels of functional dependence and quality of life of clients target of rehabilitation nursing care in community rehabilitation units of the Autonomous Region of Madeira, as well as analyze the relationship between these two variables.

Methodology: A quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study was carried out in community rehabilitation units of the Autonomous Region of Madeira, involving 34 participants. Levels of functional dependence and quality of life were assessed using the Barthel Index and SF-36, respectively, and the relationship between these variables was investigated using Spearman's correlation.

Results: The prevalence of two levels of functional dependence was found, such as, total independence (44%) and mild dependence (32%). Low levels of quality of life were identified ($M=377,3$), perceived more negatively at the physical component ($M=134$). However, it was confirmed that there is a statistically significant relationship between these two variables, particularly translated by the positive and moderate-to-strong correlations, between the Barthel Index mobility domain and the physical, mental components and the total SF-36 score ($.443 \geq rho \leq .521$, $n=34$, $p<.014$) and between the total Barthel Index score and the physical, mental components and the total SF-36 score ($.462 \geq rho \leq .522$, $n=34$, $p<.010$).

Conclusion: The findings suggest that the improvement in functional capacity is associated to better quality of life of the participants. Thus, the development of studies that make it possible to understand the impact on the quality of life of the gains resulting from the intervention of rehabilitation nursing with regard to functional independence, would be relevant in the improvement of its praxis.

Keywords: dependency; quality of life; delivery of health care; rehabilitation nursing; health gains.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CF – Capacidade Funcional

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

cm – centímetros

DF – Dependência Funcional

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desvio Padrão

Dr. – Doutor

DREM – Direção Regional de Estatística da Madeira

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

EUA – Estados Unidos da América

HTA – Hipertensão Arterial

IB – Índice de Barthel

IF – Independência Funcional

IMC – Índice de Massa corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

kg – quilogramas

kg/m² – quilograma por metro quadrado

M – Média

Max. – Máximo

MCEER – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

MIF – Medida de Independência Funcional

Min. – Mínimo

n – frequência absoluta

n.º – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

P – níveis de significância

p. – página

Prof. – professor

Prof.^a – professora

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

r – Correlação de Pearson

RAM – Região Autónoma da Madeira

rho – Correlação de Spearman

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados

SF-12 – 12-Item Short-Form Health Survey

SF-36 – Medical Outcomes Study 36-Item Short Form

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UEMS – Union Européenne de Médecins Spécialistes

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life Assessment

X^2 – Teste qui-quadrado de Pearson

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	15
1. ENQUADRAMENTO	19
1.1. Enquadramento do estudo.....	19
1.2. Cuidados de reabilitação.....	22
1.3. Enfermagem de reabilitação.....	24
1.4. Rede de cuidados continuados integrados.....	28
1.5. Evolução demográfica e epidemiológica.....	33
1.6. Dependência funcional	38
1.7. Qualidade de vida relacionada com a saúde.....	46
1.8. Estado da arte	52
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	59
2.1. Desenho do estudo	59
2.2. População e contexto	59
2.3. Variáveis.....	60
2.4. Instrumento de colheita de dados	60
2.5. Procedimentos e questões éticas.....	69
2.6. Tratamento estatístico.....	69
3. RESULTADOS	71
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
CONCLUSÃO.....	93
BIBLIOGRAFIA	97
APÊNDICES	i
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	iii
ANEXOS.....	xv
ANEXO A – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO/PROJETO DE INVESTIGAÇÃO	xvii
ANEXO B – PARECERES DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE E DA COMISSÃO CIENTÍFICA PARA A INVESTIGAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DA RAM, E.P.E.	xix

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos participantes por contexto da prática de cuidados	71
TABELA 2 - Distribuição dos participantes por grupo etário e variáveis sociodemográficas	72
TABELA 3 - Medidas de tendência central e de dispersão da idade, peso, altura e IMC dos participantes por grupo etário	73
TABELA 4 - Distribuição dos participantes por grupo etário e variáveis de saúde	74
TABELA 5 - Medidas de tendência central e de dispersão das variáveis de saúde dos participantes por grupo etário	75
TABELA 6 - Distribuição dos participantes por grupo etário e níveis de DF	76
TABELA 7 - Medidas de tendência central e de dispersão dos domínios do IB e das componentes da QVRS (SF-36) dos participantes por grupo etário	78
TABELA 8 - Correlações bivariadas de Spearman entre os domínios do IB e as componentes da QVRS (SF-36) dos participantes.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Dimensões do SF-36 e valores que integram o algoritmo da fórmula de conversão em notas de 0 a 100	64
FIGURA 2 - Pontos de corte do IB.....	68
FIGURA 3 - Processo de identificação e inclusão dos clientes no estudo	71
FIGURA 4 - Níveis de DF dos participantes.....	76

INTRODUÇÃO

O presente estudo surge no âmbito da unidade curricular dissertação de natureza científica, integrada no 3.º semestre do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria e a Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado. O término do referido curso pressupõe a elaboração de uma dissertação científica, sujeita a prova pública, com o intuito de se obter o título de Mestre. A atribuição do “grau de mestre comprova nível aprofundado de conhecimentos numa área científica específica e capacidade para a prática da investigação” (Ministério da Educação, 1992, p.4781). Neste sentido, a pertinência da atual dissertação, que constituindo um trabalho científico representará o culminar de uma investigação desenvolvida na área da Enfermagem de reabilitação (ER), em contexto de cuidados da REDE, onde a dependência funcional (DF) e a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) dos clientes, são os conceitos chave.

Estes dois fenómenos constituem focos indiscutíveis da intervenção da ER, sendo essenciais na avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde dos clientes, tal como, auxiliam na identificação de situações que careçam de melhoramento (Ordem dos enfermeiros [OE], 2015; Abrantes, 2018). No contexto de prática clínica analisado, os níveis de DF e de QVRS, assumem-se como relevantes indicadores de resultado, fornecendo-nos informação quanto ao progresso do programa de reabilitação. A nível pessoal, familiar e social, a capacitação, autonomia e qualidade de vida (QV) integram resultados sensíveis às intervenções da ER (OE, 2015). Na Região Autónoma da Madeira (RAM) verifica-se existir uma carência destes indicadores de resultado, pelo que se optou por desenvolver um estudo neste âmbito, pois o seu conhecimento é igualmente fundamental no estabelecimento do plano terapêutico, permitindo que este seja adequado às reais necessidades dos clientes (Sequeira, 2018; Henriques, 2017). Parte-se assim do pressuposto que é necessário conhecer para poder intervir.

Atualmente, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de reabilitação (EEER) são desafiados a demonstrarem de forma evidente a importância do seu contributo na obtenção de ganhos mensuráveis em saúde (Santos, 2017). Deste modo, importa salientar que o referido estudo integra um projeto de investigação mais amplo, cujo desígnio é

caracterizar os cuidados de ER da RAM. De carácter inédito a nível regional e nacional, este projeto emerge da necessidade de estudos que descrevam aprofundadamente as características da ER nas suas diversas dimensões e contextos de prática clínica. Este conhecimento será pertinente por constituir uma base para estudos futuros, focados particularmente no domínio da eficácia e efetividade das intervenções de ER, para além de poder contribuir para a reorganização funcional das unidades onde a pesquisa decorrerá, dada à sua importância na funcionalidade e QVRS dos clientes dependentes.

Cada vez mais a REDE assume um papel relevante na prestação de cuidados e na promoção do conforto, bem-estar e QV dos clientes, pois nos deparamos com uma população progressivamente mais envelhecida e dependente, que necessita de uma maior assistência ao longo da sua vida (Abrantes, 2018; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018; Direção Regional de Estatística da Madeira [DREM], 2018). A funcionalidade, por sua vez, constitui um parâmetro de extrema importância na avaliação do estado de saúde, da QV e de quais os cuidados necessários. A perda da capacidade funcional (CF) e a perceção da QV são assim consideradas como variáveis que se influenciam (Ferreira, 2014). Isto por se considerar que a dimensão da QV com maior impacto nos indivíduos é a dimensão física, podendo mesmo se afirmar que a melhoria das capacidades funcionais melhora a sua QV. Deste modo, a reabilitação constitui um fator preponderante na promoção da CF, sendo cada vez mais necessária e importante, dadas às novas exigências em cuidados (Lourenço, 2011; Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2012a; OE, 2015). E os EEER neste modelo de cuidados dos serviços da REDE, desempenham um papel pivot na equipa multiprofissional, determinante no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração destes clientes (Conselho de Enfermagem, 2009).

Os progressos científicos exigem que o EEER desenvolva uma prática baseada na evidência e participe igualmente em projetos de investigação, que promovam mais conhecimento e o desenvolvimento de competências na sua área de especialização (OE, 2019). A elaboração desta pesquisa contribuirá assim para o fortalecimento da competência científica, essencial a qualquer enfermeiro Mestre.

Considerando o anteriormente exposto, surge o presente estudo denominado por *Dependência funcional e qualidade de vida dos clientes alvo de cuidados de Enfermagem de reabilitação: um estudo descritivo-correlacional em unidades de Cuidados Continuados da RAM*. Deste modo, com a sua concretização pretende-se determinar os níveis de DF e de QVRS dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados

continuados da RAM, tal como, analisar a relação existente entre estas duas variáveis. Tendo em conta os objetivos definidos, pressupõe-se também responder às seguintes questões de investigação:

- ✓ Quais os níveis de DF dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM?
- ✓ Quais os níveis de QVRS dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM?
- ✓ Existe relação entre os níveis de DF e a QVRS dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM?

Bem como testar a única hipótese formulada:

- ✓ Níveis reduzidos de DF dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM estão associados a níveis mais elevados de QVRS.

Neste sentido, desenvolver-se-á um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional. A DF dos participantes será avaliada pelo Índice de Barthel (IB), considerado como o instrumento de avaliação mais frequentemente utilizado na investigação e prática clínica (Sequeira, 2018). Por sua vez, para a avaliação da QVRS recorrer-se-á ao Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36), que constituindo uma medida genérica de avaliação do estado de saúde, é igualmente um dos instrumentos mais usados com esse intuito (Ribeiro, 2005; Severo, Santos, Lopes & Barros, 2006; Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012b). A correlação entre estas duas variáveis, por seu lado, será investigada através da análise estatística inferencial.

Para além da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), optaremos pela escolha do modelo concetual de Enfermagem das teóricas Roper, Logan e Tierney, como modelo orientador da presente dissertação científica. Esta associação considera-se importante dado que este estudo decorrerá na área da ER e atendendo à temática em análise, tal permitirá a complementaridade de informação neste contexto. Fator este considerado de extrema relevância para uma intervenção de qualidade.

A escolha do referido modelo deve-se ao modo como este aborda o modelo de vida, indicando que determinados fatores internos e externos poderão influenciar as atividades de vida das pessoas ao longo do seu ciclo vital, colocando-as num continuum de dependência/independência. Tais fatores, sendo de natureza física, mental ou ambiental, podem comprometer direta ou indiretamente as doze atividades de vida pelas autoras

identificadas, modificando o processo natural e instituindo a dependência (Roper, Logan & Tierney, 2001).

Por sua vez, a opção pela CIF deve-se ao facto desta nos proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho para a descrição dos fenómenos associados aos estados de saúde, consistindo no mais recente e abrangente modelo taxonómico para a funcionalidade e a incapacidade. Esta classificação constitui uma ferramenta diária de trabalho, que facilita a comunicação entre os serviços e organizações, sendo muito útil para os profissionais de saúde na área da reabilitação. Isto porque auxiliará estes profissionais na avaliação da funcionalidade dos clientes, no diagnóstico clínico e na implementação, gestão e avaliação do plano terapêutico. Para além de facilitar a comunicação entre as diferentes disciplinas envolvidas no processo de reabilitação (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2004; OMS, 2013; Castaneda, Bergmann & Bahia, 2014).

Esta dissertação consistirá numa sistematização de todo o processo de investigação, pelo que será estruturada em quatro capítulos. No primeiro, far-se-á o enquadramento do estudo, bem como da temática em análise, através de uma revisão de literatura. No capítulo seguinte, descrever-se-á toda a metodologia de investigação utilizada. No terceiro capítulo, serão apresentados os resultados obtidos, para tal, recorreremos à análise estatística descritiva simples e inferencial. Por fim, teremos a discussão dos resultados, onde faremos uma interpretação global dos mesmos, tendo em conta os objetivos, as limitações, a multiplicidade de análise, os resultados de estudos similares e outras provas empíricas relevantes. Em anexo, encontrar-se-ão ordenados consoante a sua menção ao longo da dissertação, o instrumento de colheita de dados, tal como, a autorização para o desenvolvimento do estudo/projeto de investigação e os pareceres da Comissão de Ética para a Saúde e da Comissão Científica para a Investigação do Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.

Como normas para a sua elaboração, empregar-se-ão as *guidelines* preconizadas pela Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) e as orientações fornecidas pela orientadora desta pesquisa, a Prof.^a Doutora Bruna Ornelas Gouveia. A formatação estará conforme as diretrizes descritas no documento *Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações* (2017) da ESESJC e as referências bibliográficas serão efetuadas de acordo com a sexta edição da norma da American Psychological Association (APA). Quanto à referenciação de documentos oficiais, publicados e não publicados, adotar-se-ão as Normas Portuguesas (NP 405).

1. ENQUADRAMENTO

O presente capítulo englobará o enquadramento da investigação, bem como, a revisão de literatura realizada sobre a temática em análise. Dar-se-á o seu início pelo enquadramento do estudo, onde faremos referência à pertinência do seu desenvolvimento, e novamente aos objetivos e às questões de investigação elaboradas. De seguida, passaremos para a revisão de literatura, que consistindo na fundamentação teórica dos trabalhos científicos, permitirá contextualizar e documentar a problemática em estudo de modo a aprofundar as questões de investigação.

Neste sentido, começaremos pela contextualização dos cuidados de reabilitação, abordando o papel da ER e da Rede de cuidados continuados integrados, como um contexto de prática clínica nesta área em particular. Posteriormente, abordaremos as alterações demográficas e epidemiológicas ocorridas nos últimos tempos, passando após para a apresentação dos fenómenos em estudo (DF e QVRS) e suas diversas formas de avaliação. Para finalizar, faremos referência à evidência científica disponível acerca da temática em estudo.

1.1. Enquadramento do estudo

Atualmente, deparamo-nos com uma população cada vez mais envelhecida, dependente e com uma necessidade maior de assistência ao longo do seu ciclo vital (INE, 2018; DREM, 2018). Tal facto traduz a importância de uma mudança na organização estrutural dos cuidados de saúde atuais, dada à sua exigência. Os cuidados de reabilitação são assim cada vez mais necessários, constituindo um desafio para os EEER desenvolver a sua prática neste contexto (OE, 2015). Embora com contornos diferentes, a dependência há muito que constitui uma preocupação destes profissionais de saúde, pelas suas implicações pessoais, sociais, económicas e políticas. Deste modo, é extremamente relevante compreender “como é que uma pessoa é considerada dependente e qual o grau da sua dependência” (Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014, p.27).

É uma realidade atual, a existência de pessoas com variáveis níveis de dependência, contudo, consideram-se insuficientes os dados existentes no nosso país quanto a este fenómeno, sendo considerado pela OE (2015) como uma área emergente de investigação. Isso revela-se pelo facto do grau de dependência não ser avaliado de modo

consistente, nem se avaliar todos os setores da população, não existindo assim uma diferenciação por áreas, aspetos necessários para o diagnóstico desta problemática. Os estudos desenvolvidos em Portugal sobre esta temática, recaem sobretudo na população idosa. Esta caracterização insuficiente das pessoas dependentes dificulta o exercício profissional dos enfermeiros, pois o seu conhecimento é essencial para estabelecer o plano terapêutico, ajustá-lo à situação de dependência e selecionar os procedimentos a utilizar para ensinar e instruir estratégias adaptativas ou treinar capacidades remanescentes (Ribeiro et al., 2014).

Os objetivos da REDE adotam, social e politicamente, o autocuidado como a dimensão mais importante da saúde dos cidadãos (Petronilho, et al., 2017b). Numa unidade de cuidados continuados integrados (UCCI), os défices na capacidade de execução das atividades de vida diária (AVD) têm um grande impacto na perceção da QV. De acordo com alguns investigadores e a Direção-Geral da Saúde (DGS), a perda da CF e a perceção da QV são consideradas como variáveis que se influenciam (Ferreira, 2014).

A QV encontra-se assim igualmente associada ao estudo de saúde, particularmente, no que se refere às situações (tratamentos, cirurgias e reabilitação) em que ocorrem alterações no estado físico dos indivíduos, sendo relevante na avaliação dos resultados em saúde. Deste modo, o interesse pela QV surge perante a necessidade de se avaliar o impacto a nível físico e psicológico, causado pela incapacidade, patologia e seu tratamento. Para além disso, no contexto de prática clínica mencionado podemos considerar também a QV como um resultado do processo de cuidados, dado que estes e os serviços desempenham um papel importante na promoção do bem-estar. Face ao exposto, a REDE assume um papel cada vez mais importante na prestação de cuidados e na promoção do conforto, bem-estar e QV dos indivíduos dependentes (Abrantes, 2018).

Os cuidados de ER “têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (OE, 2015, p.16656). Em suma, a ER prima pela máxima funcionalidade e melhoria contínua da QV (Hoeman, 2011). Tais cuidados são assim considerados de extrema importância, por responderem às reais necessidades da população (OE, 2015; Camicia et al., 2014; Ferrer-Arnedo, Santamaría-García, Fernández-Batalla & Salazar-Guerra, 2014). A essência da ER e a procura da excelência nos seus cuidados, justificam e bem a pertinência do atual estudo, por estes dois fenómenos constituírem *outcomes* de

reabilitação. A capacitação, autonomia e QV constituem resultados sensíveis às intervenções de ER a nível pessoal, familiar e social (OE, 2015).

Os relatórios oficiais de monitorização do funcionamento da REDE carecem de indicadores de resultado ao nível da funcionalidade e da QV, que traduzam os ganhos em saúde das pessoas dependentes durante o seu acompanhamento, fator que despoletou a realização da presente investigação. Para além de que este estudo, integra um projeto de investigação inédito a nível regional e nacional, por ter emergido da necessidade de estudos que descrevam aprofundadamente as características da ER nas suas diversas dimensões e contextos de prática clínica. “Os campos da prática podem levantar muitas interrogações e constituir desta forma uma fonte de domínios a explorar” (Fortin, 2009, p.49).

Tendo em conta o enquadramento definido delinear-se as seguintes questões de investigação:

- ✓ Quais os níveis de DF dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM?
- ✓ Quais os níveis de QVRS dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM?
- ✓ Existe relação entre os níveis de DF e a QVRS dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM?

Assim, com a elaboração da presente investigação objetiva-se:

- ✓ Determinar os níveis de DF dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM;
- ✓ Determinar os níveis de QVRS dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM;
- ✓ Analisar a relação existente entre a DF e a QVRS dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM.

Perante a última questão de investigação formulou-se a seguinte hipótese:

- ✓ Níveis reduzidos de DF dos clientes alvo de cuidados de ER das unidades de cuidados continuados da RAM estão associados a níveis mais elevados de QVRS.

1.2. Cuidados de reabilitação

A história da reabilitação encontra-se relacionada com a crescente tomada de consciência e responsabilidade social. O interesse mundial por esta especialidade adveio particularmente de quatro acontecimentos históricos: as duas grandes guerras mundiais; o decurso rápido de urbanização e industrialização; a propagação de epidemias e o aumento do número de acidentes de trabalho (Aparecida de Souza & Mancussi e Faro, 2011). A impulsão das ciências ocorre maioritariamente em períodos trágicos, conduzindo o ser humano a reorganizar-se e adaptar-se após o caos (Hoeman, 2011).

A convergência de fatores como o envelhecimento demográfico, a maior prevalência de patologias crónicas e incapacitantes, bem como, o aumento da morbilidade devido a acidentes de variada ordem, tem contribuído para o acréscimo do número de casos de dependência em Portugal, tal como no resto da Europa (OE, 2015; Petronilho et al., 2017b). Consequentemente, a necessidade de cuidados por parte das pessoas dependentes e idosas tem aumentado nos últimos tempos, prevendo-se que tal continue a ocorrer nos próximos anos.

A dependência constitui assim um problema de saúde atual e complexo com inúmeras implicações, exigindo a tomada de medidas individuais, sociais e governamentais (Imaginário, 2004). Desta forma, a sociedade depara-se com um enorme desafio, que envolvendo domínios como o da saúde e o da prestação de cuidados, demanda o estabelecimento de soluções urgentes e adequadas, que respondam às questões políticas, económicas, tecnológicas, sociais, familiares e psicológicas (Araújo, Paúl & Martins, 2011; Sequeira, 2018). Tal facto pressupõe uma reorganização dos serviços de saúde de modo a dar resposta às necessidades de tais populações e seus familiares. Os cuidados de reabilitação são assim cada vez mais frequentes e importantes, perspetivando-se desafiante para os EEER intervir junto destes (OE, 2015).

“Reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento activo, são os desafios no momento, a nível global” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2009, p.4). A Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas proclama que devem ser desenvolvidos pelos governos os seus próprios programas de reabilitação para todas as pessoas com incapacidades. Para além disso, define que todos os indivíduos portadores de deficiências e/ou incapacidades múltiplas devem ter acesso a cuidados de reabilitação (Amaro, Moreira & Branco, 2009).

Em tempos, a reabilitação era considerada como a componente terciária na área da saúde, seguida da prevenção e do tratamento. Nos dias que correm, a fusão destes três

níveis de cuidados é o expectável de modo a maximizar-se o potencial da intervenção em reabilitação nos domínios físico, cognitivo e motivacional, mediante uma ação o mais precoce possível, que deve ser mantida no período pós-alta (Sampaio et al., 2017). Desta forma, o processo de reabilitação caracteriza-se por ser contínuo e prolongado, com uma sequência regular de intervenções (Santos, 2016).

Os cuidados de reabilitação integram os serviços de saúde por assegurarem que os indivíduos alcancem o seu pleno potencial onde quer que vivam e trabalhem (Ribeiro, Silva, Góis, Grilo & Reis, 2017). Estes cuidados são assim prestados por equipas de reabilitação no âmbito da prevenção primária, secundária ou terciária, em contexto hospitalar e comunitário, tal como em centros especializados (Branco, 2016). Estas equipas não são constituídas sempre pelos mesmos elementos, e dos que permanecem, destacam-se o próprio beneficiário, a família, o EEER, o médico, entre outros (Ribeiro et al., 2017).

Enquanto especialidade multidisciplinar, a reabilitação, sustenta um corpo de saberes e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com patologias agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial e autonomia. Os seus objetivos gerais consistem em melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa, preservando a sua auto-estima (OE, 2015).

A reabilitação tem como finalidade dotar a pessoa incapacitada, tal como aqueles que lhes são próximos, de conhecimentos e capacidades que permitam suprimir, atenuar ou ultrapassar as causas da desvantagem. Mais do que uma disciplina, esta representa o interesse no futuro da pessoa mesmo quando a cura deixa de ser possível (Hesbeen, 2003).

A OMS define a reabilitação como “o uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto da condição incapacitante e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração social” (Union Européene de Médecins Spécialistes [UEMS], 2009, p.11). Ao proporcionar uma maior autonomia pessoal, a reabilitação não só beneficia a pessoa como a sociedade. Para além de se revelar eficaz na potenciação da funcionalidade e independência da pessoa, a sua eficácia é igualmente notória na redução dos custos da dependência.

Os custos da reabilitação são frequentemente iguais ou inferiores aos que seriam assumidos pelos serviços de saúde, caso não se assegurassem tais cuidados. Tem sido demonstrado que o valor monetário gasto nos cuidados de reabilitação é recuperado, calculando-se níveis até dezassete vezes mais económicos (UEMS, 2009).

Melhores resultados são alcançados mediante a intervenção de uma equipa pluridisciplinar (ER, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, psicologia,

assistência social, entre outros), onde os vários elementos cooperam de modo a proporcionar um ambiente propício para a reabilitação do cliente, componente central dos cuidados. A interação entre os mesmos pode estruturar-se de diversas maneiras, sendo multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar (Amaro et al., 2009).

Face ao exposto, constata-se que ao processo de reabilitação está subentendido o desenvolvimento de capacidades, a melhoria funcional, uma maior autonomia, a reintegração familiar e social, o exercício da cidadania e a satisfação no decurso de vida. Neste contexto, “o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação é um recurso diferenciado, uma mais-valia no processo” (Ribeiro et al., 2017, p.831).

1.3. Enfermagem de reabilitação

A Enfermagem, enquanto profissão na área da saúde, objetiva prestar cuidados ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, e aos grupos sociais, em que ele se encontra inserido, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima CF tão rapidamente quanto possível (OE, 1996). Tal constitui um desafio para todos os enfermeiros, dada a proporção de situações em que este profissional é chamado a intervir, situando a profissão numa dimensão privilegiada e rica.

Desde o início da Era da Enfermagem Moderna, que o papel reabilitador do enfermeiro é reconhecido pela eficiência demonstrada por Florence Nightingale acerca das enfermeiras treinadas para a recuperação dos soldados feridos na guerra da Crimeia (Aparecida de Souza & Mancussi e Faro, 2011).

A enfermeira Elizabeth Kenny contribuiu igualmente neste sentido ao desenvolver uma metodologia própria de tratamento para a poliomielite. Esta, consistia na aplicação de compressas quentes e execução de exercícios musculares, colocando de parte as terapias convencionais daquela época, que consistiam essencialmente na cirurgia e no uso de talas. Numa fase inicial, era tratado o espasmo e à posteriori realizada a reeducação muscular (Khoury, 1944; Hoeman, 2011). Tal método exigia um conhecimento aprofundado a nível anatomofisiológico do sistema neuromuscular, bem como um domínio das técnicas de reeducação muscular. A introdução desta nova metodologia de trabalho e de cuidados centrados no cliente, traduzidos em ganhos em saúde, trouxe esperança aos clientes e seus familiares, conduzindo igualmente ao reconhecimento pelos seus pares, médicos e cientistas que estudaram os seus métodos (Khoury, 1944; Hoeman, 2011).

Em meados dos anos 50, deu-se início à construção do Centro de Medicina Física e de Reabilitação de Alcoitão, com o intuito de colmatar a lacuna existente no tratamento

de pessoas com grandes défices motores em Portugal (Luís, Barros, Olazabal, Caneira & Castanheira, 2003). A necessidade de uma intervenção mais especializada junto destes indivíduos gerou inquietação nos profissionais de saúde, no sentido, de os mesmos os poderem auxiliar na sua reabilitação e integração familiar, laboral e social (Rodrigues & Morais, 2015).

Perante o descrito, demonstrou-se necessário formar profissionais especializados, pelo que as enfermeiras Maria Graça Semião e Maria de Lurdes Sales Luís especializam-se em ER em Warm Springs, na Geórgia, Estados Unidos da América (EUA), entre 1963 e 1964. Constata-se assim um reconhecimento da importância dos enfermeiros na área da reabilitação, nascendo nesta década a ER portuguesa. A responsabilidade pela formação de novos EEER ficou a cargo da enfermeira Sales Luís, dando-se início ao 1.º curso de especialização em ER no dia 18 de outubro de 1965 (Luís et al., 2003).

A ER foi evoluindo na sua consolidação, desde uma base fundamentalmente prática para um conhecimento mais científico, pela evolução da formação académica e construção do seu saber por meio da experiência. As necessidades das pessoas relacionadas com a autonomia nos autocuidados e o interesse dos EEER na aquisição de competências que os permitissem intervir eficazmente face aos desafios impostos, motivaram o progresso de uma prática empírica para uma intervenção baseada na evidência (Rodrigues & Morais, 2015).

As alterações demográficas atuais associadas ao aumento das patologias crónicas e a uma maior prevalência da dependência nos autocuidados, tornam a ER numa das especialidades que melhor responde a tais exigências (Morais, Cruz & Oliveira, 2016). Esta, constitui uma área de intervenção da Enfermagem, de excelência e referência, uma vez que “traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a uma maior autonomia” (OE, 2015, p.16656).

A especialidade de ER conta com um perfil de competências específicas estabelecido no Regulamento n.º 125/2011, posteriormente revogado pelo Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. De acordo com o mesmo, o campo de atuação do EEER desenvolve-se em vários contextos, desde o hospitalar ao comunitário, intervindo ao longo do ciclo de vida. As unidades de Rede de cuidados continuados integrados constituem um desses exemplos (Rodrigues & Morais, 2015).

O EEER detém um conjunto de habilidades centradas no âmbito da reabilitação funcional sensório-motora, cognitiva e cardiorrespiratória, da comunicação, alimentação,

eliminação e sexualidade, objetivando a capacitação da pessoa portadora de patologia aguda ou crónica com limitações funcionais. Neste sentido, o Regulamento das Competências Específicas deste profissional inclui três grandes competências, designadas no ponto 1 do artigo 4.º (OE, 2019).

A competência descrita em primeiro lugar indica que o EEER “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019, p.13566). Nesta competência são definidas as necessidades de intervenção especializada da ER em pessoas de qualquer idade, impossibilitadas de executar atividades básicas, consequência da sua condição de saúde, permanente ou temporária. Deste modo, o EEER concebe, implementa e avalia planos, tendo em vista a QV, a reintegração e a participação social (OE, 2019).

A competência seguinte designa que este profissional “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2019, p.13566). De acordo com a mesma, o EEER tem como missão o desenvolvimento de ações autónomas e/ou em parceria com outras disciplinas de acordo com o enquadramento social, económico e político no sentido de alcançar uma consciência social inclusiva, analisando a problemática da deficiência, limitação da atividade e da exclusão social atual (OE, 2019).

A última competência assinala que o EEER “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019, p.13566). Em interação com esta, este profissional desenvolve atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e deste modo possibilitar um melhor desempenho motor e cardiorrespiratório, potenciando o seu desenvolvimento e rendimento pessoal (OE, 2019).

O agir profissional do EEER orienta-se pelos padrões de qualidade de cuidados, tais como a satisfação do cliente, o bem-estar e o autocuidado, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a readaptação e a reeducação funcional e a promoção da inclusão social (OE, 2015; Ribeiro et al., 2017).

No processo de reabilitar, a ER envolve a pessoa, delineando conjuntamente objetivos para maximizar a independência nas AVD, promover o autocuidado, prevenir complicações e consequentes incapacidades, facilitar a adaptação e assegurar a continuidade dos cuidados, procurando a melhoria contínua da QV (Hoeman, 2011). Neste sentido, recorre à reeducação funcional respiratória, reeducação funcional sensório-motora, treino de AVD, ensino sobre otimização ambiental e prevenção de acidentes, instrução e treino de ajudas técnicas, não se limitando a seguir planos de cuidados medicamente

standardizados (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER], 2010; Hoeman, 2011; OE, 2019).

Os cuidados especializados em ER relevam-se deste modo pertinentes, por irem ao encontro das verdadeiras necessidades da população e das novas exigências em cuidados (OE, 2015; Camicia et al., 2014; Ferrer-Arnedo et al., 2014). A ER prima pela máxima funcionalidade e melhoria da QV, não devendo ser vista como uma área de intervenção de último recurso, mas como uma especialidade obrigatoriamente inserida no conjunto de respostas médico-sociais que se pretende no período que se avizinha (Hesbeen, 2003; Camicia et al., 2014; Sampaio et al., 2017).

Um dos desafios atuais da ER, está relacionado com a efetiva afirmação dos profissionais especializados nesta área na obtenção de ganhos mensuráveis em saúde, capazes de demonstrarem de modo evidente a importância destes na prestação de cuidados e gestão das unidades prestadoras dos mesmos (Santos, 2017).

O estudo desenvolvido por Lista (2018) sobre os *Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de reabilitação, à pessoa dependente no autocuidado com comorbidade*, demonstrou que este tipo de cuidados especializados contribui de modo evidente para ganhos em saúde a todos os níveis na população estudada, sendo estatisticamente significativa a melhoria dos *scores* gerais de funcionalidade. Num outro estudo denominado por *Ganhos em saúde no serviço de Medicina Física e Reabilitação: contributo do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação*, realizado por Santos (2017), verificamos a existência de ganhos em saúde sensíveis à intervenção deste profissional, particularmente, nos clientes com elevado e moderado grau de dependência no autocuidado. O sucesso da reabilitação dos clientes neste contexto da prática de cuidados é alcançado se a intervenção for concretizada por uma equipa multidisciplinar, tendo por base a interdisciplinaridade e a complementaridade e se, especialmente, for constituída por uma equipa de Enfermagem maioritariamente especialista em ER (Santos, 2017).

Como área de intervenção clínica reconhecida, a ER contribui para a obtenção de ganhos adicionais em saúde, nomeadamente: na diminuição da necessidade de recurso aos cuidados de saúde, como os serviços de urgência; na redução do número de internamentos, sua duração e custos; na diminuição da morbilidade; na redução da incidência e prevalência de problemas de saúde associados à inatividade (úlceras por pressão, deformidades ósseas, hipotonia muscular, infeções respiratórias e urinárias); na diminuição do consumo de fármacos; numa maior adesão ao regime terapêutico; no aumento do nível

de independência das pessoas e das famílias; na redução da dependência funcional e social; em menos gastos em apoios sociais e de saúde no domicílio e comunidade, pela adaptação do ambiente e capacitação para uma menor dependência socioeconómica; na otimização da reintegração familiar e social (APER, 2010).

O surgimento de uma dependência demanda uma transição para uma nova vida, de modo a facilitar a adaptação a este novo estado, os EEER promovem processos de readaptação sempre que ocorram distúrbios da funcionalidade, qualquer que seja o contexto onde a pessoa se encontre (Sequeira, 2018; OE, 2015). Para além de auxiliar a pessoa neste processo de adaptação, estes profissionais também proporcionam um ambiente terapêutico para a sua família. De igual modo, intervêm educando e habilitando-os para serem os agentes da sua própria saúde (Camicia et al., 2014).

Os princípios e fundamentos da ER aplicam-se em todos os níveis de cuidados, sendo essenciais na promoção da qualidade em todos os setores da saúde, pelo seu papel orientador para outras especialidades (Hoeman, 2011).

1.4. Rede de cuidados continuados integrados

Na génese da Rede de cuidados continuados integrados, encontram-se as alterações demográficas e epidemiológicas aliadas às mudanças na estrutura familiar e social. Estas modificações determinaram o surgimento de novas necessidades em Portugal, cuja satisfação exigiu uma reorganização nos sistemas de saúde e de proteção social, no sentido, de se adequarem os serviços prestados (Assembleia Legislativa da RAM, 2007; UMCCI, 2009; Monteiro, Santos & Costa, 2013).

A rede de serviços existentes não respondia de forma integrada e articulada às necessidades atuais de cuidados, dado que era crucial garantir a continuidade de cuidados no período em que o internamento em hospitais de agudos não se justificava, pelos riscos e custos associados, e a condição clínica não permitia a alta integral para o domicílio (Monteiro et al., 2013). O tratamento e a reabilitação destes casos, pressuponha a implementação de um novo modelo de intervenção, que agregasse as áreas da saúde e da ação social e inclui-se respostas diferenciadas e personalizadas às condições peculiares dos seus beneficiários (Assembleia Legislativa da RAM, 2007). O respetivo modelo teria de corresponder a um nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de internamento hospitalar e os comunitários (Ministério da Saúde, 2006).

Diversos estudos revelam existir uma sobreutilização dos cuidados de saúde por clientes que precisam, antes demais, de cuidados continuados. Tal facto verifica-se

importante, não só pelo consumo desnecessário de recursos, como pela preservação da funcionalidade. Neste sentido, nas últimas décadas muitos países europeus desenvolveram processos de implementação de novas redes de cuidados para idosos e pessoas dependentes. O Reino Unido, por exemplo, desenvolveu o designado *NHS Continuing Health Care* e a Catalunha, por sua vez, criou um programa sócio sanitário que converge os serviços de saúde numa rede específica (DSG, 2014b).

Em Portugal, foi definido um plano para o desenvolvimento gradual de um conjunto de serviços adaptados nas áreas da saúde e da segurança social, que respondesse à progressiva necessidade de cuidados dos indivíduos em situação de dependência (Monteiro et al., 2013). Foi assim criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), constituindo um modelo organizativo e funcional no desenvolvimento de tal estratégia, que teve como base o programa desenvolvido na Catalunha (UMCCI, 2009; DGS, 2014b). A RNCCI resulta de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, sendo a sua coordenação desempenhada pela UMCCI.

Os cuidados continuados integrados constituem o conjunto de intervenções de saúde e de apoio social, que visam a promoção da autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Ministério da Saúde, 2006). Estes cuidados objetivam, assim, colmatar uma lacuna existente nos serviços de saúde em Portugal, constituindo um dos investimentos governamentais mais importantes nesta área nas últimas décadas (Campos, 2008). Apesar disso, Portugal continua a ser considerado como um dos países menos dotados de estruturas de apoio social e de cuidados de saúde a indivíduos dependentes e idosos (Monteiro et al., 2013).

O estudo de Petronilho et al. (2017b) acerca da *Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, revelou que esta constitui um recurso muito proveitoso para as famílias, face ao envelhecimento demográfico e consequente aumento do número de indivíduos dependentes. Outro estudo desenvolvido por Petronilho, Pereira e Silva (2017a) sobre a *Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado*, demonstrou que 58,6% das pessoas dependentes no momento da alta regressaram ao domicílio, enquanto que 28,1% tiveram como destino as unidades da RNCCI.

A REDE nacional vai de encontro aos pressupostos internacionais determinados para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados, que são: a necessidade de

reduzir os internamentos desnecessários e o recurso aos serviços de urgência por ausência de acompanhamento continuado; a redução dos reinternamentos hospitalares; a diminuição do número de altas hospitalares tardias; o aumento da capacidade de intervenção dos serviços de saúde e de apoio social no que concerne à reabilitação integral e promoção da autonomia; possibilitar melhores serviços no apoio continuado a clientes em situação de fragilidade ou com patologias crónicas; assegurar melhores serviços de apoio na recuperação da funcionalidade e na continuidade de cuidados pós-internamento hospitalar, e flexibilização da organização e do planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde, por meio da identificação cautelosa das necessidades de cuidados da população, a nível regional (UMCCI, 2011).

No estudo de Petronilho et al. (2017b), verificou-se ganhos em saúde efetivos durante o período de acompanhamento na RNCCI, particularmente, na melhoria do compromisso nos processos corporais e do nível de dependência no autocuidado. Segundo dados do Ministério da Saúde, 81% dos clientes com alta da RNCCI, durante o 1.º semestre de 2008, tiveram como destino o domicílio, destes, 67% não continuaram a receber apoio por não ter sido identificada necessidade de continuidade dos cuidados (Gabinete de estratégia e planeamento, 2009).

Na RAM, a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI), igualmente denominada por REDE, teve o seu início por meio de um projeto-piloto divulgado em abril de 2004. A sua criação foi posteriormente procedida pelo Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março. Entretanto, revelou-se apropriado proceder à reformulação do modelo organizativo da REDE, por meio da revogação do regime jurídico em vigor e adaptação do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho (Assembleia Legislativa da RAM, 2012).

As unidades de REDE encontram-se atualmente num processo de reorganização funcional. Com a elaboração do presente estudo, pretende-se obter dados que possam ser utilizados nesse sentido. A nova estrutura e composição da REDE, tal como os seus níveis de coordenação, condições de instalação e funcionamento, encontram-se por sua vez descritos na Portaria n.º 234/2018, de 20 de julho. Esta portaria é de extrema importância para garantir o adequado funcionamento da REDE, bem como para o fornecimento de respostas que ajudem a minorizar os problemas consequentes das altas clínicas problemáticas, com que se depara atualmente o Serviço de Saúde da RAM.

A REDE é composta pelo Serviço Regional de Saúde, E.P.E. e o Centro de Segurança Social da Madeira, tal como por instituições particulares de solidariedade social,

misericórdias, autarquias locais, pessoas coletivas de utilidade públicas e entidades privadas que prestem cuidados continuados (Assembleia Legislativa da RAM, 2007).

O objetivo geral da REDE consiste na “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Ministério da Saúde, 2006, p.3858). Deste modo, acedem à REDE os cidadãos de qualquer faixa etária residentes na RAM, “que se encontrem em situação de perda de funcionalidade ou em situação de dependência, afetados na estrutura anatómica ou nas funções psicológica ou fisiológica, com limitação acentuada e que necessitem de cuidados interdisciplinares de saúde e de apoio social” (Assembleia Legislativa da RAM, 2007, p.1621). Esta limitação funcional pode ser decorrente de uma patologia crónica ou consequência de uma doença aguda em estado avançado ou terminal (Portaria 234/2018).

O ingresso na REDE é estipulado pela equipa de coordenação local, mediante proposta de referenciação dos serviços hospitalares, centros de saúde das áreas de residência, instituto de segurança social e parceiros sociais, na decorrência do diagnóstico da situação de dependência, através de avaliação médica, de Enfermagem e social (Assembleia Legislativa da RAM, 2007; Portaria 234/2018).

A gestão e coordenação da REDE a nível regional e local são asseguradas pelas equipas de coordenação regional e local, respetivamente. É da responsabilidade das equipas de coordenação local, garantir a estruturação das respostas existentes para a prestação de cuidados integrados, podendo estes serem prestados, tanto no domicílio do cliente, como em instalações próprias (Assembleia Legislativa da RAM, 2007; Portaria n.º 234/2018). Por seu lado, a prestação de cuidados continuados integrados é garantida pelas equipas prestadoras, organizadas em unidades locais (Assembleia Legislativa da RAM, 2007). Estas equipas designam-se multidisciplinares, sendo constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros profissionais que prestem cuidados paliativos (Monteiro et al., 2013). Para além destas, existem as equipas de coordenação hospitalar, que tendo como função acompanhar o planeamento da alta, identificam a necessidade de cuidados continuados integrados dos clientes.

Deste modo, a REDE inclui os seguintes tipos de serviços: o apoio integrado domiciliário; os centros de promoção de autonomia e as unidades de apoio integrado de internamento de curta, média e longa durações (Assembleia Legislativa da RAM, 2007). Com a sua reestruturação, pretende-se que estes sejam organizados por: unidades de internamento (unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação [UMDR] e unidades de longa duração e manutenção [ULDM]); unidades de ambulatório

(unidade de dia e de promoção da autonomia); equipas hospitalares (equipas de gestão de altas) e equipas domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados).

As unidades de apoio integrado constituem um serviço de internamento temporário, provido de espaço físico próprio em articulação com o setor hospitalar para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, a clientes com perda temporária de autonomia potencialmente recuperável, resultante de processos patológicos agudos ou crónicos por reagudização ocorridos no domicílio. O período de internamento nestas unidades varia entre os 30 e 180 dias consecutivos, tendo como objetivos a reabilitação integral da pessoa e sua reintegração familiar e social com a máxima autonomia (Assembleia Legislativa da RAM, 2007).

Atualmente, estas unidades são constituídas pelas RRCCI de São Vicente, RRCCI de Santo António e RRCCI - Hospital Dr. João de Almada, apresentando as duas primeiras uma lotação de 11 camas e a última de 20. Tal, perfaz um total de 42 vagas, para uma população residente na RAM estimada em 254 368 pessoas (DREM, 2018). É neste contexto de prática de cuidados que será desenvolvido o respetivo estudo.

A nível nacional, anualmente, é realizado um relatório de monitorização da RNCCI, o mesmo não se verifica na RAM quanto à RRCCI. Ao analisarmos o relatório de 2017, constata-se que nesse ano foram referenciados para a RNCCI um total de 40 061 clientes. A percentagem de referenciação pelos hospitais foi de 65,9% e de 34,1% pelos cuidados de saúde primários, sendo para a UMDR para onde houve maior número de clientes referenciados (28,7%). O tempo médio de internamento nesta tipologia de cuidados da REDE foi de 85 dias.

Quanto à caracterização dos clientes, verifica-se que 82,9% da população da RNCCI em 2017 apresentava idade superior a 65 anos, 55,1% era do sexo feminino e 88,3% tinha escolaridade menor que 6 anos. No que se refere à coabitação, 69,1% dos clientes viviam com a família natural e 25,2% viviam sós. O apoio prestado era de 68% pelos familiares, de 16% pela ajuda domiciliária e de 8% por técnicos do serviço social.

Relativamente aos motivos de referenciação para a RNCCI, os que mais se destacaram foram a “dependência de AVD” e o “ensino utente/cuidador informal”, ambos com 90% a nível nacional. Dos motivos de referenciação, a necessidade de “reabilitação” nas unidades de convalescença foi de 91% e nas UMDR foi de 84%. Os diagnósticos associados com a patologia vascular cerebral e as fraturas do fémur, representaram respetivamente, 22,1% e 11,2% dos diagnósticos principais. Por sua vez, a hipertensão arterial (HTA, [15,7%]) e a diabetes *mellitus* (10%) tiveram a maior percentagem nos

diagnósticos secundários. Em 78% dos casos foram atingidos os objetivos aquando da alta da REDE (Administração Central do Sistema de Saúde, 2018).

As diversas equipas de saúde da RNCCI devem incluir igualmente o EEER. A intervenção deste profissional visa a recuperação, adaptação ou manutenção da funcionalidade da pessoa, bem como, o treino do cuidador informal no planeamento do regresso ao domicílio, pelo que se considera um elemento essencial nas unidades de internamento e equipas domiciliárias (Conselho de Enfermagem, 2009). Em qualquer um destes contextos, “os enfermeiros de reabilitação são competentes e têm o perfil adequado para ser o profissional capaz de promover e potencializar a capacidade de reabilitação de cada pessoa ou ajudar a lidar com as incapacidades e desvantagens” (APER, 2010, p.3). Neste modelo de cuidados dos serviços da REDE, os EEER “desempenham um papel pivot na equipa multiprofissional, determinantes no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar potenciando o seu desenvolvimento” (Conselho de Enfermagem, 2009, p.24).

1.5. Evolução demográfica e epidemiológica

O contexto atual da sociedade portuguesa, à semelhança dos países desenvolvidos, caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico, resultado do aumento da esperança média de vida, da diminuição da taxa de natalidade e dos saldos migratórios negativos observados até 2016 (Ribeiro et al., 2014; Sequeira, 2018; INE, 2018). O número de idosos na maioria destes países, excederá em 2050, os dois terços da população total, colocando assim em risco a sustentabilidade da mesma, caso não sejam tomadas medidas atempadamente (Sequeira, 2018).

A proporção de idosos, que em 1960 representava 8% do total da população portuguesa, aumentou em 2011 para 19% (2 010 064 idosos). As projeções nacionais, sugerem um aumento continuado e significativo do envelhecimento demográfico, verificando-se que entre 2012 e 2060, no cenário central, o índice de envelhecimento aumente de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens (INE, 2014). Em aproximadamente 40 anos, cerca de três milhões da população do país será idosa. Atualmente, 21% dos portugueses tem 65 ou mais anos, enquanto 14% tem menos de 15 anos de idade (Ministério da Saúde, 2018). Estima-se que Portugal seja o quarto país da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas, precedido apenas pela Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%) [Lobo, Santos & Gomes, 2014].

A população madeirense apresenta uma igual tendência para o envelhecimento demográfico, sendo a proporção de jovens (13,9%) em 2017, inferior à idosa (16,4%). Tal facto traduz um aumento do índice de envelhecimento de 95,0 para 117,8, entre 2013 e 2017 (DREM, 2018). São Vicente e Santana são os municípios mais envelhecidos da RAM, com índices de envelhecimento, respetivamente de 242 e 241. Com um índice de envelhecimento de 67, Santa Cruz é assim considerado o município madeirense menos envelhecido. Entre 2013 e 2017, verificou-se um aumento deste índice em todos os municípios da região (DREM, 2018).

A esperança de vida à nascença para a população madeirense no triénio 2015-2017, foi de 78,18 anos, sendo de 74,25 anos para os homens e de 81,43 anos para as mulheres. Estes valores foram ligeiramente superiores aos obtidos no período antecedente, mantendo-se a propensão para o aumento da longevidade. Por sua vez, a esperança média de vida aos 65 anos para o total da população residente na RAM, entre 2015-2017, foi de 17,75 anos, tratando-se de 15,12 anos para os homens e de 19,40 anos para as mulheres (DREM, 2018). Em 2080, prevê-se que em Portugal, a esperança de vida seja de 87,38 anos para os homens e de 92,10 anos para as mulheres (INE, 2018).

Apesar da esperança de vida das mulheres ser superior à dos homens, estes podem viver mais anos sem limitações funcionais ou incapacidades (INE, 2013). Ainda que a dependência possa estar presente em qualquer faixa etária, a sua prevalência aumenta com a idade e no género feminino (Ribeiro et al., 2014; Fabbri et al., 2015).

As alterações na estrutura etária da população influenciam tanto o grau de envelhecimento como de dependência das populações (INE, 2018). Tal, deve-se ao facto de o envelhecimento se encontrar associado a um risco maior de doença e, de modo consequente, a um superior índice de dependência, ao qual se relaciona uma maior necessidade de cuidados formais e informais (Sequeira, 2018).

O índice de dependência em Portugal, aumentou assim, devido ao aumento do índice de dependência de idosos, ocorrendo de forma semelhante em todas as regiões do Continente. Em 2017, o índice de dependência total era de 54,7 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, valor para o qual contribuíam 21,4 jovens e 33,3 idosos (INE, 2018). Por seu lado, na RAM, o índice de dependência total era de 43 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, valor para o qual contribuíram 20 jovens e 24 idosos. Segundo os dados da DREM (2018), o índice de dependência de idosos é mais alto no município de São Vicente (40,8) e mais baixo em Santa Cruz (15,2), enquanto que o valor mais elevado do índice de dependência de jovens verifica-se em Câmara de Lobos (22,9) e

o mais reduzido em Santana (15,7). Todavia, o índice de dependência total na RAM diminuiu ligeiramente de 44 para 43 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, entre 2013 e 2017. Apesar disso, as projeções nacionais preveem que o índice de dependência continue a aumentar nos próximos anos, atingindo os 57,8% em 2050, o que indica que mais de metade dos idosos serão dependentes de outras pessoas (Sequeira, 2018).

O envelhecimento humano está associado a um conjunto de alterações biopsicossociais que ocorrem ao longo do ciclo vital, constituindo um processo dinâmico e complexo que poderá levar à dependência pela deterioração endógena das capacidades funcionais do organismo (Araújo et al., 2011; Sequeira, 2018). A perda da CF e, consequentemente da autonomia, constitui assim um dos problemas que pode afetar a população idosa, devido não só às perturbações físicas como às mentais.

O crescente isolamento deste grupo etário, habitualmente relacionado com as mudanças na organização e dinâmica familiar, o elevado número de idosos que vivem sozinhos (60%) ou com cônjuge também idoso, e as situações de pobreza nesta população, conduzem igualmente a situações de dependência económica e social (Gonçalves, 2010). Face ao exposto, conclui-se que a dependência envolve mais que os aspetos físicos, incluindo igualmente fatores cognitivos, condições emocionais, sociais e económicas (Macêdo, Cerchiari, Alvarenga, Faccenda & Oliveira, 2012).

Atendendo ao perfil demográfico da população portuguesa, a caracterização da incapacidade funcional dos idosos assume particular importância. Cerca de 50% dos indivíduos que constituem este grupo etário, apresentam muita dificuldade ou não conseguem executar pelo menos uma das seguintes atividades diárias: ver; ouvir; andar; memória/concentração; tomar banho/vestir-se e compreender os outros/fazer-se entender. Tais dificuldades, afetam assim, 995 213 indivíduos com 65 ou mais anos (INE, 2012).

Entre os 65 e 69 anos de idade, a taxa de incidência de pelo menos uma incapacidade funcional é de 30%, enquanto que para o grupo etário dos 75 aos 79 anos, esta é superior a 50%. Perante o exposto, verifica-se existir com o avançar da idade um aumento da incapacidade funcional. Ao analisarmos as dificuldades manifestadas, observa-se que 70% não consegue ou manifesta muita dificuldade em andar ou subir escadas, 50% revela dificuldade em ver, mesmo usando óculos, e 40% apresenta problemas relacionados com a memória. Apesar das limitações no andar constituírem a principal dificuldade expressa em todos os grupos etários da população referida, constata-se nas idades mais avançadas um aumento da incidência das dificuldades associadas com o banho, vestir-se,

compreender e fazer-se entender (INE, 2012). Tal, traduz-se no estudo denominado *A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem* de Ribeiro et al. (2014), onde se verifica que a percentagem maior de indivíduos dependentes tinha idade igual ou superior a 80 anos (39,8%).

Estudos desenvolvidos sobre o fenómeno do envelhecimento humano na área da saúde, demonstram existir uma correlação positiva entre a idade e a dependência nas AVD, consequência das alterações ao nível da funcionalidade (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015). O desenvolvimento de estudos empíricos no concelho de Lisboa (Da Costa, 2013), região metropolitana do Porto (Gonçalves, 2013; Ribeiro et al., 2014; Filipe, 2015) e zona do Minho (Petronilho, 2013), permitiu conhecer a real dimensão deste fenómeno e das famílias que agregam indivíduos dependentes, em Portugal.

Existem cerca de 4 milhões de famílias clássicas portuguesas, das quais 2,9% têm pelo menos um familiar dependente, sendo uma quantidade considerável destes, acamados, aproximadamente 48 mil casos (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2015; Petronilho et al., 2017a). De modo a garantir a qualidade na continuidade de cuidados integrados de saúde e apoio social, estes indivíduos dependentes possuem critérios de referência para a RNCCI (Petronilho, et al., 2017b).

Os progressos do desenvolvimento, em geral, e das ciências da saúde, em particular, juntamente com as alterações sociodemográficas, conduziram a uma maior prevalência de patologias crónicas (Ribeiro et al., 2014; Sequeira, 2018). Consequentemente, tais patologias traduzem um aumento significativo do número de pessoas com limitações físicas, cognitivas e emocionais, que podem levar a diferentes tipos e níveis de dependência (Petronilho, 2007; Martins, 2002). Nos idosos, constata-se a presença de pelo menos uma patologia crónica e/ou diversos problemas concomitantes, como as deficiências auditivas e visuais, o que traduz uma maior vulnerabilidade destes, comparativamente com os indivíduos adultos (Sequeira, 2018).

A patologia crónica define-se como:

a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada (Ministério da Saúde, 2006, p.3857).

As patologias crónicas representam cerca de 40 a 45% das doenças sinalizadas em Portugal e a tendência é para que este número continue a aumentar exponencialmente. Como exemplos destas patologias, temos as doenças cérebro-cardiovasculares, os distúrbios respiratórios, as neoplasias, a diabetes *mellitus*, as doenças musculoesqueléticas e mentais (OMS, 2005; Ministério da Saúde, 2018).

No estudo desenvolvido por Rodrigues, Scudeller, Pedrazzi, Schiavetto e Lange (2008), constatou-se que a patologia que mais comprometeu a independência funcional (IF) foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC), seguido das cardiopatias. Num outro estudo sobre *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal* realizado por De Andrade (2009), verificou-se que as principais patologias responsáveis pela dependência foram as do aparelho musculoesquelético, seguidas pelas do aparelho circulatório. A patologia particularmente responsável pelo maior número de situações de dependência foi o AVC, seguido das fraturas.

O AVC constitui uma das principais causas de incapacidade permanente em Portugal, afetando maioritariamente os idosos (DGS, 2014a). Calcula-se que cerca de 70% dos indivíduos que sobrevivam ao AVC apresentem incapacidades. Estudos desenvolvidos pela DGS em 2004, demonstraram que após um AVC, 14% dos clientes apresentavam incapacidade grave, 15% incapacidade ligeira e 59% mantinham-se independentes (Santos & De Oliveira, 2015).

No estudo de Sequeira (2010) realizado com 184 idosos dependentes, dos quais 101 apresentavam dependência física, as principais patologias associadas foram as cardiovasculares, a diabetes *mellitus* e as osteoarticulares. As patologias reumáticas, por exemplo, encontram-se igualmente frequentes na população idosa (Menoita, Sousa, Alvo & Vieira, 2012).

Ao analisar o estudo de Ribeiro et al. (2014), constatou-se que a doença crónica (63,8%) e o envelhecimento (31,5%) são as principais causas de dependência, sendo a sua instalação predominantemente gradual (66,5%). Contudo, esta depende igualmente de outros fatores, tais como, o genótipo, o estilo de vida, o meio ambiente e o contexto socioeconómico e cultural (Paschoal, 2002).

Torna-se importante salientar, que o número considerável de acidentes de trabalho e de viação, contribuem igualmente para o aumento de sequelas incapacitantes, que impedem as pessoas de executarem por si só, as AVD (Ribeiro et al., 2014). Na Europa, as perturbações musculoesqueléticas constituem o problema mais comum relacionado com o

trabalho, desenvolvendo-se de forma gradual, causado pelo mesmo ou pelas suas condições. Tais perturbações podem resultar também de acidentes, como fraturas e descolamentos, afetando habitualmente as regiões dorso-lombar, cervical, ombros e membros superiores e menos frequentemente os membros inferiores (INE, 2012).

Perante o exposto, conclui-se que a transição para a dependência é um processo complexo, multidimensional e multicausal, que pode resultar de um acontecimento não previsto, que ocorre abruptamente ou de forma progressiva, pela diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo (Sequeira, 2018). “Considerando-se a pessoa um sistema aberto, poderemos reforçar a ideia de que existe a dependência física, psíquica, económica, social, sendo que cada uma delas inter-relaciona-se e constitui-se como um todo” (Araújo et al., 2011, p.870).

1.6. Dependência funcional

O ser humano inicia desde que nasce um trajeto de vida progressivo e sistemático, que o permite poder transitar de um estado de total dependência para a independência necessária, a fim de viver como um cidadão autónomo. Parte integrante de um grupo (pais-família-comunidade), que assegura os cuidados essenciais para um desenvolvimento saudável, a fim de o tornar um ser capaz de cuidar de si e tomar decisões conscientes, num decurso que o pode levar ao papel de cuidador (Reis & Bule, 2016).

A durabilidade da vida de cada pessoa decorre do nascimento até à morte, e compreende um conjunto de atividades que apesar da idade e das circunstâncias em que esta se encontre, integram o complexo processo do “viver”. O desempenho dessas atividades sofre influência das diversas fases da vida (latência, infância, adolescência, idade adulta e velhice), dependendo da idade em que a pessoa se encontre. Tal remete-nos para o modelo de Enfermagem baseado nas AVD, o qual compreende cinco componentes essenciais: duração de vida; atividades de vida; grau de dependência/independência; fatores que influenciam as atividades de vida e individualidade no viver (Roper et al., 2001).

As atividades de vida incorporam o conceito central deste modelo e designam-se por: manutenção de um ambiente seguro; comunicação; respiração; alimentação; eliminação; higiene pessoal e vestuário; controle da temperatura do corpo; mobilidade; trabalho e lazer; expressão da sexualidade; sono e morte. Estas relacionam-se entre si, de modo que uma mudança numa das atividades, gera alterações no desempenho das restantes (Roper et al., 2001).

A componente do referido modelo denominada por grau de dependência/independência, pressupõe a identificação da presença de fases ao longo do ciclo vital, onde a pessoa ainda não consegue, ou por vários motivos não pode mais, desempenhar certas atividades de vida de forma independente. Os termos dependência total e independência total são assim utilizados neste modelo para descrever os pólos de continuidade, e as setas indicam o movimento ocorrido em cada direção, tendo em conta as circunstâncias (Roper et al., 2001).

Para além de estar relacionado com as etapas da vida, o grau de dependência/independência encontra-se estreitamente ligado aos fatores que influenciam as atividades de vida (Roper et al., 2001). Estes fatores descritos em físicos, psicológicos, ambientais, socioculturais e político-económicos, explicam o facto de cada pessoa desempenhar as suas atividades de vida de forma distinta. O referido modelo centra a sua atenção na vida tal como esta é vivida por cada pessoa e a componente, individualidade no viver, enfatiza este aspeto. A individualidade pode manifestar-se de vários modos: “como; quantas vezes; onde; quando; porque é que essa pessoa desempenha determinada atividade de vida de uma forma particular; o que é que a pessoa sabe, acredita, e qual é a atitude da pessoa em relação à atividade de vida” (Bezerra, Pagliuca & Galvão, 2009, p.844).

Não sendo exclusiva de um determinado grupo etário, a dependência poderá estar presente em qualquer etapa do ciclo vital. Esta não é assim definida pela idade, mas por determinadas condições patológicas que conduzem ao declínio e conseqüentemente à dependência (Araújo et al., 2011). No entanto, é nitidamente visível uma maior prevalência na população idosa, consequência do processo gradual de envelhecimento humano e da presença de patologias crónicas (Cabrita, 2004). Por sua vez, nos grupos etários mais jovens, a dependência encontra-se mais frequentemente associada à deficiência congénita ou adquirida (Gabinete de estratégia e planeamento, 2009).

Analisando os dados referentes a cada grupo etário da população residente em Portugal, observa-se que a prevalência de deficiência ou incapacidade é de 5% nos indivíduos com idade entre os 5 e 14 anos, por seu lado, esta é de 4% dos 15 aos 24 anos, de 24% entre os 25 e 64 anos e de 42% nas pessoas com 65 ou mais anos. Quanto à faixa etária com idade inferior aos cinco anos, não existem dados sobre a prevalência de deficiência (INE, 2011).

A legislação portuguesa considera “em situação de dependência os indivíduos que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades

básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem” (Ministério da Saúde, 1999, p. 4397). De acordo com a mesma, a dependência é definida como:

a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou 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 (Ministério da Saúde, 2006, p. 3857).

O conceito de dependência apresentado pelo Conselho de Europa (1998) engloba a necessidade de assistência de outra pessoa para realizar as AVD, pela incapacidade imposta por uma limitação física, psíquica ou intelectual. Nesta sequência, para os profissionais de saúde, a dependência representa a necessidade de ajuda por parte da pessoa na realização das AVD, devido à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou social, essencial para o seu ajuste e relacionamento com o meio envolvente (Grelha, 2009; Figueiredo, 2007).

Ao analisarmos o fenómeno da DF, partindo do seu inverso, a independência funcional (IF), constatamos que esta se refere à capacidade da pessoa executar pelos seus próprios meios uma tarefa motora. Verificamos que a mesma se encontra relacionada com a mobilidade e funcionalidade, possibilitando desse modo que a pessoa possa viver sem o auxílio dos demais para a concretização de atos correntes da vida diária (Netto, 2006).

Face ao anteriormente descrito, conclui-se que a DF surge associada a um défice de funcionalidade, provocado por uma condição aguda ou crónica, que gera incapacidades parciais, totais, temporárias ou permanentes, que não sendo compensadas na totalidade por uma ajuda técnica, são assim compensadas com ajuda de outra pessoa (Paschoal, 2007; Henriques, 2017; Sequeira, 2018). Tal perspetiva é coerente com a CIF, que sendo uma classificação desenvolvida pela OMS em 2001, reúne de forma sistemática os domínios relacionados com a saúde. De acordo com a mesma, as condições de saúde são influenciadas pelas funções e estruturas do corpo, atividade e participação, num processo igualmente influenciado por fatores pessoais e ambientais (OMS, 2004; Di Nubila & Buchalla, 2008; Quintana et al., 2014).

A funcionalidade é considerada como um elemento crucial do estado de saúde da pessoa, para além de ser um fenómeno complexo, que abarca outros como os de deficiência, incapacidade, desvantagem, autonomia e independência (Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003). A OMS em 1984 aditou ao conceito de saúde, o de autonomia

funcional. Nesta sequência, a saúde traduz-se pelo estado dinâmico de bem-estar determinado pelo potencial físico, mental e social que permite a satisfação das necessidades vitais segundo a idade, a cultura e a responsabilidade pessoal (Bircher, 2005). A CF encontra-se igualmente inerente ao conceito de saúde do idoso, pois é através desta que este realiza as atividades quotidianas com autonomia e independência, mesmo possuindo comorbidades (Cardoso & Da Costa, 2010).

Para a CIF “a funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, actividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da actividade ou restrição na participação” (OMS, 2004, p.7). As funções do corpo dizem respeito às funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo também as funções psicológicas. Quanto às estruturas do corpo, estas se encontram relacionadas com as suas regiões anatómicas, nomeadamente, os órgãos, membros e seus componentes. As deficiências, por sua vez, referem-se aos problemas nas funções ou estruturas do corpo, resultado de uma perda ou desvio importante. A atividade está associada com a execução de uma tarefa por um indivíduo e a participação com o seu envolvimento numa situação da vida real. Por seu lado, as limitações da atividade relacionam-se com as dificuldades que um indivíduo pode apresentar na execução das atividades e as restrições na participação dizem respeito aos problemas que este pode encarar quando está envolvido em situações da vida real. Os fatores ambientais, por fim, integram o ambiente físico, social e comportamental em que o indivíduo vive e orienta a sua vida (OMS, 2004).

Em suma, a CIF tem como objetivo primordial descrever a funcionalidade e a incapacidade associadas às condições de saúde (perturbação, patologia ou lesão), reconhecendo o que pode ou não fazer um indivíduo no seu quotidiano, de acordo com as funções dos órgãos ou estruturas do corpo, as limitações de atividade e as restrições da participação social no meio onde vive (OMS 2004; Menoita et al., 2012). A funcionalidade é, desta forma, definida pela capacidade da pessoa executar autonomamente diversas tarefas da vida quotidiana, permitindo-lhe viver sozinha em contexto domiciliário, bem como poder se relacionar com o meio e participar ativamente na sociedade (Rebelatto & Morelli, 2004; Duarte, De Andrade & Lebrão, 2007; Ministério da Saúde, 2006). Face ao exposto, constata-se que o estado funcional de cada pessoa é estabelecido, tanto pelas suas capacidades individuais, como pelas demandas do meio envolvente.

Torna-se importante salientar que “independência e autonomia são termos que definem situações complementares, mas não idênticas” (Sequeira, 2018, p.4). Enquanto

que a autonomia se refere à capacidade da pessoa para gerir a sua vida, isto é, tomar decisões sobre si, a independência encontra-se relacionada com a capacidade de desempenho das AVD (Diogo, 1997; Sequeira, 2018). Independente é definido assim como o “estado de não estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p.107). Por sua vez, autonomia define-se como o “direito do Cliente com as características específicas: Autónomo, independente, ter autocontrolo e estar orientado” (p.95). Deste modo, a independência não é condição obrigatória para a autonomia, dado que uma pessoa pode ser dependente e autónoma, se for capaz de tomar decisões (Bernardo, 2017). Em caso de dependência física, este aspeto considera-se importante para o cuidador, que não a deve confundir com a falta ou perda de capacidade para tomar decisões, dado que esta não implica uma alteração do funcionamento cognitivo e emocional (Sequeira, 2018).

A necessidade de pouco, muito ou todo o apoio por parte de outros na realização das AVD, define o nível de dependência da pessoa, sendo esta habitualmente classificada em diferentes níveis: total; grave; moderada; ligeira e independente (Araújo et al., 2011). “É exatamente o grau de dependência que determina os tipos de cuidados que serão necessários” (Caldas, 2003, p.775).

Relativamente à dependência ligeira, a assistência nos cuidados implica ajuda, orientação e supervisão, uma vez que possuindo alguma independência, a pessoa é capaz de executar determinadas AVD. No que diz respeito à dependência moderada, a assistência pressupõe supervisão e apoio de outros na realização de AVD específicas. Por último, a dependência grave exige ajuda contínua pelo prestador de cuidados, devido à incapacidade da pessoa para executar as AVD, usualmente são indivíduos acamados ou com graves restrições na mobilidade (Paúl & Fonseca, 2005).

Outra tipologia surge consagrada na legislação portuguesa para efeitos de benefícios oriundos de prestações sociais, identificando dois graus de dependência. O 1.º grau engloba as pessoas incapazes de realizar com autonomia as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), como a higiene pessoal, alimentação e locomoção. Enquanto que, aquelas que para além da dependência de 1.º grau, encontram-se acamadas ou com demência grave, compõem o grupo do 2.º grau (Ministério da Saúde, 1999).

A dependência gradual ou súbita no autocuidado carece da particular atenção dos enfermeiros, dado que este constitui um elemento central na vida de qualquer pessoa, que quando associado à mudança, gera processos de transição que exigem adaptação (Ribeiro et al., 2014). A avaliação do nível de dependência em cada AVD constitui uma

competência necessária destes profissionais, crucial no estabelecimento do tipo de assistência e intervenções apropriadas que permitam alcançar objetivos exequíveis para cada situação (Roper et al., 2001). O conhecimento do nível de dependência das pessoas em cada domínio de autocuidado, permitirá o planeamento de cuidados personalizados e a implementação de intervenções adaptadas às reais necessidades das pessoas, devendo a sua avaliação ser precoce e sistemática (Ribeiro et al., 2014; Sequeira, 2018). Face ao exposto, conclui-se que uma avaliação precoce da dependência, bem como a sua monitorização, permitem a prescrição de intervenções ajustadas às necessidades reais das pessoas, pela equipa multidisciplinar (Sequeira, 2018).

A avaliação funcional encontra-se estritamente relacionada com o conceito de saúde, pela sua importância diagnóstica e terapêutica (Lage, 2005). A funcionalidade constitui, deste modo, um parâmetro de extrema relevância na avaliação da situação de saúde, da QV e dos cuidados indispensáveis à pessoa. Nos últimos tempos, esta tornou-se no melhor detetor de doença e no principal fator preditor para o risco de desenvolvimento de dependência, consumo de recursos sociais e de saúde, institucionalização e mortalidade de idosos vulneráveis (Cortés, González-Montalvo, Jaurieta & Calvo, 2000; Lage, 2005).

A funcionalidade ou a IF é avaliada mediante análise da capacidade de execução das AVD, sendo estas descritas como o “conjunto de actividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [MCEER], 2011, p.1). As AVD “são reflexo da autonomia e da independência e prendem-se com a funcionalidade e a qualidade de vida” (Reis & Bule, 2016, p.57). As mesmas, subdividem-se em actividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária (Santos et al., 2013).

As ABVD, descritas como as tarefas primárias da pessoa associadas ao autocuidado e mobilidade, compreendem as seguintes áreas: higiene pessoal; vestuário; alimentação; controlo da eliminação vesical e intestinal; uso dos sanitários; transferência e locomoção (Araújo et al., 2011; Santos et al., 2013; Campos, De Almeida, Campos & Bogutchi, 2016; Sequeira, 2018). Transversais a todas as pessoas e desempenhadas de forma individual, dependem da etapa do ciclo vital, bem como do grau de dependência apresentado pelas mesmas (Ribeiro, 2018). Tais actividades contribuem para a promoção e manutenção da saúde, prevenção da doença e/ou incapacidades. Face ao exposto, para uma adequada planificação dos cuidados de saúde, torna-se fundamental avaliar os diferentes níveis de incapacidade, pois a sua presença aumenta a mortalidade, o risco de sofrer

depressão e reduz a QV (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007; Simões, Ferreira & Dourado, 2018).

No Parecer n.º 12/2011 da MCEER encontra-se definido um nível de funcionalidade/independência para cada ABVD. Neste sentido, a independência na atividade relacionada com a higiene pessoal implica que a pessoa seja capaz de: usar o chuveiro ou a banheira; lavar o corpo; realizar a higiene oral e arranjo pessoal (pentear-se, barbear-se ou aplicar maquilhagem). No que diz respeito à ABVD, controlo da eliminação vesical e intestinal, bem como o uso dos sanitários, pressupõe-se independente o indivíduo que demonstre capacidade em controlar completamente a micção e evacuação, consiga deslocar-se ao sanitário para eliminar e realize após a higienização necessária. Relativamente à atividade designada por vestuário, presume-se independente a pessoa que seja capaz de ir buscar as roupas ao armário, consiga vestir roupas íntimas e externas, apertar botões, fechos e cintos, calçar meias e sapatos. Por sua vez, a independência na alimentação implica ser capaz de utilizar talheres, cortar os alimentos no prato e levá-los à boca. Quanto à ABVD denominada por locomoção, a independência pressupõe que a pessoa apresente capacidade de se deslocar autonomamente. Por último, a independência na transferência conta com a capacidade do indivíduo em sair da cama e sentar-se numa cadeira e vice-versa, transferir-se de uma cadeira para outra, bem como para uma sanita ou banheira (MCEER, 2011).

As atividades instrumentais de vida diária (AIVD), por seu lado, incluem tarefas essenciais para a pessoa gerir autonomamente o ambiente em que vive, tais como: executar atividades domésticas; lavar roupas; preparar refeições; utilizar o telefone; tomar medicamentos; usar transportes; gerir o dinheiro e fazer compras (Araújo et al., 2011; Santos et al., 2013; Barbosa, De Almeida, Barbosa & Rossi-Barbosa, 2014; Campos et al., 2016). Estas sendo de natureza mais complexa, procuram a integração da pessoa na comunidade (Reis & Bule, 2016).

As atividades avançadas de vida diária (AAVD), por sua vez, compreendem atos ainda mais complexos, relacionados com a automotivação, como a ocupação laboral, atividades de lazer, convívio social, prática de exercício físico, entre outros (Caldas, 2003; Figueiredo, 2007; Santos et al., 2013).

Face ao exposto, por ordem crescente de complexidade, temos as ABVD, seguidas pelas AIVD e por último as AAVD. Perante o declínio funcional, a capacidade de desempenho das atividades mais complexas é primeiramente perdida, seguindo-se a perda das mais básicas (Lage, 2005; Millán-Calenti et al., 2010; Araújo et al., 2011).

A afeição das ABVD traduz níveis mais graves de défice das habilidades físicas, dado que estas se encontram relacionadas com funções de sobrevivência (Paixão & Reichenheim, 2005). As mesmas, determinam um grau mais severo de limitação do estado funcional e tendem a perder-se igualmente pela sua ordem de complexidade. Numa fase inicial, a pessoa deixa de conseguir tomar banho e vestir-se, evoluindo para um nível de dependência total, quando deixa de conseguir alimentar-se (Lage, 2005; Parahyba, Veras & Melzer, 2005; De Moraes, 2008). Um estudo desenvolvido por Hu, Hu, Hsu, Hsieh e Li (2012) sobre a avaliação das AVD e sua associação com a saúde autoavaliada por idosos de Taiwan, concluiu que quanto mais avançada a idade, maior é a prevalência de incapacidade funcional em cada componente da AVD.

A máxima funcionalidade possível ou a independência para cada AVD, poderá ser conseguida por meio do treino de capacidades remanescentes e/ou utilização de estratégias adaptativas, como as ajudas técnicas. Assim, o treino das AVD incorpora inevitavelmente os programas de ER (MCEER, 2011).

Existem vários instrumentos de medida para avaliação dos níveis de dependência, sendo os mais utilizados os que incluem as atividades básicas e instrumentais de vida diária. Na avaliação das ABVD, o IB e o Índice de Katz, são os mais usados. Por sua vez, o Índice de Lawton é o mais utilizado na avaliação das AIVD (Sequeira, 2018).

Em contexto clínico, o IB fornece informação importante para além da sua pontuação total, pois a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, permite identificar quais as incapacidades específicas do cliente e desse modo adequar os cuidados às necessidades (Araújo et al., 2007).

Na análise das diferentes atividades que integram o IB, constatamos, por exemplo, através de um estudo desenvolvido por Sequeira (2010), que os idosos estudados apresentavam uma maior dependência no subir escadas (97,1%), no vestir (83,2%), no banho (81,2%), na higiene corporal (75,2%) e no uso da casa de banho (71,3%). No estudo de Henriques (2017), verificamos que no momento da alta encontravam-se dependentes: 75% dos participantes no banho; 55% na higiene corporal e 22,5% no vestir. Ainda no referido estudo eram completamente dependentes: 15% dos sujeitos na alimentação e 25% no uso da casa de banho. Quanto ao controlo intestinal e vesical, 27,5% eram incontinentes ou precisavam de uso de clisteres e 25% eram incontinentes. No que diz respeito às transferências, 37,5% dos participantes eram completamente dependentes ou precisavam da ajuda de outra pessoa, e no subir e descer escadas, 55% eram dependentes.

Outro instrumento muito usado a nível internacional, nomeadamente nos EUA, para avaliação da funcionalidade, é a Medida de Independência Funcional (MIF) [Sequeira, 2018]. Este último, juntamente com o IB, são os instrumentos de medida recomendados pela DGS, na norma 054/2011, de 27 de dezembro, constituindo parte integrante do plano de reabilitação do cliente com AVC. Ambos os instrumentos têm sido utilizados, particularmente na reabilitação neurológica, incluindo clientes com AVC e lesão cerebral, bem como, na reabilitação geriátrica. Hsueh, Lin, Jeng e Hsieh no estudo desenvolvido em 2002, fazem referência que o IB e a MIF possuem características psicométricas semelhantes em clientes submetidos a reabilitação, sugerindo que a componente motora da MIF não tem qualquer vantagem em relação ao IB.

A CIF tem vindo a ser cada vez mais utilizada na categorização da CF, sobretudo nos idosos. Esta classifica a funcionalidade com base em três níveis: ao nível do corpo ou parte deste (funções e estruturas do corpo), na pessoa no seu todo (atividades) e na integração da mesma num contexto social (participação). Focando-se nas capacidades da pessoa, tem em conta não só a incapacidade física, como o seu constructo biopsicossocial (Quintana et al., 2014). Em 2015, Silva et al. desenvolveram um estudo sobre a avaliação da funcionalidade pós-AVC com base na CIF, concluindo que as 63 categorias utilizadas desta classificação permitiram uma apreciação mais completa destes clientes. A sua utilização pode, portanto, ser mais facilmente incorporada à prática clínica.

1.7. Qualidade de vida relacionada com a saúde

O envelhecimento demográfico pressupõe o desenvolvimento de estratégias que respondam às exigências, por este, impostas. Mesmo com as perdas inerentes ao processo de envelhecimento, deve ser incentivado o envelhecer ativo, dado que ele é sinónimo de uma vida plena e com qualidade (Ferreira et al., 2012a; Vieira, Fialho, De Almeida & Moreira, 2012). Este conceito “pressupõe a independência como principal marcador de saúde e o termo capacidade funcional surgiu, portanto, como um novo paradigma de saúde” (Vieira et al., 2012, p.528).

A QV da população idosa encontra-se, assim, diretamente relacionada com a aptidão física e o estado funcional demonstrados. Existe uma forte relação entre um envelhecimento com qualidade e uma vida independente, no que diz respeito sobretudo à IF. Deste modo, o primeiro passo para se alcançar uma melhor QV, consiste na manutenção dos idosos independentes, funcionalmente (Ferreira et al., 2012a). Para tal, devem ser desenvolvidos programas específicos de intervenção, que visem a eliminação de

fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional e a elaboração de ações de promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação e reabilitação, tendo em conta que a CF depende igualmente de fatores demográficos, socioeconómicos, psicossociais e culturais (Ferreira et al., 2012a; Vieira et al., 2012).

Aliadas ao envelhecimento temos as patologias crónicas, consideradas como aquelas que mais influenciam a QV das pessoas, uma vez que interferem de modo constante no seu estilo de vida, limitando a sua capacidade produtiva. Neste âmbito, a diabetes *mellitus* é conhecida como uma das patologias que mais afeta a QV, pela exigência imposta pelo seu regime terapêutico, que impõe uma alteração radical do seu modo de vida no sentido de um controlo metabólico eficaz (Da Cruz, Collet & Nóbrega, 2018). No que respeita à QV da população portuguesa, esta é afetada particularmente pelas patologias musculoesqueléticas, depressão, doenças da pele e enxaquecas (Ministério da Saúde, 2018).

O fenómeno relacionado com a QV constitui uma das maiores preocupações atuais, sendo este alvo de muitos estudos nas últimas décadas nas mais diversas áreas do conhecimento (Borges, Filippi, Batista & Wibelinger, 2013; Da Cruz et al., 2018). Estes estudos são classificados por Day e Jankey (1996), segundo quatro abordagens gerais: económica; psicológica; biomédica e holística (Pereira, Teixeira & Dos Santos, 2012). Deste modo, o conceito de QV adota conotações diferentes, dependendo do contexto da sua utilização, bem como do período de investigação (Da Cruz et al., 2018). O modo “como é abordada e os indicadores adotados estão diretamente ligados aos interesses científicos e políticos de cada estudo e área de investigação, bem como das possibilidades de operacionalização e avaliação” (Pereira et al., 2012, p.241).

Numa fase inicial, este fenómeno relacionava-se com o poder aquisitivo e a condição de vida por ele proporcionada, no entanto, o progresso da investigação demonstrou que esta abordagem era insuficiente para tal apreciação. Este conceito foi-se modificando e ampliando, desde os anos 50, devido ao aumento da esperança de vida da população, decorrente dos avanços científicos e da sobrevivência dos portadores de patologias crónicas, passando a QV a ser concebida pela pessoa em relação a sua condição de saúde, para além de abranger igualmente outras dimensões da sua vida (Da Cruz et al., 2018).

A QV encontra-se assim diretamente relacionada com a perceção que cada um apresenta sobre os vários aspetos da sua vida, entre eles o seu estado de saúde, sendo essa perceção o melhor indicador da QV de cada pessoa (Carvalho, Guimarães, Carrara, Bacal & Bocchi, 2009). Como elementos essenciais para a compreensão deste construto, a OMS

(1998) considera a subjetividade, a multidimensionalidade e a bipolaridade do mesmo. O grupo da QV da OMS define deste modo este fenómeno, como a perceção que a pessoa faz da sua situação de vida, no contexto cultural e sistema de valores onde se encontra inserida, tendo em conta os seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações (Borges et al., 2013; Da Cruz et al., 2018).

A QV é um conceito plurívoco, amplo, dinâmico e subjetivo, com uma organização complexa dos seus componentes, variando entre as pessoas, segundo o meio onde vivem e, mesmo entre estas, num contexto similar (Noronha et al., 2016; Pereira et al., 2012). Este fenómeno é assim influenciado pela saúde física, grau de dependência, condição psicológica, crenças e valores pessoais, relações sociais e fatores ambientais (Carrilho, 2012; Borges et al., 2013). A ansiedade, a depressão e a dependência, por exemplo, influenciam negativamente a QV. A depressão manifesta-se pela falta de interesse e motivação na realização das atividades diárias, influenciando desse modo a autoperceção da dependência, tal como a capacidade de adaptação. Para além destes fatores, a aposentação, a falta de recursos económicos e o género, encontram-se relacionados com uma baixa perceção de QV em determinados domínios (Fleck, 2008).

Face ao exposto, componentes objetivas e subjetivas são passíveis de serem avaliadas, não sendo somente relevante que a pessoa tenha saúde física e mental, mas que igualmente esteja bem consigo, com as pessoas que a rodeiam e a com a vida, reagindo de modo satisfatório aos problemas e controlando os acontecimentos diários (Soares, Toledo, Dos Santos, Lima & Galdeano, 2008). Neste sentido, os fatores que influenciam a QV agrupam-se em bem-estar físico, CF, bem-estar psicológico, bem-estar espiritual e capacidade financeira (Carrilho, 2012). Perante tal, conclui-se que a QV é um fenómeno de grande complexidade, difícil de ser avaliado. Um estudo realizado no Irão por Rajati et al. (2018), intitulado por *Quality of life predictors in physically disable people*, permitiu determinar os fatores de risco que influenciam a QV e o estabelecimento de intervenções direcionadas para otimizar a QVRS das pessoas com deficiência física.

As dimensões da QV variam numericamente, tal como na forma de denominação fornecida segundo cada autor. Flanagan (1982), por exemplo, identificou quinze domínios que se agrupam nas seguintes categorias: bem-estar físico, material e social; desenvolvimento e realização pessoal; relações com os outros; comunidade; atividades cívicas e recreação (Ribeiro, 2010). Esta multidimensionalidade do fenómeno encontra-se de acordo com o Modelo Biopsicossocial de Saúde, sendo por meio do mesmo que têm sido construídos a maioria dos instrumentos de avaliação da QV. Estes instrumentos de

medida sustentam-se em três dimensões principais que são: os aspetos físicos (mobilidade, alteração funcional, cuidar de si próprio, fadiga, dor e sintomas da patologia); os aspetos psicológicos (estado emocional, funções intelectuais e cognitivas) e os aspetos sociais (isolamento social, interação familiar, apoio social e contactos sociais) [Ribeiro, 2010].

A QV assenta-se em três princípios fundamentais, a CF, o nível socioeconómico e a satisfação pessoal, podendo relacionar-se igualmente com a aptidão física, o estado emocional, a atividade intelectual, a autoproteção de saúde e a interação social (Borges et al., 2013). Por sua vez, a dimensão da QV com maior impacto nos indivíduos é a dimensão física, podendo se afirmar que a melhoria das capacidades funcionais melhora a sua QV. Como exemplos de fatores promotores de uma maior longevidade com níveis superiores de QV, temos a saúde, a autonomia e a independência, no entanto, cada indivíduo determina a importância ou o significado que cada uma das dimensões representam para si (Branco, 2010).

A crescente preocupação com a QV por parte das ciências da saúde, advém particularmente da necessidade destas poderem proporcionar melhorias nos contextos de vida dos seus clientes, valorizando assim parâmetros mais amplos que o controlo dos sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida. Tal, deve-se à mudança do modelo de abordagem das questões de saúde, em que se passou da ênfase da biomédica para a holística e biopsicossocial. Os clientes são considerados segundo uma perspetiva holística, não se valorizando somente aquilo de que sofrem ou se queixam, mas em que medida a condição clínica apresentada se repercute a nível físico, mental e social (Canavarro & Serra, 2010).

Neste campo, as avaliações da QV objetivam abordar as perceções relacionadas com a patologia, justificar ou refutar os tratamentos utilizados, bem como analisar o funcionamento dos serviços de saúde (Pereira et al., 2012; Ribeiro, 2010). A QV transformou-se num guia das práticas profissionais, bem como o objetivo a ser alcançado pelos serviços de saúde e não só (Alonso, Martínez, Sánchez & Schalock, 2009).

Apesar da QV e a saúde serem muitas vezes utilizados como conceitos idênticos, estes apresentam especificidades, mas também uma grande relação entre si. A evidência científica existente, demonstra o contributo da saúde na QV das pessoas, para além da contribuição de componentes da vida social de modo que se obtenha um perfil elevado de saúde (Pereira et al., 2012). A dimensão vasta da saúde, tal como a sua relação com vários aspetos negativos e positivos da vida, possibilitam diversos modos de avaliação, conduzindo pessoas com a mesma morbilidade a demonstrarem desiguais níveis de saúde e

de bem-estar, físico e emocional. Sustentado nestes conteúdos e na multidimensionalidade, surge o conceito de QVRS, bem como um conjunto de instrumentos para sua avaliação (Noronha et al., 2016). Deste modo, este conceito “agrega e relaciona os aspectos envolvidos na definição genérica, com a questão da doença e das intervenções em saúde” (Soares et al., 2008, p.244). Assim, a QVRS diz respeito à percepção demonstrada pela pessoa acerca da sua condição de vida perante a doença, suas sequelas e tratamentos inerentes, ou seja, como tudo isto afeta o seu quotidiano (Da Cruz et al., 2018).

A QVRS é um termo abrangente, que abarca as seguintes dimensões: física; psicológica; emocional; ocupacional e social. Por sua vez, estas se encontram divididas em subdimensões, como: aspetos físicos; CF; sexualidade; intimidade; bem-estar emocional, espiritual e familiar; interação social; atividade ocupacional; sensações somáticas e satisfação com o tratamento (Kaasa, Knobel, Loge & Hjermstad, 1998).

Na subdimensão relacionada com os aspetos físicos estão incluídos a mobilidade, a alteração funcional, o cuidar de si próprio e a fadiga. A CF engloba as alterações da mesma, resultantes dos processos patológicos. Nas subdimensões sexualidade e intimidade, inclui-se a influência que a patologia pode ter na intimidade do casal, pela frustração e ansiedade geradas. Quanto ao bem-estar emocional, espiritual e familiar, estes envolvem o estado emocional do cliente face à patologia, de acordo com o seu conhecimento sobre a mesma, podendo ser gerador de ansiedade, medo e até depressão. Por sua vez, o bem-estar espiritual está relacionado com o significado da patologia, a força interior, esperança e religião. A interação social engloba o bem-estar determinado pelo papel desempenhado por cada pessoa na família e comunidade. A atividade ocupacional inclui os apoios e contactos sociais. A subdimensão relacionada com as sensações somáticas, abrange os sintomas específicos de cada patologia, pois o controlo inadequado dos mesmos, gera ansiedade e desapontamento. Um dos sintomas com mais repercussões a nível da QV é a dor física. A satisfação com o tratamento relaciona-se com a eficácia de um determinado medicamento e sua influência na QV do cliente (Kaasa et al., 1998).

Cada dimensão deve ser avaliada de forma singular, no entanto, enquadrada na multidimensionalidade que a QVRS agrega. Para além desta multidimensionalidade, a avaliação da QVRS compreende a subjetividade, dado que esta é realizada por meio da percepção do cliente nas mais diversas áreas da sua vida (Carrilho, 2012). Existe uma concordância generalizada acerca dos aspetos da QV, que devem ser analisados em estudos da QVRS, sendo estes: a saúde em geral; o desempenho físico, cognitivo, emocional,

sexual e dos papéis sociais; o bem-estar social; os contextos existenciais; os sintomas físicos e a toxicidade medicamentosa (Canavarro & Serra, 2010).

Em suma, a QVRS engloba na perceção da saúde física e mental, aspetos como a CF e outros fenómenos físicos, a dimensão social e económica, bem como tudo o que se encontra relacionado com o processo saúde-doença (Carrilho, 2012). QVRS, estado subjetivo e saúde são conceitos que se relacionam com a avaliação subjetiva do cliente e o impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (Pereira et al., 2012).

Numa UCCI, o conceito de QVRS dos clientes internados é igualmente multidimensional, compreendendo as dimensões objetivas (rendimento, habitação, mobilidade e saúde) e subjetivas (satisfação com a vida e felicidade), de acordo com quatro áreas: saúde física e CF; satisfação com a vida e bem-estar; redes sociais, atividades e participação; condições socioeconómicas e meio onde vive (Vanarama, Pieper & Sixsmith, 2008).

Na avaliação da QVRS, devemos analisar o cliente nas suas dimensões física, psicológica, social e relacional, percebendo o modo como cada indivíduo se comporta perante si próprio e o ambiente que o rodeia, sendo de extrema importância também, ter em consideração as relações interpessoais e a maneira como as suas vivências interferem nos seus diversos estados (físico, psicológico e social). Esta avaliação é executada de acordo com a opinião do cliente avaliado e não segundo a do avaliador, podendo incluir igualmente novas dimensões que o incentivem a desempenhar um papel central na tomada de decisão clínica (Carrilho, 2012).

Os instrumentos de avaliação da QV diferem segundo a abordagem e os objetivos da investigação (Pereira et al., 2012). Estes foram concebidos com o intuito de transformar dados subjetivos em pontuações passíveis de mensuração e análise objetiva. No entanto, alguns destes têm sido apreciados como muito extensos ou complexos para aplicação e estudo (Noronha et al., 2016). Apesar disso, a sua utilização tem vindo a crescer nos últimos tempos, sendo habitualmente reconhecidos como medidas de resultado e de ganhos em saúde (Ferreira et al., 2012b).

Quanto aos que avaliam a QVRS, encontram-se estruturados por questões divididas em grupos, igualmente denominados de dimensões ou componentes, objetivando avaliar dados específicos de limitação da saúde e bem-estar (Ware, Kosinski & Keller, 1996; Noronha et al., 2016). O estudo sobre a *Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional* de Noronha et al. (2016),

destaca entre os instrumentos mais utilizados, o World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL), o 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12) e o SF-36.

O WHOQOL foi desenvolvido pelo grupo da QV da OMS e objetiva avaliar a QV geral das pessoas em contextos culturais distintos (Pereira et al., 2012). A nível internacional, o SF-12 é muito utilizado na avaliação da QVRS de populações, uma vez que é curto e de fácil compreensão, capaz de monitorizar desfechos em saúde, tanto em populações gerais como específicas, demonstrando apresentar propriedades psicométricas satisfatórias (Silveira, Almeida, Freire, Haikal & Martins, 2013). Considerado como uma medida genérica de saúde, o SF-36 destina-se “a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um (...) além disso não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento” (Ferreira, 2000a, p.57).

A sua utilização tem-se demonstrado vantajosa para comparar populações gerais e específicas, rastrear clientes individualmente, estimar a sobrecarga de diversas patologias, determinar os benefícios para a saúde subsequentes de vários tratamentos e tomar decisões políticas e económicas para a saúde (Ribeiro, 2005). O estudo desenvolvido por Gonçalves, Marinho, Maciel, Galindo Filho e Dornelas de Andrade (2006) objetivava avaliar a QV pós-cirúrgica cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário SF-36, tendo constatado que este instrumento possibilita uma avaliação dos benefícios desta terapia, a qual proporcionou autoconfiança, melhor perspetiva de vida e segurança para a retoma das AVD.

1.8. Estado da arte

Os estudos desenvolvidos sobre a avaliação dos níveis de DF em Portugal surgem no âmbito de projetos de investigação, e na sua maioria, o grau de dependência é utilizado simplesmente como variável de caracterização dos participantes. Para além disso, constatou-se que os estudos nacionais e internacionais acerca desta temática, incidem essencialmente sobre a população idosa. A nível nacional, os estudos centram-se nos idosos dependentes e/ou institucionalizados, bem como nos seus cuidadores informais, sendo em menor número aqueles que analisam este grupo etário na comunidade. O facto dos estudos incluírem este grupo etário, justifica-se pelo envelhecimento demográfico ocorrido nos países desenvolvidos, tal como em Portugal, nos últimos tempos.

Sequeira, por exemplo, em 2007, desenvolveu um estudo com 184 idosos portugueses, destes, 101 apresentavam uma dependência de causa física e 83 uma

dependência provocada por uma perturbação demencial. No referido estudo, constata-se que 7,9% dos idosos eram independentes, 44,6% ligeiramente dependentes, 20,8% moderadamente dependentes, 14,9% severamente dependentes e 11,9% totalmente dependentes nas ABVD (Sequeira, 2010). Num outro estudo desenvolvido por Vieira et al. (2012) no Brasil, intitulado por *Idosos com acidente vascular encefálico isquémico: caracterização sociodemográfica e funcional*, verifica-se que 23,1% destes idosos encontravam-se independentes, 32,7% apresentavam uma dependência leve, 17,3% uma dependência moderada e 13,5% uma dependência grave ou muito grave.

Por sua vez, Ribeiro et al. (2014) realizaram um estudo no concelho de Paços de Ferreira, cuja população alvo integrava famílias clássicas com pessoas dependentes. A idade dos participantes no referido estudo encontrava-se compreendida entre os 7 e 95 anos. Destes, 39,8% tinham idade igual ou superior a 80 anos e 6,2% possuíam menos de 18 anos.

O decurso da dependência revelou-se associado, na sua maioria, com o fenómeno de transição saúde/doença e/ou de desenvolvimento, depreendendo-se que esta pode ser causada pelo surgimento de uma ou várias patológicas crónicas, ou consequência da perda geral das funções inerentes ao envelhecimento. Verificou-se existir nas atividades relacionadas com o autocuidado, nomeadamente, alimentar-se, arranjar-se, tomar banho, vestir-se e despir-se, usar a cadeira de rodas, uso do sanitário e andar, níveis mais elevados de dependência. Cerca de 50% dos participantes dependentes, precisavam no mínimo da ajuda de pessoa para a realização dessas atividades.

Ao longo da revisão de literatura efetuada constatou-se que alguns investigadores e a própria DGS, associam a DF e a perceção de QV como variáveis que se influenciam. Visto a dependência influenciar negativamente a QV, sendo a dimensão física desta última, aquela que apresenta um maior impacto nos indivíduos, surgiram estudos no sentido de corroborar tal perspetiva. Tais estudos, recaem igualmente na população idosa, uma vez que a DF é mais prevalente neste grupo etário. A QV é assim um tópico cada vez mais importante na atualidade, devido sobretudo ao envelhecimento da população e seu impacto no bem-estar das pessoas.

Verifica-se que muitos destes projetos de investigação são realizados na área das ciências da saúde, nomeadamente por enfermeiros. Atendendo à temática em análise, alguns dos mesmos desenvolvem-se no âmbito da sua especialização em ER, envolvendo o contexto de prática clínica relacionado com os cuidados continuados integrados, contribuindo estes profissionais de saúde para o aumento da evidência científica neste

universo, que ainda se demonstra diminuto. Ao analisarmos tais estudos, podemos constatar que a maioria, centra-se na evolução funcional dos clientes alvo de cuidados continuados integrados, comparando os níveis de DF aquando da admissão e da alta. Por sua vez, os estudos que avaliam a relação entre a DF e a QV são em menor número, subsistindo igualmente o contributo de outros profissionais na área da reabilitação, como os fisioterapeutas e psicólogos.

Em 2017b, Petronilho et al. desenvolveram um trabalho de investigação sobre a evolução dos clientes dependentes no autocuidado acompanhadas na RNCCI, nomeadamente em duas unidades de convalescença, uma UMDR, três ULDM e quatro equipas de cuidados continuados integrados da região Minho. Este estudo, tendo dois momentos de avaliação, admissão e alta clínica, permitiu constatar uma evolução positiva no nível de dependência no autocuidado, entre estes períodos, em todas as tipologias de cuidados e a nível global.

No referido estudo, o nível de dependência global na admissão, variou entre totalmente dependente e necessita de ajuda de pessoas, e na alta clínica, variou entre necessita de ajuda de pessoas e necessita de equipamentos. Os casos menos dependentes nos dois momentos de avaliação e com uma evolução mais positiva, verificaram-se nas unidades de convalescença, variando na admissão, entre necessita de ajuda de pessoas e necessita de equipamentos, e na alta clínica, entre necessita de equipamentos e independentes. Por sua vez, os casos mais dependentes nos dois períodos de avaliação e com evolução menos positiva, observaram-se nas ULDM, mantendo-se entre totalmente dependente e necessita de ajuda de pessoas.

Ainda que o nível de dependência e a sua evolução se manifestem de modo distinto nas diversas tipologias da RNCCI, observaram-se ganhos em saúde efetivos, sobretudo na melhoria do compromisso nos processos corporais e do grau de dependência no autocuidado. Estes resultados, demonstram o investimento na RNCCI, como um dos pilares do Serviço Nacional de Saúde, na continuidade de cuidados.

No mesmo ano, Henriques desenvolveu um outro estudo, onde para além de analisar o impacto do internamento na RNCCI na melhoria do nível de dependência dos clientes, pretendia avaliar a sua relação com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de contexto familiar. Este estudo desenvolveu-se numa UMDR da Santa Casa da Misericórdia de Seia.

Com a sua realização, verificou-se que o após o internamento na referida unidade, 7,5% dos participantes apresentavam uma incapacidade ligeira, 30% uma incapacidade

moderada e 52,5% uma incapacidade grave, sendo que 10% encontravam-se independentes. Neste estudo, constata-se que o género ($p=.041$), o estado civil ($p=.034$), as habilitações literárias ($p=.002/p=.005$) e o rendimento familiar ($p=.015/p=.005$), se correlacionam significativamente com a CF dos clientes. Concomitantemente, os internamentos anteriores ($p=.028$), o número de horas de reabilitação ($p=.007/p=.004$) e a alteração da integridade cutânea ($p=.029$), interferem igualmente nesta capacidade. A concretização do referido estudo, permitiu concluir que o internamento na RNCCI teve um impacto positivo na funcionalidade dos clientes estudados, dada a melhoria significativa dos níveis de dependência no momento da alta, comparativamente com o período de admissão.

Em 2015, Ferreira já tinha desenvolvido um estudo semelhante, dos resultados obtidos, constatou também existir uma evolução funcional estatisticamente significativa, entre a admissão ($p=.001$) e a alta ($p=.004$). No que respeita a cada uma das ABVD avaliadas pelo IB, o banho foi a atividade que apresentou maior grau de dependência em ambos os períodos de avaliação, com uma média ponderada de 0,02 na admissão e de 0,15 pontos na alta. Seguindo-se, por ordem crescente de dependência, o controlo urinário ($M=0,28$ na admissão e na alta) e o subir e descer escadas ($M=0,20$ na admissão e $M=0,30$ na alta). Foi na alimentação, onde se verificou maior grau de independência nos dois momentos avaliados ($M=0,54$ na admissão e $M=0,73$ na alta).

Porém, neste estudo não se observaram diferenças estaticamente significativas entre a evolução funcional e a idade, o género e o estado cognitivo. Ainda no referido estudo, Ferreira (2015) menciona que tais indicadores, associados às problemáticas inerentes ao processo de envelhecimento, influenciam negativamente a QV e traduzem a necessidade de cuidados de saúde e de apoio social integrado. Nesta sequência, a autora refere também que é fundamental a inclusão e valorização do EEER na equipa interdisciplinar, tanto no apoio domiciliário, como nas UCCI, pelo seu contributo na promoção da melhoria dos sintomas, prevenção e tratamento de agravamentos recorrentes, retardo do declínio funcional e em melhorar o desempenho nas AVD e na QV.

Num outro estudo realizado por Veiga também em 2015, sobre a *Reabilitação funcional após acidente vascular cerebral: resultados de uma unidade de convalescença*, constatou-se existir igualmente uma melhoria estatisticamente significativa no desempenho de todos os participantes no período de admissão até à alta, traduzida pela redução do nível dependência e conseqüente aumento da independência e reabilitação funcional. Cerca de

62,3% dos participantes no final do programa de reabilitação instituído, encontravam-se independentes na realização das AVD.

Verificou-se existir, tanto na admissão como na alta, uma correlação positiva entre todas as AVD, o que significa que o aumento da dificuldade numa atividade, aumenta a dificuldade nas restantes. Estas correlações eram mais fortes entre a incontinência urinária e intestinal ($r=.857$ na admissão e $r=.845$ na alta) e entre a mobilidade e transferências ($r=.827$ na admissão e $r=.858$ na alta). Observou-se também, que todas as AVD apresentavam uma correlação positiva com o nível de dependência total, sendo as transferências ($r=.848$ na admissão e $r=.902$ na alta), a mobilidade ($r=.836$ na admissão e $r=.892$ na alta) e a utilização do WC ($r=.889$ na admissão), as atividades que mais contribuíam para o grau de dependência. Constatou-se ainda, que a correlação entre as restantes AVD e o total, era mais forte na alta do que na admissão. Todas as AVD, tal como o total, tinham uma correlação negativa com a idade, o que traduz que com o aumento desta última, os níveis de independência diminuem, porém, esta correlação era pouco significativa.

Um outro estudo desenvolvido por Do Couto (2012) com uma amostra de clientes em programa de reabilitação das equipas de cuidados continuados, revelou ao nível de autonomia/independência na admissão e alta, diferenças estatisticamente significativas em todos os seus domínios, mostrando uma evolução favorável concomitante com a intervenção da ER, sendo na atividade física onde estas foram mais significativas.

Na RAM, o único estudo desenvolvido foi o de Vieira, Freitas, Vieira e Vieira (2015), cujo objetivo consistia em avaliar o nível de dependência dos clientes da ULDM Atalaia. Por meio deste, concluíram ter ocorrido uma diminuição significativa da dependência grave (de 78% para 70%) no período estudado, contrastando com o aumento da dependência ligeira (de 7% para 11%) a moderada (de 15% para 19%).

A nível internacional, Utida, Batiston e De Souza (2016) desenvolveram um estudo que pretendia analisar a recuperação funcional dos clientes após AVC, alvo de cuidados de uma equipa multidisciplinar, numa UCCI do Brasil, tal como identificar fatores associados aos ganhos de funcionalidade. De acordo com os dados obtidos, constatou-se que na admissão, a maioria dos clientes apresentava dependência total ou grave (55,9%), enquanto que na alta, grande parte destes, tinha uma dependência leve ou independência total (55,9%). Perante o exposto, verificou-se existir uma redução significativa na percentagem de clientes com dependência total nos períodos avaliados (Teste de McNemar, $p=.002$).

Quanto aos *scores* de todos os itens que integram o IB, observou-se um aumento significativo nos dois momentos de avaliação (Teste de Wilcoxon, p variou entre $< .001$ e $.005$), com a exceção do item do banho. O mesmo ocorreu com o *score* total do IB, que passou de $36,47 \pm 5,75$ pontos na admissão, para $61,18 \pm 5,04$ pontos na alta ($p < .001$), ocorrendo assim, um ganho médio de $24,71 \pm 3,70$ pontos. Os resultados obtidos permitiram concluir que o programa de reabilitação instituído teve uma repercussão positiva na funcionalidade dos clientes, no entanto, os ganhos funcionais não apresentaram relação com as variáveis estudadas: idade; género; estado civil; escolaridade; rendimento familiar; estilo de vida e tipo de AVC.

No âmbito dos estudos desenvolvidos sobre a QVRS em contexto de cuidados continuados a nível nacional, temos o realizado por Pinheiro (2016). Com a sua concretização, concluiu que os participantes revelavam em cada um dos domínios analisados, baixos níveis de QVRS. As médias percentuais encontravam-se entre 50 e 60%, com a exceção da componente física, cuja média era de 32,31% em Mirandela e 37,59% em Bragança. Neste estudo, a autora destaca como resultados relevantes os dos clientes em processo de reabilitação, uma vez que estes estão expostos a situações *stressantes* que se repercutem na sua QV, traduzidos nos dados obtidos nos diferentes domínios avaliados.

Em 2018, Abrantes desenvolveu um estudo, onde para além de analisar a QV dos clientes internados na RNCCI, pretendia identificar que fatores a poderiam influenciar, incluindo a DF. Analisando os resultados obtidos, podemos constatar que os clientes revelaram apresentar uma QV global razoável ($M=55,50 \pm 17,15$), percecionada de modo mais positivo nos domínios das relações sociais e do ambiente. Observa-se que os participantes independentes percecionaram melhor a sua QV, particularmente no domínio físico ($X^2=22,498$; $p=.000$), resultando tal em diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da QV ($p < .05$), com a exceção do domínio das relações sociais ($p=.054$). Para além disto, verifica-se que variáveis como idade, género, estado civil, agregado familiar, nível de independência nas AVD e intensidade da dor, influenciaram a QV.

Por sua vez, Ferreira em 2014, já tinha desenvolvido um estudo cujo objetivo geral consistia em analisar o efeito da DF na QV dos idosos em contexto de cuidados de longa duração. Mediante a análise dos resultados obtidos, constatou-se existir uma correlação significativa, positiva e moderada entre o género e a QV ($r=0,45$ e $p=.001$) e uma correlação significativa, negativa e moderada entre a idade e a QV ($r= -0.41$ e

$p=.003$). Contudo, não se verificou existir relação estatisticamente significativa entre o género e a DF ($r=0,225$ e $p=.385$), nem entre a idade e a DF ($r= -0,295$ e $p=.251$), sucedendo o mesmo entre a DF e a QV ($r=0,234$ e $p=.366$).

No entanto, no estudo de Da Silva (2012) observa-se diferenças estatisticamente significativas entre o IB e os domínios geral ($p=.022$), físico ($p=.000$) e psicológico ($p=.001$) da QV. Verifica-se existir uma correlação positiva e fraca entre o IB e os domínios geral ($r=.217$) e psicológico ($r=.306$) da QV, e uma correlação positiva e forte entre o IB e o domínio físico ($r=.668$). Deste modo, quanto mais elevado o *score* total do IB, ou seja, quanto mais independente o indivíduo se encontrar, melhor será a sua perceção em relação à sua QV, particularmente ao nível do domínio físico.

No Brasil em 2013, De Melo, Eulálio, Da Silva, Filho e Gonzaga desenvolveram um estudo que objetivava avaliar os níveis de sentido de vida, QV e DF de idosos em contexto domiciliário, bem como, analisar se o sentido de vida atuaria como recurso protetor capaz de reduzir os efeitos da DF sobre a QV. Dos resultados obtidos, verifica-se para a maioria da amostra, altos níveis de sentido de vida e QV, e baixos níveis de DF, para além de que a relação entre a DF e QV dos idosos com alto sentido de vida não foi significativa. Tal facto indica que a QV dos idosos que apresentavam níveis elevados de sentido de vida, encontrava-se resguardada das alterações dos níveis de DF, atuando como um recurso psicológico protetor.

Lobo, Santos e Gomes (2014) também desenvolveram em Portugal um estudo que pretendia analisar os níveis de DF e de QV dos idosos em contexto domiciliário, tal como identificar fatores que poderiam influenciar a referida por último. Quantos aos níveis de DF, constata-se que 40,0% dos participantes encontravam-se independentes, 18,0% eram minimamente dependentes e 12,0% dependentes totais. No que se refere à QV, 88,0% dos idosos apresentou uma pontuação inferior a 50,0%, cuja média foi de $39\pm 10,0\%$. Verifica-se ainda uma correlação significativa, negativa e forte entre o nível de DF e as componentes física e mental do SF-36 ($r= -.62$; $p=.001$ e $r= -.34$; $p=.040$, respetivamente).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Finalizado o enquadramento concetual do estudo, proceder-se-á ao enquadramento metodológico do mesmo. É no decorrer desta fase que o investigador define os métodos e procedimentos a utilizar para obter as respostas às questões de investigação (Fortin, 2003). Sendo assim, neste capítulo será descrita toda a metodologia de investigação utilizada no presente estudo.

2.1. Desenho do estudo

Este trabalho de investigação está integrado no “Projeto ER-RAM: Enfermagem de Reabilitação na RAM. Um estudo de caracterização”, cujo objetivo consiste em descrever as características da ER na RAM, nas suas diversas dimensões e contextos da prática clínica. Tendo em conta as questões de investigação formuladas, a presente investigação tem um desenho quantitativo, transversal, descritivo-correlacional.

2.2. População e contexto

Este estudo teve como contexto as unidades de Rede de cuidados continuados integrados do Serviço de Saúde da RAM, designadamente: RRCCI de São Vicente; RRCCI de Santo António e RRCCI - Hospital Dr. João de Almada. A seleção do local de colheita de dados teve em conta o interesse dos investigadores em explorar os fenómenos da DF e da QVRS dos clientes, neste contexto da reabilitação em particular.

Deste modo, a população em estudo incluiu todos os clientes internados nas unidades de cuidados continuados do Serviço de Saúde da RAM, desde que cumpridos os critérios de inclusão: ser alvo da intervenção do EEER à data da investigação; ter idade igual e superior a 18 anos; estar orientado e ser capaz de comunicar verbalmente. Como critério de exclusão tínhamos a contraindicação clínica, nomeadamente: medidas de isolamento e agudização do estado de saúde.

Tendo como referência os clientes alvos de cuidados de ER a 5 de junho de 2019, data de recrutamento, a colheita de dados decorreu, posteriormente, até ao dia 14 de junho. A colheita de dados foi efetuada por uma equipa de investigadores treinados (mestrandos em Enfermagem de Reabilitação), em articulação com o enfermeiro responsável, referenciador do cliente para recrutamento.

2.3. Variáveis

Considerando a evidência científica disponível, as questões de investigação e os objetivos deste estudo, foram definidas as variáveis independentes, agrupadas em sociodemográficas e de saúde, bem como, as variáveis dependentes. Por se tratar de um estudo descritivo-correcional, considerou-se a DF e a QVRS como as variáveis dependentes, pretendendo-se ainda analisar a correlação entre ambas.

Quanto às variáveis sociodemográficas, definiram-se as seguintes: idade; género; estado civil; escolaridade; situação profissional; situação de vida e apoio de cuidador informal. Por sua vez, como variáveis de saúde tínhamos: antecedentes de saúde; medidas antropométricas (peso, altura e índice de massa corporal [IMC]); perceção sobre a saúde atual; motivo e tempo de internamento em dias; período de seguimento também em dias e número de sessões semanais com o EEER.

2.4. Instrumento de colheita de dados

Definido o problema, elaboradas as questões de investigação e estabelecidas as variáveis, iniciou-se o processo de estruturação de um instrumento adequado para a recolha de informação junto dos participantes. O instrumento de colheita de dados do presente estudo integrava o elaborado em comum para o projeto de investigação mais amplo, do qual fazia parte. Este foi assim constituído por um questionário de caracterização sociodemográfica e da situação de saúde (incluindo questões de resposta direta, sobre as variáveis descritas no ponto anterior), bem como pelo SF-36 e o IB, podendo o mesmo ser consultado no Apêndice A deste trabalho.

O questionário SF-36 incorporava a primeira parte do instrumento de colheita de dados e objetivava medir os níveis de QVRS dos participantes no estudo. O SF-36 ou o questionário de Saúde reduzido trata-se de uma medida genérica de avaliação do estado de saúde, concebido por Ware e Sherbourne (1992), originalmente na língua inglesa norte-americana, podendo ser utilizado com múltiplos objetivos (Ribeiro, 2005; Pereira et al., 2012). Este questionário foi traduzido em mais de quarenta línguas e experimentado em todo o mundo, constituindo um dos instrumentos mais usados na avaliação da perceção do estado de saúde (Ribeiro, 2005; Severo et al., 2006; Ferreira et al., 2012b).

O SF-36 existe em duas versões, a versão 1.0 e a 2.0, sendo que a diferença entre estas, consiste particularmente na mudança do número de alternativas de respostas a alguns itens, passando de duas para cinco. Quanto ao número de itens, de escalas e componentes

em que se encontram agrupados, mantém-se igual (Ribeiro, 2005). O formato final deste instrumento é constituído por 36 itens, dos quais 35 se agrupam em oito escalas, possibilitando deste modo avaliar as oito principais dimensões do estado de saúde: funcionamento físico; desempenho físico; dor corporal; saúde geral; saúde mental; desempenho emocional; funcionamento social e vitalidade (Ware & Sherbourne, 1992; Ferreira, 2000a; Ribeiro, 2005; Severo et al., 2006). Para além disso, permite detetar os estados negativos e positivos de saúde (Ferreira, 2000a).

A dimensão correspondente ao funcionamento físico, designa-se a avaliar o impacto na QV, das limitações na execução de atividades físicas de menor intensidade (tomar banho e vestir-se) até às mais extenuantes (prática de desportos mais exigentes), passando pelas tarefas intermédias (carregar sacos das compras, subir escadas, andar uma determinada distância, baixar-se, inclinar-se e ajoelhar-se). As escalas de desempenho medem a repercussão das limitações em saúde causadas por problemas físicos ou emocionais, tipologia e quantidade de trabalho executado, dificuldade na sua realização e necessidade de redução. Quanto à dor corporal, esta dimensão avalia para além da intensidade e do desconforto causados, a forma como esta interfere nas AVD. A escala referente à saúde geral mede a perceção holística da saúde, abrangendo a saúde atual, a resistência à patologia e o aspeto saudável. No que diz respeito à vitalidade, esta dimensão abarca os níveis de energia e fadiga, enquanto que o funcionamento social inclui a quantidade e qualidade das atividades sociais, bem como o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas tarefas. Por último, a escala da saúde mental compreende dimensões importantes como o bem-estar psicológico, o controlo comportamental ou emocional, a ansiedade e a depressão (Ferreira, 2000a; Ferreira et al., 2012b).

Estas oito dimensões encontram-se agregadas em duas componentes gerais do estado de saúde: física e mental, sendo que a primeira inclui o funcionamento físico, o desempenho físico, a dor corporal e a saúde geral, e a segunda abarca a saúde mental, o desempenho emocional, o funcionamento social e a vitalidade (Ware & Sherbourne, 1992; Ferreira, 2000a; Severo et al., 2006; Ferreira et al., 2012b).

Por fim, temos a escala de transição ou mudança de saúde, que não constituindo por si só uma dimensão, avalia o nível de alteração geral na saúde do participante com base na sua experiência vivida (Ferreira, 2000a).

O SF-36 tem vindo a ser alvo de inúmeras traduções e validações. Em Portugal, foi adaptado e validado por diferentes autores. A sua primeira versão foi adaptada e validada por Ferreira em 2000b, através de um estudo desenvolvido com uma amostra

constituída por 930 mulheres, grávidas ou no período pós-parto, o qual demonstrou indicadores psicométricos muito bons (Ferreira, 2000b; Ribeiro, 2005; Ferreira et al., 2012b). Seguindo as modificações realizadas na versão original resultantes dos ajustes culturais necessários à sua utilização, particularmente na Europa, procedeu-se posteriormente à criação da segunda versão em português, bem como das suas normas de aplicação (Ferreira et al., 2012b). Esta versão foi assim validada por Ribeiro (2005), por meio de um estudo efetuado com 2358 indivíduos, distribuídos por dois grupos, os “indivíduos saudáveis” e os “indivíduos com doença crónica”, sendo esta a versão a utilizar no presente trabalho de investigação.

Na sua investigação, Ribeiro (2005) iniciou a análise das propriedades psicométricas da versão 2.0 do SF-36 pelo estudo da validade dos seus itens. Os resultados obtidos revelam que todos os itens apresentam uma correlação com a escala a que pertencem superior ao valor definido de 0,40 (validade convergente). O valor da correlação item escala a que pertence variou entre: 0,63 e 0,82 para o funcionamento físico; 0,68 e 0,77 para o desempenho físico; 0,79 para a dor corporal; 0,57 e 0,73 para a saúde geral; 0,62 e 0,68 para a vitalidade; 0,52 para o funcionamento social; 0,59 e 0,64 para o desempenho emocional e 0,64 e 0,74 para a saúde mental. Em relação à validade discriminante dos itens da versão em estudo, os valores de discriminação apresentados são satisfatórios para a maioria dos itens.

No que respeita à carga fatorial das dimensões em cada fator resultante da análise de componentes principais com a rotação *varimax* e solução Kaiser, esta apresenta dois fatores, denominados por componente física e mental, com uma variância total de 71,66%. Quanto à correlação entre as dimensões do SF-36, no referido estudo constata-se existir correlações moderadas entre estas (0,40 e 0,70) e uma tendência para correlações entre as dimensões da mesma componente mais elevadas do que entre as dimensões de componentes diferentes. No que concerne à fidelidade das dimensões, os valores de consistência interna apresentados foram de 0,94 para o funcionamento físico, 0,87 para o desempenho físico e saúde mental, 0,88 para a dor corporal, 0,83 para a saúde geral e vitalidade, 0,69 para o funcionamento social e 0,78 para o desempenho emocional (Ribeiro, 2005).

Em 2006, Severo et al. (2006) avaliaram a fiabilidade e a validade dos conceitos teóricos das duas componentes gerais da versão portuguesa do questionário SF-36, usando uma larga amostra de adultos representativa da população geral urbana. Por sua vez, Ferreira et al. em 2012b, desenvolveram um estudo semelhante, mas com uma amostra

representativa da população portuguesa continental e insular. O SF-36 é assim um instrumento que apresenta como vantagens, o facto de já ter a sua validade e qualidades psicométricas certificadas pela comunidade científica, para além de possibilitar a comparação com outros estudos (Ribeiro, 2005; Pereira et al., 2012).

Este instrumento de avaliação pode ser aplicado a qualquer indivíduo com 14 ou mais anos de idade, desde que possua a capacidade para ler o questionário. O mesmo, pode ser autoadministrado ou aplicado através de uma entrevista. Com o intuito de evitar qualquer enviesamento causado pela interação do cliente com o cuidador informal, quando aplicado na área clínica, o SF-36 deve ser preenchido antes do participante responder a quaisquer outras questões sobre a sua saúde ou doença (Ferreira, 2000a).

Neste estudo, o SF-36 foi aplicado aos participantes que não apresentavam défice cognitivo, sendo este avaliado pelo Mini Mental State Test Examination, teste que integrava a primeira parte do instrumento de colheita de dados do “Projeto ER-RAM”. Os pontos de corte utilizados no referido projeto foram os preconizados por Guerreiro et al. (1994), desse modo, os participantes possuíam défice cognitivo se:

- ✓ Os analfabetos tivessem resultados menores ou iguais a 15 pontos;
- ✓ Os clientes com 1 a 11 anos de escolaridade apresentassem valores menores ou iguais a 22 pontos;
- ✓ Os clientes com escolaridade superior a 11 anos possuísem resultados menores ou iguais a 27 pontos.

O *score* deste teste variava entre 0 e 30 pontos, onde os valores mais elevados revelavam um melhor desempenho (Guerreiro et al., 1994).

As várias dimensões da versão 2.0 do SF-36 são avaliadas por meio de diversos itens, numa escala de 0 a 100, com os extremos a corresponderem à pior e à melhor QVRS possíveis, respetivamente (Ferreira et al., 2012b). Os itens deste questionário são cotados de modo que, ao valor mais elevado corresponda uma melhor perceção do estado de saúde. No que diz respeito, por exemplo, à escala de funcionamento físico, esta é classificada de forma a que a uma melhor nota corresponda um melhor desempenho. De igual modo, quanto à escala de dor corporal, o valor mais elevado significa ausência de dor (Ribeiro, 2005).

A cotação do respetivo instrumento é efetuada em três passos: recodificação dos itens necessários; cálculo dos valores das escalas, somando os itens que pertencem à mesma escala e transformação dessas notas brutas numa escala de 0 a 100. A recodificação

dos valores dos itens consiste na recodificação das respostas, de maneira, a derivar o valor do item que será utilizado para calcular as notas das escalas. O modo de recodificação utilizado encontra-se descrito no estudo desenvolvido por Ribeiro (2005), onde pode ser consultado.

Neste processo estão incluídas várias etapas: alterar os valores que estejam fora dos valores previstos para o *missing*; recodificar os valores dos 10 itens que devem ser modificados e substituir os valores previstos para o *missing* pelos valores estimados para cada participante. Como exemplo, caso não tenha respondido ao item 1, que pertence à dimensão saúde geral, devemos dividir o somatório dos restantes itens da escala por 4, e assim encontrar o valor médio por item desta dimensão. Este valor substituirá o valor de *missing* no item 1 para este participante (Ribeiro, 2005).

Os valores mais baixos e mais elevados possíveis de obter com a soma das notas brutas dos itens de cada dimensão, são apresentados na figura seguinte, assim como a variação resultante da subtração do valor mais baixo ao valor mais elevado.

Figura 1 - Dimensões do SF-36 e valores que integram o algoritmo da fórmula de conversão em notas de 0 a 100

Dimensão	Itens de cada dimensão	Valores mais baixos e elevados possíveis	Variação
Funcionamento físico	$3a + 3b + 3c + 3d + 3e + 3f + 3g + 3h + 3i + 3j$	10-30	20
Desempenho físico	$4a + 4b + 4c + 4d$	4-8	4
Dor corporal	$7 + 8$	2-12	10
Saúde geral	$1 + 11a + 11b + 11c + 11d$	5-25	20
Vitalidade	$9a + 9e + 9g + 9i$	4-24	20
Funcionamento social	$6 + 10$	2-10	8
Desempenho emocional	$5a + 5b + 5c$	3-6	3
Saúde mental	$9b + 9c + 9d + 9f + 9h$	5-30	25

Fonte: Ribeiro (2005)

Os valores finais de cada dimensão deste questionário variam entre 0 e 100. Para se obter este valor, torna-se necessário proceder a uma operação que inclui os elementos assinalados na figura anterior. A nota bruta de cada dimensão é assim conseguida mediante o somatório dos valores de cada item, após transformados e executadas as operações

previamente referidas. A conversão das notas brutas em valores de 0 a 100 obtém-se através da seguinte fórmula:

$$\text{Nota transformada} = \frac{\text{Nota bruta da dimensão} - \text{valor mais baixo possível da dimensão}}{\text{Variação}} \times 100$$

Fonte: Ribeiro (2005)

Por exemplo, uma nota bruta de 20 da dimensão saúde geral seria então transformada:

$$[(20-5) / 20] \times 100 = 75$$

Sendo 75 o valor da nota transformada, onde 5 representa a nota mais baixa possível e 20 a variação, isto é, a diferença entre a nota mais alta e baixa possíveis. O *score* total do questionário SF-36 é posteriormente obtido mediante o somatório dos valores finais de cada dimensão, sendo o seu valor mínimo de 0 e máximo de 800 pontos (Gouveia et al., 2017).

O questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde, constituiu a segunda parte do instrumento de colheita de dados do presente estudo. No que diz respeito à caracterização sociodemográfica, foram elaboradas sete questões, uma aberta, e seis fechadas, do tipo escolha múltipla. Quanto ao questionário sobre a situação de saúde, este era composto igualmente por sete questões, quatro abertas e três fechadas, também do género escolha múltipla.

A primeira questão do questionário de caracterização sociodemográfica referia-se à idade dos participantes no estudo, sendo esta uma pergunta aberta, seguindo-se pela questão quanto ao género, do tipo fechada, categorizada em feminino e masculino. A questão seguinte de carácter múltiplo, referia-se ao estado civil, classificado em: solteiro(a); casado(a)/união de facto; divorciado(a)/separado(a) e viúvo(a). Para operacionalizar a variável escolaridade, foi concebida uma questão fechada com as seguintes categorias: não sabe ler nem escrever; ensino básico – 1.º ciclo; ensino básico – 2.º e 3.º ciclos; ensino secundário (10.º ao 12.º ano) e ensino superior (1.º ciclo e/ou superior). A questão referente à situação profissional, categorizou-se em: estudante; doméstico(a); desempregado(a); trabalhador(a) por conta própria; trabalhador(a) por conta de outrem e reformado(a)/inválido(a). Quanto à situação de vida, elaborou-se uma questão fechada, com as seguintes opções: vive sozinho(a); vive com o cônjuge; vive com familiares e

outra. A última questão, alusiva ao apoio de cuidador informal, era fechada do género dicotómica, categorizada em sim e não.

A primeira questão do questionário de saúde, era aberta e correspondia ao peso (kg), altura (cm) e IMC (kg/m²) dos participantes no estudo. A questão seguinte era fechada e referia-se aos antecedentes de saúde dos mesmos, categorizada em hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, diabetes *mellitus*, hábitos tabágicos, hábitos etílicos, problema do foro cardíaco, problema do foro respiratório, problema do foro ortotraumatológico, problema do foro neurológico, doença mental e outros. De seguida, tínhamos a questão que abrangia a perceção sobre a saúde atual, classificada em má, fraca, razoável, boa, muito boa e não aplicável. No que diz respeito à variável motivo de internamento na REDE, foi formulada uma questão do tipo fechada com as seguintes categorias: problema do foro ortotraumatológico; problema do foro cardiorrespiratório; problema do foro neurológico e outro. Quanto ao tempo de internamento e período de seguimento com o EEER, foram elaboradas duas questões abertas, sendo a resposta referente ao número de dias. Por fim, para operacionalizar a variável referente ao número de sessões semanais com este profissional de saúde, elaborou-se também uma questão aberta.

O IB integrava a terceira e última parte do instrumento de colheita de dados da presente investigação, pretendendo avaliar os níveis de DF dos participantes. Optou-se por utilizar o IB neste estudo, pois este consiste num instrumento de avaliação da CF, mediante análise das ABVD, mais frequentemente utilizado na investigação e prática clínica (Araújo et al., 2007; Sequeira, 2018). Este instrumento é muito utilizado na atualidade, sobretudo em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação, sendo considerado por vários autores, como o instrumento mais adequado na avaliação da incapacidade na execução das ABVD (Araújo et al., 2007).

Descrito e publicado por Mahoney e Barthel em 1965 e validado para a população portuguesa em 2007, o IB é uma escala ordinal que avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez ABVD: comer; higiene pessoal; tomar banho; vestir e despir; uso dos sanitários; controlo dos esfíncteres; transferência da cadeira para a cama; deambular; subir e descer escadas (Araújo et al., 2007; Simões et al., 2018).

Com o propósito de quantificar e monitorizar a independência dos clientes na realização das ABVD, o IB tem sido amplamente utilizado desde a sua publicação (Sulter, Steen & Keyser, 1999; Paixão & Reichenheim, 2005). Conjuntamente, têm sido desenvolvidas algumas versões que diferem da original, por diminuírem ou aumentarem as

atividades avaliadas ou alterarem o método de pontuação. A versão desenvolvida por Wade e Collin em 1988, é um desses exemplos, sendo denominada esta de versão modificada (Araújo et al., 2007).

Este instrumento pode ser aplicado através de uma entrevista ao cliente e/ou a familiares, bem como por meio da observação direta do desempenho do mesmo, não tendo população alvo específica (Silva, Orellana & Marzuca-Nassr, 2015; Simões et al., 2018). De fácil aplicação, interpretação e baixo custo, o seu preenchimento requer pouco tempo e pode ser aplicado com frequência, permitindo uma análise longitudinal.

Além das referidas qualidades, um estudo de revisão de 30 instrumentos de avaliação funcional do idoso realizado por Paixão e Reichenheim (2005), certificou que o IB é o que detém resultados de fidelidade e validade mais consistentes. O mesmo, mostrou ser um instrumento de ótima fidelidade em contexto domiciliário, num outro estudo sobre fidelidade de escalas utilizadas em clientes com AVC (Araújo et al., 2007).

O IB tem sido largamente usado e validado em versões diferentes para a população portuguesa, sendo a versão modificada, validada através de um estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007), numa amostra de idosos não institucionalizados. Denominada esta de versão modificada, cada item é pontuado em 0, 1, 2 ou 3, variando o seu *score* total entre 0, totalmente dependente e 20, totalmente independente (Araújo et al., 2007).

De acordo com o mesmo estudo, esta versão apresenta elevada fiabilidade, boa consistência interna (alpha de Cronbach total de 0,96) e uma correlação forte e positiva com a escala de Lawton e Brody ($p < 0,01$). Os itens do índice apresentam correlações com o índice total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$. Num outro estudo nacional realizado com clientes que sofreram um AVC por Martins (2002), é igualmente mencionada uma consistência interna do instrumento elevada, com um alpha de Cronbach total de 0,94 (Araújo et al., 2007).

Por sua vez, Sequeira também em 2007, procedeu à análise das propriedades psicométricas da versão original deste índice, numa amostra de 184 idosos dependentes, dos quais 101 apresentavam dependência física e 83 dependência mental. O mesmo, revelou apresentar uma boa consistência interna, traduzida por um alpha de Cronbach total de 0,89. Por meio da análise fatorial, o referido autor identificou três fatores (mobilidade, higiene e controlo de esfíncteres), que explicam 75% da variância total. O fator denominado por mobilidade (alimentação, vestir, transferência, deambulação, subir escadas e uso da casa de banho), revelou possuir um alpha de Cronbach de 0,96 e explica 52,1% da variância total. Quanto ao fator designado por higiene (banho e higiene

corporal), o seu alpha de Cronbach foi de 0,84 e tal clarifica 12,4% da variância total. Por seu lado, o alpha de Cronbach apresentado pelo fator intitulado de controlo de esfíncteres (controlo intestinal e vesical) foi de 0,87, elucidando 10,7% da variância total (Sequeira, 2010).

Os itens do IB detêm uma correlação estatisticamente significativa com o somatório do mesmo ($p < 0,0001$), variando os seus valores entre 0,53 e 0,85. Assim, Sequeira (2010) concluiu que o IB dita que as ABVD possuem uma natureza multidimensional estruturada em três domínios, que permite identificar o seu comprometimento global ou parcelar. Para além disso, a versão original deste índice, revelou apresentar bons resultados de validade, fiabilidade e sensibilidade quanto à descrição de alterações do estado funcional no decorrer do tempo (Granger, Albrecht & Hamilton, 1979).

No presente estudo, optou-se por utilizar a versão do IB validada por Sequeira (2007), por ter por base a versão original e ser a mais próxima da utilizada na prática clínica pelos EEER do Serviço de Saúde da RAM.

A pontuação total da versão utilizada nesta investigação varia entre 0 e 100 pontos com intervalos de 5 pontos, em que 0 corresponde à máxima dependência e 100 equivale à independência total para todas as ABVD avaliadas (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2010; Simões et al., 2018). Cada atividade é pontuada separadamente, podendo ser classificada entre 2 e 4 níveis de acordo com a sua importância para a funcionalidade. A pontuação 0 corresponde à dependência total, enquanto que a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos, segundo os níveis de classificação (Sequeira, 2010; Simões et al., 2018). A pontuação total do IB obtém-se através do somatório dos valores obtidos em cada atividade e é inversamente proporcional ao grau de dependência, de acordo com os seguintes pontos de corte (figura 2).

Figura 2 - Pontos de corte do IB

PONTUAÇÃO	NÍVEL DE DEPENDÊNCIA
90 – 100	Independente
60 – 89	Ligeiramente dependente
40 – 55	Moderadamente dependente
20 – 35	Severamente dependente
< 20	Totalmente dependente

Fonte: Sequeira (2010)

A aplicação do instrumento de colheita de dados foi efetuada pelos investigadores mestrandos, através de uma entrevista aos participantes e EEER, estes últimos, com o intuito de se obter uma avaliação mais precisa dos níveis de DF. Para além disso, recorreu-se à consulta dos respetivos processos clínicos, no sentido, de se adquirir os dados que os clientes não tinham conhecimento. Antes da aplicação dos questionários aos clientes alvo do estudo, os investigadores mestrandos foram submetidos a um prévio e intensivo treino.

O referido instrumento de colheita de dados possibilitou a caracterização sociodemográfica e da situação de saúde, bem como, determinar os níveis de DF e de QVRS dos participantes no estudo, e analisar a relação existente entre estas duas variáveis em função da idade, classificada em dois grupos etários, adultos e idosos, como serão apresentados e descritos no capítulo seguinte.

2.5. Procedimentos e questões éticas

Para a concretização do presente estudo, de modo, a cumprir com os princípios formais e éticos inerentes a um trabalho de investigação, solicitou-se autorização ao Conselho de Administração do Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. (Anexo A), tendo a Comissão de Ética para a Saúde e a Comissão Científica para a Investigação da referida instituição emitido pareceres favoráveis (Anexo B).

A todos os possíveis participantes, foi-lhes informado acerca do caráter voluntário de participação no estudo, bem como, fornecida a garantia de anonimato e confidencialidade dos seus dados. Aos incapazes de apreender tal informação, solicitou-se a devida autorização ao seu cuidador informal. Depois de assinado o consentimento informado por cada participante, deu-se início à colheita dos dados.

2.6. Tratamento estatístico

Colhida toda a informação necessária, procedeu-se à sua introdução numa base de dados por investigadores independentes. Posteriormente, efetuou-se uma análise aleatória para identificação de erros de inserção, assim como uma pesquisa sistemática de valores extremos. Finalizada a limpeza da base de dados, concretizou-se a sua análise.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao *software* estatístico IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24. De modo, a atingir os objetivos propostos para o presente estudo, recorreu-se à análise descritiva simples e inferencial. A análise descritiva possibilitou estruturar a informação numérica, de

forma, a se conseguir uma representação geral das variáveis estudadas, para tal, determinaram-se as frequências absolutas (n) e relativas (%), as medidas de tendência central, média aritmética e mediana, e as medidas de dispersão, como o desvio padrão.

Efetuada a caracterização descritiva dos participantes, passou-se a testar a normalidade dos dados obtidos, através da aplicação do teste Shapiro-Wilk. Sendo preferível que a normalidade seja avaliada visualmente e por meio de testes de normalidade, é recomendado em casos de amostras constituídas por menos de 50 participantes, a utilização do teste Shapiro-Wilk, o qual é fornecido pelo *software* SPSS (Pallant, 2011; Ghasemi & Zahediasl, 2012). Através desta análise preliminar, verificou-se a violação dos pressupostos da normalidade dos dados, pelo que a relação entre os domínios do IB e as componentes da QVRS, foi investigada utilizando o teste não paramétrico designado por correlação de Spearman (*rho*). Este tipo de correlação integrou a análise inferencial do estudo, permitindo assim avaliar a intensidade da relação entre as variáveis referidas.

A correlação de Spearman possibilita analisar a intensidade e a direção da relação entre duas variáveis contínuas ou ordinais, sendo particularmente útil, a sua utilização quando os dados não respondem aos critérios da correlação de Pearson, teste paramétrico. Em termos de valor, o coeficiente de correlação de Spearman pode variar entre -1,00 e 1,00, indicando a força da relação entre as duas variáveis. Assim, quanto maior o valor absoluto do coeficiente, mais forte é esta relação. Um valor igual a 0 indica não haver relação, por sua vez, um valor de 1,00 representa uma relação positiva perfeita e um valor de -1,00 revela uma relação negativa perfeita. Para valores entre 0 e 1, Cohen (1988) preconiza existir uma correlação fraca se os valores de *rho* se encontram entre .10 e .29, uma correlação moderada se estes estão entre .30 e .49 e uma correlação forte para valores entre .50 e 1,00. Tal se aplica havendo ou não um sinal negativo à frente do valor de *rho*, pois este se refere apenas à direção do relacionamento e não à força (Pallant, 2011).

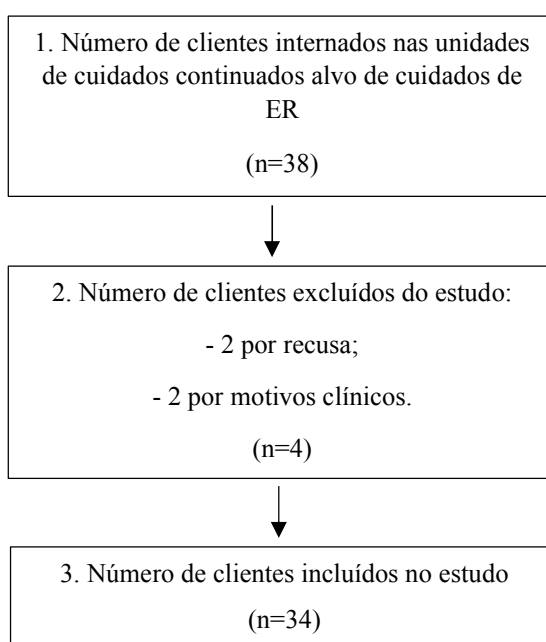
No estudo das inferências estatísticas, utilizou-se os seguintes níveis de significância (*p*): $p \geq 0,05$ não significativo; $p < 0,05$ significativo; $p < 0,01$ bastante significativo e $p < 0,001$ altamente significativo (Pestana & Gageiro, 2014).

Os resultados obtidos serão descritos e apresentados no capítulo seguinte. Os dados com valor decimal serão arredondados às décimas, enquanto que os valores dos níveis de significância dos testes (*p*) serão apresentados até às milésimas.

3. RESULTADOS

No período estabelecido para a colheita de dados, encontravam-se internados nas unidades de cuidados continuados 38 indivíduos alvo de cuidados de ER. Destes, 2 recusaram participar no estudo e 2 foram excluídos por motivos clínicos, 1 por se encontrar em isolamento e 1 pelo agravamento do seu estado de saúde. Face ao exposto, dos 38 indivíduos referidos, 34 foram incluídos na presente investigação.

Figura 3 - Processo de identificação e inclusão dos clientes no estudo



Estes 34 participantes representavam 9,7% do total da amostra do projeto de investigação mais amplo, que era composta por 350 indivíduos, como é possível observar na tabela seguinte.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por contexto da prática de cuidados

Contexto da prática de cuidados	n (%)
Hospital Dr. Nélio Mendonça	74 (21,1%)
Hospital dos Marmeleiros	40 (11,4%)
Unidade de Internamento de Longa Duração	35 (10,0%)
Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados	34 (9,7%)
Cuidados de Saúde Primários	167 (47,7%)
Total	350 (100,0%)

Dos 34 participantes no presente estudo constata-se pela análise da tabela 2, que 38,2% (n=13) eram adultos e 61,8% (n=21) eram idosos. Verifica-se também, que estes eram maioritariamente do género feminino (67,6%), existindo uma predominância de mulheres na classe idosa (n=17). No que respeita ao estado civil, 55,9% (n=19) dos participantes eram casados ou viviam em união de facto, havendo igualmente um número considerável de indivíduos viúvos (n=10), sendo a maioria destes últimos idosos (n=9).

Podemos constatar que os participantes neste estudo apresentavam um baixo nível de escolaridade, pois um grande número (n=28) tinha o 1.º ciclo do ensino básico (67,6%) ou não sabia ler ou escrever (14,7%). Quanto à situação profissional, verifica-se que 64,7% (n=22) dos participantes eram reformados/inválidos, enquanto que 17,6% (n=6) trabalhavam por conta de outrem.

No que concerne à coabitação, 50% (n=17) dos participantes viviam com familiares. No entanto, 42,9% (n=9) dos idosos viviam apenas com o cônjuge e 33,3% (n=7) destes viviam sós. Quanto ao apoio de cuidador informal, verifica-se que 70,6% (n=24) dos participantes não possuíam este tipo de apoio, sendo estes maioritariamente idosos (n=17).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por grupo etário e variáveis sociodemográficas

	Adultos		Idosos	
	n	%	n	%
Amostra	13	38,2	21	61,8
Género				
Masculino	7	53,8	4	19,0
Feminino	6	46,2	17	81,0
Estado Civil				
Solteiro(a)	1	7,7	2	9,5
Casado(a)/União de Facto	10	76,9	9	42,9
Divorciado(a)/Separado(a)	1	7,7	1	4,8
Viúvo(a)	1	7,7	9	42,9
Escolaridade				
Não sabe ler ou escrever	3	23,1	2	9,5
1.º Ciclo do Ensino Básico	6	46,2	17	81,0
2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico	3	23,1	1	4,8
Ensino Secundário	0	0,0	1	4,8
Ensino Superior	1	7,7	0	0,0
Situação Profissional				
Doméstico(a)	2	15,4	0	0,0
Desempregado(a)	2	15,4	0	0,0
Trabalhador(a) por conta própria	2	15,4	0	0,0
Trabalhador(a) por conta de outrem	5	38,5	1	4,8
Reformado(a)/Inválido(a)	2	15,4	20	95,2

Situação de Vida				
Vive só	1	7,7	7	33,3
Vive com o cônjuge	0	0,0	9	42,9
Vive com outros familiares	12	92,3	5	23,8
Apoio de Cuidador Informal				
Não	7	53,8	17	81,0
Sim	6	46,2	4	19,0

Ao analisarmos os dados da tabela 3, observa-se que a idade dos participantes na presente investigação encontrava-se compreendida entre os 29,0 e 85,0 anos, apresentando os adultos e idosos uma média de 52,3 e 74,8 anos, respetivamente. No entanto, verifica-se que 50% dos participantes adultos tinham idade igual ou superior a 55,3 anos. Por sua vez, 50% dos participantes idosos apresentavam idade inferior ou igual a 73,3 anos.

No que concerne ao peso corporal dos participantes constata-se na tabela 3, que este se situava entre 48,5 e 130,0 kg, sendo o peso médio dos adultos de 78,3 kg e dos idosos de 75,1 kg. É possível observar também, que 50% dos participantes adultos e idosos apresentavam um peso corporal inferior ou igual a 78,0 e 74,2 kg, nesta ordem. Verifica-se igualmente na tabela seguinte, uma altura corporal média dos participantes adultos de 165,0 cm e dos indivíduos idosos de 156,9 cm, encontrando-se a altura, no geral, compreendida entre os 146,5 e 179,0 cm. Para além disso, constata-se que 50% dos adultos tinham uma altura igual ou superior a 166,7 cm, enquanto que 50% dos idosos possuíam uma altura inferior ou igual a 154,5 cm. No que se refere ao IMC, este apresentava um valor médio para os adultos de 28,7 kg/m² e para os idosos de 31,2 kg/m².

Tabela 3 - Medidas de tendência central e de dispersão da idade, peso, altura e IMC dos participantes por grupo etário

	n	Média	DP	Mediana	Min.	Max.
Adultos						
Idade (anos)	13	52,3	9,3	55,3	29,0	60,1
Peso (kg)	13	78,3	19,3	78,0	48,5	130,0
Altura (cm)	13	165,0	8,4	166,7	148,0	179,0
IMC (kg/m ²)	13	28,7	6,3	27,0	22,1	45,0
Idosos						
Idade (anos)	21	74,8	6,0	73,3	65,5	85,0
Peso (kg)	18	75,1	10,9	74,2	58,0	95,0
Altura (cm)	18	156,9	8,4	154,5	146,5	174,0
IMC (kg/m ²)	17	31,2	4,3	30,9	24,3	38,7

No que se refere aos antecedentes de saúde dos participantes no estudo, verifica-se que os mais referidos foram a HTA (19,7%), a dislipidemia (13,6%), a diabetes *mellitus* (8,3%), os problemas cardíacos (7,6%) e ortotraumatológicos (11,4%).

Constata-se também pela análise da tabela 4, que a maioria dos participantes adultos (n=10) foi internada na REDE por um problema neurológico (76,9%), enquanto que os idosos (n=16) foram internados por um problema ortotraumatológico (76,2%). No entanto, no geral, o motivo de internamento prevalente foi de causa ortotraumatológica (55,9%). Apenas 1 participante foi internado devido a um problema do foro cardiorrespiratório (2,9%), sendo este idoso.

Quanto à perceção sobre a saúde atual, a maioria dos participantes (n=23) neste estudo a considerou entre fraca (32,4%) e razoável (35,3%).

Tabela 4 - Distribuição dos participantes por grupo etário e variáveis de saúde

Antecedentes de Saúde	Adultos		Idosos	
	n	%	n	%
Hipertensão Arterial	9	69,2	17	81,0
Dislipidemia	6	46,2	12	57,1
Diabetes <i>Mellitus</i>	4	30,8	7	33,3
Obesidade	4	30,8	5	23,8
Hábitos Etilícos	3	23,1	1	4,8
Hábitos Tabágicos	1	7,7	0	0,0
Problemas Cardíacos	3	23,1	7	33,3
Problemas Respiratórios	2	15,4	3	14,3
Problema Ortotraumatológico	2	15,4	13	61,9
Problema Neurológico	3	23,1	5	23,8
Doença Mental	4	30,8	3	14,3
Outros Antecedentes	5	38,5	13	61,9
Motivo de Internamento				
Problema do Foro Ortotraumatológico	3	23,1	16	76,2
Problema do Foro Neurológico	10	76,9	3	14,3
Problema do Foro Cardiorrespiratório	0	0,0	1	4,8
Outro	0	0,0	1	4,8
Perceção sobre a Saúde Atual				
Má	2	15,4	2	9,5
Fraca	6	46,2	5	23,8
Razoável	3	23,1	9	42,9
Boa	2	15,4	4	19,0
Não aplicável	0	0,0	1	4,8

Observando a tabela 5, verifica-se que o tempo de internamento nas unidades de cuidados continuados dos participantes neste estudo, encontrava-se compreendido entre 1,0 e 228,0 dias. Quanto aos indivíduos adultos, constata-se que estes apresentavam um tempo médio de internamento de 87,8 dias, contudo, 50% dos mesmos tinham internamentos com valores inferiores ou iguais a 74,0 dias. No que respeita aos participantes idosos, observa-se que o tempo médio de internamento destes era de 41,9 dias, no entanto, 50% possuíam internamentos inferiores ou iguais a 34,0 dias.

No que se refere ao tempo de seguimento com o EEER, verifica-se que este se situava entre 1,0 e 244,0 dias, sendo a sua média de 94,4 dias para os participantes adultos e de 48,3 dias para os idosos. Apesar disso, observa-se que 50% dos adultos e idosos, apresentavam um tempo de seguimento com este profissional inferior ou igual a 74,0 e 47,0 dias, respetivamente.

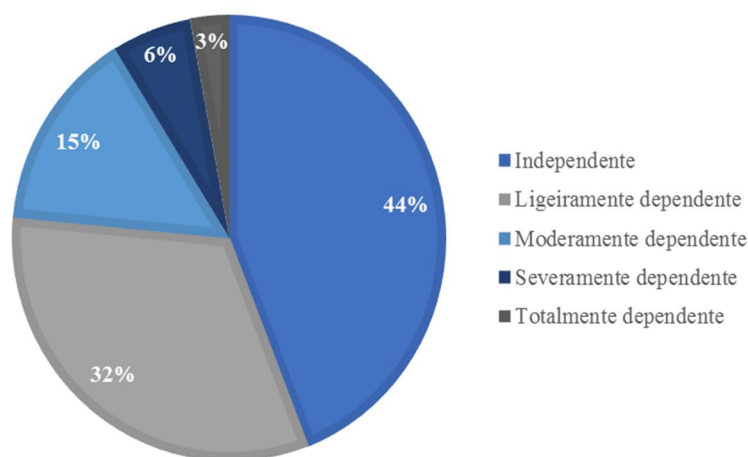
Por fim, no que concerne ao número de sessões semanais com o EEER, constata-se uma média para os adultos de 4,9 e de 5,1 para os idosos. O número máximo de sessões de todos os participantes no estudo era de 6,0 e o valor mínimo era de 3,0. No entanto, 50% dos participantes adultos possuíam um número de sessões semanais com o referido profissional igual ou superior a 5,0. Por sua vez, 50% dos idosos apresentavam um número de sessões semanais com o EEER inferior ou igual a 5,0.

Tabela 5 - Medidas de tendência central e de dispersão das variáveis de saúde dos participantes por grupo etário

	n	Média	DP	Mediana	Min.	Max.
Adultos						
Tempo de Internamento (dias)	13	87,8	64,4	74,0	1,0	228,0
Tempo de Seguimento com EEER (dias)	13	94,4	62,5	74,0	31,0	244,0
N.º de Sessões Semanais com EEER	13	4,9	0,6	5,0	4,0	6,0
Idosos						
Tempo de Internamento (dias)	21	41,9	31,0	34,0	3,0	126,0
Tempo de Seguimento com EEER (dias)	21	48,3	37,1	47,0	1,0	169,0
Nº de Sessões Semanais com EEER	21	5,1	0,8	5,0	3,0	6,0

Quanto aos níveis de DF, constata-se que os participantes eram maioritariamente independentes (n=15), existindo em menor número indivíduos severamente (n=2) e totalmente dependentes (n=1). Verifica-se também uma prevalência considerável de participantes ligeiramente dependentes (n=11), situando-se num nível intermédio os indivíduos moderadamente dependentes (n=5).

Figura 4 - Níveis de DF dos participantes



No que respeita aos indivíduos adultos (n=13), podemos constatar através da análise da tabela 6, que apenas 7,7% (n=1) eram severamente dependentes, enquanto que 15,4% (n=2) e 30,8% (n=4) eram moderadamente e ligeiramente dependentes, respetivamente. Observa-se também que 46,2% (n=6) dos participantes adultos eram independentes. Por sua vez, no que se refere aos indivíduos idosos (n=21), verifica-se que 4,8% eram totalmente (n=1) e severamente dependentes (n=1). Relativamente aos restantes níveis de DF destes participantes, constata-se que 14,3% (n=3) e 33,3% (n=7) eram moderadamente e ligeiramente dependentes por esta ordem. Identifica-se igualmente que 42,9% (n=9) dos participantes idosos encontravam-se independentes.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes por grupo etário e níveis de DF

Score total do IB	Adultos (n=13)		Idosos (n=21)	
	n	%	n	%
Independente	6	46,2	9	42,9
Ligeiramente Dependente	4	30,8	7	33,3
Moderadamente Dependente	2	15,4	3	14,3
Severamente Dependente	1	7,7	1	4,8
Totalmente Dependente	0	0,0	1	4,8

Através da análise da tabela 7, verifica-se que os resultados do domínio mobilidade do IB de ambos os participantes, situavam-se entre 5,0 e 70,0 pontos. No que se refere aos participantes adultos, observa-se que estes apresentavam um *score* médio de 48,1 pontos. No entanto, 50% destes possuíam resultados inferiores ou iguais a 45,0 pontos. Por sua vez, o *score* médio dos participantes idosos é de 51,2 pontos, contudo, 50% dos mesmos apresentavam resultados iguais ou superiores a 55,0 pontos.

Quanto ao domínio higiene do IB dos participantes, constata-se que os seus resultados se encontravam compreendidos entre 0,0 e 10,0 pontos, sendo o *score* médio dos indivíduos adultos de 5,4 pontos e dos idosos de 7,1 pontos. Ainda assim, verifica-se que 50% dos adultos apresentavam resultados inferiores ou iguais a 5,0 pontos, enquanto que 50% dos idosos possuíam resultados iguais a 10,0 pontos, ou seja, encontravam-se independentes, dado que obtiveram o valor máximo deste domínio.

No que concerne ao domínio controlo de esfíncteres do IB de todos os participantes, observa-se que o valor mínimo e máximo era de 0,0 e 20,0 pontos, respetivamente. Quanto ao *score* médio, constata-se que o dos participantes adultos era de 17,7 pontos, por seu lado, o dos indivíduos idosos era de 17,1 pontos. Contudo, 50% de ambos os participantes apresentavam *scores* de 20,0 pontos, o que significava que eram independentes, pois este é o valor máximo possível de ser obtido neste domínio.

Relativamente ao *score* total do IB dos participantes, verifica-se que este se encontrava compreendido entre 5,0 e 100,0 pontos. No que respeita aos participantes adultos, constata-se que estes apresentavam um *score* médio de 72,3 pontos, no entanto, 50% dos mesmos possuíam valores inferiores ou iguais a 65,0 pontos. Por sua vez, o *score* médio dos indivíduos idosos era de 75,5 pontos, apesar disso, 50% destes apresentavam resultados iguais ou superiores a 80,0 pontos, ou seja, encontravam-se ligeiramente dependentes ou independentes, não esquecendo, que o *score* máximo do IB é de 100 pontos, o qual representa a independência total.

Prosseguindo com a análise dos dados da tabela 7, observa-se que os resultados da componente física do SF-36 dos participantes situavam-se entre os 75,6 e 248,7 pontos, sendo o *score* médio dos indivíduos adultos de 129,3 pontos e dos idosos de 138,7 pontos. Contudo, verifica-se que 50% dos adultos e dos idosos apresentavam resultados inferiores ou iguais a 118,6 e 117,6 pontos, respetivamente, quando o *score* máximo desta componente é de 400 pontos.

Relativamente à componente mental do SF-36, constata-se que o valor mínimo e máximo era de 72,0 e 370,5 pontos, nesta ordem. Quanto ao *score* médio, observa-se que o

dos participantes adultos era de 249,2 pontos, enquanto que o dos idosos era de 236,3 pontos. Porém, 50% dos adultos possuíam valores inferiores ou iguais a 217,9 pontos e 50% dos idosos ostentavam valores inferiores ou iguais a 219,0 pontos, sendo o *score* máximo desta componente também de 400 pontos.

No que se refere ao *score* total do SF-36 dos participantes, observa-se que os resultados obtidos se encontravam compreendidos entre 179,8 e 606,1 pontos. Verifica-se também que os participantes adultos apresentavam um *score* médio de 378,5 pontos, contudo, 50% dos mesmos possuíam valores inferiores ou iguais a 346,8 pontos. Por sua vez, o *score* médio dos participantes idosos era de 376,0 pontos, apesar disso, 50% destes apresentavam valores iguais ou superiores a 386,7 pontos, relembrando que o *score* total do SF-36 é de 800 pontos.

Tabela 7 - Medidas de tendência central e de dispersão dos domínios do IB e das componentes da QVRS (SF-36) dos participantes por grupo etário

	n	Média	DP	Mediana	Min.	Max.
Adultos						
Mobilidade	13	48,1	16,8	45,0	15,0	70,0
Higiene	13	5,4	4,3	5,0	0,0	10,0
Controlo de Esfíncteres	13	17,7	4,4	20,0	10,0	20,0
<i>Score</i> total do IB	13	72,3	23,6	65,0	25,0	100,0
Componente Física	12	129,3	52,4	118,6	75,6	248,7
Componente Mental	12	249,2	71,1	217,9	169,0	366,7
<i>Score</i> total do SF-36	12	378,5	103,7	346,8	266,2	600,2
Idosos						
Mobilidade	21	51,2	17,7	55,0	5,0	70,0
Higiene	21	7,1	3,7	10,0	0,0	10,0
Controlo de Esfíncteres	21	17,1	6,2	20,0	0,0	20,0
<i>Score</i> total do IB	21	75,5	25,4	80,0	5,0	100,0
Componente Física	17	138,7	48,3	117,6	83,3	237,6
Componente Mental	18	236,3	93,3	219,0	72,0	370,5
<i>Score</i> total do SF-36	17	376,0	126,4	386,7	179,8	606,1

A relação entre os domínios do IB (mobilidade, higiene e controlo de esfíncteres) e as componentes da QVRS (componentes física e mental) foi investigada utilizando a correlação de Spearman (*rho*), uma vez que análises preliminares verificaram a violação dos pressupostos da normalidade.

Entre o domínio da mobilidade do IB e as componentes física, mental e o *score* total do SF-36, verificou-se uma correlação significativa, positiva e moderada-a-forte, $.443 \geq rho \leq .521$, $n=34$, $p<.014$, com níveis elevados de mobilidade associados a níveis mais elevados nas componentes física, mental e *score* total do SF-36.

No que respeita à relação entre o domínio da higiene do IB e as componentes física, mental e o *score* total do SF-36, constatou-se uma correlação significativa, positiva e moderada apenas no *score* total do SF-36, $\rho = .459$, $n = 34$, $p = .012$, indicando que níveis elevados no domínio da higiene estão associados a níveis elevados no *score* total do SF-36.

Relativamente à relação entre o domínio controlo de esfíncteres do IB e as componentes física, mental e o *score* total do SF-36, não foram encontradas correlações significativas a reportar.

Por fim, quanto à relação entre o *score* total do IB e as componentes física, mental e o *score* total do SF-36, verificou-se uma correlação significativa, positiva e moderada-a-forte, $.462 \geq \rho \leq .522$, $n = 34$, $p < .010$, com níveis elevados no *score* total do IB associados a níveis mais elevados nas componentes física, mental e *score* total do SF-36.

Tabela 8 - Correlações bivariadas de Spearman entre os domínios do IB e as componentes da QVRS (SF-36) dos participantes

Domínios do IB	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36)					
	C. Física	<i>p</i>	C. Mental	<i>p</i>	QVRS-SF36	<i>p</i>
Mobilidade	.482	.008	.443	.014	.521	.004
Higiene	.306	.106	.379	.039	.459	.012
Controlo de Esfíncteres	.218	.256	.273	.144	.288	.130
<i>Score</i> total do IB	.475	.009	.462	.010	.522	.004

Os resultados anteriormente descritos serão discutidos no capítulo que se segue, de acordo com os objetivos, as limitações, a multiplicidade de análise, os resultados de estudos semelhantes e outras provas empíricas importantes.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta que a presente investigação pretende determinar os níveis de DF e de QVRS dos clientes alvo de cuidados de ER nas unidades de cuidados continuados da RAM, bem como, analisar a relação existente entre estas duas variáveis, passaremos à discussão dos resultados obtidos.

Quanto à questão de investigação sobre os níveis de DF dos clientes alvo de cuidados de ER nas unidades de cuidados continuados da RAM, os resultados deste estudo demonstraram a prevalência de dois níveis de DF, sendo estes, a independência total (44,1%) e a dependência ligeira (32,4%). Constatou-se assim, que a maioria dos participantes era independente (n=15). Por sua vez, os níveis de DF menos predominantes foram a dependência severa (5,9%) e total (2,9%), encontrando-se num patamar intermédio a dependência moderada (14,7%).

Estes resultados encontram-se em consonância com os de outros estudos realizados (Veiga, 2015; Utida et al., 2016), tendo por alvo a população das UCCI a nível nacional e internacional. Atendendo ao facto de que estes estudos incidem essencialmente na evolução funcional dos clientes, avaliando os seus níveis nos períodos de admissão e alta, optou-se por comparar os resultados desta investigação com os resultados do último momento de avaliação mencionado, dado ao tempo médio de internamento dos participantes. Assim, no estudo de Utida et al. (2016) desenvolvido numa UCCI do Brasil, verificou-se que no referido momento, 55,9% dos participantes apresentavam uma dependência leve ou independência total. Por sua vez, no estudo de Veiga (2015) realizado numa unidade de convalescença em Portugal, cerca de 62,3% dos participantes encontravam-se independentes na realização das AVD. Contrariamente, no estudo de Henriques (2017) concretizado numa UMDR também em Portugal, constatou-se que 52,5% dos participantes apresentavam uma incapacidade grave, 30% uma incapacidade moderada, 7,5% uma incapacidade ligeira e 10% encontravam-se independentes no mesmo período.

Os critérios de referenciação para a RRCCI descritos no Decreto legislativo regional n.º 9/2007/M contribuem para esta evidência, uma vez que as unidades de apoio integrado têm por finalidade a prestação de cuidados a clientes com perda temporária de autonomia potencialmente recuperável. Neste sentido, é expectável que os clientes

admitidos nesta tipologia de cuidados apresentem maior potencial de saúde que os referenciados, por exemplo, para as ULDM (Petronilho et al., 2017b). Para além disso, os objetivos das unidades de apoio integrado igualmente definidos no referido Decreto legislativo apoiam tais resultados, por abrangerem a reabilitação integral do cliente e sua reintegração familiar e social com a máxima autonomia. Dados do relatório de monitorização da RNCCI (2017) revelam que a necessidade de “reabilitação” nestas unidades foi de 84%. Estes factos aliados à evidência obtida nesta investigação quanto aos níveis de DF, poderão constituir o fundamento da grande percentagem dos participantes (70,6%) não ter apoio de cuidador informal.

O mesmo Decreto legislativo preconiza que o período de internamento nestas unidades decorra entre os 30 e 180 dias, tendo em conta que o tempo médio de internamento dos participantes adultos foi de 87,8 dias e o dos idosos de 41,9 dias, considera-se que tal poderá também contribuir para os resultados obtidos. Isto porque, no relatório de monitorização da RNCCI do ano de 2017, o tempo médio de internamento nesta tipologia de cuidados foi de 85 dias, e em 78% dos casos foram atingidos os objetivos aquando da alta da REDE.

Os níveis de DF obtidos neste estudo constituem indicadores de resultado ao nível da funcionalidade, traduzindo ganhos em saúde dos clientes dependentes ao longo do seu acompanhamento nas unidades de cuidados continuados da RAM. Consideram-se relevantes pela carência deste tipo de indicadores de resultado na região e no Continente. Para além de que integram dados que nos permitem poder monitorizar o programa de reabilitação, do qual também faz parte o EEER.

Como resultados sensíveis às intervenções de ER a nível pessoal, familiar e social, temos a capacitação, a autonomia e a QV. Os indicadores sensíveis aos cuidados de ER definem-se como as variáveis qualitativas ou quantitativas, que permitem mensurar as modificações associadas às intervenções promotoras de um diagnóstico precoce, ações preventivas e maximização da funcionalidade. Mudanças positivas nestes indicadores, promovem a CF dos clientes, previnem incapacidades, melhoram as funções residuais, mantêm ou melhoram a independência nas AVD e minimizam o impacto das incapacidades instaladas. Estes indicadores possibilitam assim uma avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde, tal como, identificam situações que carecem de melhoramento (OE, 2015; OE, 2011). Neste sentido, a avaliação dos níveis de DF deve ser precoce e sistemática, pois tal permite a prescrição de intervenções ajustadas às necessidades reais

dos clientes, contribuindo deste modo para a melhoria contínua do processo de reabilitação (Sequeira, 2018; Henriques, 2017).

Os participantes no presente estudo apresentavam uma média de 5 sessões semanais com o EEER, sugerindo tal, o contributo deste profissional nos resultados obtidos. Perante o exposto, a intervenção da ER caracteriza-se por ser contínua e prolongada, com uma sequência regular de sessões. Na prática das suas competências específicas, a sua intervenção considera-se de excelência e referência na área da Enfermagem, por proporcionar ganhos em saúde em todos os seus contextos de atuação, no que respeita à prevenção de incapacidades e recuperação das capacidades remanescentes, capacitando os clientes para uma maior autonomia (OE, 2015).

A evidência científica existente sobre esta temática (Lista, 2018; Santos, 2017), demonstra ganhos em saúde sensíveis aos cuidados especializados em ER a todos os níveis, particularmente, no que se refere à funcionalidade. O EEER assume-se assim como um elemento essencial neste modelo de cuidados dos serviços da REDE, desempenhando um papel de referência na equipa multidisciplinar, determinante no processo de reabilitação, readaptação e reintegração dos clientes dependentes (Conselho de Enfermagem, 2009). Contudo, o sucesso da reabilitação dos clientes numa unidade especializada, só é conseguido com uma intervenção multidisciplinar, baseada na interdisciplinaridade e complementaridade e se, especialmente, os enfermeiros forem maioritariamente especialistas em ER (Santos, 2017).

Os resultados da atual investigação, demonstraram que os participantes idosos apresentavam um *score* médio total do IB ligeiramente superior ao obtido pelos indivíduos adultos. Também se verificou que os idosos possuíam *scores* médios ligeiramente superiores aos dos adultos nos domínios do IB, mobilidade e higiene, com a exceção do domínio controlo de esfíncteres. Ainda assim, é neste último domínio onde se observaram *scores* médios mais elevados para ambos os participantes e um maior nível de independência.

Estes resultados são consonantes com o facto da DF poder estar presente em qualquer faixa etária, podendo deste modo existir desde o nascimento, ser resultado de uma patologia aguda ou acidente ocorrido na infância, juventude ou vida adulta, ou mais frequentemente, se desenvolver à medida que os indivíduos envelhecem (Figueiredo, 2007). Tal é comprovado neste estudo, no qual a idade mínima dos participantes foi de 29,0 anos e a máxima de 85,0 anos. Deste modo, não é a idade que define a dependência,

mas determinadas condições patológicas que levam ao declínio e por conseguinte à mesma (Araújo et al., 2011).

De acordo com os dados do relatório de monitorização da RNCCI (2017), a “dependência de AVD” constitui um dos motivos prevalentes de referenciação (90%) para este modelo de serviços de cuidados. Neste estudo, a génese deste tipo de dependência encontrava-se na sua maioria relacionada com um problema ortotraumatológico (55,9%), seguido por um problema neurológico (38,2%). Estes resultados são consonantes com os do estudo realizado por De Andrade (2009), o qual concluiu que as principais patologias responsáveis pela dependência foram as do aparelho musculoesquelético, seguidas pelas do aparelho circulatório.

Estudos como de Lima (2014), Ferreira (2014) e Ferreira (2015) corroboram a evidência anteriormente referida, por demonstrarem não existir relação estatisticamente significativa entre a idade e a DF. No estudo de Ferreira (2015), segundo a classificação do IB, os participantes mais velhos eram mais independentes, e na investigação de Lima (2014), a idade não teve influência na recuperação da IF. Contudo, não sendo a idade avançada sinónimo de incapacidade funcional, esta não pode ser menosprezada, uma vez que se encontra associada a uma estrutura orgânica mais vulnerável à instalação de processos incapacitantes (Henriques, 2017). E contrariamente aos resultados dos estudos previamente referidos, as investigações de Dos Santos e Pavarini (2011), Silva (2013) e Henriques (2017) constataram que a um maior nível de dependência encontrava-se associado o avanço da idade.

A idade está habitualmente presente nos estudos que analisam a incapacidade funcional, dado ao fenómeno de envelhecimento demográfico que caracteriza os países desenvolvidos, tal como Portugal (Henriques, 2017; Ribeiro et al., 2014; Sequeira, 2018). A presente investigação não foi exceção, uma vez que os participantes eram maioritariamente idosos (61,8%). Este resultado vai de encontro aos dados do relatório de monitorização da RNCCI de 2017, que revelaram que 82,9% da sua população apresentava idade superior a 65 anos. Para além disso, segundo dados recentes do Ministério da Saúde (2018), 21% dos portugueses tem 65 ou mais anos.

Relativamente ao *score* médio total do IB dos participantes, constatou-se que este se situava em termos de classificação, no nível correspondente à dependência ligeira (73,9 pontos) de acordo com Sequeira (2010). No que respeita aos participantes adultos, 50% dos mesmos possuíam valores inferiores ou iguais a 65,0 pontos. Por seu lado, 50% dos indivíduos idosos apresentavam resultados iguais ou superiores a 80,0 pontos, lembrando

que o *score* máximo do IB é de 100 pontos, o qual representa a independência total. Analisando estes resultados, podemos verificar que se encontram muito próximos aos sugeridos na proposta de Granger et al. (1979), quanto à subdivisão dos *scores* totais do IB em diferentes categorias. Segundo os mesmos autores, o *score* 60 corresponde ao ponto de viragem entre a independência e dependência. *Scores* superiores a 60 pontos indicam que os clientes são maioritariamente independentes nos cuidados pessoais básicos como alimentar-se, higiene pessoal, controlo de esfíncteres e deslocar-se sem auxílio. Por sua vez, com valores iguais ou superiores a 85 pontos, os indivíduos são geralmente independentes, precisando somente de uma assistência mínima (Granger et al., 1979).

Na monitorização da CF dos clientes no âmbito dos programas de reabilitação em unidades de convalescença e reabilitação, alguns autores (Veiga, 2015; Ferreira, 2015; Utida et al., 2016; Henriques, 2017) compararam nos seus estudos a pontuação do IB na alta com a da admissão, sendo que um resultado positivo correspondia a uma melhoria e um valor negativo a uma deterioração no estado funcional. Apesar da opção metodológica da presente investigação ser distinta das mencionadas, ao ser equiparada com estas, os níveis de DF apresentados sugerem que o programa de reabilitação instituído está a ter uma repercussão positiva na funcionalidade dos participantes.

Em todos os estudos previamente referidos, verificou-se ter ocorrido uma melhoria significativa na CF, traduzindo um impacto positivo desta tipologia de cuidados da REDE na funcionalidade dos clientes. Contudo, o *score* médio total do IB obtido (73,9 pontos) neste estudo é superior aos alcançados aquando da alta por Ferreira (2015) e Utida et al. (2016), sendo estes de 47,2 e 61,2 pontos, respetivamente, existindo assim a possibilidade do seu aumento, uma vez que os participantes ainda se encontram internados sob um programa de reabilitação. Autores como Lourenço (2011) e Ferreira et al. (2012a) referem que a reabilitação é um fator preponderante na promoção da CF, corroborando assim a evidência obtida. O treino das AVD incorpora inevitavelmente os programas de ER, sendo estes cuidados especializados um recurso diferenciado e uma mais-valia neste processo (MCEER, 2011; Ribeiro et al., 2017).

Os resultados deste estudo mostraram que o domínio do IB com maior nível de independência foi o do controlo de esfíncteres, enquanto que aqueles que apresentavam menores níveis foram o da higiene e da mobilidade. Tais resultados demonstram-se semelhantes aos obtidos noutras pesquisas, sendo em geral aceite, que os domínios relacionados com a atividade física, como o da higiene e da mobilidade, se encontrem associados a níveis mais elevados de dependência dos clientes.

No estudo de Ribeiro et al. (2014), constatou-se existir igualmente níveis mais elevados de dependência nas atividades alimentar-se, arranjar-se, tomar banho, vestir-se e despir-se, uso do sanitário, usar a cadeira de rodas e andar. De acordo com estes autores, a execução destas atividades exige uma maior amplitude e coordenação do movimento, maior capacidade motora fina e grosseira, tal como maior destreza manual, força muscular e equilíbrio corporal, pelo que tal justifica os resultados obtidos pelos motivos de internamento expressos. Também no estudo de Sequeira (2010), os participantes apresentaram maiores níveis de dependência, essencialmente, no subir escadas (97,1%), no vestir (83,2%), no banho (81,2%), na higiene corporal (75,2%) e no uso da casa de banho (71,3%).

Petronilho, Magalhães, Machado e Vieira (2010) no estudo desenvolvido sobre o impacto da incapacidade funcional no nível de dependência no autocuidado em clientes que sofreram um evento crítico, concluíram que estes possuíam níveis elevados de dependência, com *scores* significativos no domínio da atividade física (virar-se, transferir-se e andar) e no uso do sanitário.

Na investigação desenvolvida por Martins (2002) com uma amostra de 171 clientes com AVC e recorrendo ao IB, constatou-se que a maioria destes se encontrava fortemente limitada no plano motor, particularmente, na marcha e no subir escadas. Esta mesma pesquisa permitiu também concluir, que os clientes apresentavam menores níveis de dependência no domínio controlo de esfíncteres. Evidência esta, igualmente constatada no estudo concretizado por Loureiro, Do Couto e Sobral (2010). O estudo de Ricarte (2009) concluiu similarmente que os seus participantes apresentavam níveis superiores de dependência nos autocuidados subir e descer escadas, deambulação, banho, higiene e vestir-se, enquanto que no controlo de esfíncteres (intestinal e vesical) encontravam-se menos dependentes. Contrariamente, nos estudos de Dantas, Bello, Barreto e Lima (2013), Silva (2013) e Barbosa et al. (2014), uma das atividades onde se verificou maior prevalência da dependência foi no controlo vesical. Por sua vez, no estudo de Veiga (2015), os participantes apresentaram de um modo geral mais dependência no controlo de esfíncteres e um maior nível de independência na transferência e no subir e descer escadas.

No que se refere à questão de investigação sobre quais os níveis de QVRS dos clientes alvo de cuidados de ER nas unidades de cuidados continuados da RAM, os resultados revelaram que estes apresentavam no geral, e em cada uma das componentes analisadas (física e mental), baixos níveis, sendo a nível da componente física, onde esta foi percebida de modo mais negativo. Também Pinheiro (2016) na sua investigação,

constatou que os clientes admitidos nas unidades de cuidados continuados de Bragança e Mirandela apresentavam baixos níveis de QVRS em cada um dos domínios analisados, observando resultados inferiores no que se referia à componente física. Este último resultado, pode ser explicado pelo facto da dimensão física ser aquela com maior impacto na QV dos indivíduos (Branco, 2010).

No seu estudo, Pinheiro (2016) destacou os resultados dos participantes em processo de reabilitação, uma vez que estes se encontravam expostos a situações *stressantes* que se repercutiam na sua QVRS. De acordo com Da Cruz et al. (2018), a QVRS diz respeito à perceção demonstrada pela pessoa acerca da sua condição de vida perante a doença, suas sequelas e tratamentos inerentes, ou seja, como tudo isto afeta o seu quotidiano. Pelo que se considera que tal constitui uma possível explicação para a evidência obtida. A QV encontra-se associada ao estudo de saúde, particularmente, nas situações em que ocorrem modificações no estado físico dos indivíduos, como tratamentos, cirurgias e reabilitação, sendo pertinente na avaliação dos resultados em saúde. Assim, o interesse pela QVRS surge perante a necessidade de se avaliar o impacto a nível físico e psicológico, provocado pela incapacidade, patologia e seu tratamento (Abrantes, 2018).

Outra justificação plausível encontra-se relacionada com o facto de se associar ao género feminino uma pior perceção da QV, sendo este o género prevalente (67,6%) nesta pesquisa. Tal foi comprovado em vários estudos (Gouveia, Ihle, Kliegel, Freitas e Gouveia, 2018; Olmedo-Alguacil et al., 2016; Skar, Juuso e Soderberg, 2014), onde *scores* maiores de QVRS foram encontrados em homens em comparação com as mulheres. A investigação de Gouveia et al. (2018) desenvolvida na RAM, também identificou diferenças entre homens e mulheres no que respeita às componentes física e mental da QVRS, encontrando-se esta descoberta consistente com os resultados anteriormente relatados pelo estudo espanhol de Orfila et al. (2006). Também Ferreira (2014) através do seu estudo realizado no distrito de Castelo Branco, constatou que os homens apresentavam uma melhor perceção da QVRS quando comparados com as mulheres. Outra investigação concretizada por Balduino e Jacopetti (2009), comprovou que os homens possuíam melhores *scores* em todos os domínios da QV.

Os resultados dos referidos estudos podem ser explicados pelo facto da esperança média de vida das mulheres ser superior à dos homens, vivenciando assim estas, mais sentimentos de solidão e depressão, por se depararem com a morte do cônjuge, situação geradora de *stress* (Da Silva & Ferreira-Alves, 2012). Para além de estarem expostas a outros fatores culturais relacionados com o seu papel na sociedade, tal como, serem

cuidadoras dos filhos, de outros familiares e pessoas dependentes, tendo menos acesso à educação e um baixo estatuto social, o que pode contribuir para o aumento da pobreza e dos problemas de saúde quando envelhecem (Ferreira, 2014). Face ao exposto, verificou-se que a presente investigação teve um número considerável de participantes viúvos (n=10) e reformados/inválidos (n=22), bem como, um baixo nível de escolaridade (n=28).

Os resultados da presente investigação mostraram que os participantes adultos apresentavam *scores* médios ligeiramente superiores aos dos idosos, no que se refere à componente mental e *score* total do SF-36, exceto na componente física. Tal como referido por Oliveira et al. (2008), estes resultados podem ser explicados pelo facto da perceção do estado de saúde diminuir com a idade. Neste estudo, a maioria dos participantes (n=23) no que se referia à perceção sobre a sua saúde atual, a considerou entre fraca (32,4%) e razoável (35,3%).

Uma baixa autoavaliação de saúde, geralmente, está associada a uma redução na QV, dado que esta constitui um dos seus principais indicadores, uma vez que é a própria pessoa que a avalia no contexto e cultura onde se encontra inserida, segundo os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck, 2008; Vintém, 2008; Beckert, Irigaray & Trentini, 2012). Nesta faixa etária especialmente sensível às limitações funcionais e à degeneração da saúde, os aspetos da condição física pesam consideravelmente na noção de QV (Peterson, Lowe, Peterson e Janz, 2006), pelo que tal pode explicar os resultados obtidos dos idosos ao nível da componente física, uma vez que estes apresentaram *scores* médios ligeiramente superiores no que refere ao IB e seus domínios higiene e mobilidade.

Estudos como de Zaninotto, Falaschetti e Sacker (2009), Ferreira (2014) e Gouveia et al. (2017), desenvolvidos em Inglaterra, Portugal e RAM, respetivamente, corroboram a evidência obtida. O último estudo mencionado, por exemplo, constatou que os indivíduos mais idosos quando comparados com os mais jovens, apresentavam *scores* inferiores em ambas as componentes da QVRS e no *score* total do SF-36. A investigação de Zaninotto et al. (2009) também concluiu que a QVRS foi pior percecionada pelos participantes mais velhos do que pelos mais jovens, com as diferenças a aumentarem com a idade. Similarmente, Ferreira (2014) no seu estudo verificou que à medida que a idade aumentava a perceção da QVRS dos participantes era menor.

Uma explicação possível para tal, está associada ao facto de ao envelhecimento se encontrarem aliadas as patologias crónicas, consideradas como aquelas que mais influenciam a QV das pessoas, uma vez que interferem de modo constante no seu estilo de

vida, limitando a sua capacidade produtiva (Da Cruz et al., 2018). Ao longo da trajetória pessoal do indivíduo, o significado atribuído à QV tende a se alterar, não por influência da idade em si, mas fundamentalmente por mudanças, acontecimentos e experiências que acabam por se associar à idade avançada, onde se destacam os transtornos de saúde (Lobo et al., 2014). Como patologias crónicas mais frequentes na presente investigação tivemos a HTA (19,7%), a dislipidemia (13,6%), a diabetes mellitus (8,3%), os problemas cardíacos (7,6%) e ortotraumatológicos (11,4%).

No estudo de Abrantes (2018), variáveis como idade, género, estado civil, agregado familiar, nível de independência nas AVD e intensidade da dor, influenciaram a QV. Apesar de se ter considerado algumas destas variáveis como relevantes neste estudo, outras podem ser ponderadas dada à multidimensionalidade e subjetividade que a QVRS agrega, pois esta resulta da perceção do cliente sobre as mais diversas áreas da sua vida (Carrilho, 2012). Deste modo, não é apenas importante que a pessoa tenha saúde física e mental, mas que igualmente esteja bem consigo, com as pessoas que a rodeiam e a com a vida, reagindo de modo satisfatório aos problemas e controlando os acontecimentos diários (Soares et al., 2008).

Os resultados apurados ressaltam que a QVRS consiste numa interação dinâmica entre as condições externas da vida da pessoa e a perceção interna que tem acerca destas, ou seja, como vive, sente e compreende o seu dia-a-dia e o seu estado de saúde (Abrantes, 2018). A dimensão vasta da saúde, tal como a sua relação com vários aspetos negativos e positivos da vida, possibilitam diversos modos de avaliação, conduzindo pessoas com a mesma morbilidade a demonstrarem desiguais níveis de saúde e de bem-estar, físico e emocional (Noronha et al., 2016).

Definidos os níveis de DF e de QVRS dos participantes no presente estudo, emerge a necessidade de se responder a uma outra questão: existe relação entre estas duas variáveis? Considerou-se nesta investigação que os clientes menos dependentes funcionalmente teriam uma melhor perceção da sua QVRS. Através da sua concretização, obtivemos resultados estatisticamente significativos relativamente a estas duas variáveis. Deste modo, constatou-se que quanto mais independentes funcionalmente os participantes se encontravam, melhor percecionavam a sua QVRS no geral e em cada uma das componentes analisadas (física e mental), confirmando-se assim a hipótese formulada. Estes resultados verificaram-se particularmente entre o domínio mobilidade do IB e as componentes física, mental e o *score* total do SF-36 e entre o *score* total do IB e as componentes física, mental e o *score* total do SF-36, onde as correlações encontradas

foram positivas e moderadas-a-fortes. Tal, demonstrou que níveis elevados de mobilidade, bem como do *score* total do IB, estavam associados a níveis mais elevados nas componentes física, mental e *score* total do SF-36.

Esta descoberta é consistente com os resultados anteriormente relatados por Da Silva (2012), Lobo et al. (2014) e Abrantes (2018). Na investigação de Da Silva (2012) envolvendo 291 idosos institucionalizados e do domicílio, a autora constatou existir diferenças estatisticamente significativas entre o IB e os domínios geral ($p=.022$), físico ($p=.000$) e psicológico ($p=.001$) da QVRS. Esta correlação demonstrou-se positiva e fraca entre o IB e os domínios geral ($r=.217$) e psicológico ($r=.306$) da QV, e positiva e forte entre o IB e o domínio físico ($r=.668$). Assim, quanto mais elevado era o *score* total do IB, ou seja, quanto mais independente o participante se encontrava, melhor era a sua perceção em relação à sua QVRS, particularmente, ao nível do domínio físico.

Por sua vez, no estudo com 93 idosos em contexto domiciliário de Lobo et al. (2014), verificou-se existir uma correlação significativa, negativa e forte entre o nível de DF e as componentes física e mental do SF-36 ($r= -.62$; $p=.001$ e $r= -.34$; $p=.040$, respetivamente). Também Abrantes (2018) concluiu no seu estudo com 50 clientes internados na RNCCI, nomeadamente nas UMDR e ULDM, que os participantes independentes percecionaram melhor a sua QV, particularmente no domínio físico ($X^2=22,498$; $p=.000$), resultando tal em diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da QVRS ($p < .05$), com a exceção do domínio das relações sociais ($p=.054$). Pinheiro (2016) aferiu igualmente na sua investigação que os clientes independentes manifestavam melhor perceção da sua QVRS, sendo a sua média mais elevada no domínio físico. Contrariamente, no estudo de Ferreira (2014) em contexto de cuidados de longa duração, a autora identificou não existir relação estatisticamente significativa entre a DF e a QV ($r=0,234$ e $p=.366$).

Alguns autores (Carrilho, 2012; Borges et al., 2013) referem que a QV é influenciada por fatores como a saúde física, o grau de dependência, a condição psicológica, as crenças e valores pessoais, as relações sociais e os fatores ambientais. Carrilho (2012), por sua vez, menciona que os fatores que influenciam a QV agrupam-se em bem-estar físico, CF, bem-estar psicológico, bem-estar espiritual e capacidade financeira. A QV assenta assim em três princípios fundamentais que são a CF, o nível socioeconómico e a satisfação pessoal, podendo relacionar-se igualmente com a aptidão física, o estado emocional, a atividade intelectual, a autoproteção de saúde e a interação social (Borges et al., 2013). Contudo, a dimensão da QV com maior impacto nos

indivíduos é a dimensão física, podendo se afirmar que a melhoria das capacidades funcionais melhora a sua QV.

De acordo com alguns investigadores (Hébert, 1997; Pimenta et al., 2008) e a própria DGS, a CF encontra-se diretamente associada à QV, ou seja, existindo uma diminuição ou perda da primeira, haverá um nível maior de dependência e consequentemente uma pior perceção da última. Numa unidade de UCCI, os défices na capacidade de execução das AVD têm um grande impacto na perceção da QV, dado que a dependência a influencia negativamente (Ferreira, 2014; Fleck, 2008).

Os indivíduos mais debilitados no que respeita à sua IF, encontram-se mais dependentes nas AVD e quanto à necessidade de cuidados de saúde, resultando tal numa perceção mais negativa da sua QV (Abrantes, 2018). Este facto confirmou-se na investigação de Da Silva (2011), onde se constatou que os clientes com níveis menores de IF manifestavam sentimentos de insegurança e vulnerabilidade, traduzindo-se estes em menores níveis de QV. A REDE assume assim um papel cada vez mais importante na prestação de cuidados e na promoção do conforto, bem-estar e QV dos indivíduos dependentes (Abrantes, 2018). Neste sentido, considera-se que os factos anteriormente expostos corroboram os resultados apurados neste estudo.

Embora se assuma o rigor metodológico da presente investigação, há que referir a presença de algumas limitações. O desenho transversal limita as conclusões em relação à evolução temporal de uma temática que é inquestionavelmente mutável com o decorrer do tempo. Adicionalmente, a abordagem quantitativa isolada possibilita-nos um retrato epidemiológico, contudo, não nos permite compreender o vivenciado pelos participantes. Para além do desenho do estudo, uma outra limitação encontra-se relacionada com o tamanho da população estudada, por esta se considerar reduzida (34 participantes), dado que o contexto de prática clínica onde a investigação foi concretizada tinha uma lotação de 42 camas. Tais limitações, não nos permitem assim poder generalizar os resultados.

Na componente da colheita de dados, deparamo-nos com a dificuldade de compreensão de alguns participantes, particularmente, quando aplicado o questionário SF-36, pois a população alvo desta investigação verificou-se maioritariamente idosa e com um baixo nível de literacia, o que poderá ter influenciado as respostas aos questionários.

A inexistência de estudos idênticos traduziu-se numa outra limitação, dado que este facto dificultou a comparação dos resultados obtidos com a evidência científica produzida. Ainda que isto possa ser uma limitação, considerou-se também que tal constitui uma grande força deste estudo, pelo mesmo incorporar um projeto de investigação de

carácter inédito a nível regional e nacional, tendo este emergido da necessidade de estudos que descrevessem aprofundadamente as características da ER nas suas diversas dimensões e contextos de prática clínica. Para além de que a sua concretização, pretendia colmatar a carência de indicadores de resultado ao nível da funcionalidade e da QVRS dos clientes das unidades de cuidados continuados da RAM.

Constatou-se com este estudo que no contexto de prática clínica analisado, os níveis de IF e QVRS constituem indicadores de resultado, traduzindo ganhos em saúde dos clientes ao longo do seu acompanhamento nesta tipologia de cuidados. Tais resultados consideram-se de extrema relevância, atendendo aos objetivos das unidades de REDE estudadas e aos princípios ou fundamentos que orientam o agir profissional da ER. Níveis elevados em ambas as variáveis referidas reforçam a atenção do EEER na IF e na QV. Face ao exposto, reforçamos as implicações para a prática clínica da presente investigação.

Conhecer o perfil dos clientes das unidades de cuidados continuados da RAM, poderá potenciar o aperfeiçoamento da práxis da ER neste contexto de prática de cuidados. Desenvolver e aprofundar práticas de ER de acordo com as necessidades específicas destes clientes, pode ser um elemento determinante na qualidade do exercício profissional, consistindo numa oportunidade única destes serem mais significativos para os mesmos. Em simultâneo, um conhecimento mais aprofundado sobre esta temática poderá possibilitar uma abordagem mais proativa, favorecendo futuramente um campo de intervenções preventivas e de cuidados individualizados. Nesta sequência, as conclusões deste estudo remetem-nos para a importância de se desenvolverem estratégias que promovam o envelhecer ativo, dado que as projeções nacionais sugerem um aumento continuado e significativo do envelhecimento demográfico. Segundo a UMCCI (2009), os desafios atuais a nível global abrangem o reabilitar e reinserir, para além de políticas de envelhecimento ativo.

A saúde, autonomia e independência constituem exemplos de fatores promotores de uma maior longevidade com níveis superiores de QV, no entanto, cada pessoa determina a importância ou o significado que cada uma das dimensões representam para si (Branco, 2010). Neste sentido, a QV da população idosa encontra-se diretamente relacionada com a aptidão física e o estado funcional demonstrados. Verifica-se existir assim uma forte relação entre um envelhecimento com qualidade e uma vida independente, no que respeita sobretudo à IF. Deste modo, o primeiro passo para se alcançar uma melhor QV consiste na manutenção dos idosos independentes, funcionalmente (Ferreira et al., 2012a).

Com a concretização desta investigação, constatou-se que a velhice não é sinónimo de incapacidade funcional e que mesmo que esta ocorra nesta faixa etária, esta não deverá impossibilitar a sua recuperação. Contudo, mesmo com as perdas inerentes ao processo de envelhecimento, devem ser desenvolvidos programas específicos de intervenção que visem a eliminação de fatores de risco relacionados com a incapacidade funcional e a elaboração de ações de promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação e reabilitação (Ferreira et al., 2012a; Vieira et al., 2012). Visto que a ER prima pela máxima funcionalidade e melhoria contínua da QV, esta constitui uma área de intervenção diferenciada que vai de encontro às verdadeiras necessidades da população e das novas exigências em cuidados, sendo determinante neste processo (OE, 2015; Camicia et al., 2014; Ferrer-Arnedo et al., 2014).

Dada à inexistência deste tipo de estudos na RAM, a sua elaboração tem implicações também no que respeita à investigação, pelo seu contributo no desenvolvimento de competências nesta área e na produção de conhecimento científico, particularmente no âmbito da ER em contexto de cuidados da REDE. Integrar um projeto de investigação desta dimensão possibilitou-nos o envolvimento numa equipa de investigação, fator que suscitou em si o anseio pelo desenvolvimento de mais estudos num futuro não longínquo, dada à escassez dos mesmos.

Os estudos transversais podem constituir a base para outros estudos, compondo por exemplo, a primeira etapa de um estudo de coorte ou ensaio clínico. Os resultados dos estudos transversais definem as características demográficas e clínicas de base da amostra em estudo, e podem por vezes revelar associações de interesse para as restantes pesquisas. Neste sentido, para além da pertinência do seu desenvolvimento num cariz longitudinal de modo a se compreender como os ganhos decorrentes da intervenção do EEER no que se refere à independência têm impacto na QV, sugerimos ainda estudos de natureza qualitativa, em que seria relevante explorar os fatores que influenciam a promoção destas duas variáveis. Sugere-se também, que estudos experimentais sejam desenvolvidos no sentido de se analisar a eficácia e efetividade das intervenções dos EEER focadas na IF e na QV. O recurso a uma triangulação de métodos de investigação pode ser igualmente uma opção, por se considerar que tal contribuiria para um planeamento mais adequado com as reais necessidades de saúde neste âmbito, o qual constitui incontestavelmente um foco de intervenção da ER.

CONCLUSÃO

A presente investigação tinha como objetivos, determinar os níveis de DF e de QVRS dos clientes alvo de cuidados de ER nas unidades de cuidados continuados da RAM, tal como, analisar a relação existente entre estas duas variáveis. Neste sentido, desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional, que incluiu 34 participantes, sendo estes maioritariamente idosos e do género feminino. Para além disso, o questionário de caracterização sociodemográfica, permitiu-nos constatar que os mesmos apresentavam um baixo nível de escolaridade e que na sua maioria eram reformados/inválidos. Verificou-se existir também a prevalência de participantes casados ou em união de facto, bem como o predomínio de indivíduos que viviam com familiares e não possuíam apoio de cuidador informal.

O motivo de internamento prevalente dos participantes nas unidades de cuidados continuados era de origem ortotraumatológica, sendo este seguido pela causa neurológica. Quanto ao tempo médio de internamento nestas unidades, o dos indivíduos adultos foi de 87,8 dias e os dos idosos de 41,9 dias, tendo ambos os participantes uma média de 5 sessões semanais com o EEER. Como principais antecedentes de saúde, estes identificaram a HTA, a dislipidemia, a diabetes *mellitus*, os problemas cardíacos e ortotraumatológicos. A maioria dos participantes percecionou a sua saúde atual entre fraca e razoável.

Os níveis de DF dos participantes deste estudo foram determinados pela versão do IB validada para a população portuguesa por Sequeira em 2007, possibilitando-nos identificar a prevalência de dois níveis, sendo esses, a independência total e a dependência ligeira. No entanto, os participantes encontravam-se maioritariamente independentes. Apesar disso, quando analisado o *score* médio total do IB, constatou-se que este se situava em termos de classificação no nível correspondente à dependência ligeira. Quando comparados com os indivíduos adultos, verificou-se que os idosos apresentavam *scores* médios ligeiramente superiores no que refere ao IB e seus domínios mobilidade e higiene. Ainda assim, foram nestes dois últimos domínios onde se identificaram menores níveis de independência, observando-se um maior nível no controlo de esfíncteres.

Por seu lado, para se determinar os níveis de QVRS recorreu-se à versão 2.0 do questionário SF-36, validada para a população portuguesa por Ribeiro em 2005, tendo os resultados revelado que os participantes apresentavam no geral e em cada uma das

componentes analisadas (física e mental) baixos níveis, sendo a nível da componente física onde esta foi percecionada mais negativamente. Ao compararmos os resultados dos participantes adultos com os dos idosos, constatou-se que os primeiros possuíam *scores* médios ligeiramente superiores aos últimos, no que respeita à componente mental e *score* total do SF-36, exceto na componente física.

Com a concretização deste estudo, pudemos concluir que quanto mais independentes funcionalmente os participantes se encontravam, melhor percecionavam a sua QVRS no geral e em cada uma das componentes estudadas (física e mental). Tal, verificou-se sobretudo entre o domínio mobilidade do IB e as componentes física, mental e o *score* total do SF-36 e entre o *score* total do IB e as componentes física, mental e o *score* total do SF-36, sendo as correlações encontradas significativas, positivas e moderadas-a-fortes. Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de mobilidade, tal como do *score* total do IB, estavam associados a níveis mais elevados nas componentes física, mental e *score* total do SF-36. A presente pesquisa identificou assim resultados estatisticamente significativos no que se refere às variáveis DF e QVRS, confirmando-se deste modo a hipótese formulada.

Os resultados deste estudo consideram-se relevantes por contribuírem para a produção de novo conhecimento em relação ao nível da funcionalidade e da QVRS dos clientes das unidades de cuidados continuados da RAM. Neste contexto de prática clínica, onde se objetiva a reabilitação integral e a reintegração familiar e social com a máxima autonomia, os níveis de DF e de QVRS, traduzem-se em importantes ganhos em saúde por parte dos clientes ao longo do seu acompanhamento neste modelo de cuidados dos serviços da REDE. Deste modo, estes indicadores de resultado possibilitaram-nos estimar o contributo do programa de reabilitação, bem como dos cuidados especializados em ER neste processo.

Os níveis de DF apresentados nesta pesquisa sugerem que o programa de reabilitação implementado poderá ter uma repercussão positiva na funcionalidade da maioria dos participantes, por sua vez, refletindo-se nos seus níveis de QVRS, dado existir entre estas duas variáveis uma relação estatisticamente significativa. Tal corrobora o facto destes fenómenos se influenciarem e de ser a dimensão física aquela que mais impacto apresenta sobre a QV dos clientes. Face ao exposto, os resultados obtidos reforçam a importância desta tipologia de cuidados da REDE, sugerindo que a melhoria das capacidades funcionais está associada a melhorias na QV dos clientes, sendo a reabilitação

preponderante na sua promoção. Neste contexto, reforça-se ainda o papel do EEER no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração destes clientes.

Nesta sequência, as conclusões deste estudo remetem-nos para a importância de serem desenvolvidos e avaliados programas de intervenção focados nos domínios da IF, mobilidade e higiene, pois os ganhos decorrentes estarão associados a melhorias na QV e, em paralelo, na melhoria da saúde global das pessoas.

O presente estudo sugere ainda que a incapacidade funcional não é exclusiva da idade avançada, e mesmo que ocorra nesta faixa etária, esta não deverá impossibilitar a recuperação da independência. Apesar das alterações que caracterizam o processo de envelhecimento, o exposto remete-nos para a importância de serem desenvolvidos programas específicos de intervenção, que englobem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação e a reabilitação. Isto porque, as projeções nacionais sugerem um aumento continuado e significativo do envelhecimento demográfico, daí a relevância da promoção de um envelhecer ativo. Assinalamos, que neste campo, pode a ER ser determinante por atender às verdadeiras necessidades da população e às novas exigências em cuidados.

No que se refere a investigação futura, para além da pertinência desta investigação noutras regiões do país, sugere-se o desenvolvimento de estudos longitudinais que nos permitam compreender qual o impacto dos ganhos resultantes da intervenção do EEER no que respeita à IF sobre a QVRS. Considera-se ainda pertinente a concretização de estudos qualitativos, de forma, a serem analisados os fatores que influenciam a promoção destas duas variáveis, bem como, a realização de pesquisas experimentais com o intuito de se investigar a eficácia e efetividade das intervenções dos EEER centradas na IF e na QVRS. No entanto, uma opção a se considerar, será o recurso a estudos mistos (*mixed methods*), por se achar que isso permitirá um conhecimento mais aprofundado sobre esta temática.

Visto a IF e a QV constituírem focos indiscutíveis da intervenção da ER, esperamos ver formadas equipas de investigação e desenvolvidos estudos experimentais, dando continuidade ao trabalho iniciado com esta dissertação, de modo que estes possam descrever e avaliar as intervenções complexas desenvolvidas pelos EEER, reforçando o reconhecimento da intervenção deste profissional na equipa de saúde em Cuidados Continuados.

BIBLIOGRAFIA

- Abrantes, M. L. S. (2018). *Qualidade de vida do doente internado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/4860>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2018). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 2017*. Retrieved from <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/11/Relatorio-de-Monitorizacao-da-RNCCI-2017.pdf>
- Alonso, M., Martínez, B., Sánchez, L. & Schalock, R. (2009). *Manual de aplicación de la Escala GENCAT de calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya.
- Amaro, J., Moreira, J. & Branco, C. A. (2009). Medicina Física e de Reabilitação: A especialidade médica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 18(2), 22-28. Retrieved from <https://spmfrjournal.org/index.php/spmfr/article/view/48>
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of American psychological association* (6th). Washington, DC: Author.
- Aparecida de Souza, L. & Mancussi e Faro, A. C. (2011). História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: Reflexões e tendências com base na revisão de literatura. *Enfermería Global*, 10(24), 290-306. Doi: 10.4321/S1695-61412011000400022
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. Retrieved from <https://hdl.handle.net/10216/15740>
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2011). Viver com mais idade em contexto familiar: Dependência no auto cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 869-875. Doi: 10.1590/S0080-62342011000400011

- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2010). Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016. *Maximizar os ganhos em saúde da população: Os enfermeiros especialistas em Enfermagem de reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde*. Retrieved from <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Balduino, E. & Jacopetti, S. (2009). Levantamento da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Boletim de Enfermagem*, 3(2), 31-47.
- Barbosa, B., De Almeida, J., Barbosa, M. & Rossi-Barbosa, L. (2014). Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3317-3325. Doi: 10.1590/1413-81232014198.06322013
- Beckert, M., Irigaray, T. & Trentini, C. (2012). Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia*, 29(2), 155-162. Doi: 10.1590/S0103-166X2012000200001
- Bernardo, S. R. F. (2017). *Independência/autonomia da pessoa em processos de transição de saúde* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <http://web.esenfc.pt/?url=8xIGMHrX>
- Bezerra, C., Pagliuca, L. & Galvão, M. (2009). Modelo de Enfermagem baseado nas atividades de vida diária: Adolescente diabética e deficiente visual. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(4), 842-848. Doi: 10.1590/S1414-81452009000400021
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 8(3), 335-341. Doi: 10.1007/s11019-005-0538-y
- Borges, A. M., Filippi, J., Batista, J. S. & Wibelinger, L. M. (2013). Independência funcional e qualidade de vida de idosos. *Memorialidades*, 10(19), 81-100. Retrieved from <http://periodicos.uesc.br/index.php/memorialidades/article/view/17/13>
- Branco, N. M. F. (2010). *Cuidados continuados integrados: Estudo de um caso* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.5/2978>
- Branco, P. S. (2016). Equipa de reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 25-34). Loures: Lusodidacta.

- Cabrita, M. J. (2004). O envelhecimento e os cuidados continuados. *Servir*, 52(1), 11-18.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781. Doi: 10.1590/S0102-311X2003000300009
- Camicia, M., Black, T., Farrell, J., Waites, K., Wirt, S., Lutz, B., ... Wildermuth, J. (2014). The essential role of the rehabilitation nurses in facilitating care transitions: A white paper by the association of rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing*, 39(1), 3-15. Doi: 10.1002/rnj.135
- Campos, A. C. (2008). *Reformas de Saúde: O fio condutor*. Coimbra: Almedina.
- Campos, A., De Almeida, M., Campos, G. & Bogutchi, T. (2016). Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: Uma revisão sistemática com metanálise. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 545-559. Doi: 10.1590/1809-98232016019.150086
- Canavarro, M. C. & Serra, A. V. (2010). *Qualidade de vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cardoso, J. H. & Da Costa, J. S. D. (2010). Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2871-2878. Doi: 10.1590/S1413-81232010000600024
- Carrilho, S. (2012). *A qualidade de vida dos doentes com insuficiência cardíaca: Intervenções de Enfermagem de reabilitação* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/15744>
- Carvalho, V., Guimarães, G., Carrara, D., Bacal, F. & Bocchi, E. (2009). Validation of the Portuguese version of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(1), 36-41. Doi: 10.1590/S0066-782X2009000700008
- Castaneda, L., Bergmann, A. & Bahia, L. (2014). The International Classification of Functioning, Disability and Health: A systematic review of observational studies.

Revista Brasileira de Epidemiologia, 17(2), 437-451. Doi: 10.1590/1809-4503201400020012ENG

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. New York: Lawrence Erlbaum Associates. Retrieved from <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>

Conselho de Enfermagem. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

Conselho de Europa. (1998). *Recomendação n.º 98 (9) relativa à dependência*. Adotada pelo Comité de Ministros a 7 de outubro de 1998.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros.

Cortés, J., González-Montalvo, J., Jaurrieta, J., & Calvo, M. (2000). Atención sanitaria al anciano frágil: De la teoría a la evidencia científica. *Medicina Clínica*, 115(18), 704-717. Doi: 10.1016/S0025-7753(00)71669-1

Cuschieri, S. (2019). The STROBE guidelines. *Saudi Journal of Anesthesia*, 13(1), 31-34. Doi: 10.4103/sja.SJA_543_18

Da Costa, A. C. J. S. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: Estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/13420>

Da Cruz, D. S. M., Collet, N. & Nóbrega, V. M. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1: Revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(3), 973-989. Doi: 10.1590/1413-81232018233.08002016

Da Silva, A. P. (2011). *A percepção da qualidade de vida do idoso institucionalizado*. (Projeto de graduação, Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa). Retrieved from https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2675/3/T_18065.pdf

- Da Silva, M. & Ferreira-Alves, J. (2012). O luto em adultos idosos: Natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 588-595. Doi: 10.1590/S0102-79722012000300019
- Da Silva, S. I. F. (2012). *Capacidade funcional e qualidade de vida: Um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e no domicílio* (Tese de Mestrado, Universidade do Algarve). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.1/5764>
- Dantas, C., Bello, F., Barreto, K. & Lima, L. (2013). Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 914-920. Doi: 10.1590/S0034-71672013000600016
- De Andrade, F. M. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal* (Tese de Mestrado, Universidade do Minho). Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/10460>
- De Melo, R., Eulálio, M., Da Silva, H., Filho, J. & Gonzaga, P. (2013). Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 239-250. Doi: 10.1590/S1809-98232013000200004
- De Moraes, E. N. (2008). *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Di Nubila, H. B. V. & Buchalla, C. M. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11(2), 324-335. Doi: 10.1590/S1415-790X2008000200014
- Diogo, M. J. D'E. (1997). A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(1), 59-64. Doi: 10.1590/S0104-11691997000100007
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2018). *Estatísticas demográficas da Região Autónoma da Madeira 2017*. Funchal: DREM.
- Direção-Geral da Saúde. (2014b). *Plano nacional de saúde 2012-2016: Roteiro de intervenção em cuidados continuados integrados*. Retrieved from http://pns.dgs.pt/files/2014/12/2014_3_Roteiro_cuidados-continuados-integrados_coord_AnaEscoval_versao-final.pdf

- Do Couto, G. M. A. (2012). *Autonomia/Independência no autocuidado: Sensibilidade aos cuidados de Enfermagem de reabilitação* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/9323>
- Dos Santos, A. & Pavarini, S. (2011). Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(4), 520-526. Doi: 10.1590/S0103-21002011000400012
- Duarte, Y. A. de O., De Andrade, C. L & Lebrão, M. L. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 317-325. Doi: 10.1590/S0080-62342007000200021
- Fabbri, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M. E., Studenski, S. A. & Ferrucci, L. (2015). Aging and multimorbidity: New tasks, priorities, and frontiers for integrated gerontological and clinical research. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(8), 640-647. Doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.013
- Ferreira, O., Maciel, S., Costa, S., Silva, A. & Moreira, M. (2012a). Active aging and its relationship to functional independence. *Text & Context Nursing Journal*, 21(3), 513-518. Doi: 10.1590/S0104-07072012000300004
- Ferreira, P. A. R. (2015). *Evolução funcional do doente numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Média Duração e Reabilitação* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Retrieved from <http://web.esenfc.pt/?url=riua2m5K>
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I - Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1-2), 55-66. Retrieved from <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1760/1337>
- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13(3), 119-127. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/12298514_Development_of_the_Portuguese_version_of_MOS_SF-36_Part_II_--Validation_tests
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N. & Pereira, L. N. (2012b). Medidas sumário física e mental de estado de Saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171. Doi: 10.1016/j.rpsp.2012.12.007

- Ferreira, S. C. M. A. (2014). *Funcionalidade e qualidade de vida em contexto de cuidados de longa duração* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Castelo Branco). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.11/2282>
- Ferrer-Arnedo, C., Santamaría-García, J. M., Fernández-Batalla, M. & Salazar-Guerra, R. (2014). The value of Nursing care in the paradigm of chronicity and dependency: New roles and redesigns. *Investigación y Educación en Enfermería*, 32(3), 488-497. Doi: 10.17533/udea.iee.v32n3a14
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Filipe, M. M. L. (2015). *Contributos para um modelo de contratualização de cuidados em contexto domiciliário: Estudo exploratório sobre os custos de funcionamento das ECCI* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/20705>
- Fleck, M. (2008). *A avaliação da qualidade de vida: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Ghasemi, A. & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: A guide for non-statisticians. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 10(2), 486–489. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3693611/>
- Gonçalves, F., Marinho, P., Maciel, M., Galindo Filho, V., Dornelas de Andrade, A. (2006). Avaliação da qualidade de vida pós-cirurgia cardíaca na fase I da reabilitação através do questionário MOS SF-36. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(1), 121-126. Doi: 10.1590/S1413-35552006000100016
- Gonçalves, P. J. P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado: Estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.14/18580>

- Gonçalves, S. (2010). Cuidados continuados integrados. In Lourenço, A., Dias, A., Escoval, A., Ferreira, A., Paquete, A., Vaz, A., ... Uva, T. (Eds.). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso comentado*. (pp. 561-600). Coimbra: Almedina.
- Gouveia, B., Ihle, A., Kliegel, M., Freitas, D. & Gouveia, É. (2018). Sex differences in relation patterns between health-related quality of life of older adults and its correlates: A population-based cross-sectional study in Madeira, Portugal. *Primary Health Care Research & Development*, 20, 1-5. Doi: 10.1017/S1463423618000233
- Gouveia, É., Gouveia, B., Ihle, A., Kliegel, M., Maia, J., Badia, S., ... Freitas, D. (2017). Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*, 26(6), 1561-1569. Doi: 10.1007/s11136-017-1502-z
- Granger, C., Albrecht, G. & Hamilton, B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel Index. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 60(4), 145-154.
- Grelha, P. A. S. S. (2009). *Qualidade vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa). Retrieved from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A. & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10.
- Hébert, R. (1997). Functional decline in old age. *Canadian Medical Association*, 157(8), 1037-1045. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1228259/pdf/cmaj_157_8_1037.pdf
- Henriques, T. F. R. (2017). *Impacto do internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) na melhoria do nível de dependência dos utentes* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.19/4499>
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. (translated from *La réadaptation: Aider à créer de nouveaux chemins*, 2001, Paris: Seli Arslan).

- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ªed.). Loures: Lusodidacta. (translated from *Rehabilitation nursing: Prevention, intervention & outcomes*, 2008, 4th, Saint Louis: Mosby Elsevier).
- Hsueh, I., Lin, J., Jeng, J. & Hsieh, C. (2002). Comparison of the psychometric characteristics of the functional independence measure, 5 item Barthel index, and 10 item Barthel index in patients with stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 73(2), 188-190. Doi: 10.1136/jnnp.73.2.188
- Hu, Y., Hu, G., Hsu, C., Hsieh, S. & Li, C. (2012). Assessment of Individual Activities of Daily Living and its Association with Self-Rated Health in Elderly People of Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 6(2), 117-121. Doi: 10.1016/j.ijge.2012.01.024
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Quadros população*. Retrieved from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros_populacao
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Esperança média de vida à nascença e esperança média de vida saudável à nascença, por sexo*. Retrieved from https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=124268975&att_display=n&att_download=y
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Projeções de população residente 2012-2060: Informação à comunicação social*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Estatísticas demográficas 2017*. Lisboa: INE.
- Kaasa, S., Knobel H., Loge, J. H. & Hjermstad, M. J. (1998). Hodgkin's disease: Quality of life in future trials. *Annals of Oncology*, 9 (5), 137-145. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9926254>

- Khoury, M. E. B. (1944). O tratamento da paralisia infantil pelo método Kenny. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2(4), 481-485. Doi: 10.1590/S0004-282X1944000400011
- Lage, I. (2005). Aproximação ao seu estado de saúde. *Nursing*, 16(195), 7-12.
- Lima, A. M. N. (2014). *A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Retrieved from <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1236>
- Lista, A. J. M. (2018). *Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de reabilitação, à pessoa dependente no autocuidado com comorbilidade* (Tese de Mestrado, Universidade de Évora). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10174/23658>
- Lobo, A., Santos, L. & Gomes, S. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 913-919. Doi: 10.1590/0034-7167.2014670608
- Loureiro, C., Do Couto, G. & Sobral, S. (2010). Estratégias adaptativas face à incapacidade permanente em contexto de acidente vascular cerebral. In Costa, M., Gomes, B. & Martins, M. *Colectânea de textos: Enfermagem de Reabilitação*. Coimbra: Formasau.
- Lourenço, T. M. (2011). *Capacidade funcional do idoso longo admitido em unidades de internação hospitalar na cidade de Curitiba – PR* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná). Retrieved from <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/26957>
- Luis, M. L. S., Barros, I. M., Olazabal, M., Caneira, J. & Castanheira, F. (2003). História da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Ordem dos Enfermeiros* (9), 12-13.
- Macêdo, A. M. L., Cerchiari, E. A. N., Alvarenga, M. R. M., Faccenda, O. & Oliveira, M. A. C. (2012). Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(3), 358-363. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023885007>
- Mahoney, F. I. & Barthel D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61. Retrieved from http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf

- Martins, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família: O doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I. & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Millán-Calenti, J., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., ... Maseda, A. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 306–310. Doi: 10.1016/j.archger.2009.04.017
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Monteiro, M. C., Santos, O. & Costa, M. C. (2013). Unidades de cuidados continuados integrados: Uma resposta ao envelhecimento e à dependência em Portugal. *Biomedical and Biopharmaceutical Research*, 10(2), 163-178. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10437/4597>
- Morais, A., Cruz, A., & Oliveira, C. (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Resultados de Investigação. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Netto, M. (2006). O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In De Freitas, E. V., Py, L., Cançado, F. A. X., Doll, J. & Gorzoni, M. L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed.) (2-12). Rio de Janeiro: Guanabra Koogan.
- Noronha, D., Martins, A., Dias, D., Silveira, M., De Paula, A. & Haikal, D. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 463-474. Doi: 10.1590/1413-81232015212.01102015
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015*. Retrieved from <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A. & Veríssimo, M. (2008). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Coimbra: Gerpi.

- Olmedo-Alguacil, M., Ramírez-Rodrigo, J., Villaverde-Gutiérrez, C., Sánchez-Caravaca, M., Aguilar, F. & Ruiz-Villaverde, A. (2016). Health-related quality of life, gender, and culture of older people users of health services in the multicultural landscape of the city of Ceuta (Spain): A cross-sectional study. *Journal of Transcultural Nursing*, 27(6), 603–610. Doi: 10.1177/1043659615597042
- Orfila, F., Ferrer, M., Lamarca, R., Tebe, C., Domingo-Salvany, A. & Alonso, J. (2006). Gender differences in health-related quality of life among the elderly: The role of objective functional capacity and chronic conditions. *Social Science & Medicine*, 63(9), 2367–2380. Doi: 10.1016/j.socscimed.2006.06.017
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). *Prevenção de doenças crônicas: Um investimento vital*. Retrieved from https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf?ua=1
- Organização Mundial de 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: OMS. Retrieved from <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf>
- Paixão, C. M. & Reichenheim, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 7-19. Doi: 10.1590/S0102-311X2005000100002
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4th ed.). Sydney: Allen & Unwin.
- Parahyba, M. I., Veras, R. & Melzer, D. (2005). Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(3), 383-391. Doi: 10.1590/S0034-89102005000300008
- Paschoal, S. M. P. (2002). Autonomia e Independência. In Netto, M. P. *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. (pp. 313-323). São Paulo: Atheneu.

- Paschoal, S. M. P. (2007). Autonomia e Independência. In Netto, M. P. *Tratado de Gerontologia*. (2ªed.) (pp. 609-625). São Paulo: Atheneu.
- Paúl, M.C. & Fonseca, A. F. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Peterson, J., Lowe, J., Peterson, N. & Janz, K. (2006). The relationship between active living and health-related quality of life: Income as a moderator. *Health Education Research*, 21(1), 146-156. Doi: 10.1093/her/cyh050
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S. & Dos Santos, A. (2012). Qualidade de vida: Abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v26n2/07.pdf>
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6.ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F., Magalhães, M., Machado, M. & Vieira, M. (2010). Caracterização do doente após evento crítico: Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Revista Sinais Vitais*, 88, 41-47. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1822/13637>
- Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: Decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador* (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Retrieved from <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10572>
- Petronilho, F. A. S., Pereira, F. M. & Silva, A. A. (2017a). Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado: Estudo longitudinal. *Revista Investigação em Enfermagem*, 18, 33-43.
- Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. C., Carvalho, D. M. F., Oliveira, J. M. C., De Castro, P. R. C. V., ... Machado, M. M. P. (2017b). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 39-48. Doi: 10.12707/RIV17027

- Pimenta, F., Simil, F., Tórres, H., Amaral, C., Rezende, C., Coelho, T., ... De Rezande, N. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com utilização do questionário SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(1), 55-60. Doi: 10.1590/S0104-42302008000100021
- Pinheiro, E. A. D. (2016). *Qualidade de vida dos utentes em Unidades de Cuidados Continuados* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10198/13039>
- PORTUGAL. Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira. (15 mar. 2007). Decreto legislativo regional n.º 9/2007/M: Criação da rede de cuidados continuados integrados da Região Autónoma da Madeira. *Diário da República n.º 53, I Série*.
- PORTUGAL. Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira. (8 nov. 2012). Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M: Procede à alteração do regime jurídico aplicável à constituição, organização e funcionamento da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região Autónoma da Madeira previsto no Decreto Legislativo Regional n.º 9/2007/M, de 15 de março, adaptando à Região Autónoma da Madeira o regime jurídico previsto no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. *Diário da República n.º 216, I Série*.
- PORTUGAL. Biblioteca Nacional de Portugal. Instituto Português da Qualidade. (2010). *Normas portuguesas de documentação e informação CT7*. Lisboa: Author.
- PORTUGAL. Ministério da Educação. (13 out. 1992). Decreto-Lei n.º 216/1992. *Diário da República n.º 236, I Série-A*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (14 jul. 1999). Decreto-Lei n.º 265/1999. *Diário da República n.º 162, I Série-A*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. (6 jun. 2006). Decreto-Lei n.º 101/2006. *Diário da República n.º 109, I Série-A*.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Norma n.º 054/2011. 27/12/2011. Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – Relatório do programa nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares. Novembro de 2014. PORTUGAL

doenças cérebro-cardiovasculares em números – 2014a. Acessível na Direção-Geral de Saúde, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério do trabalho e da solidariedade social. Gabinete de estratégia e planeamento – Carta Social: Rede de serviços e equipamentos. Outubro de 2009. A dependência: O apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. Acessível no Gabinete de estratégia e planeamento, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (4 set. 1996). Decreto-lei n.º 161/1996. *Diário da República n.º 205, I Série-A*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação – Parecer n.º 12/2011. 2011-11-18. Parecer sobre actividades de vida diária. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros (22 jun. 2015). Regulamento n.º 350/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de reabilitação. *Diário da República n.º 119, II Série*.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (3 mai. 2019). Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º 85, II Série*.

PORTUGAL. Vice-presidência do Governo Regional e Secretarias Regionais da Saúde e da Inclusão e Assuntos Sociais. (20 jul. 2018). Portaria n.º 234/2018: Define a estrutura e composição da Rede de Cuidados Continuados Integrados da Região, abreviadamente designada por REDE, e estabelece as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades e equipas que a integram, bem como os vários níveis de coordenação. *Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira n.º 114, I Série*.

Quintana, J., Ferreira, E., Santos, S., Pelzer, M., Lopes, M. & Barros, E. (2014). A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 145-152. Doi: 10.12707/RIII12151

- Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z. & Hosseini, S. (2018). Quality of life predictors in physically disabled people. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(61), 1-8. Doi: 10.4103/jehp.jehp_115_17
- Rebelatto, J. R. & Morelli, J. G. (2004). *Fisioterapia geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole.
- Reis, G. & Bule, M. J. (2016). Capacitação e atividade de vida. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 57-65). Loures: Lusodidacta.
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *O Importante é a Saúde: Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estudo de Saúde – SF-36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Psicologia e Saúde* (2.^a ed.). Lisboa: Placebo Editora.
- Ribeiro, L. M. A. (2018). *Programa de Enfermagem de reabilitação para a independência funcional dos idosos*. (Relatório de estágio para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de reabilitação, Universidade de Évora). Retrieved from <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/23409>
- Ribeiro, L., Silva, P., Góis, S., Grilo, E. & Reis, G. (2017). Enfermagem de reabilitação e a acessibilidade da pessoa com incapacidade. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), 823-834. Doi: 10.24902/r.riase.2017.3(1).823
- Ribeiro, O. M. P. L., Pinto, C. A. S. & Regadas, S. C. R. S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. Doi: 10.12707/RIII12162
- Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Retrieved from <https://hdl.handle.net/10216/19131>
- Rodrigues, A., & Morais, A. (2015). Competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação: Perspectiva profissional. In A. Morais, A. Cruz & C. Oliveira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação – Percursos de Investigação. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 3-15). Coimbra, Portugal:

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

- Rodrigues, R. A. P., Scudeller, P. G., Pedrazzi, E. C., Schiavetto, F. V. & Lange, C. (2008). Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 643-648. Doi: 10.1590/S0103-21002008000400017
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney: Baseado nas atividades de vida diária*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rosa, T., Benício, M., Latorre, M. & Ramos, L. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48. Doi: 10.1590/S0034-89102003000100008
- Sampaio, F., Pinto, C. V., Parada, F., Antunes, F., Silva, H. T. da, Caldas, J., ... Mirco, T. (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Medicina Física e Reabilitação*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2016/11/RRH-MFR.pdf>
- Santos, J. M. F. (2017). *Ganhos em saúde no serviço de Medicina Física e Reabilitação: Contributo do enfermeiro especialista em Enfermagem de reabilitação* (Dissertação de Mestrado, Escola superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/18657>
- Santos, L. L. (2016). O processo de reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Eds.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. (pp. 15-23). Loures: Lusodidacta.
- Santos, R. M da. S. & De Oliveira, C. A. C. (2015). Contributos da intervenção do enfermeiro de reabilitação na evolução da independência funcional do doente após acidente vascular cerebral. In A. Morais, A. Cruz & C. Oliveira (Eds.), *Enfermagem de Reabilitação – Percursos de Investigação. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 17-33). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) /Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Santos, S., Gautério, D., Vidal, D., Da Rosa, B., Zortea, B. & Urquia, B. (2013). (In)Dependence of elderly people at their home in performing basic activities of

- daily living. *Northeast Network Nursing Journal*, 14(3), 579-587. Retrieved from <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3494/2736>
- Skär, L., Juuso, P. & Söderberg, S. (2014). Health-related quality of life and sense of coherence among people with obesity: Important factors for health management. *Sage Open Medicine*, 2, 1–8. Doi: 10.1177/2050312114546923
- Secção de Medicina Física e de Reabilitação da Union Européenne des Médecins Spécialistes, Académie Européenne de Médecine de Réadaptation & European Board of Physical and Rehabilitation Medicine. (2009). *Livro branco de medicina física e de reabilitação na Europa*. Porto: Edição Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação. Retrieved from http://www.spmfr.org/wp-content/uploads/2016/05/livro_branco_final.pdf
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, edições técnicas Lda.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2.^a ed.). Lisboa: Lidel, edições técnicas Lda.
- Severo, M., Santos, A., Lopes, C. & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de Saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288. Retrieved from <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/968/641>
- Silva, F. M. M. (2013). *Avaliação da dependência funcional da pessoa idosa nas atividades básicas e instrumentais de vida diária: Um estudo num serviço de ortopedia* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10284/4900>
- Silva, C. A. M., Orellana, P. A. R. & Marzuca-Nassr, G. N. (2015). Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(5), 612-618. Doi: 10.4067/S0034-98872015000500009
- Silva, S. M., Corrêa F.I., Faria, C.D., Buchalla, C.M., Silva P.F. & Corrêa J.C. (2015). Evaluation of post-stroke functionality based on the International Classification of Functioning, Disability, and Health: A proposal for use of assessment tools. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(6), 1665-1670. Doi: 10.1589/jpts.27.1665

- Silveira, M., Almeida, J., Freire, R., Haikal, D. & Martins, A. (2013). Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1923-1931. Doi: 10.1590/S1413-81232013000700007
- Simões, A. L., Ferreira, P. L. & Dourado, M. (2018). Medição da autonomia em atividades da vida diária. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 9-15. Doi: 10.1159/000492139
- Soares, D., Toledo, J., Dos Santos, L., Lima, R. & Galdeano, L. (2008). Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 243-248. Doi: 10.1590/S0103-21002008000200002
- Sulter, G., Steen, C. & Keyser, J. (1999). Use of the Barthel index and ranking scale in acute stroke trials. *Stroke*, 30(8), 1538-1541. Doi: 10.1161/01.STR.30.8.1538
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Retrieved from <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *O manual do prestador: Recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- Utida, K. A. M., Batiston, A. P. & De Souza, L. A. (2016). Nível de independência funcional de pacientes após acidente vascular cerebral atendidos por equipe multiprofissional em uma unidade de reabilitação. *Revista Acta Fisiátrica*, 23(3), 107-112. Doi: 10.5935/0104-7795.20160021
- Vanarama, M., Pieper, R. & Sixsmith, A. (2008). *Care-related quality of life in old age: Concepts, models and empirical findings*. New York: Springer Science.
- Veiga, L. M. C. (2015). *Reabilitação funcional após acidente vascular cerebral: Resultados de uma unidade de convalescença* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10198/11997>
- Vieira, C. P. B., Fialho, A. V. M., De Almeida, P. C. & Moreira, T. M. M. (2012). Idosos com acidente vascular encefálico isquémico: Caracterização sociodemográfica e

- funcional. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(3), 522-530. Retrieved from <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3971/3137>
- Vieira, D., Freitas, M., Vieira, N. & Vieira, S. (2015). *Programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem na Unidade de Internamento de Longa Duração Atalaia Living Care: Avaliação do grau de dependência dos utentes*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/UnidadeInternamentoLongaDuracao_AtalaiaLivingCare_AvaliacaoGrauDependenciaUtentes_Madeira.pdf
- Vintém, J. M. (2008). Inquéritos nacionais de saúde. Auto-percepção do estado de saúde: Uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 6(2), 5-18.
- Ware, J. & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483. Doi: 10.1097/00005650-199206000-00002
- Ware, J., Kosinski, M. & Keller, S. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233. Doi: 10.1097/00005650-199603000-00003
- Zaninotto, P., Falaschetti, E., & Sacker, A. (2009). Age trajectories of quality of life among older adults: Results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 18(10), 1301–1309. Doi: 0.1007/s11136-009-9543-6

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof.^a Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

Folha de Informação ao Participante

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação na área da Enfermagem de Reabilitação desenvolvido no âmbito de um Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

A sua participação neste projeto significa que informação sobre a sua saúde em geral e os cuidados de enfermagem de reabilitação de que é alvo será recolhida e analisada.

Qual é o Objectivo deste Estudo?

Esta pesquisa tem como objetivo descrever a enfermagem de reabilitação na RAM, no que se refere aos enfermeiros de reabilitação, aos cuidados, aos clientes e aos cuidadores informais.

Particularmente no que respeita ao Cliente dos cuidados de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pretende-se caracterizar variáveis como: o nível de independência, qualidade de vida, atividade física, dependência dos cuidados de reabilitação, satisfação, preparação para a alta, equilíbrio, força e capacidade aeróbica.

O que é que este estudo envolve?

No que respeita ao cliente alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, este estudo envolve a recolha de dados através de entrevista e avaliações clínicas simples (como a avaliação da força, equilíbrio, frequência cardíaca e outras). No que se refere aos

cuidadores, a recolha dos dados será através de questionário de auto-preenchimento.

Onde decorrerão as atividades deste estudo?

Decorrerão nos Hospitais, Centro de Saúde e Unidades de Internamento de Rede do SESARAM, E.P.E., que constituam locais de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

A quem é pedido para participar?

Foi-lhe pedido para participar neste estudo porque tem idade superior a 18 anos, é alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação no serviço de saúde público ou é cuidador informal.

A pesquisa envolverá todos os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que prestam cuidados de enfermagem no serviço de saúde público, assim como, muitas pessoas alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, voluntários residentes na Região Autónoma da Madeira.

Existem risco nesta participação?

Não. Todas as avaliações são coerentes com a normal abordagem de enfermagem de reabilitação, pelo que não acresce risco para o cliente. Os testes físicos realizados serão de baixa a moderada intensidade, equiparando-se ao nível de esforço necessário para o desempenho das suas actividades de vida diárias, pelo que não se prevê que a inclusão neste estudo acrescente risco para a sua saúde.

Existem benefícios por participar?

Todos os participantes do estudo irão beneficiar de uma avaliação em aspetos relevantes para a reabilitação no âmbito deste projeto, com resultados úteis para a prestação dos cuidados pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

Futuramente, a informação obtida neste estudo irá beneficiar outros clientes dos cuidados de enfermagem de Reabilitação, permitindo o delineamento de intervenções mais eficazes.

Quem terá acesso à minha informação?

Não será utilizado o seu nome em nenhum documento, mas sim um número de identificação atribuído a cada participante por ordem de inscrição.

Os dados de identificação dos participantes serão apenas do conhecimento da investigadora responsável e do participante, sendo esta informação destruída após a conclusão do estudo e o encaminhamento dos participantes para os recursos de saúde necessários.

A sua informação pessoal será sempre confidencial e só poderá ser revelada se solicitada pelas vias legais.

Está prevista a publicação dos resultados deste estudo no futuro, mas a sua identidade não será divulgada.

Quais serão as condições de privacidade?

Todas as avaliações individuais serão realizadas num ambiente particular, garantindo as condições de privacidade.

Existem custos envolvidos?

Por participar neste estudo não terá a seu cargo despesas adicionais, além das já previstas para a deslocação ao local onde é alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Todos os outros custos serão atribuídos aos investigadores.

Que tempo terei de despende?

Ao participar neste estudo, ser-lhe-á pedido para despende o tempo para um momento de avaliação (com fraccionamento e marcação de acordo com a sua disponibilidade), com a duração máxima de 1 hora.

Quais são os meus direitos?

Antes de decidir participar neste estudo, será informado individualmente da natureza, dos fins, dos procedimentos e das metodologias, da identidade e contactos da investigadora responsável, das condições, benefícios, riscos e custos inerentes à sua participação. Ser-lhe-ão explicados todos os procedimentos, razões e efeitos decorrentes. Antes de tomar a sua decisão terá direito a esclarecer as suas dúvidas e pedir a opinião de terceiros. Receberá este documento assinado pelos investigadores responsáveis.

Se recusar ou desistir da sua participação neste estudo, em qualquer momento, não irá sofrer qualquer dano ou prejuízo futuro, nem perder nenhum direito de saúde ou legal.

A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar a Investigadora principal ou o Investigador responsável pela aplicação dos questionários, através dos contactos acima descritos ou na morada institucional (Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny).

Os investigadores comprometem-se a disponibilizar-se para responder a qualquer dúvida e a respeitar os princípios éticos que regulam o exercício da profissão de enfermagem, durante todo este processo de investigação.

O Investigador Responsável

Data: _____

Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização

Grupo de Investigadores: Mestrandos de Enfermagem de Reabilitação 2018-2019

Investigadora Responsável: Prof.^a Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado _____, fui informado de que o estudo de investigação Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização tem por objetivo de descrever as características da Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira.

Tomei conhecimento das avaliações a que me submeterei, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Li (ou foi-me lida) a informação mencionada na Folha de Informação ao Participante. Entendo o significado desta informação e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas.

Assim, estando informado(a) e compreendendo os termos de participação, eu aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado e consinto no uso e divulgação dos resultados obtidos da informação anonimizada recolhida, no contexto académico e científico.

Afirmo que tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo e que ficará em minha posse um documento assinado pelo investigador.

Assinatura do Participante: _____ Data: _____

Assinatura do Investigador: _____ Data: _____

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (SF-36)

Versão original de Ware & Sherbourne (1992), validado para a população portuguesa por Ribeiro (2005)

Instruções:

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

É importante salientar que, para evitar um enviesamento causado pela interação do cliente com o prestador de cuidados, se o questionário for aplicado na área clínica, deve ser preenchido antes de responder a quaisquer outras questões sobre a sua saúde ou doença.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Ótima 1	Muito Boa 2	Boa 3	Razoável 4	Fraca 5
2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:				
Muito Melhor 1	Com algumas Melhorias 2	Aproximadamente igual 3	Um pouco pior 4	Muito Pior 5

Para responder coloque uma cruz no número que melhor descreve a sua saúde

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto:			
	Sim muito limitado/a	Sim um pouco limitado/a	Não nada limitado/a
a) Atividades violentas, tais como participar em desportos violentos ou mesmo correr ou levantar pesos	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escadas (1 lanço=10 degraus)	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar, mais de 1 quilómetro	1	2	3



h) Andar vários quarteirões ou grupos de casas	1	2	3
i) Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	1	2
b) Fez menos do que queria	1	2
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou noutras atividades	1	2
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras atividades	1	2
b) Fez menos do que queria	1	2
c) Não executou o trabalho ou outras atividades tão cuidadosamente como era costume	1	2
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo foi preciso mais esforço)	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas, teve dores?

Nenhuma	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas.

Por cada pergunta coloque por favor uma cruz na resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo nas últimas 4 semanas:	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações?

Ponha uma cruz em cada linha:	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

1. **Idade:** __anos

2. **Género:** Feminino Masculino

3. **Estado Civil:** Solteiro

Casado/União de facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

4. **Escolaridade:** Não sabe ler nem escrever Ensino básico – 1.º ciclo

Ensino básico – 2.º e 3.º ciclos Ensino secundário (10.º ao 12.º ano)

Ensino superior (1.º ciclo e/ou superior)

5. **Situação profissional:** Estudante Doméstica

Desempregado Trabalhador(a) por conta própria

Trabalhador(a) por conta de outrem Reformado (a)/Inválido(a)

6. **Situação de Vida:** Vive sozinho(a) Vive com o cônjuge

Vive com familiares Outra

7. **Tem apoio de cuidador informal?** Sim Não

8. **Peso:** _____(Kg) **Altura:** _____(cm) **IMC:** _____(Kg/m²)

9. Antecedentes de Saúde:

- Hipertensão arterial Obesidade
- Diabetes *mellitus* Dislipidemia
- Hábitos tabágicos Hábitos etílicos
- Problema do foro cardíaco Problema do foro respiratório
- Problema do foro ortotraumatológico Problema do foro neurológico
- Doença mental Outros

10. Vamos agora, falar da sua Saúde. Como considera a sua saúde atual?

- Má Fraca Razoável Boa Muito boa Não Aplicável

11. Motivo de internamento na REDE:

- Problema do foro ortotraumatológico
- Problema do foro cardiorrespiratório
- Problema do foro neurológico
- Outro

12. Tempo de internamento _____(dias)

13. Há quanto tempo é seguido pelo Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Reabilitação (evento de saúde atual)? _____(dias)

14. Número de sessões semanais com o Enfermeiro(a) de Reabilitação? _____

	Data:
ÍNDICE DE BARTHEL: ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD) Mahoney & Barthel (1965), versão validada por Sequeira (2007)	
1.Alimentação INDEPENDENTE (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda para cortar os alimentos, levar à boca, etc.) DEPENDENTE	10 5 0
2.Vestir INDEPENDENTE (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) DEPENDENTE	10 5 0
3.Banho INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) DEPENDENTE	5 0
4.Higiene Corporal INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba) DEPENDENTE	5 0
5.Uso da Casa de Banho INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho) NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) DEPENDENTE	10 5 0
6.Controlo Intestinal INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho) INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres) INCONTINENTE FECAL	10 5 0
7. Controlo Vesical INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho) INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector) INCONTINENTE OU ALGALIADO	10 5 0
8.Subir Escadas INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas) DEPENDENTE	10 5 0
9.Transferência Cadeira-Cama INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho) NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão) NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) DEPENDENTE	15 10 5 0
10.Deambulação INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarrilho, canadianas) NECESSITA DE AJUDA (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (anda pelo menos 50 metros) DEPENDENTE	15 10 5 0
Score Total:	

ANEXOS

ANEXO A – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO/PROJETO DE INVESTIGAÇÃO



Exma. Senhora
Presidente do Conselho de Administração
do Serviço de Saúde da Região
Autónoma da Madeira, E.P.E.
Dra. Tomásia Alves
Av. Luís de Camões, 57
9004-514 FUNCHAL

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

Nome do Investigador Principal: Bruna Raquel Figueira Ornelas de Gouveia, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny

Título do projeto de investigação: Enfermagem de Reabilitação na RAM. Um estudo de Caracterização

Pretendendo-se realizar nos Serviços Hospitalares, de Cuidados de saúde Primários e Rede de Cuidados Continuados, com Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – EPE (SESARAM, E.P.E.) o estudo/projeto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no procedimento de Submissão de Projetos de Investigação da Comissão de Ética do SESARAM, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos.

Funchal, 2 de maio de 2019

O Investigador/Promotor

E-mail: bgouveia@esesjcluny.pt

Telf/Telm: 291 743 444/963344643

Rampa da Quinta de Sant'Ana, 22 - 9050-535 Funchal - 291 743444 - geral@esesjcluny.pt - www.esesjcluny.pt

ANEXO B – PARECERES DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE E DA COMISSÃO CIENTÍFICA PARA A INVESTIGAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE DA RAM, E.P.E.



(CES & CCI do SESARAM, EPE)

PARECER nº 25/2019

Sobre o Pedido/Estudo:

“Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização.” 31-7-19

Autógrafo de
Teresa o proponente
da decisão
31-7-19

A – RELATÓRIO

- A.1** A Comissão de Ética para a Saúde (CES) e a Comissão Científica para a Investigação (CCI) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento Nº 35 de 2019, pedido submetido pela **Profª Dra Bruna Ornelas de Gouveia**, coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para realização do trabalho de investigação **“Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização”**. Trata-se de um estudo no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação, que pretende caracterizar e determinar os cuidados de enfermagem de reabilitação nos vários contextos da prática.
- A.2** O documento em análise é constituído por: ofício enviado ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (E1977746) datado de 08 de Maio de 2019, recebido na CES a 10 de Maio de 2019, que inclui questionário de submissão, projecto do estudo, exemplares dos instrumentos de colheita de dados, documentos de informação ao sujeito e de consentimento informado. Acresce informação da Direcção de Enfermagem datado de 24 de Maio de 2019 e email da proponente datado de 23 de Maio de 2019, que inclui alteração ao resumo do projecto, da folha do questionário com recolha de dados pessoais e folhas de informação e consentimento aos sujeitos. Anexado ainda email da proponente datado de 13 de Julho de 2019, que anexa nova alteração a folha de recolha de dados pessoais.
- A.3** Trata-se de um estudo de aplicação de inquéritos e que pretende descrever a enfermagem de reabilitação na RAM no que respeita a variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes destes cuidados e aos enfermeiros de reabilitação. Pretende ainda analisar as relações entre variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes desses cuidados e aos enfermeiros de reabilitação, como por exemplo a independência e a cognição dos utentes, a actividade física e a independência, a nível de

comportamento dos enfermeiros e a satisfação. Os questionários serão aplicados pelos enfermeiros mestrados, sendo alguns de autopreenchimento e outros de preenchimento pelos investigadores, sendo as avaliações de natureza clínica efectuadas durante as avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática dos cuidados. São questionários dependentes do contexto (hospital, centros de saúde ou rede) e do alvo (profissional e cliente ou cuidador), sendo a população alvo os enfermeiros especialistas em reabilitação a desempenhar funções no SESARAM, e todos os clientes dos cuidados desses enfermeiros. A identificação dos clientes e cuidadores será feita por referência de cada enfermeiro especialista em reabilitação, sendo estes a indicar ao enfermeiro mestrado potenciais participantes no estudo. O participante tem a opção de receber os resultados dos inquéritos, sendo para o efeito solicitado alguns dados pessoais mínimos para contacto.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

- B.1** Serão salvaguardados ao longo do estudo, os princípios éticos relativos ao mesmo, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos participantes.
- B.2** Reconhece-se o interesse prático nos resultados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos participantes.

C – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES CIENTÍFICAS

- C.1** Serão salvaguardados os princípios básicos da investigação clínica, no que respeita a clareza de exposição dos objectivos e hipótese subjacente, interesse e inovação, metodologia e desenho do estudo.
- C.2** Reconhece-se a validade científica e interesse prático do estudo proposto, cuja qualidade e rigor devem ser assegurados no decorrer da investigação.

D – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

A CCI/SESARAM, EPE decidiu emitir **Parecer Favorável** por estarem cumpridos os princípios básicos das Boas Práticas Clínicas na Investigação.

Aprovado em reunião do dia 22 de
Julho de 2019 da CES por
unanimidade.


Aprovado após avaliação pela CCI.

O presidente da CES/SESARAM, EPE

A responsável da CCI/SESARAM, EPE



(Ricardo Santos)



(Paula Pinto)