



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**

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

**GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS CLIENTES COM  
PATOLOGIA ORTOTRAUMATOLÓGICA NA RAM**

**Tânia Marília Capelo Santos**

**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**

**GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS CLIENTES COM  
PATOLOGIA ORTOTRAUMATOLÓGICA NA RAM**

**Tânia Marília Capelo Santos**

**Orientadora: Professora Doutora Merícia Bettencourt**

**Coorientador: Professor Emanuel 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**

Dedicatória

Ao Ricardo, meu marido e à Ana Isabel e Duarte, meus filhos,  
pois só foi possível, com o vosso amor.

De tudo, ficaram três coisas...

A certeza de que estamos começando...

A certeza de que é preciso continuar...

A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...

Façamos da interrupção um caminho novo...

Da queda, um passo de dança...

Do medo, uma escada...

Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro!”

Fernando Sabino

## **AGRADECIMENTOS**

À Excelentíssima Professora Merícia Bettencourt, minha orientadora neste percurso, pela sua amabilidade, paciência, disponibilidade e incentivo constantes, pela sua sabedoria e pertinência na suas anotações.

À Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, por ter possibilitado todo o meu percurso académico e ter proporcionado a consecução do meu projeto de vida.

Aos meus professores, pelo entusiasmo nos seus ensinamentos.

À Professora Cristina Pestana pelas palavras de encorajamento e disponibilidade.

À Enfermeira Arlinda Oliveira pela partilha, orientação e amizade.

À Dra. Bruna Ornelas e Dr. Rubio pela dinamização do projeto, tratamento de dados e disponibilidade.

À D. Adriana e Dra. Joana pela disponibilidade e ajuda na consulta de literatura.

Aos meus enfermeiros tutores, que com sabedoria e pertinência, me guiaram neste processo de aprendizagem.

À Enfermeira Sara Bernardo por permitir a utilização da escala por si validada.

Aos clientes, que permitiram aplicar e aumentar os meus conhecimentos.

Aos meus colegas de curso, especialmente à Elker, ao António, à Sónia, ao Valter, à Nilda, à Mara, ao Pedro, ao Leonardo e Blandina pela amizade, partilha e companheirismo.

Ao João Ricardo e Elsa, pela inspiração.

Aos meus colegas e chefe do serviço de cirurgia 2º poente, pelo grande espírito de equipa, amizade e tolerância de algum cansaço.

À minha família e aos amigos que se tornaram familiares.

Ao meu pai em saudosa e constante memória.

À minha mãe e aos meus sogros.

Ao meu mano Nelson, à minha cunhada e muitas vezes confidente Ana Luísa e aos meus sobrinhos Margarida e Afonso.

Ao meu marido, Ricardo e aos meus filhos Ana Isabel e Duarte, pelo apoio incondicional e compreensão nos momentos de maior ausência e intensidade de trabalho.

## **RESUMO**

A dependência resulta de um déficit que limita a atividade, relaciona-se com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas. Resultante do duplo envelhecimento da população, decorrente de uma maior longevidade, constata-se que as doenças crônicas não transmissíveis se tornaram mais prevalentes e conseqüentemente a dependência.

Assim, este estudo procurou responder à seguinte pergunta de investigação: “Qual o grau de dependência dos clientes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, com patologia ortotraumatológica, no serviço de saúde da RAM?”

Neste estudo do tipo exploratório e descritivo, participaram 163 clientes com patologia ortotraumatológica, alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, maioritariamente do género feminino, idosos, vivendo em domicílio familiar, casados, com baixo nível de escolaridade e reformados ou inválidos.

A dependência é mais acentuada nos idosos, do género masculino, que não sabem ler nem escrever, reformados ou inválidos e que se encontram, sobretudo, nas Unidades de Internamento de Longa Duração.

O item H, Higiene, é o que apresenta a maior percentagem de participantes no grau mais grave de dependência. O item comunicação, item J, foi aquele em que mais participantes se encontravam no Grau 5, praticamente independentes.

Verificou-se que, tal como encontrado na literatura que as atividades comer e beber, posição corporal, mobilidade, higiene e evitar perigos foram os itens da Escala de Dependência em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação com maior prevalência, constituindo uma chamada de atenção no sentido de planear e implementar ações de enfermagem de reabilitação adequadas e exequíveis, que visem a promoção da independência funcional, o autocuidado, a manutenção capacidades remanescentes e a prevenção de acidentes.

Tal como em vários dos estudos publicados, a dor foi referida pela maioria dos participantes neste estudo. De salientar que a evidência científica nos revela que a dor está frequentemente presente na patologia ortotraumatológica e é causadora de limitação no desempenho de AVD e conseqüente dependência.

Porque a dependência pode estar presente em qualquer fase da vida, não sendo a idade que a define, mas sim determinados processos patológicos que levam ao declínio e

consequentemente à dependência, sugerem-se mais estudos neste âmbito e que avaliem os impactos da intervenção do enfermeiro de reabilitação nos níveis de dependência dos clientes com patologia ortotraumatológica.

**Palavras-chave:** Enfermagem de reabilitação; Dependência; Patologia ortotraumatológica, Escala EDC-R; RAM

## **ABSTRACT**

Dependence is the result of a deficit that limits activity, relating to an incapacity of the person to fulfill basic human necessities. Resulting from the double aging of the population, due to greater longevity, it appears that chronic non-transmissible diseases have become more prevalent and consequently results in dependence.

Therefore, the current study pursued the answer to the following research question: "How dependent are the clients of rehabilitation nursing care, with ortho-traumatology pathology, in the RAM health service?".

In this exploratory and descriptive study, there were 163 clients with ortho-traumatological pathology, receiving rehabilitation nursing care, mostly elderly married females, living in a family home, with a low level of education, and retired or disabled.

Dependence was highly noticeable in elderly males, who do not know how to read or write, retired or disabled, and who are mainly in Long Term Care Units.

Item H – Hygiene - is the one with the highest percentage of participants in the most severe degree of dependence. The communication item, item J, was the one in which most participants were in Grade 5, almost independent.

As found in literature, activities such as eating and drinking, body position, mobility, hygiene, and avoiding dangers were the most prevalent items in the Rehabilitation Nursing Care Scale, a reminder to plan and implement suitable and feasible rehabilitation nursing care, aimed at promoting functional independence, self-care, sustaining remaining capabilities, and accident prevention.

As present in several published studies, pain was the factor reported by most of the participants in this study. Scientific evidence tells us that pain is present in ortho-traumatological pathology and is a cause of limitation in DLA (Daily Living Activities) performance and consequent dependence.

Since dependence can be present at any life stage, not being age that regulates it, but rather pathological processes that lead to the decline and consequently to dependence, a recommendation would be to do further studies in this area that can assess the impacts of the rehabilitation nurse's intervention concerning the levels of dependence of ortho-traumatological pathology clients.

**Keywords:** Rehabilitation nursing; Dependency; Orthotraumatological pathology, EDC-R scale; RAM

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIVD – Atividade de Vida Diária

AVD- Atividades de Vida Diária

CDS- Care Dependency Scale;

CDS-R- Care Dependency Scale for Rehabilitation;

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;

DGS- Direção Geral da Saúde;

EDC-R – Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação

ER- Enfermagem de Reabilitação;

INE- Instituto Nacional de Estatística;

MCEER- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação;

OE- Ordem dos Enfermeiros;

OMS- Organização Mundial de saúde;

RNEHR - Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência

## **ÍNDICE**

AGRADECIMENTOS.....	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	8
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	9
ÍNDICE DE TABELAS.....	12
INTRODUÇÃO.....	15
ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	21
1. Dependência e Enfermagem de Reabilitação.....	22
2. Patologia ortotraumatológica.....	29
METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO.....	39
1. Objetivo do estudo.....	39
2. Desenho do Estudo.....	40
3. População e amostra.....	40
4. Variáveis.....	41
4.1. Variável de investigação ou em estudo.....	41
4.2. Variáveis de caracterização ou de atributo.....	41
5. Instrumento de recolha de dados.....	42
6. Aspectos éticos.....	43
7. Processo de colheita de dados.....	45
8. Processo de tratamento e análise de dados.....	45
9. Forma de divulgação dos resultados.....	45
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS.....	47
1. Caracterização dos participantes no estudo.....	47

2. Grau de dependência dos clientes com patologia ortotraumatológica segundo as variáveis de caracterização.....	51
3. Dependência dos participantes por item da escala da EDC-R.....	55
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	65
CONCLUSÃO.....	77
BIBLIOGRAFIA .....	79
APÊNDICES .....	87
APÊNDICE A – Consentimento Informado.....	88
APÊNDICE B – Autorização SESARAM, EPE .....	90
APÊNDICE C – Pedido de Autorização Instrumento .....	94
APÊNDICE D - Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação.....	97

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável idade .....	47
Tabela 2: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável género .....	48
Tabela 3: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável local de residência .....	48
Tabela 4: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável estado civil .....	48
Tabela 5: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável grau de escolaridade .....	49
Tabela 6: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável situação profissional .....	49
Tabela 7: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo os fatores de risco .....	50
Tabela 8: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo a presença de dor .....	50
Tabela 9: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo o tipo de dificuldade na mobilidade .....	50
Tabela 10: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo a dependência global .....	51
Tabela 11: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo a faixa .....	51
Tabela 12: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo o género .....	52
Tabela 13: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo o contexto da prática .....	52
Tabela 14: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo o grau de escolaridade .....	53
Tabela 15: Distribuição da dependência pelos participantes com patologia ortotraumatológica e a variável situação profissional .....	53

Tabela 16: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo os fatores de risco.....	54
Tabela 17: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo a presença de dor.....	54
Tabela 18: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R comer e beber.....	55
Tabela 19: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R continência.....	56
Tabela 20: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R postura corporal.....	56
Tabela 21: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R mobilidade.....	57
Tabela 22: Distribuição da dependência dos participantes com patologia traumatológica pelo item da EDC-R sono/vigília.....	57
Tabela 23: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R vestir-se e despir-se.....	58
Tabela 24: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R temperatura corporal.....	58
Tabela 25: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R higiene.....	59
Tabela 26: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R evitar perigos.....	59
Tabela 27: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R comunicação.....	60
Tabela 28: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R interação social.....	60
Tabela 29: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R conceito de valores e regras.....	61
Tabela 30: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R AIVD.....	61
Tabela 31: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R atividades recreativas.....	62

Tabela 32: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R capacidade de aprender .....	62
Tabela 33: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R capacidade de adaptação .....	63

## **INTRODUÇÃO**

Este trabalho, surge no âmbito do 1º mestrado em enfermagem de reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), na sequência de um debate realizado pelos discentes do referido curso, os quais se propuseram a caracterizar a Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira (RAM) através dos seus intervenientes: o Cliente alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, o Familiar Cuidador e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Perante esta possibilidade e após examinar o meu percurso de aprendizagem e profissional, verifiquei que a prevalência de doenças não transmissíveis, nas quais se incluem as doenças ortotraumatológicas, tendem a prevalecer face ao aumento demográfico da população idosa e concomitantemente o fenómeno de dependência, afetando a capacidade para realizar as atividades de vida diária.

Apesar da dependência não ser um conceito exclusivo da velhice, é nesta fase que muitas vezes assume um caráter tendencialmente definitivo e permanente, tornando-se assim irrefutável a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a mesma. No que concerne o autocuidado, o International Council of Nurses (ICN, 2019) na sua Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem define-o como uma “Atividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” Pág12.

Já em 1995, Badley, no intuito de usar a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens da OMS (ICIDH) como uma estrutura para definir como a artrite afeta as pessoas, verificou que entre as pessoas com artrite, 25% não podiam deixar a sua residência ou podiam sair apenas com ajuda (dimensão mobilidade), 45% possuíam pelo menos algum nível de dependência física (dimensão independência física), 18% nunca participavam em atividades sociais (dimensão integração social), 51% das pessoas com menos de 65 anos não faziam parte da força de trabalho, 76% nunca iam a eventos como desporto ou cinema (dimensão ocupação) e 42% tinham despesas desembolsadas por causa de incapacidade (auto- dimensão de suficiência).

A mesma autora, conjuntamente com Wang (2003), desenvolveram projeções para a prevalência de pessoas com artrite no Canadá entre 1991 e 2031, cujos resultados revelaram que a prevalência de artrite diagnosticada por um profissional de saúde como uma condição de longo prazo aumentará de 2,9 para 6,5 milhões, o que corresponde a um aumento de

124%, e que esse aumento ocorrerá na população com mais de 45 anos. Preveem, ainda, que a incapacidade atribuída à artrite na população com mais de 15 anos aumente de 595.000 existentes em 1991 para 1,13 milhão em 2031.

No Brasil, foi desenvolvido um projeto (Bambuú) com o intuito de avaliar a prevalência de sintomas articulares crônicos em pessoas maiores de 60 anos. Foi um estudo transversal, com 1606 participantes, cujos dados foram obtidos através de entrevista. Desses 1495 foram submetidos a demais procedimentos do estudo, onde se investigou a associação entre reumatismo e sintomas, bem como os fatores relacionados. Machado, Barreto, Passos & Costa (2001), através do referido projeto, concluíram a existência de uma maior prevalência de mulheres obesas e de escolaridade mais baixa. Verificaram ainda que, entre os 406 idosos com reumatismo, a limitação de atividades relacionada com a doença foi relatada por 296 idosos (73,9%), sendo que 54 (13,3%), consideravam-se muito limitados pela doença.

Ainda no mesmo País, Pereira (2014), através de um estudo transversal, com amostra de 934 participantes, cujo objetivo foi identificar a prevalência e a intensidade de dor crônica entre idosos da comunidade e analisar associações com a autopercepção do estado de saúde, concluíram que a maioria dos participantes sofrem dor crônica, de elevada intensidade em locais que podem comprometer as atividades de deslocação e demais atividades funcionais de vida diária, gerando incapacidade e perda na qualidade de vida. Os referidos autores, encontraram ainda uma grande incidência de dor nas articulações de suporte, que na população avaliada, foi sobretudo provocada pelas afeções reumáticas do tipo osteodegenerativas.

Apesar da dor ser uma sensação normal, a maioria das pessoas acredita que estaria melhor se não a tivesse. Como resposta ao traumatismo, o cliente protege-se e imobiliza a articulação cada vez mais, determinando uma diminuição ou perda de função. A imobilização desta, conduz ao desenvolvimento de tecido fibroso na região circundante à lesão e à redução de produção de líquido sinovial. A consequente redução de atividade, favorece o aumento de peso e diminuição de níveis de energia e capacidade física (Duchene, 2000).

Em Portugal, há alguns anos, e segundo a Direção Geral de Saúde, foram desenvolvidos programas como é o caso do Programa nacional para a saúde das pessoas idosas, que visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida (DGS, 2006).

O mesmo organismo menciona, através do Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, que durante o ano de 2006, ocorreram no nosso país 9523 fraturas do colo do fémur, as quais atingiram gastos hospitalares na ordem dos 52 milhões de euros, estimando que a mortalidade seria entre 20% a 30% durante um ano após a fratura, e que a incapacidade funcional grave atingiria uma prevalência de 40% no mesmo período (DGS, 2012).

Mais recentemente, a DGS, através da Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável (2017-2025), refere que o peso da doença e a diminuição do bem-estar afetam o idoso, as suas famílias, os sistemas de saúde e social e a economia. Destaca ainda que, em Portugal, as doenças crónicas não transmissíveis são responsáveis por 88% dos anos de vida vividos com incapacidades, com realce para as perturbações musculoesqueléticas (30,5%) e as perturbações mentais e do comportamento (20,5%) (DGS, 2017).

Lehtonen et al (2018), num estudo, cujo objetivo foi analisar as recentes tendências demográficas e de faturação no tratamento da fratura do colo do fémur de pacientes idosos americanos, referem que as fraturas da anca estão entre as lesões mais comuns tratadas por ortopedistas e são especialmente prevalentes na população geriátrica. Em 2014, nos Estados Unidos, ocorreram mais de 320 mil fraturas desse tipo sendo a maioria em mulheres de 65 anos ou mais.

Assim, para a consecução deste trabalho, importa também definir traumatologia, como sendo o estudo de feridas e lesões causadas por acidentes ou violência, bem como a terapia e reparação do dano.

O trauma constitui um problema com múltiplas implicações e conseqüentemente um desafio para muitas sociedades com repercussões sociais e económicas significativas. No nosso País, a sua prevalência e impacto recomendam que o investimento na prevenção e no tratamento tanto na fase inicial, como no respetivo acompanhamento e posterior reabilitação. Diário da República n.º 196/2017, Série II de 2017-10-11, Despacho n.º8977/2017.

Em Portugal, no ano 2018, ocorreram 34.235 acidentes de viação, com 44.005 vítimas, distribuídas por vários graus de gravidade (Pordata, 2019). Como tal, um dos objetivos do plano estratégico nacional de segurança rodoviária (2016-2020) – PENSE 2020, é a identificação da melhor abordagem com vista a minorar a prevalência e o impacto das suas conseqüências e a promoção da otimização do socorro, do tratamento e da reabilitação das vítimas da sinistralidade rodoviária (DGS, 2017).

No respeitante às perturbações músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, o INE (2012), na apresentação de resultados estatísticos referente ao último Censos, afirma que a maior parte desenvolvem-se gradualmente e são causadas pelo próprio trabalho e respetivas condições laborais. Contudo estas também podem resultar de acidentes, como, por exemplo, fraturas e deslocamentos.

De acordo com estimativas recentes publicadas pela Organização Internacional do Trabalho (2019), todos os anos, 374 milhões de trabalhadores são vítimas de acidentes de trabalho não fatais e que o absentismo decorrente representa quase 4 por cento do produto interno bruto mundial, atingindo os 6 por cento, ou mais, em alguns países. Para além das repercussões económicas, existe ainda o custo imensurável do sofrimento humano causado.

Decorrente destas realidades e visto que um processo de reabilitação deverá ser entendido numa dimensão físico-motora, onde o percurso decorre até as novas condições de vida, complementando com um processo de reabilitação psicossocial, as estratégias deverão proporcionar a concretização dos objetivos propostos (Leite & Faro, 2005).

Em consonância, no preâmbulo do regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER), regulamento n. 392/2019, publicado em Diário da República, 2.<sup>a</sup> série, - N.º 85 a 3 de maio de 2019, é referido que:

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças crónicas ou com as suas sequelas e maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima (2019, p.13565).

Assim, estudar a Dependência permite caracterizar e conhecer necessidades específicas e individuais de um grupo de clientes. Bernardo (2017) define mesmo a dependência como um comprometimento da funcionalidade e que a sua avaliação determina a implementação de um plano terapêutico adequado e exequível. Apesar das várias definições de dependência, a mencionada autora, ao citar Santos (2008), refere que a dependência pode ser dividida em três níveis: Baixa dependência, quando a pessoa necessita apenas de supervisão ou vigilância, contudo capaz de mobilizar-se e realizar determinadas atividades de vida, como higiene, vestir/despir e comer; Média dependência quando carece de supervisão e ajuda de terceiros para realizar atividades de vida como tomar banho ou gerir terapêutica e Elevada dependência quando não tem capacidade de realizar tarefas básicas.

Desde há algumas décadas que a avaliação funcional é segundo Margaret (2000), parte integrante do processo de enfermagem de reabilitação, baseada em objetivos validados e mensuráveis, constituindo um ganho para o cliente, influenciando diretamente no diagnóstico, intervenção e posterior resultado. Esta, para Radwanski (2000) tornou-se uma componente essencial da prática de enfermagem e reabilitação, constituindo o mais importante fator de previsão do estado do adulto idoso, sobretudo ao retomar a sua vida na comunidade.

Perante a oportunidade de aprofundar o meu conhecimento sobre esta temática, questionei-me sobre quem seriam os clientes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, com patologia ortotraumatológica e que graus de dependência apresentariam. Para tal, formulei a seguinte questão de investigação:

“Qual o grau de dependência dos clientes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, com patologia ortotraumatológica, no serviço de saúde da RAM?”

Para responder a esta questão de investigação, foram traçados dois objetivos:

- Caracterizar os clientes alvo de cuidados de reabilitação na RAM com patologia ortotraumatológica;
- Avaliar o grau de dependência dos clientes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM com patologia ortotraumatológica.

Para além de pretendermos avaliar o nível de dependência dos clientes do foro ortotraumatológico, procuraremos que contribua na projeção da necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo em consideração as atividades de vida diárias, conseqüente melhoria da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação e sobretudo, melhor qualidade de vida do cliente, pois já em 2003, Caldas referia que é exatamente o grau de dependência que determina os cuidados que serão necessários.

Considerando que a dependência resulta de um défice que limita a atividade no que respeita à funcionalidade, decorrente de um processo patológico ou traumático, Sequeira (2010) e Ribeiro, Pinto e Regadas (2014) referem que a pessoa dependente, requer ajuda de outra pessoa (ou equipamento) para realizar as suas atividades de autocuidado. O surgimento de vários instrumentos de medida, com o objetivo de conhecer o grau de dependência da pessoa no autocuidado, contribui para o estabelecimento, cumprimento, adequação à situação de dependência e exequibilidade do plano terapêutico, bem como as metodologias a adotar para ensinar e instruir estratégias adaptativas ou treinar capacidades remanescentes.

A utilização de instrumentos de avaliação é para Duarte, Andrade & Lebrão (2007), uma forma de avaliar se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si e do meio que a envolve, e caso não o seja, averiguar se necessita de ajuda e se essa é parcial ou total. Privilegiam-se assim, as mais utilizadas na prática clínica e que abrangem as atividades básicas, as atividades instrumentais e as atividades avançadas de vida diária (Sequeira, 2010).

A aplicação da escala de dependência de cuidados em reabilitação, validada para a população portuguesa por Bernardo (2017), define a dependência como o comprometimento individual para o autocuidado e determina a implementação de um plano terapêutico adequado e exequível, pretendendo-se deste modo a utilização de um instrumento de medida que avalie a dependência do cliente do foro ortotraumatológico nas diferentes atividades de vida.

Este estudo será apresentado em cinco capítulos distintos: Enquadramento concetual, enquadramento metodológico, resultados obtidos, análise e discussão dos mesmos e, por fim, a conclusão.

O enquadramento conceptual, contemplará a contextualização dos conceitos inerentes ao problema alvo de estudo, procurando assim, enquadrá-los no contexto da investigação. Incluirá também, dados emergentes da revisão da literatura, os quais visam compreender o estado atual do conhecimento acerca dessa temática. Por conseguinte, abordaremos conceitos inerentes, tais como doença ortotraumatológica, dependência, capacidade funcional e atividades de vida diárias.

O enquadramento metodológico, descreverá o desenho que, estamos convictos, foi o mais adequado para responder ao nosso problema de investigação. Abordaremos também, a amostra, a colheita de dados e os aspetos éticos.

No terceiro capítulo descreveremos os resultados obtidos, a sua análise e faremos a respetiva discussão. No último capítulo, apresentaremos a conclusão, onde se explana a síntese das respostas aos objetivos anteriormente delineados.

A elaboração desta dissertação rege-se pelas normas do guia “Elaboração de Trabalhos Académicos: síntese de orientações” disponibilizado pela Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny, sendo que, as citações e referências bibliográficas cumprirão as normas emanadas pela American Psychological Association (APA).

## **ENQUADRAMENTO CONCETUAL**

Serão abordados neste capítulo conceitos como: dependência, patologia ortopédica, patologia traumatológica e reumatológica, bem como a importância do papel do enfermeiro de reabilitação na prestação dos cuidados.

Importa explorar estes conceitos, na medida em que “Existem mesmo situações em que a independência vai, progressivamente, dando lugar à dependência, seu polo oposto. Tais situações são, na grande maioria das vezes, provocadas por problemas patológicos cuja natureza pressupõe um processo evolutivo na sua vertente “negativa” com perda de capacidades do seu portador” Jesus M (2010, p. 27).

Neste estudo, o qual tem como alvo o cliente com patologia ortotraumatológica, incluímos o doente com patologia reumatológica, pois segundo a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, esta é a especialidade médica que se dedica ao tratamento das doenças que afetam as articulações, os ossos, os músculos, os tendões e os ligamentos e que representa a patologia frequente nos países desenvolvidos, estando associadas a um elevado nível de incapacidade funcional e laboral, com fortes repercussões socioeconómicas, uma vez que estas ocorrem em qualquer faixa etária, incluindo crianças e adultos jovens.

## **1. DEPENDÊNCIA E ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

A dependência, pode ser definida, como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de alguém ou de equipamentos que lhe permitam adaptar-se, traduzindo-se assim, pela necessidade de assistência nas atividades de autocuidado diário, que o indivíduo já não realiza (Pavarini & Neri, 2000).

Contudo o Ministério da Saúde de Portugal vai mais além, considerando que a

dependência é 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, doença 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 de vida diária (Ministério da Saúde, 2006, p. 3857)

Em 2002, José, Correia & Wall, classificaram a dependência em três graus, classificação esta que é corroborada posteriormente por Santos (2008) e mais recentemente por Bernardo (2017):

- Baixa dependência – quando necessitam de supervisão ou vigilância, visto que possuem ainda alguma autonomia, quer ao nível da mobilidade, quer ao nível da realização de determinadas atividades da vida diária.

- Média dependência – quando se encontram numa situação em que necessitam não só de supervisão, mas também de ajuda efetiva de terceiros no desempenho de determinadas atividades de vida.

- Elevada dependência – quando precisam diariamente, de ajuda extensiva e intensiva, na medida em que não conseguem realizar tarefas básicas.

Já o Ministério do Trabalho e da Solidariedade nos termos do Decreto-Lei n.º 265/99 de 14 de julho, para efeitos de atribuição de suplementos económicos, definiu dois graus de dependência, sendo que o primeiro grau é referente às pessoas que não têm autonomia para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana, exemplificando a higiene pessoal, alimentação ou deslocação autónoma. No que diz respeito ao segundo grau, corresponde às pessoas que, além da dependência do grau anterior, estão acamadas ou possuem demência grave.

Uma dependência, resulta habitualmente do declínio funcional da pessoa e está relacionada com a incapacidade desta em satisfazer as necessidades humanas básicas. Assim sendo, “entende-se por dependência a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros” (Sequeira, 2010, p.5).

Recentemente a dependência, foi definida pela DGS, como uma situação de incapacidade que alguém possui, em determinado momento, na realização de tarefas de subsistência, de se relacionar com o meio envolvente e de participar socialmente (DGS, 2017).

Guedes (2011) por seu lado, citando Paschoal (2007), salientou a importância de salientar que a dependência pode ser total ou parcial, temporária ou permanente, e corroborou Pavarini e Neri (2000), quando referiu que a dependência, independência e autonomia não são condições que se excluem umas às outras, porque o funcionamento do ser humano é multidimensional.

Por sua vez Bernardo (2017) baseando-se em Gonçalves (2012) refere que apesar da dependência não ser exclusiva da velhice, é nessa fase da vida que assume um carácter definitivo e permanente.

O aumento da longevidade, implica, segundo Lage (2002) o aumento de situações crónicas incapacitantes. Posteriormente, em 2007, a mesma autora reiterou que a doença crónica tem um efeito direto na capacidade dos indivíduos para satisfazer as atividades da vida diária e manter condições de vida independente.

Nos termos do Decreto-Lei n.º 101/2006, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

...o efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de saúde dos Portugueses nos últimos 40 anos.

Assim sendo, surgem novas necessidades, que requerem respostas no intuito de satisfazer a procura por pessoas idosas com dependência funcional, doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de

vida. Respostas essas que, segundo o Decreto-Lei anteriormente referido, deverão “ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais (...)”Pág. 3856.

Neste sentido, uma das metas do Programa do XXII Governo Constitucional (2019-2023) é a instauração de políticas de saúde que visem prestar cuidados de saúde e de bem-estar multidisciplinares de natureza preventiva, de promoção, tratamento e reabilitação, apoiando socialmente as pessoas em situação de isolamento social ou geográfico, com elevado grau de dependência, essencialmente idosos e pessoas em idade ativa com patologia mental. Para o efeito o referido programa sugere a inovação de respostas reforçando a rede de equipamentos e serviços já existentes e a aposta na criação de modelos, que respeitem a autonomia potencial das pessoas.

No sentido de observar a dificuldade, na realização de atividades de vida decorrentes de problemas de saúde ou decorrentes da idade, foi adotado o quadro geral de inquirição proposto pelo Washington Group on Disability Statistics, grupo da ONU, que tem como finalidade o desenvolvimento de uma metodologia de averiguação na área da incapacidade internacionalmente comparável (INE, 2012).

Segundo o documento Instrumentos de colheita de dados para a documentação dos cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, proposto pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (MCEER) da Ordem dos Enfermeiros, é recomendado que sejam reconhecidos os instrumentos de recolha de dados (escalas) para a documentação dos cuidados de EEER. Para o mesmo organismo, esta uniformização, conjuntamente com o padrão documental, suportam a melhoria contínua dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. O documento referido, ajudará assim, na caracterização da condição de saúde da pessoa com maior precisão, no que respeita à resposta humana às transições decorrentes da dependência/autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida.

Assim, elencamos aqueles que, para Sequeira (2010), são os dois instrumentos mais utilizados na prática clínica, para avaliação das atividades básicas de vida diária que são o Índice de Barthel e o Índice de Katz.

O índice de Barthel tem como objetivo, avaliar o nível de independência para a realização das dez atividades básicas de vida, nomeadamente: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, bem como subir e descer escadas, Mahoney e Barthel (1965) citados pela OE (2016).

Cada atividade apresenta entre 2 a 4 graus de dependência, sendo que a cotação global varia entre 0 a 100 pontos. No Índice de Barthel quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência (Sequeira, 2010).

O Índice de Katz foi desenvolvido para permitir a avaliação da autonomia do idoso para a realização de atividades básicas da vida diária (ABVD), mais precisamente: banho, vestir-se, ir à casa de banho, mobilidade, controlo de esfíncteres e alimentação.

As ABVD são avaliadas na sequência habitual de deterioração ou recuperação, cuja pontuação final resulta da soma da pontuação das 6 ABVD e varia entre 0 (dependente total) a 6 pontos (independente total). Contudo, existem outros instrumentos de avaliação referidos pela Ordem dos Enfermeiros e que importam mencionar, como é o caso da Medida de Independência Funcional (MIF), desenvolvida tendo como referência a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, publicada pela OMS em 1980.

A MIF permite avaliar o que é que a pessoa consegue fazer e possibilita monitorizar a sua funcionalidade numa determinada altura ou ao longo do tempo. A funcionalidade é avaliada a nível dos cuidados domésticos, controlo de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e comportamento social (Sequeira, 2010).

Este instrumento de avaliação, segundo Silveira, Macagnan, Fuck e Lagana (2011) foi desenvolvido para acompanhamento de pessoas em processo de reabilitação e é amplamente utilizado e bem aceite internacionalmente. Constitui um proveito relativamente a outros instrumentos, na medida em que permite, estimar o custo da incapacidade, no que respeita à segurança, a dependência de outras pessoas e utilização de dispositivos tecnológicos necessários.

Também com pertinência para este estudo, abordo os seguintes instrumentos de avaliação: Escala de equilíbrio de *Berg*, *Timed up and go*, e escala de *Morse*, uma vez que as fraturas nos idosos são, habitualmente, decorrentes de traumas de baixa energia como

quedas dentro do domicílio, determinando principalmente fraturas do fêmur proximal, rádio distal e coluna (Laet & Pols, 2000).

Relativamente à *Berg Balance Scale*, criada por Katherine Berg em 1992 e posteriormente validada e traduzida para português, cujo objetivo é avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico, bem como prognosticar o risco de queda em adultos e idosos, esta avalia o equilíbrio funcional com base no desempenho de 14 tarefas funcionais específicas de dificuldade variada (OE, 2016).

Da autoria de Podsiadlo e Richardson, temos assim o instrumento *timed up and go*, que avalia a mobilidade no que respeita à transferência de posição, equilíbrio, capacidade de caminhar, estabilidade na deambulação e avalia o risco de quedas em idosos (OE 2016). Segundo o mesmo documento, este é dirigido a adultos e idosos e também a pessoas com doença de alzheimer, artrite, paralisia cerebral, osteoartrite, entre outros.

Por fim, porque é o instrumento que utilizo no meu local de trabalho, na minha função de elo das quedas, fenómeno que, segundo vários estudos, constitui um indicador de segurança do doente a nível hospitalar e um indicador sensível aos cuidados de Enfermagem, não posso deixar de abordar a escala de quedas de Morse, uma vez que temos um papel fundamental na formação e criação de ambientes seguros e normas que visam a sua prevenção.

Assim, Janice Morse, autora da Escala de Quedas de Morse, iniciou a sua construção num projeto piloto em 1985, tendo passado por várias fases da construção desta até 1989, quando publica o artigo “Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient” (Morse et. al, 1989). Em 1997 publica o livro “Preventing Patient Falls” o qual sofre uma revisão com a segunda edição em 2009. Este instrumento de avaliação, destina-se a ser aplicado a clientes adultos e idosos, cujo resultado é proporcional ao do risco de queda. Um fator de exclusão da sua utilização é em clientes com a impossibilidade de cair, ou seja, que não possuam atividade motora, pois a queda pressupõe ação.

Outro instrumento útil para avaliar a dependência, é a escala de dependência de cuidados de reabilitação (EDC-R), validada para a população portuguesa em 2017 por Bernardo S., decorrente da escala CDS-R, que em 2011 foi desenvolvida por Juliane Eichhom-kissel, a qual resulta do desenvolvimento a partir da CDS, que foi criada em 1994

na Holanda por Dijkstra, Buist e Dassen, baseada nas necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson (Eichhorn-Kissel, 2011).

Esta escala permite avaliar, além dos aspetos físicos, os aspetos psicossociais considerados importantes num processo de reabilitação.

Consiste, num instrumento com 16 itens, que permitem avaliar em que medida a pessoa é capaz de comunicar e interagir com os outros, independentemente e de forma adequada; reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada; lidar com desafios e realizar as atividades instrumentais de vida diária; usar racionalmente o seu tempo livre; participar nas atividades recreativas e ocupacionais; adquirir e/ou reter conhecimentos e competências aprendidas anteriormente; lidar com a sua situação atual de doença, emocional e psicologicamente.

Cada um dos itens da escala é medido em termos de intensidade do grau de dependência sendo esta desenvolvida de forma a avaliar cada um dos itens através da escala tipo Lickert, em que o valor 1, é considerado totalmente dependente e a pessoa avaliada necessita de ajuda total para o desempenho dessa atividade de vida. Já o valor 5 é considerado praticamente independente, revelando assim que é capaz de realizar sem ajuda. Após a sua aplicação, os valores variam entre 16 e 80, sendo que quanto mais baixo for o valor obtido maior grau de dependência. O valor de corte que divide as duas categorias – dependente e independente – é 68. Abaixo de 68, inclusive, o participante é dependente e acima de 68 o participante é independente (Bernardo, 2017).

O enfermeiro de reabilitação, constitui assim um parceiro no cuidar, sendo o seu foco de intervenção centrado na pessoa, valorizando todas as suas dimensões, preocupações e necessidades. A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, foi reconfirmada pelo regulamento n. 392/2019, publicado em Diário da República, 2.<sup>a</sup> série, - N.º 85 de 3 de maio de 2019 e visa:

promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.” (pág.8658)

Reportando-nos à evidência científica, Andrade, Araújo, Andrade, Soares e Cianca (2010) desenvolveram um trabalho de investigação, através de uma revisão sistemática de literatura, onde procuraram saber o papel do enfermeiro na reabilitação físico-motora. Enfatizaram que o papel do enfermeiro é mais amplo, visto que envolve atividades independentes dos restantes profissionais, uma vez que primam pela procura da independência funcional dos utentes através do autocuidado e do treino para a autonomia da realização das suas das atividades de vida diárias.

Os mesmos autores, concluíram também, através do referido estudo, que a realização das AVDs é de extrema importância na vida dos utentes, visto que envolvem também aspetos emocionais, físicos e sociais, que podem alterar a dinâmica familiar e os papéis que cada um desempenha, podendo inclusive interferir no bem-estar da pessoa dependente e dos seus familiares. Salientam também, ao citarem Diogo (2000), a importância do enfermeiro avaliar funcionalmente o utente, para determinar as suas potencialidades para o autocuidado e desempenho de AVDs.

Por sua vez, Arinzon (2010) concluiu que, as diferenças de género influenciam o resultado da reabilitação geriátrica após a fratura traumática de anca. Foram avaliados noventa e nove idosos doentes residentes na comunidade, 64 do género feminino e 35 do género masculino, após cirurgia de fratura da anca. Concluiu que a recuperação funcional após a fratura traumática da anca foi maior nos homens em comparação com as mulheres.

Baixinho (2008) efetuou uma revisão sistemática de literatura, sem metanálise com a finalidade de identificar estudos primários, cujo objeto de estudo fosse as dificuldades na marcha das pessoas idosas no regresso a casa, após fratura do colo do fémur. Verificou que uma elevada percentagem dos idosos não é independente para a marcha no momento da alta, não sendo possível recuperar a autonomia idêntica à anterior à fratura. Concluiu que “Existe um declínio na funcionalidade do idoso após a fratura do colo do fémur, o que se traduz em dificuldades no autocuidado. Uma percentagem significativa da população não fica independente para a marcha, com condicionamento dos outros autocuidados e tornando-a dependente de outros.” (p.84).

## **2. PATOLOGIA ORTOTRAUMATOLÓGICA**

No intuito de melhor concetualizar a patologia dos ossos, articulações, tendões e ligamentos, verificamos que devido ao seu complexo conteúdo, esta é alvo de atenção de mais do que uma especialidade médica, entre as quais se destacam a Ortopedia e a Reumatologia.

O Dicionário de Língua Portuguesa (2018) define Ortopedia como sendo a especialidade que se dedica ao estudo e tratamento das deformações, congénitas ou adquiridas dos ossos, articulações, dos músculos e tendões.

Segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, a Ortopedia, enquanto especialidade autónoma organizada e reconhecida, surgiu em Portugal em 1956, emergindo da Cirurgia Geral, devido à diferenciação no que concerne o diagnóstico e tratamento da patologia cirúrgica músculo – esquelética.

Contudo, a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, defende que as doenças que afetam as articulações, ossos, músculos, tendões e ligamentos, são as doenças reumáticas o que é corroborado pelo Estudo Epidemiológico de Doenças Reumáticas em Portugal – EpiReumaPt, quando refere que são doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática, que podem ser agudas, recorrentes ou crónicas, atingindo pessoas de todas as idades, sendo causa frequente de incapacidade.

Já em 2001, Serra defendia que “a Ortopedia – traumatológica, Ortotraumatologia ou, mais simplesmente, a Ortopedia, trata as deformidades, doenças e lesões traumáticas do aparelho locomotor”. Referia ainda que, a patologia que atinge as pessoas maiores de 50 anos, apesar de ser “o mais recente capítulo de Ortopedia”, tornar-se-ia no mais vasto, nos decénios seguintes, e seria dominado, mesmo que transitoriamente, pela osteoporose.

Mais tarde Cunha (2008) corroborou o defendido por Serra (2001), quando referiu que a especialidade de “ortopedia ou ortotraumatologia”, será porventura aquela que, na opinião do autor, é a especialidade mais completa e abrangente para a enfermagem. Ainda segundo o mesmo, esta abrange as pessoas com afeções desde o nascimento, exemplificando, entre outras, a luxação congénita, durante a fase adulta, os traumatismos e no idoso, nomeando, a título exemplificativo, a fratura de colo de fémur.

Este autor salientou ainda que, para podermos falar de lesões ortopédicas ou do foro de especialidade de ortopedia, não podemos apenas mencionar as fraturas ósseas, uma vez que o esqueleto é constituído por outros sistemas fundamentais e importantes para a locomoção e são disso exemplo os músculos, as articulações, o sistema nervoso e o sistema ósseo.

De acordo com Sousa & Carvalho (2016) baseados em Lucas & Monjardino (2010), as patologias do aparelho locomotor podem ser agregadas em dois grupos, a patologia músculo-esquelética ou reumática, que se refere à alteração funcional do sistema músculo-esquelético não associada a causa traumática, que inclui as doenças inflamatórias, as degenerativas e as metabólicas, das quais se destacam a osteoartrose e a osteoporose e a patologia traumática, a qual engloba todas as alterações funcionais do sistema músculo-esquelético mas que decorrem de traumatismos tais como fraturas, entorses e luxações.

Segundo a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação, as três principais causas álgicas que levam o doente a procurar os cuidados de saúde, e que foram definidas pela OMS, duas são devidas a dor relacionada com o sistema musculoesquelético.

No entanto, Oliveira e Braga (2010) referem que as doenças do sistema muscular, ósseo e articular são complexas e em grande número, referindo as que consideram como mais frequentes:

-Dores musculares - muito relacionadas com stress emocional. Neste sentido, já no ano 2000, Júnior defendia que da mudança de hábitos de vida da sociedade, emergem distintos aspetos a considerar, uma vez que nem todos beneficiam a vida das pessoas. As lesões musculoesqueléticas, são disso exemplo, na medida que constituem, muitas vezes condições incapacitantes e dispendiosas para a economia e sendo frequentemente responsáveis pelo absentismo laboral.

Uma lesão de uma parte do sistema músculo-esquelético produz, geralmente, disfunção das estruturas adjacentes. Quando os músculos estão inativos, atrofiam e instala-se a deterioração muscular, a qual diminui a capacidade dos movimentos, originando a sua redução e conseqüente agravamento da situação.

É nesse sentido que Cunha (2008) defendeu que, no tratamento de qualquer fratura, não deverá ser apenas o osso o alvo da nossa atenção, mas também esta deverá ser direcionada às partes moles, destacando os músculos cuja função precisa de ser preservada.

-Problemas de coluna - são a razão do maior número de consultas aos ortopedistas e médicos no geral, perspetivando-se que 80 a 90% das pessoas apresentarão um evento de dor na coluna em algum momento da sua vida adulta.

Na mesma linha de ideias, Serra, Oliveira e Castro (2012) referem que, a vida urbana atual criou condicionantes novas à ação muscular, como por exemplo o pavimento extremamente plano, onde se colocam objetos de acesso ao nível dos quadris ou da face, eliminando assim os movimentos de rotação e inclinação lateral. Outra aspeto é a utilização sistemática da flexão ao longo do dia e a raridade de vezes que efetuamos o movimento em sentido contrário, a extensão, e praticamente nunca a rotação e inclinação lateral, levando-os a suspeitar que a dor esteja associada à perda de harmonia na mobilidade vertebral.

Contudo, os mesmos autores defendem que, apesar da maioria dos casos de dor vertebral terem como causa um processo degenerativo banal, existem outras causas de lombalgia, como por exemplo congénitas, inflamatórias mecânicas, psicogénicas, entre outras, salientando que “a dor musculoesquelética é, provavelmente, a mais frequente das apresentações psicossomáticas e muitas destas são vertebralgias em geral.”

Segundo o INE (2012), aquando do último Censos, os problemas de costas ou pescoço, entre os quinze anos e os sessenta e quatro anos, constituíam o principal problema de saúde ou de doença prolongada.

As atividades laborais, que incluem movimentos vibratórios, temperaturas frias, nível de esforço empregado, quantidade e frequência da atividade repetitiva, postura e tempo de repouso, são causadoras de doenças e acidentes de trabalho que, na sua grande maioria, são evitáveis, através do desenvolvimento de estratégias de prevenção eficazes nas empresas. O investimento de uma empresa na prevenção de riscos profissionais diminui a possibilidade de acidentes, esgotamento e erros que levam a colocar em causa a saúde do trabalhador, o absentismo e a qualidade do produto ou serviço da empresa. No que respeita a custos, muitas vezes são difíceis de quantificar, estão indiscutivelmente associados ao sofrimento humano e eventual perda de capacidade e sequelas de saúde irreversíveis.

-Artroses – A artrose ou osteoartrose caracteriza-se por alterações degenerativas da cartilagem articular afetando sobretudo articulações de carga, que suportam o peso do corpo, nomeadamente os joelhos. A cartilagem é dos poucos tecidos do nosso organismo em que não existe um processo natural de autorreparação.

Duarte et al. (2013), citados por Sousa e Carvalho (2016), definiram a osteoartrose como uma doença crónica-degenerativa bastante comum, atingindo entre 44% e os 70% nas pessoas com idade superior a 50 anos, contudo esta eleva-se para a 85% nas pessoas acima dos 75 anos. Caracteriza-se pelo desgaste da cartilagem articular, manifesta-se através da dor, rigidez matinal, crepitação óssea e atrofia muscular. Radiologicamente observa-se diminuição do espaço intra-articular, formação de osteófitos, esclerose de osso subcondral e formação de quistos.

Se por um lado esta doença prejudica a atividade laboral, traduzindo-se em maior absentismo e reformas antecipadas (Duarte et al. 2014), por outro poderá incapacitar milhões de pessoas em todo o mundo, sobretudo pessoas idosas Ariotti et al. (2011), citados por Sousa & Carvalho (2016).

Mais recentemente Pessoa (2018) refere que a artrose afeta cerca de 80% das pessoas com mais de 60 anos e é uma das doenças mais frequentes do nosso planeta, existindo em Portugal cerca de um milhão de doentes. Atinge predominantemente o sexo feminino e as queixas principais são a dor e a rigidez articular, e com a sua progressão surgem deformidades nas articulações afetadas. Na população em geral, a prevenção é importante pelo que devemos privilegiar o controlo do peso e promover uma atividade física regular.

Particularizando e ainda no nosso País, Lucas & Monjardino (2010) afirmavam que o quadro de prevalência da osteoartrose do joelho (com base em estudos radiográficos) situava-se nos 79,3% na faixa etária entre 65-74 anos e 87,3% em indivíduos com 75 ou mais anos.

Segundo os dados estatísticos disponibilizados no Registo Português de Artroplastias da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, entre 2015 e 2017, realizaram-se perto de 8.500 artroplastias do joelho em Portugal consequência dessa afeção.

Os principais fatores de risco são o género, a idade, a hereditariedade, os traumatismos, o stress articular repetitivo, a obesidade, a nutrição, as alterações hormonais e metabólicas e a densidade óssea (Sousa & Carvalho, 2016).

Para diminuir a ação desses fatores, existem programas de exercícios na osteoartrose os quais têm como principal objetivo otimizar a capacidade aeróbica e aumentar a força muscular dos membros inferiores, sendo que para obter melhores resultados, os programas

deverão ser supervisionados e realizados três vezes por semana (Juhl, Christensen, Roos, Zhang & Lund, 2014).

-A osteoporose é, por sua vez, uma doença sistémica do esqueleto, caracterizada pela diminuição da massa óssea e alteração da microarquitetura do seu tecido, aumentando assim a fragilidade e conseqüente risco de fratura (Queiroz, 1998).

Só foi reconhecida a importância da osteoporose involutiva, depois de 1960 quando os idosos começaram a ter um valor numérico considerável na população geral. Verificou-se um acréscimo progressivo de fraturas, que se relacionavam com pequenos acidentes, insuficientes para ocasionar fratura nos adultos jovens. A importância da osteoporose involutiva, consiste na fragilidade do esqueleto que propicia fraturas (Serra, 2001).

Segundo o mesmo autor, esta sintetizou-se em dois tipos de acordo com a perda óssea:

- A osteoporose tipo I é aquela que afeta a mulher na primeira ou segunda décadas, após o climatério, pela sua ligação ao sexo feminino e proximidade à menopausa, implica deficiência de estrogénio, muito embora e apesar desta carência de estrogénio ser comum às mulheres nessa fase da vida, a osteoporose apenas se desenvolve em 10-20% delas. Estatisticamente, este tipo de osteoporose é mais frequente nas mulheres com antecedentes de osteoporose, se tiverem estrutura pequena, magra e de raça branca, constituído o tabaco, a ingestão regular de álcool e café fatores também a considerar.

- A osteoporose do tipo II, ocorre nos dois géneros depois dos 70 anos, mas é duas vezes mais frequente na mulher. Esta advém devido à quebra acentuada da atividade dos osteoblastos e relação aos osteoclastos. A sua incidência, aumenta exponencialmente ao longo de toda a vida.

Tem vindo, por isso a ser reportado, em diversos países, um aumento na ocorrência de fraturas atribuídas à osteoporose. Portugal não é exceção, visto que o número absoluto de fraturas do fémur proximal em Portugal mostrou uma tendência de aumento entre 2005 - 2013, afetando uma percentagem significativa da população portuguesa com mais de 65 anos de idade. Nesse período, foram admitidos no serviço nacional de saúde, 101 436 doentes com idade igual ou superior a 65 anos admitidos por fratura do fémur proximal (Linhares, Ferreira, Amoreira, Neves e Pinto, 2018).

Globalmente, uma em cada três mulheres e um em cada cinco homens correm risco de fratura osteoporótica, estimando-se assim que mais de 200 milhões de pessoas em todo o mundo sofram dessa doença. Aproximadamente 30% de todas as mulheres na pós-menopausa nos Estados Unidos e na Europa têm osteoporose (Blackburne & Garrisi, 2018).

A RNEHR refere que as afeções do aparelho locomotor são uma inquietação incontornável da sociedade, com enorme impacto nos Sistemas de Saúde. No nosso País, constata-se que esta problemática em nada difere do que se verifica universalmente. Espera-se que com o aumento da esperança média de vida e do envelhecimento da população, as complicações da osteoporose se acentuem, sendo que as fraturas proximais do fémur, constituem a patologia com prevalência acrescida nos serviços de Ortopedia.

De acordo com a *International Osteoporosis Foundation*, o custo da osteoporose é de 37 bilhões de euros por ano na Europa e de 19 bilhões de dólares por ano nos EUA, sendo previsível que os custos aumentem drasticamente cumulativamente ao aumento da prevalência de osteoporose nos próximos anos (Blackburne & Garrisi, 2018).

O referido organismo refere que a osteoporose continua sendo uma preocupação global, causando 8,9 milhões de fraturas por ano e que uma fratura prévia aumenta o risco de outra fratura relacionada à osteoporose em 86%. Para tal criou o programa "Capture the Fracture", que tem como objetivo reduzir as fraturas de quadril e vertebrais em 25% até 2025. Estimando que, presentemente, mais de 200 milhões de pessoas no mundo sofrem de osteoporose, provocando uma fratura relacionada à osteoporose a cada três segundos (2020).

A OMS e a American College of Sports Medicine recomendam que as atividades físicas direcionadas aos idosos devem conter exercícios aeróbios, força e resistência muscular, bem como flexibilidade. Morey et al. 1998, citados por Araújo (2011), salvaguardavam a importância do treino de algumas capacidades motoras como equilíbrio, agilidade e coordenação, de modo a reduzir o risco de queda e a melhoria funcional dos idosos. Oliveira, Costa, Barbosa, Guabiroba e Silva (2015) reforçam, ainda, a relevância de uma prescrição de exercícios controlados, pois os idosos, sobretudo do género feminino, são mais propensos a doenças como a osteoporose, visto que a utilização de carga em excesso poderá resultar em fraturas, contrariando o propósito da prevenção.

De acordo com Baixinho (2008), citado por Câmara (2011), diversos estudos demonstram, que, após a fratura, há um aumento de morbidade e de mortalidade, com elevados custos para a saúde individual e económicos, com um dispêndio acrescido em serviços de saúde. A mesma autora referencia ainda Zuckerman (2000) e Lin & Chang

(2004), mencionando que “Acima dos 50 anos o risco de fratura do colo do fêmur aumenta 100% em cada 10 anos. A maioria dos idosos não consegue recuperar a independência para a realização das atividades de vida diária – básicas e instrumentais”. (p.23)

Por outro lado, no projeto que visa proporcionar uma atenção contínua aos problemas da reumatologia portuguesa, Lucas & Monjardino (2010) atestam que a prevalência de osteoporose referida foi de 5%, valores próximos aos que constam no quarto inquérito nacional de saúde de 2005/2006, em que afetava 6,3% das pessoas, sendo que a sua prevalência autodeclarada aumentou com a idade e foi maior nas mulheres em todo o território nacional. As autoras identificaram ainda as diferenças na incidência das fraturas do colo do fêmur de acordo com a localização geográfica, sendo que era 20% superior no meio urbano quando comparado com o meio rural. Estes consideraram o número de fraturas osteoporóticas do colo do fêmur ocorrido no período de 2000 a 2002 e estimaram para Portugal para o ano de 2020 cerca de 10.877 casos de fraturas osteoporóticas do colo do fêmur e para 2050 previram cerca de 11.609, refletindo um aumento de 27% e 36% respetivamente.

Em 2013, Jensen, Roos, Kjaersgaard, Overgaard, realizaram um ensaio clínico com o intuito de comparar o efeito da educação e do exercício supervisionado com educação nas pessoas com indicação para artroplastia total da anca (ATA), e demonstraram que este é efetivo no adiamento da ATA.

Contudo, salientaram que a elevada frequência da fratura da extremidade proximal do fêmur, e consequente letalidade, em conjunto com informação relativa à incidência, podem ter grande utilidade na análise do prognóstico desta doença.

Anteriormente, num estudo longitudinal realizado por Mendonza, Martinez e Muñoz (2009), com uma amostra de 400 idosos residentes em meios urbanos e rurais do estado de Hidalgo, México, durante cinco anos, cujo objetivo foi a implementação de um modelo de envelhecimento ativo e controlo de doenças crónicas, entre elas a osteoporose, foi demonstrado que ao nível comunitário o apoio social e a educação são cruciais para o controlo dessas doenças. A sua implementação promove e vincula o bem-estar, os cuidados e os efeitos para os idosos com essas ajudas, que são frequentemente desnecessárias, fomentando a capacidade do idoso para o autocuidado.

Já em 2005 Tang, Xiang, Zimmer, Fang e Kaneda, concluíram, através de um estudo com 3257 participantes, acerca da expectativa de vida ativa em idosos em Pequim, que

a prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e outras crônicas e concomitantemente a redução de ocorrência de incapacidade física e fortalecimento da reabilitação, melhora a sua qualidade de vida e aumenta a expectativa de vida ativa.

Branco, Felicíssimo & Monteiro, num artigo de revisão em 2009, referem que, as fraturas da extremidade proximal do fêmur provocadas por trauma ligeiro de baixa energia são uma das consequências mais graves da osteoporose, e que consequentemente 10 a 20% dos doentes acabam por falecer, 50% apresentam perda funcional e/ou motora e somente 30% dos doentes obtêm recuperação funcional para os níveis anteriores à mesma.

Segundo Júnior (2000) e de acordo com o subcomité da Associação Médica Americana (AMA), do ponto de vista genérico, as lesões ortopédicas traumáticas, podem ser divididas em quatro tipos:

Contusão - lesão traumática do tegumento, sem rutura da continuidade da pele.;

Entorse - lesão traumática das partes moles de uma determinada articulação, por estresse agudo ou solitação extrema, de tal forma que a estabilidade articular não seja comprometida;

Fratura - lesão óssea traumática, onde exista rutura da porção cortical, com solução na continuidade óssea;

Luxação - lesão articular traumática, onde exista perda parcial ou total do contato entre os ossos que a compõem.

Uma vez que é aquele que melhor se relaciona com o tema em estudo, serão referenciadas sobretudo as lesões que envolvem o sistema musculoesquelético, ou seja, lesões que atingem os ligamentos, músculos e ossos.

A OE (2009) no guia de boa prática de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com traumatismo vertebro-medular, refere que o traumatismo consiste num conjunto de manifestações locais ou gerais, desencadeadas por uma ação violenta de um agente contra o organismo. Considera também que o trauma é um dos grandes problemas de saúde nas sociedades civilizadas.

A RNEHR de ortopedia, salienta que a traumatologia do aparelho locomotor constitui uma componente incontornável, englobando situações tão distintas, como a abordagem do politraumatizado, em que cerca de 80% destes doentes têm envolvimento do aparelho locomotor, até ao monotrauma fraturário, com a mobilização de recursos ortopédicos

especializados, originados por situações tão distintas, desde a sinistralidade rodoviária ao acidente de trabalho, bem como atividades de lazer ou desportivas, ou ainda as fraturas osteoporóticas do idoso, constituindo uma componente significativa nos serviços de urgência dos nossos hospitais, sejam eles do sistema público ou privado.

A patologia traumática pode potenciar situações incapacitantes, aumentando a probabilidade de institucionalização, diminuindo a qualidade de vida das pessoas, implicando assim, aumento dos encargos ao nível social e económico (Sousa & Carvalho, 2017).

Segundo a OMS (2013), anualmente morrem 5,8 milhões de pessoas por trauma em todo o mundo e sem as devidas intervenções, prevê-se que esta proporção aumente até 2030 (OMS, 2012). Corroborando este dados, a European Society of Intensive Care Medicine (2013), afirma que as situações traumáticas são cinco vezes mais prevalentes no sexo masculino, principalmente em jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, com baixo nível socio-económico. O trauma constitui a principal causa de morte em indivíduos com idade inferior a 45 anos, sendo responsável por mais mortes que o cancro, doenças cardíacas e SIDA. No que respeita às restantes faixas etárias, apenas as doenças cardiovasculares e o cancro apresentam taxas de mortalidade superiores.

Os acidentes constituem uma das principais causas de incapacidade temporária ou permanente. Por cada pessoa que morre, estima-se que dezenas de sobreviventes sejam hospitalizadas, centenas recorram a serviços de urgência e que milhares procurem consultas médicas e cuidados de saúde (DGS, 2010).

As lesões causadas por acidentes de trânsito vitimam anualmente 1,2 milhões de vidas no mundo, causando um forte impacto nos sistemas de saúde e desenvolvimento de cada país. Para além de constituírem a principal causa de morte entre jovens com idade 15-29 anos, este tipo de acidentes é a principal causa evitável de politraumatizados que entram nos serviços de urgência e trauma (OMS, 2015).

O Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) refere que na Europa os acidentes de viação representam 55% dos casos de trauma, seguidos das quedas com 17%. Portugal, segundo a Direção Geral de Viação, continua a ser o país da União Europeia com a maior taxa de sinistralidade e mortalidade rodoviária. O álcool assume um papel fundamental no trauma, uma vez que cerca de 40 a 50% dos acidentes de viação fatais estão associados a ingestão de álcool, verificando-se a existência de uma correlação direta entre a alcoolémia e a gravidade do trauma decorrido.

Relativamente às quedas a DGS (2015) indica que os fatores de risco associados às quedas podem ser multifatoriais. Estes podem ser biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, alguns com a possibilidade de serem alterados, mas nem todos eliminados.

As quedas ocorrem devido à perda de equilíbrio ou à incapacidade em recuperá-lo. Apesar de ocorrerem em todas as faixas etárias, é na população mais idosa que a prevalência do risco de queda é maior. A maioria dos diagnósticos relacionados com quedas nas admissões hospitalares são as fraturas da anca, os traumatismos cranianos e as lesões dos membros superiores e estima-se que o internamento varie entre quatro a quinze dias. As quedas podem, também, originar dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização e depressão, que conduzem a restrições variadas nas AVD. A prevenção de quedas, deverá incidir na avaliação dos fatores de risco multifatoriais, a comunicação e a educação sobre o risco de quedas, a implementação de medidas ou ações preventivas ou corretivas, bem como a monitorização da sua ocorrência. Despacho n.º 1400-A/2015, Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015, (2015, p.3882- (7) p. 3882-(8)).

Após procederem a uma síntese da literatura qualitativa, resultante da pesquisa na CINAHL, Medline, EMBASE, PsychINFO e BNI 1999–2015, Gardiner, Glogowska, Stoddart, Pendlebury, Lasserson e Jackson (2017), concluíram que muitos idosos rejeitam a possibilidade do risco de cair, devido à implicação percebida de dependência, constituindo uma ameaça à identidade das pessoas que ambicionam a manutenção da sua independência, e que é o principal motivador das suas ações. Os mesmos autores ainda referem que a independência para conseguir a interação social, protege da perda de identidade, isolamento social e sentimentos negativos de dependência.

Anteriormente, em 1998, Queiroz referia que as principais causas de quedas, eram as alterações da marcha, diminuição da força muscular, deficiente controlo postural, hipotensão ortostática, o alcoolismo, entre outros. Defendia também, que estas deveriam ser prevenidas, com o exercício físico visto melhorar a força muscular e coordenação motora.

Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2018), a necessidade de cuidados de reabilitação nas populações está em expansão, devendo-se esse fator ao aumento da prevalência de doenças prolongadas, crónicas e incapacitantes, ao aumento da morbilidade devida a acidentes de viação e outros, bem como ao aumento da esperança média de vida que tem como consequência o aumento do índice de dependência dos idosos, perspetivando-se assim o agravamento deste cenário.

## **METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO**

A investigação é um componente essencial da prática de Enfermagem. Já na guerra da Crimeia, Nightingale colocou a enfermagem no campo de investigação, através dos seus registos detalhados, dos resultados das suas ações de enfermagem nos soldados (Cantanzaro, 2000).

Contudo, ainda segundo o mesmo autor, a história da investigação de enfermagem de reabilitação, tem uma cronologia menor, uma vez que se inicia após a II guerra mundial e posteriormente à fundação da *Association of Rehabilitation Nurses* em 1974.

A metodologia de investigação, pressupõe segundo Fortin (2009), um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitam realizar a investigação. A metodologia quantitativa interessa-se por causas objetivas dos fenómenos objetivos, comportando para isso um processo sistemático de colheita de dados. Segundo a mesma autora, esta caracteriza-se pela objetividade, predição, controlo e generalização. Apesar de a metodologia quantitativa e qualitativa, encararem de forma distinta a realidade estudada, ambas pressupõem um processo rigoroso.

Neste capítulo, é assim, apresentado um plano no intuito de responder à questão de investigação, eliminando ou reduzindo ao mínimo as fontes de erro (Fortin, 2009).

### **1. OBJETIVO DO ESTUDO**

Já foram desenvolvidos estudos que de alguma forma abordaram a questão da dependência de clientes na RAM, como é o caso do estudo de Jesus (2010) “Fortalecendo o adulto com dependência progressiva no domicílio”. Posteriormente, em 2011, Câmara, estudou a “Atitude do idoso face à dependência no autocuidado para andar”.

Contudo não se conhece qualquer estudo que tenha estudado a dependência do cliente com patologia ortotraumatológica, alvo dos cuidados do enfermeiro de reabilitação na RAM. Assim os objetivos desta investigação visam:

- Caracterizar os clientes com patologia ortotraumatológica alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na RAM.
- Avaliar o grau de dependência do cliente com patologia ortotraumatológica alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação na RAM.

## **2. DESENHO DO ESTUDO**

Para concretizar os objetivos propostos, optou-se por um desenho quantitativo, exploratório-descritivo simples e transversal, pois segundo Fortin M. (2009), a metodologia quantitativa ou objetivista, interessa-se pelas causas objetivas dos fenómenos, fazendo abstração da situação de cada indivíduo, apelando assim à dedução e à utilização de regras de lógica e de medida. Este tipo de metodologia, baseia-se na observação de factos, acontecimentos e fenómenos objetivos, suportando assim um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis.

A investigação quantitativa assenta, segundo Fortin (2009), no paradigma positivista, que tem a sua origem nas ciências físicas, acreditando assim que a verdade é absoluta e que factos e princípios existem independentemente dos contextos.

Segundo a autora referida, este estudo é transversal, uma vez que o seu objetivo é mensurar a frequência de aparição de um fenómeno, neste caso a dependência dos clientes com patologia ortotraumatológica, alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, no dia 5 de junho de 2019, do serviço de saúde da Região Autónoma da Madeira.

## **3. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Para este estudo, foram considerados os clientes diagnosticados com patologia ortotraumatológica, que receberam cuidados prestados pelos enfermeiros de reabilitação, no dia 05/05/2019, constituindo assim um total de 163 participantes.

Para o presente estudo definiram-se ainda os seguintes critérios de inclusão:

- Clientes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação da RAM, com idade igual e superior a 18 anos (à data de 5 de junho de 2019).
- Aceitar e ter disponibilidade para responder ao questionário, assinando o consentimento informado

Todos os clientes abordados demonstraram disponibilidade para participar no inquérito, colaborando voluntariamente, no estudo, tendo reunido os critérios de inclusão.

## **4. VARIÁVEIS**

As variáveis, segundo Fortin (2009), podem ser classificadas segundo o papel que exercem na investigação. Sendo um conceito ao qual se pode atribuir uma medida, este poderá ser definido de diferentes maneiras segundo a sua utilização numa investigação (Fortin, 2009). Para este estudo será considerada a variável de investigação ou em estudo e as variáveis de caracterização ou de atributo.

### **4.1. Variável de investigação ou em estudo**

Esta é constituída por qualidades, propriedades ou características que serão estudadas ou medidas no estudo (Fortin, 2009). Ainda segundo a mesma autora, não existem variáveis independentes a manipular, nem tão pouco relações de causa efeito.

A variável de investigação ou de estudo, é o **grau de dependência** do cliente com patologia ortotraumatológica, alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação no Serviço Regional de Saúde da RAM.

Com o instrumento EDC-R, o grau de dependência, será obtido através da escala tipo Lickert, em que o valor 1 é considerado completamente dependente, o 2 dependente em grau elevado, o 3 parcialmente dependente, o 4 dependente em grau reduzido e o valor 5 praticamente independente. Os valores variam entre 16 e 80, sendo que quanto mais baixo o valor obtido maior o grau de dependência do cliente em cuidados de enfermagem de reabilitação.

### **4.2. Variáveis de caracterização ou de atributo**

Este tipo de variáveis, segundo Fortin (2009) e como o próprio nome indica, caracterizam os participantes do estudo, porém são atributos pré-existentes, correspondendo a dados sócio demográficos. Polit e Beck (2019) complementam que o pesquisador, simplesmente, observa e mensura.

As variáveis de caracterização ou atributo, consideradas neste estudo foram: idade, género, local de residência, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional e fatores de risco.

As variáveis de caracterização foram operacionalizadas da seguinte forma:

Idade – Adulto com idade igual ou superior a 18 anos, até 64 anos inclusive e idoso com idade igual ou superior a 65 anos;

Género – Feminino e masculino;

Local de residência – Instituição e domicílio familiar;

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

Grau de escolaridade – Não sabe ler ou escrever, 1º ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino superior;

Situação Profissional – Doméstico, trabalhador por conta de outrem, reformado ou inválido;

Fatores de Risco – HTA, diabetes mellitus, obesidade e consumo de álcool e tabaco;

Presença de dor, uma vez que a Direcção-Geral da Saúde instituiu a “Dor como o 5º sinal vital” em Portugal através da circular normativa nº 09/DGCG de 14 de junho de 2003 e este é um sinal vital frequentemente presente na patologia ortotraumatológica e causador de limitação no desempenho de AVD e consequente dependência.

Tipo de dificuldade na mobilidade – Permanece no leito, anda com limitação, movimenta os membros superiores com limitação, sem dificuldade/não refere.

## **5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

A recolha de dados, efetuada através de questionário, sendo primeiramente constituído pelos dados sócio demográficos e seguidamente pela escala ECD-R.

No desempenho da sua atividade, o enfermeiro especialista em reabilitação, necessita conhecer o grau de independência/dependência das pessoas em cada área do autocuidado, no intuito de contribuir para a individualização dos cuidados. Assim e por forma a responder a esta necessidade, têm surgido vários instrumentos de medida que permitem realizar uma avaliação e monitorização do grau de independência/dependência.

Enquanto uns instrumentos foram desenvolvidos para aplicação em campos específicos de enfermagem ou de doenças específicas, assim como o Índice de Barthel e a escala de medida de independência funcional (MIF), apenas avaliam aspetos físicos, segundo a autora da CDS-R, os aspetos psicossociais raramente são considerados. Assim, a adição do item “capacidade para lidar” à escala CDS, dando origem à CDS-R, foi de extrema

importância, porque permite avaliar os utentes com doenças crónicas e agudas e a forma que estes gerem a sua saúde e limitações (Eichhorn-Kissel, 2011).

A tradução e validação para o contexto português da CDS-R, foi realizada por Bernardo (2017) passando a denominar-se Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação (EDC-R) (Anexo 1).

A utilização da escala de dependência de cuidados em reabilitação (ECD-R) possibilita avaliar o grau de dependência dos utentes em termos físicos e em termos psicossociais. O grau de dependência pode ser avaliado em termos de intensidade, através da escala tipo Lickert, em que o valor 1 é considerado completamente dependente e o valor 5 praticamente independente, obtendo-se valores que variam entre 16 e 80, sendo que quanto mais baixo o valor obtido maior grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem de reabilitação. Segundo a mesma autora citando Dijkstra et al. (2006), o seu preenchimento está dependente da observação do comportamento do utente, por isso a precisão da avaliação depende do quanto o profissional de saúde conhece o utente, as suas necessidades e a forma de as satisfazer.

Esta escala permite avaliar, além dos aspetos físicos, os aspetos psicossociais considerados importantes num processo de reabilitação e consiste num instrumento com 16 itens, que permitem avaliar em que medida a pessoa é capaz de comunicar e interagir com os outros, de forma independente e adequada; reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada; lidar com desafios e realizar as atividades instrumentais de vida diária; usar racionalmente o seu tempo livre; participar nas atividades recreativas e ocupacionais; adquirir e/ou reter conhecimentos e competências aprendidas anteriormente; lidar com a sua situação atual de doença, emocional e psicologicamente.

## **6. ASPETOS ÉTICOS**

Os aspetos e padrões éticos devem ser criticamente analisados independentemente se a investigação é qualitativa ou quantitativa (Streubert & Carpenter, 2011).

Os enfermeiros, na sua prestação de cuidados e no desenvolvimento da investigação, mantêm a necessidade constante de agir de acordo com os princípios da profissão e das

teorias éticas, como por exemplo a teoria principalista, a qual contempla os princípios da não maleficência, beneficência, autonomia e justiça.

Ainda segundo Streubert e Carpenter (2011), compreender teoricamente os princípios éticos, juntamente com a experiência da prática, prepara o enfermeiro para tomar decisões éticas no seu quotidiano. Para a compreensão dos assuntos éticos relevantes no processo de investigação, os conhecimentos e experiência deverão ser utilizados, de forma a conduzir a investigação defendendo esses princípios e protegendo o ser humano.

Porque a proteção dos participantes deve permanecer em primeiro plano, salienta-se que foram garantidas as condições de privacidade e confidencialidade, inerente a este tipo de estudo. Para tal recorreu-se à atribuição de um número de identificação (IDNR), atribuído a cada participante por ordem de inscrição, para posteriormente constar isoladamente na folha de registo e questionários. Os contactos, inclusivamente os telefónicos, foram mantidos na posse da equipa investigadora, no intuito de posterior validação ou inquirição, caso fosse esse o desejo do participante, sendo que esta informação será destruída após a conclusão do estudo.

Anteriormente à participação do estudo, os potenciais participantes, foram devidamente informados e esclarecidos da natureza, fins, procedimentos e metodologia do estudo e das condições inerentes à sua participação. Por sua vez, os investigadores identificaram-se e facultaram os seus possíveis contactos.

Após a informação referida, disponibilizou-se o consentimento informado (Anexo 2) em duplicado, quer pelo participante quer pelo investigador, ficando um exemplar na sua posse. Foi devidamente informado que podia recusar ou desistir da sua participação a qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo para o mesmo.

Anteriormente à colheita de dados, obteve-se a devida autorização do Conselho de Administração do Serviço Regional de Saúde da RAM, para a efetivação da mesma, após parecer favorável da Comissão de ética do referido serviço (Anexo 3).

Foi também solicitada, autorização para utilização da escala neste projeto à autora da validação transcultural para a população portuguesa da *Care Dependency Scale for Rehabilitation* (Anexo 4).

O participante foi também informado que podia recusar ou desistir da sua participação, em qualquer momento, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo. No entanto os 163 indivíduos elegíveis aceitaram participar e não expressaram vontade em desistir.

## **7. PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS**

A colheita de dados, insere-se num questionário mais alargado, pertença do projeto de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que visa caracterizar os cuidados de enfermagem de reabilitação no que respeita ao EER, ao cliente e familiar cuidador. Foi efetuada pelos 21 Enfermeiros, discentes do I curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, que, entre o dia 5/06/2019 e 21/06/2019, colheram os dados referentes aos clientes que estavam atribuídos ao EER no dia 05/06/2019.

Os questionários respeitantes aos clientes, foram preenchidos pelos investigadores, com a colaboração dos EER, que conheciam as pessoas alvo dos seus cuidados e a sua

## **8. PROCESSO DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS**

O processamento e análise de dados foram realizados, no período decorrente entre 01/07/2019 e 31/07/2019, com recurso ao software estatístico SPSS. A análise estatística deste estudo, inclui a estatística descritiva simples.

## **9. FORMA DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Este projeto de investigação constitui a dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Este será apresentado à Escola de Enfermagem de São José de Cluny para provas públicas no intuito da obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Estão previstas outras formas possíveis de disseminação, tais como comunicações em contexto profissional, eventos científicos e artigos em revistas de especialidade.



## **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS**

É na fase de apresentação dos resultados que, segundo Fortin (2009), o investigador dá conta da análise estatística dos dados e presta particular atenção aos resultados apresentados, levando a que compare com trabalhos anteriores relacionados com o fenómeno alvo de estudo. Para a referida autora, apresentar os resultados comporta, a maioria das vezes, quadros que servem para aglomerar dados e figuras, que salientam de forma visual, certos aspetos dos dados, acompanhados de texto narrativo.

A análise dos resultados, segundo Fortin (2009), tem como finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos, tendo em vista realçar o essencial. A análise descritiva, mais especificamente, visa reunir e resumir um conjunto de características dos participantes e examinar a distribuição de valores das principais variáveis.

Neste capítulo, selecionamos e apresentámos os dados obtidos no decurso do estudo e analisámo-los de modo a melhor responder aos objetivos do mesmo. Para tal considerou-se os dados conforme a sua relevância.

### **1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO**

A caracterização dos participantes no estudo vem ao encontro da necessidade de conhecer as suas características.

A **idade** dos participantes variou entre os 38 e 99 anos, com uma média de 72,2 anos e um desvio padrão de 12,6. Nesta variável de caracterização, obteve-se 44 adultos e 119 idosos (tabela 1), verificando-se, assim, que os clientes com patologia ortotraumatológica alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, são, maioritariamente, idosos.

Tabela 1: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável idade

<b>Idade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Adulto	44	27
Idoso	119	73
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

No que respeita à variável, **Género**, 29 participantes são do género masculino e 134 do género feminino, como consta da tabela 2. A percentagem das mulheres participantes é superior, sendo o quádruplo da dos homens, revelando assim uma tendência, já referida anteriormente e que será discutida no capítulo seguinte.

Tabela 2: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável género

<b>Género</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Feminino	134	82,2
Masculino	29	17,8

Relativamente à distribuição dos participantes pela variável **Local de Residência**, (tabela 3) 64 participantes estão numa instituição, sendo que a maioria (60,7%) vive no domicílio familiar.

Tabela 3: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável local de residência

<b>Local de Residência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Instituição	64	39,3
Domicílio Familiar	99	60,7
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Como podemos verificar na tabela 4, os participantes casados ou em união de facto constituíram o **Estado Civil** mais prevalente, seguido do estado civil viúvo, solteiro e em menor número os participantes divorciados.

Tabela 4: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável estado civil

<b>Estado Civil</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Solteiro	18	11
Casado/União de facto	82	50,3
Divorciado	7	4,3
Viúvo	56	34,4
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Os participantes na sua maioria revelam ter baixo **Grau de escolaridade**, uma vez que a sua maioria se distribuiu, essencialmente, pelas primeiras duas categorias da variável. Assim, verificou-se que 112 pessoas frequentaram o 1º ciclo, 30 não sabem ler ou escrever, 14 detêm o secundário e apenas 1,2% representado por dois participantes, frequentaram o ensino superior (tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável grau de escolaridade

<b>Grau de Escolaridade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Não sabe ler nem escrever	30	18,4
1º Ciclo Ensino Básico	112	68,7
Ensino Secundário	5	3,1
Ensino Superior	2	1,2
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

A distribuição da população em estudo pela **Situação Profissional** revelou que a maioria (71,8%) são reformados ou inválidos, conforme podemos verificar na tabela 6.

Tabela 6: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável situação profissional

<b>Situação Profissional</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Doméstico	16	9,8
Desempregado	7	4,3
Trabalhador por conta própria	3	1,8
Trabalhador por conta de outrem	20	12,3
Reformado ou inválido	117	71,8
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Os **Fatores de Risco** (como constam na tabela 7) avaliados para o estudo foram a hipertensão arterial, o qual foi o fator de risco mais predominante, visto apresentar uma frequência relativa de 57,1 dos participantes. A diabetes mellitus foi referida por 42 pessoas, (25,8%), seguido pela obesidade com 17 participantes, pelos hábitos tabágicos (5,5%) e hábitos etílicos com 4, perfazendo uma frequência relativa de 2,5%.

Estes valores foram obtidos através de respostas dicotômicas de sim e não, pelo que cada valor corresponde aos 163 participantes que responderam afirmativamente a cada categoria.

Tabela 7: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo os fatores de risco

<b>Fatores de Risco Presentes</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Hipertensão arterial	93	57,1
Diabetes <i>Mellitus</i>	42	25,8
Obesidade	17	10,4
Hábitos etílicos	9	5,5
Hábitos tabágicos	4	2,5

No que respeita à inquirição da presença de Dor, 117 dos 163 participantes (71,8%) responderam afirmativamente à mesma, como consta da tabela 8.

Tabela 8: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo a presença de dor

<b>Síntoma</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Dor	117	71,8

Relativamente à distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica pela variável **Tipo de Dificuldade na Mobilidade**, verificamos que a grande maioria, 74,2%, anda com limitação, 4 participantes apresentam limitação nos membros superiores e em igual número são participantes que permanecem no leito (tabela 9).

Tabela 9: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo o tipo de dificuldade na mobilidade

<b>Dificuldade na Mobilidade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Permanece no leito	4	2,5
Anda com limitação	121	74,5
Movimenta os membros superiores com limitação	4	2,5
Sem dificuldade/ Não refere	34	20,8
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Com a seleção dos dados e considerando a sua relevância e adequação, podemos referir que os participantes deste estudo – clientes com patologia ortotraumatológica alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação – são na sua maioria idosos, do género feminino, vivem em domicílio familiar, possuem baixo grau de escolaridade e são essencialmente reformados. Verifica-se ainda que a dor é um sintoma que afeta a grande maioria dos participantes.

## **2. GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS CLIENTES COM PATOLOGIA ORTOTRAUMATOLÓGICA SEGUNDO AS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO**

Com o intuito de apresentar a **visão global relativamente à dependência**, verificamos que 54,6% dos participantes neste estudo são independentes e os remanescentes 45,4% são dependentes. Temos assim, que 74 pessoas que estavam a ser alvo de cuidados prestados pelo enfermeiro especialista de reabilitação são dependentes, perspetivando-se uma necessidade de maior apoio seja do enfermeiro ou do familiar cuidador (tabela 10).

Tabela 10: Distribuição dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo a dependência global

<b>Nível de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
Dependente	74	45,4
Independente	89	54,6
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>

Os achados revelaram que os participantes idosos com patologia ortotraumatológica, em média, apresentaram um score total de dependência de 57,84, enquanto que os adultos com a mesma afeição apresentaram um score médio de 73,54 e desvios padrão de 13,3 e 22,8 respetivamente (tabela 11).

Tabela 11: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo a faixa

<b>Idade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	<b>Dependência EDC-R</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Adulto	44	27	73,54	13,3
Idoso	119	73	57,84	22,8
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>	—	—

Relativamente ao género, os participantes masculinos apresentaram um score médio de 56,5 e as participantes femininas um score ligeiramente mais alto, 63,3, e por isso menos dependentes. Já o desvio padrão foi precisamente o mesmo nas duas situações, ou seja, de 20,9 (tabela 12).

Tabela 12: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo o género

<b>Idade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	<b>Dependência EDC-R</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Feminino	134	82,2	63,3	20,9
Masculino	29	17,8	56,5	20,9
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>	—	—

Relativamente ao contexto da prática, o score médio de dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica internados em UILD foi mais elevado, com um score médio de 29,2, cujo desvio padrão foi de 17,62 correspondendo a maior dependência. No que respeita ao internamento hospitalar, os 22 participantes apresentaram um score médio de ECD-R de 59, com um desvio padrão de 16,25. Nos cuidados de saúde primários, os 99 participantes apresentam um score médio de 68, logo mais independentes que os das duas categorias anteriores. Finalmente, temos a RRCCI cujos participantes apresentam o score médio de ECD-R mais elevado, 70,2, com o menor desvio padrão correspondendo a 8,5 (tabela 13).

Tabela 13: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo o contexto da prática

<b>Idade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	<b>Dependência EDC-R</b>	<b>Desvio Padrão</b>
UILD	21	12,9	29,2	17,62
Hospital	22	13,5	59	16,25
Cuidados de Saúde Primários	99	60,7	68	17,65
RRCCI	21	12,9	70,2	8,5
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>	—	—

No que respeita à caracterização de dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica, para a variável **Grau de Escolaridade**, verificamos uma acentuada

discrepância relativamente às pessoas que não sabem ler e escrever. Estas apresentam maior dependência, com um score médio de ECD-R de 44, sendo o desvio padrão de 20,85. As restantes categorias oscilam entre os valores médios de 73,50 e 80, logo mais independentes do que a categoria referida anteriormente. Constatamos que os participantes com maior grau de escolaridade são aqueles que apresentam menor dependência, mas uma maior uniformidade relativamente ao grau de dependência (tabela 14).

Tabela 14: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo o grau de escolaridade

<b>Grau de Escolaridade</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	<b>Dependência EDC-R</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Não sabe ler nem escrever	30	18,4	44	20,85
1º Ciclo Ensino Básico	112	68,7	73,50	19,69
2º e 3º Ciclo Ensino Básico	14	8,6	76,50	9,47
Ensino Secundário	5	3,1	80	5,11
Ensino Superior	2	1,2	76	5,65
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>	_____	_____

No que respeita à **Situação Profissional** (tabela 15), o score médio de dependência dos participantes reformados ou inválidos foi de 67, 2, com desvio padrão de 21,98 o que aponta para uma importante dispersão desta variável. Estes constituem 71,8% da amostra e são os que apresentaram maior dependência.

Tabela 15: Distribuição da dependência pelos participantes com patologia ortotraumatológica e a variável situação profissional

<b>Situação Profissional</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	<b>Dependência EDC-R</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Doméstico	16	9,8	79	13,37
Desempregado	7	4,3	72	10,62
Trabalhador	23	14,1	80,1	13
Reformado ou inválido	117	71,8	67	21,98
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100</b>	_____	_____

Relativamente à variável **Fatores de risco**, o score médio de dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica e concomitantemente HTA, foi de 60,5, com um desvio padrão de 13,7. Representam os participantes mais dependentes no que respeita a esta variável.

Seguidamente temos os hábitos etílicos, como sendo o fator de risco associado a maior dependência com um score médio de 61, com um desvio padrão de 22,49 (tabela 16).

Tabela 16: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo os fatores de risco

<b>Fatores de Risco Presentes</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	<b>Dependência EDC-R</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Hipertensão arterial	93	57,1	60,5	13,07
Diabetes <i>Mellitus</i>	42	25,8	70,50	16,06
Obesidade	17	10,4	61	22,49
Hábitos etílicos	9	5,5	68	20,80
Hábitos tabágicos	4	2,5	70	17,5

Relativamente ao sintoma **Dor**, 118 participantes assinalaram afirmativamente essa opção, o que perfaz 71,8% da amostra estudada. Estes apresentam um score médio de EDC-R de 70, com um desvio padrão 20,72, indicando assim a grande variabilidade da dependência dos participantes no que se refere à presença de dor (tabela 17).

Tabela 17: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica segundo a presença de dor

<b>Dor</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	<b>Dependência EDC-R</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Sim	117	71,8	70	20,72
Não	46	28,2	72	5,1

### **3. DEPENDÊNCIA DOS PARTICIPANTES POR ITEM DA ESCALA DA EDC-R**

Nesta etapa avaliamos o grau de dependência por cada item da EDC-R. Esta é constituída por 16 itens, em cada item por cinco opções, verificando assim o grau de dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica para o desempenho de cada atividade.

O primeiro item da escala EDC-R é o **Comer e beber**. Este avalia em que medida é que os participantes são capazes de comer e beber, bem como preparar a sua comida/bebida. Constatou-se que 17 participantes se posicionaram no grau 1 e outros 17 no grau 3, que se refere a totalmente dependente e parcialmente dependente, respetivamente. O grau onde se verificou mais participantes (52,8%) foi o 5 que corresponde ao grau praticamente independente (tabela 18).

Tabela 18: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R comer e beber

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
1- Totalmente dependente	17	10,4
2 – Dependente em grau elevado	30	18,4
3 – Parcialmente dependente	17	10,4
4 – Dependente em grau reduzido	13	8
5 – Praticamente independente	86	52,8
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>

O item da **Continência**, que avalia em que medida é que os participantes são capazes de controlar a micção e dejeção de forma voluntária e tomar as medidas apropriadas, revelou que 99 participantes (60,7%) surgem no grau 5 – praticamente independentes. No lado oposto e a secundariamente mais escolhida, surge o grau 1-totalmente dependente, com 27 participantes (16,6%), fazendo parte da percentagem acumulada de 39,3% de clientes que apresentam algum nível de dependência nesta atividade de vida. (tabela 19).

Tabela 19: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R continência

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	27	16,6	39,3
2 – Dependente em grau elevado	6	3,7	
3 – Parcialmente dependente	22	13,5	
4 – Dependente em grau reduzido	9	5,5	
5 – Praticamente independente	99	60,7	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

A avaliação da medida em que o participante é capaz de adotar posições adequadas a determinada atividade, corresponde ao item **Postura corporal** da EDC-R. Assim sendo, quase metade dos participantes, 49,7%, classificaram-se no grau praticamente independente. Os restantes 83 participantes distribuíram-se pelas outras opções, sendo que 19 (11,7%) situaram-se no grau 1- totalmente dependente (tabela 20).

Tabela 20: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R postura corporal

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	19	11,7	50,3
2 – Dependente em grau elevado	17	10,4	
3 – Parcialmente dependente	22	13,5	
4 – Dependente em grau reduzido	24	14,7	
5 – Praticamente independente	81	49,7	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

O item **Mobilidade** avalia em que medida os participantes são capazes de se movimentar independentemente e sem ajuda. Da totalidade dos participantes, 42,9%, que corresponde a 70 participantes, são praticamente independentes-grau 5. O primeiro grau, totalmente dependente, constitui aquele que se apresenta em segundo lugar no que respeita à percentagem (17,2%) que corresponde a 28 participantes. No grau 2 (dependente em grau elevado) situaram-se 27 participantes (16,6%); nos graus 3 (parcialmente dependente) e 4 (dependente em grau reduzido), 21 e 17 participantes com 12,9% e 10,4% respetivamente.

Os participantes apresentam, na sua maioria, algum tipo de dependência na mobilidade, conforme verificado através da frequência acumulada que atinge os 57,1% (tabela 21).

Tabela 21: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R mobilidade

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	28	17,2	57,1
2 – Dependente em grau elevado	27	16,6	
3 – Parcialmente dependente	21	12,9	
4 – Dependente em grau reduzido	17	10,4	
5 – Praticamente independente	70	42,9	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

No item padrão de **sono/vigília**, os participantes avaliam em que medida são capazes de manter um ciclo dia/noite adequado, verificando-se que a maioria (58,3%) se avaliaram no grau 5 (praticamente independentes), 33 (20,2%) no grau 4 (dependente em grau reduzido) e 16 (9,8%) no grau 1, totalmente dependente (tabela 22).

Tabela 22: Distribuição da dependência dos participantes com patologia traumatológica pelo item da EDC-R sono/vigília

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	16	9,8	41,7
2 – Dependente em grau elevado	9	5,5	
3 – Parcialmente dependente	10	6,1	
4 – Dependente em grau reduzido	33	20,2	
5 – Praticamente independente	95	58,3	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

No item **vestir-se e despir-se**, 83 participantes (50,9%) escolheram o grau 5 (praticamente independente), 27 (16,6%) apresentaram o grau 1 (totalmente dependente), 23 (14,1%) grau 2 (dependente em grau elevado), 18 (11%) no grau 3 (parcialmente dependente). Em menor número (7,4%) dos participantes situaram-se no grau 4 (dependente em grau reduzido) (tabela 23).

Tabela 23: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R vestir-se e despir-se

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	27	16,6	49,1
2 – Dependente em grau elevado	23	14,1	
3 – Parcialmente dependente	18	11	
4 – Dependente em grau reduzido	12	7,4	
5 – Praticamente independente	83	50,9	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

No item **Temperatura Corporal**, avalia-se a capacidade de proteger a temperatura corporal de influências externas, cujo grau com maior de nº de participantes foi o grau 5 (praticamente independente), com 111 participantes (68,1%), seguido do grau 1 (totalmente dependente), com 17 participantes (10,4%). Os graus 2 (dependente em grau elevado) e 4 (dependente em grau reduzido), apresentaram 14 participantes e o grau 3 (parcialmente dependente), 7 participantes (tabela 24).

Tabela 24: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R temperatura corporal

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	17	10,4	31,9
2 – Dependente em grau elevado	14	8,6	
3 – Parcialmente dependente	7	4,3	
4 – Dependente em grau reduzido	14	8,6	
5 – Praticamente independente	111	68,1	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

No item **Higiene** da EDC-R avalia-se se os clientes são capazes de cuidar da sua higiene corporal. 38 participantes (23,3%) situam-se no grau 1 (totalmente dependente). O maior número de participantes situou-se no grau 5 (praticamente independente) com um total de 79 participantes perfazendo (48,5%). O grau 3 (parcialmente dependente) foi aquele que reuniu menos participantes (3,7%) (tabela 25).

Tabela 25: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R higiene

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	38	23,3	51,5
2 – Dependente em grau elevado	23	14,1	
3 – Parcialmente dependente	6	3,7	
4 – Dependente em grau reduzido	17	10,4	
5 – Praticamente independente	79	48,5	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

No item **Evitar Perigos** da EDC-R, avaliamos em que medida o participante é capaz de garantir a sua segurança. Observamos que quase metade das pessoas (49,1%) referiu ser praticamente independente, grau 5. Consequentemente, os restantes participantes apresentaram algum um grau de dependência. Assim sendo, 21 clientes (12,9%) escolheram o grau 1 (totalmente dependente), 15 clientes (9,2%) o grau 2 (dependente em grau elevado) e 35 participantes apresentaram o grau 4 (dependente em grau reduzido) (tabela 26).

Tabela 26: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R evitar perigos

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	21	12,9	51,5
2 – Dependente em grau elevado	15	9,2	
3 – Parcialmente dependente	12	7,4	
4 – Dependente em grau reduzido	35	21,5	
5 – Praticamente independente	80	49,1	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

No item **Comunicação** avaliamos a capacidade de comunicar verbalmente e não-verbalmente. Do total de participantes, 122 (74,8%) corresponderam ao grau 5 (praticamente independente), tornando-se assim aquele grau de dependência em que mais participantes se situaram.

Nos restantes graus de dependência situaram-se um número uniforme de participantes, só diferindo em mais um participante no grau 1 (totalmente dependente), perfazendo um total de 25,2% (tabela 27).

Tabela 27: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R comunicação

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	11	6,7	25,2
2 – Dependente em grau elevado	10	6,1	
3 – Parcialmente dependente	10	6,1	
4 – Dependente em grau reduzido	10	6,1	
5 – Praticamente independente	122	74,8	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

O item **Interação Social** avalia em que medida os clientes são capazes de interagir com os outros de forma adequada. Verificamos que a maioria dos participantes (66,3%) situou-se no grau 5 (praticamente independente) e que os remanescentes 55 dividiram-se com alguma equidade pelos restantes graus, ou seja, desde o totalmente dependente ao dependente em grau reduzido (tabela 28).

Tabela 28: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R interação social

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	15	9,2	33,7
2 – Dependente em grau elevado	13	8	
3 – Parcialmente dependente	16	9,8	
4 – Dependente em grau reduzido	11	6,7	
5 – Praticamente independente	108	66,3	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

No que respeita ao item **Conceito de Regras e Valores**, este avalia em que medida os participantes são capazes de reconhecer regras e valores e agir socialmente de forma

adequada. Verificamos que 110 (67,5%) participantes são praticamente independentes, logo seguidos pelos que são totalmente dependentes com 18 participantes (11%) (tabela 29).

Tabela 29: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R conceito de valores e regras

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	18	11	35,5
2 – Dependente em grau elevado	8	4,9	
3 – Parcialmente dependente	13	8	
4 – Dependente em grau reduzido	14	8,6	
5 – Praticamente independente	110	67,5	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

O item **AIVD** avalia em que medida é que os participantes são capazes de lidar com desafios e realizar atividades instrumentais. No grau 5 (praticamente independente) situaram-se 89 participantes (54,6%), e 24 situaram-se no grau 1 (totalmente dependente). No grau 3 (parcialmente dependente) e grau 4 (dependente em grau reduzido) escolheram em igual número 17 participantes, sendo que os restantes 16 situaram-se no grau 2 (dependente em grau elevado) (tabela 30).

Tabela 30: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R AIVD

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	24	14,7	46,4
2 – Dependente em grau elevado	16	9,8	
3 – Parcialmente dependente	17	10,4	
4 – Dependente em grau reduzido	17	10,4	
5 – Praticamente independente	89	54,6	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

O item **Atividades Recreativas** da EDC-R avalia em que medida os participantes são capazes de utilizar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequentam e em que medida participam nas atividades disponíveis. Neste item, os participantes são na sua maioria praticamente independentes (58,3%), 25 participantes totalmente dependentes e 18

participantes dependentes em grau elevado. Os restantes 25 distribuíram-se entre as opções 3 e 4 (parcialmente dependente e dependente em grau reduzido) (tabela 31).

Tabela 31: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R atividades recreativas

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	25	15,3	41,7
2 – Dependente em grau elevado	18	11	
3 – Parcialmente dependente	12	7,4	
4 – Dependente em grau reduzido	13	8	
5 – Praticamente independente	95	58,3	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

O 15º item da EDC-R corresponde à **Capacidade de Aprender** avaliando em que medida os participantes são capazes de adquirir e/ou reter conhecimentos e/ou competências anteriormente aprendidas. Aqui verificou-se que a maioria em percentual acumulado, é dependente, sendo que no grau 1 (totalmente dependente) e no grau 3 (parcialmente dependente) encontravam-se em cada 19 participantes (11,7%). Com dependência em grau elevado encontravam-se 18 pessoas (11%). Dependente em grau reduzido eram 31 clientes (19%) como consta na tabela 32.

Tabela 32: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R capacidade de aprender

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	19	11,7	41,7
2 – Dependente em grau elevado	18	11	
3 – Parcialmente dependente	19	11,7	
4 – Dependente em grau reduzido	31	19	
5 – Praticamente independente	76	46,6	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

Por último, o item **Capacidade de Adaptação** avalia em que medida os participantes são capazes de lidar emocional e psicologicamente com a sua situação de doença. De todos os participantes, 17 participantes (10,4%) eram totalmente dependentes,

87 (53,4%) praticamente independentes e os restantes pelas três remanescentes opções (tabela nº 33).

Tabela 33: Distribuição da dependência dos participantes com patologia ortotraumatológica pelo item da EDC-R capacidade de adaptação

<b>Grau de Dependência</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>	
1- Totalmente dependente	17	10,4	46,6
2 – Dependente em grau elevado	20	12,3	
3 – Parcialmente dependente	13	8	
4 – Dependente em grau reduzido	26	16	
5 – Praticamente independente	87	53,4	
<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>100,0</b>	

Resumidamente, podemos verificar que em quatro itens – postura corporal, mobilidade, higiene e evitar perigos - o valor acumulado de participantes dependentes está acima dos 50 pontos percentuais, sendo mais acentuado na Mobilidade com 57,1% (93 participantes).

Observamos também que em todos os itens existiram participantes que se encontravam no grau 1 (totalmente dependente), sendo os itens **higiene, mobilidade, continência e vestir-se /despir-se** os mais predominantes.

Em sentido contrário, verificou-se que a maior prevalência de independência foram nos itens da EDC-R **comunicação, temperatura corporal, conceito de regras e valores e interação social**.



## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Já em 1966 Virgínia Henderson definiu a Enfermagem em termos funcionais, argumentando que a função do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuam para a saúde ou para a sua recuperação, que executaria sem auxílio caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários (Tomey & Alligood, 2004).

O facto do processo de envelhecimento ser multifatorial, a promoção da saúde do idoso e as ações em saúde deverão objetivar a funcionalidade global (Santos, Santana & Broca, 2016).

Decorrente do aumento da longevidade, adquirida sobretudo devido ao desenvolvimento tecnológico, das ciências da saúde e da melhoria das condições de vida, surgiu o desafio de se conseguir proporcionar qualidade aos anos acrescidos à vida, permitindo assim, às pessoas a manutenção da sua saúde, autonomia e independência até fases mais tardias (Silva, 2013).

À semelhança dos países desenvolvidos, Portugal tem apresentado um aumento significativo de idosos, vendo-se, igualmente confrontado, com um duplo envelhecimento e a essa realidade inevitável associa-se o aumento dos índices de dependência. É também um facto a considerar, as famílias terem sofrido alterações nas últimas décadas, onde a mulher anteriormente cuidadora, assume presentemente outras funções (Sequeira, 2010).

Os achados desta pesquisa revelaram que os clientes com patologia ortotraumatológica, alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, são na sua grande maioria idosos e do género feminino. Este estudo, apresenta uma percentagem de 73% de idosos e 82,2% de participantes do género feminino.

Sequeira (2011) realizou no Porto, um estudo quantitativo, do tipo descritivo e transversal, baseado numa amostra não probabilística e de conveniência, constituída por 112 participantes, com dependência nas atividades básicas de autocuidado, cuja média de idade foi de aproximadamente 76 anos. Tal como neste estudo, também no que respeita ao género, o predominante foi o feminino.

No nosso País, no período de 2005 a 2013, foi realizado um estudo, o qual abrangeu todos os doentes com idade igual ou superior a 65 anos, admitidos por fratura do fémur proximal, em hospitais portugueses pertencentes ao serviço nacional de saúde, cujo objetivo

foi analisar e interpretar as tendências epidemiológicas das fraturas do fémur proximal, na população idosa em Portugal. Foram incluídos 101 436 doentes. A média de idades foi de 79,32 anos, apresentando um aumento progressivo e significativo ao longo do período analisado, 74.5% eram do sexo feminino. Verificaram ainda, que existiu um aumento progressivo da incidência de fraturas do fémur proximal de 508,49 (2005) para 628,39 fraturas por 100 000 pessoas / ano (2013). O número absoluto de fraturas do fémur proximal em Portugal afeta uma percentagem significativa da população portuguesa com mais de 65 anos de idade e ocorrem mais frequentemente no sexo feminino e em indivíduos progressivamente mais idosos (Silva et al. 2018).

Assim sendo, os achados deste estudo coincidem com os encontrados na literatura científica, tanto no que respeita ao género como à faixa etária, ou seja, são os mais idosos e as mulheres que apresentam maiores problemas ortotraumatológicos e de dependência.

Relativamente à formação, na nossa amostra, os 30 participantes que não sabem ler e/ou escrever são aqueles que apresentam uma maior dependência, com um score médio de ECD-R de 44, indo assim ao encontro do evidenciado na literatura.

Clares, Freitas e Borges (2014) num estudo transversal em que participaram 52 idosos, residentes na comunidade, concluíram que os idosos sem literacia, apresentaram maiores dificuldades na mobilidade física. Isto porque, a baixa instrução, associada a fatores socioeconómicos e culturais, podem dificultar o acesso à informação e consciencialização sobre a importância da adesão ao tratamento, manutenção de hábitos de vida saudáveis, contribuindo de forma indireta para a sua ocorrência.

Assim sendo, é pertinente referir que os EER necessitam de desenvolver ações que visem promover a independência e autonomia, considerando o baixo grau de literacia da nossa população. Segundo Sequeira (2010) existem contextos que merecem especial atenção, tais como a pobreza, a baixa escolaridade e situações de dependência.

No que respeito ao local de residência, 99 participantes deste estudo, residem no domicílio familiar, enquanto que os restantes 64 numa instituição. Curiosamente, os clientes que apresentam maior dependência, são aqueles que se encontram nas UILD e hospitalizados, sendo que os mais independentes estão no domicílio e nas RRCCI.

Presentemente, as políticas de saúde em Portugal privilegiam a permanência dos idosos no domicílio, sobretudo devido ao aumento do número de idosos, mas também devido

à insuficiência e inadequação de respostas formais. Acresce a esses fatores, a vantagem do nível de autonomia e a manutenção da qualidade de vida com a permanência no ambiente familiar (Sequeira, 2010).

Em consonância, foi aprovada a Lei nº 100/2019 de 6 de setembro, que regulamenta o estatuto do cuidador informal, o qual visa a promoção e satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária e desenvolvimento de estratégias para a promoção da autonomia e independência da pessoa cuidada.

Tal como neste estudo, Sequeira (2011) verificou que no que concerne a formação dos participantes no seu estudo, existiam pessoas sem formação escolar, que não sabiam ler e/ou escrever e indivíduos com formação superior. Contudo, a maioria dos entrevistados possuíam 4 anos de escolaridade.

Em relação aos fatores de risco, verificamos que a HTA foi um dos considerados neste estudo e o mais predominante, uma vez que foi mencionado por 93 participantes.

Com o objetivo de identificar os principais fatores associados a quedas e fraturas do fêmur em idosos, Soares, Mello, Silva e Nunes (2015) realizaram um estudo em que foram estudados 135 indivíduos com idade  $\geq 60$  anos, no período de 2005 a 2012. A HTA, o sedentarismo e possuir superfície escorregadia na residência foram os fatores de risco mais verificados. Em contrapartida os de proteção foram ouvir bem e possuir corrimão nas escadas das suas residências.

A diabetes *mellitus* foi o fator de risco referido por 42 participantes, (25,8%), seguido pela obesidade com 17 dos 163 das pessoas que constituem a amostra do estudo.

Segundo Moreira & Barreto (2015), decorrente das mudanças dos estilos de vida, tem-se verificado um aumento da prevalência da obesidade e da DM2. Para além de todas as complicações, refere existir o risco aumentado de fraturas por fragilidade, o qual parece ser independente da densidade mineral óssea, uma vez que estes têm, em geral, uma densidade mineral óssea normal. Após a realização de estudos de investigação, acredita-se que a microarquitetura, incluindo osso trabecular e cortical, assim como a diminuição na formação e volume ósseos e na taxa de renovação óssea estão prejudicados e podem contribuir para a fragilidade óssea. Para além do controle da glicose, os pacientes com DM devem ser estimulados a prevenir a osteoporose e quedas e mitigar todos os outros fatores de risco modificáveis tais como o alcoolismo, tabagismo, sedentarismo e deficiência de vitamina D.

O mesmo estudo, refere que o IMC elevado é muito frequente em pacientes com DM2 e está fortemente associado a uma maior densidade mineral óssea, porém a obesidade não é protetora contra fraturas. Os mesmos autores referem que os resultados do estudo global longitudinal da osteoporose em mulheres (GLOW), demonstraram que a obesidade não confere proteção contra fratura em mulheres pós-menopáusicas e está associada a um maior risco de fraturas do tornozelo e da perna e que podem ter participação importante na fisiopatologia da fragilidade óssea.

Em 2013, Pandey R. et al, num estudo sobre o impacto da obesidade e diabetes na artrite, concluíram que a obesidade e diabetes eram os principais fatores de risco para o desenvolvimento da artrite. O facto da obesidade estar diretamente ligada à osteoartrite (OA), pode não ser apenas devido ao aumento das tensões mecânicas nos tecidos articulares, resultantes do aumento do ganho de peso nos indivíduos, mas os achados sugerem a possibilidade de que o aumento de peso inicie uma via de degeneração da cartilagem, ainda antes do surgimento dos sintomas de AO. Um outro fator para o aparecimento da OA em pacientes obesos é o aumento de adipocinas. Várias afeções foram também referidas pelos autores, como sendo influenciadas negativamente pela obesidade e diabetes mellitus, como é o caso da artrite reumatóide e osteoporose.

No que respeita à diabetes mellitus, os mesmos autores referem que a sua prevalência aumenta acentuadamente com a idade e projetam que, até o ano de 2025, a maioria das pessoas com diabetes mellitus tenha 65 anos ou mais. Esta constitui uma maior probabilidade de incapacidade física, perda de independência e diminuição da qualidade de vida, dificultando a realização de tarefas diárias.

Já em 1998 Queiroz referia que a osteoartrose é mais frequente e mais grave nos diabéticos, visto existir uma correlação entre as alterações degenerativas e a diabetes. Uma vez que na diabetes existe diminuição da formação de proteoglicanos da cartilagem, podendo influir nas alterações bioquímicas da osteoartrose.

Wolfgang Rathmann & Karel Kostev (2015), avaliaram o risco de fratura em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, através de estudo retrospectivo a 299.104 pacientes de cuidados primários, verificando maior frequência de fraturas do quadril, coluna vertebral e membros superiores.

Stumpf, Boom, & Kostev (2020) realizaram um estudo retrospectivo, baseado no banco de dados do German Disease Analyzer, sobre a incidência de fraturas em pacientes

com diabetes mellitus tipo I. Os achados revelaram que as pessoas com DM1 têm uma taxa de fraturas aumentada duas vezes em comparação com controles saudáveis.

A obesidade sarcopénica nas atividades da vida diária e nas taxas de alta domiciliar em adultos submetidos à reabilitação foi negativamente associada à melhora funcional e alta hospitalar na reabilitação pós-aguda (Yoshimura et al 2018).

Posteriormente, em 2019, Yoshimura et al avaliaram o efeito da sarcopenia nas AVDs em adultos hospitalizados japoneses submetidos a reabilitação, verificando com o seu estudo que esta está associada a uma pior recuperação das AVDs.

Por sua vez, Ríos & Sebastián (2019) estudaram, através de uma meta-análise, a perda de peso para osteoartrite do joelho, por ser uma doença crónica de alta prevalência, onde o excesso de peso está nos principais fatores de risco e também constitui um fator agravante dos sintomas, concluindo que a dieta pode melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida.

No que respeita aos hábitos tabágicos, responderam afirmativamente 9 participantes (5,5%) e hábitos etílicos com 4 participantes (2,5%).

Há já alguns anos Froes, Pereira & Nigreli (2002) defenderam que o uso de cafeína, o consumo de álcool e de tabaco parecem influenciar a diminuição da densidade óssea. Os componentes químicos do cigarro, entre eles a nicotina, atuam deprimindo a atividade dos osteoblastos, tanto diretamente como por via hormonal e por tal facto considerado fator de risco moderado para a osteoporose e conseqüente aumento de risco de fraturas. Salientam ainda que esses efeitos, não são apenas em indivíduos idosos, mas também em fumadores jovens e saudáveis que fumam mais de 21 unidades por dia.

Pereira (2007) corroborou esta premissa, quando defendeu que os hábitos tabágicos constituem um fator de risco para patologias crónicas que envolvem o tecido ósseo como a osteoporose e a perda óssea alveolar associada à doença periodontal, a qual está descrita independentemente do género.

Ainda no que concerne o tabagismo, Ferreira (2012) refere no seu trabalho uma metanálise de Rizer (2006) com 29 estudos de coorte, a qual indicou que a perda de massa óssea era maior em mulheres pós-menopáusicas fumadoras do que em não fumadoras. Além disso, os fumadores absorvem menos cálcio e as mulheres fumadoras produzem níveis mais baixos de estrogénios. Revelou que o risco de fraturas da anca em mulheres magras e

fumadoras também se encontrava aumentado, relativamente a mulheres com peso adequado ou obesas.

No inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral, Portugal 2016/17, realizado na população de 15-74 anos residente em Portugal, as prevalências de consumo de qualquer bebida alcoólica foram de 85% ao longo da vida, 58% nos últimos 12 meses e 49% nos últimos 30 dias. No que respeita as estimativas do Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) para 2016, e atualizadas em 2018, o consumo de álcool no nosso País per capita para maiores de 15 anos era de 12,3 litros de álcool puro por ano, representando um decréscimo face a 2010 (13,5 litros), tendência essa que também se verificou na União Europeia.

No que concerne o alcoolismo parece haver um efeito direto do consumo de álcool, sobre os osteoblastos, determinando diminuição nos níveis de osteocalcina nos estágios iniciais, além de mudanças histomorfométricas em etapas posteriores. Nas pessoas que consomem álcool de forma crónica, há uma diminuição dos níveis séricos de vitamina D, podendo também interferir com os níveis de estrogénios, associado ao aparecimento da osteoporose (Froes, 2002). O consumo regular de álcool provoca, igualmente, alterações no aparelho locomotor, onde as perturbações músculo-esqueléticas são muito frequentes, devido à frequência de pequenos traumatismos, carências alimentares, atrofia óssea, osteopenia, osteomalacia e osteoporose. (DGS, 2001).

Relativamente ao sintoma Dor, 118 participantes assinalaram afirmativamente essa opção, o que perfaz 71,8% da amostra estudada. Estes apresentam um score médio de EDC-R de 70, com um desvio padrão de 20,72.

Em Portugal a dor foi instituída como o 5º sinal vital pela DGS através da circular normativa nº 09/DGCG de 14 de junho de 2003. Instituído-o como norma de boa prática no que respeita aos prestadores de cuidados de saúde. Portugal tornou-se, assim, no primeiro país da União Europeia a equiparar a dor ao quinto sinal vital em todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Dor é de acordo com a *International Association for the Study of Pain*, uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só um componente sensorial, mas também um componente emocional, e que se alia a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em relação a essa lesão (DGS, 2017).

O interesse pelo estudo da dor, não é recente. Em 1996, Queiroz referia que as lombalgias eram a segunda causa de absentismo ao trabalho, nas terceiras e quartas décadas de vida.

A recorrente procura de cuidados de saúde motivada pela dor, torna inquestionável a sua importância. Para além da função de sinalização de lesão ou disfunção orgânica, este sinal vital não tem qualquer vantagem biológica, podendo inclusive provocar alterações em distintos sistemas orgânicos, com a consequente perda de qualidade de vida. Segundo a *European Federation of Pain (EFIC)* (2001), a dor aguda é um sintoma limitado no tempo que pode e deve ser controlado. Contudo a dor crónica, ao persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem, deve ser encarada não como um sintoma, mas antes como uma doença. A prevalência da dor crónica na população portuguesa adulta excede os 30% e sendo que a dor de intensidade moderada a forte excede os 14% (DGS, 2017).

Saragiotto et al. (2015) realizaram, no Brasil, um estudo transversal, com recurso a um formulário aplicado a 136 praticantes de caminhada, composto por questões de informações pessoais, rotina da prática, histórico de lesões e a presença de dor musculoesquelética no momento da entrevista. A prevalência de dor musculoesquelética foi de 8%. A articulação do joelho foi a região mais acometida pela dor entre os participantes (45%).

Segundo Ashmawi A. (2015), a prevalência de dor nos idosos é bastante elevada, variando entre 25 e 80%. A dor, aguda ou crónica, é um entrave para a obtenção de melhor qualidade de vida e interfere na incapacidade de manutenção de uma vida mais saudável e independente, devido a limitações funcionais importantes, mesmo para atividades simples diárias, como a locomoção.

A dor lombar, é presentemente um problema com importante impacto clínico, económico e de saúde pública, que afeta indiscriminadamente toda a população em alguma altura da vida. É uma das principais causas de incapacidade e absentismo laboral. Segundo os mesmos autores, a sua prevalência aumenta com a idade até atingir o grupo etário dos 60 aos 65 anos, a partir do qual tendencialmente diminui. É maior no género feminino (Teixeira & Maia, 2018).

Numa revisão sistemática realizada por Maraschin (2010), cujo objetivo foi identificar as causas, descritas na literatura, relativas à dor lombar crónica e à dor nos membros inferiores em idosos, entre as causas não mecânicas de dor, foram mencionadas as fraturas vertebrais por compressão relacionadas com a osteoporose, estenose espinhal

lombar, metástases, malignidade, síndrome da cauda equina, entre outras. No que concerne as causas mecânicas, prevalentes em idosos e relacionadas ao sistema musculoesquelético, o autor encontrou indefinições quanto à relação de causa e efeito estabelecida entre osteoartrite e dor. Mas entre outros aspetos concluiu que, no respeitante à dor lombar crónica, dor nos membros inferiores e dependência funcional em idosos, evidencia-se pelo comportamento da dor durante o desempenho das atividades da vida diária, onde permanecer em pé, puxar ou empurrar objetos grandes e caminhar podem desencadear dor e causar grande sofrimento para os idosos.

No intuito de analisar a influência da dor quanto à duração, localização e intensidade na capacidade funcional de idosos institucionalizados, Reis & Torres (2011) realizaram um estudo transversal com uma amostra de 60 idosos. Perante os resultados deste, constataram que a dor interfere negativamente na capacidade funcional dos idosos, cuja maioria foram classificados como dependentes na transferência para higiene íntima, transferência cama e cadeira, deambulação e subir escadas.

A dor crónica e má qualidade de vida nos idosos do Brasil está fortemente associada à disfunção de órgãos locomotores com possível perda de independência, e mostrou-se uma condição muito comum sobretudo nas mulheres (Arbex, Okzaki, Tavares, Bersani & Santos, 2020)

Um conceito contemporâneo de saúde, considera saudável o indivíduo com plena capacidade funcional, independentemente da presença de múltiplas doenças não transmissíveis, enfatizando a importância da independência e a autonomia do indivíduo como variáveis fundamentais.

Segundo Nery (2016), a capacidade funcional deve nortear o cuidado ao idoso, que agrega fundamentalmente os conceitos de autonomia e independência, sendo que a autonomia poderá ser entendida como a capacidade individual de decisão e de comando sobre suas ações enquanto que a independência, considera-se a capacidade de realizar algo pelos próprios meios.

Porque o conceito de dependência está estreitamente relacionado com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas, uma pessoa dependente necessita da ajuda de terceiros para sobreviver. No pólo oposto a independência relaciona-se com a capacidade de desempenho de atividades de vida e autocuidado (Sequeira, 2011).

De acordo com Rebouças, Coelho-Filho, Veras, Lima Costa & Ramos (2017) a dependência nas atividades da vida diária, podem constituir indicadores válidos de dependência funcional, podendo ser úteis na classificação da necessidade de ajuda e consequentemente um melhor planeamento dos respetivos cuidados de saúde.

Assim, se atendermos aos níveis de dependência, o valor acumulado de participantes acima dos 50%, foram verificados em cinco itens, **comer e beber, posição corporal, mobilidade, higiene e evitar perigos**, sendo o mais acentuado o da mobilidade, na medida que foi apresentada por 93 participantes.

Os dados deste estudo foram, de alguma forma, coincidentes com os do estudo que Sequeira (2007) realizou, em que dos 184 idosos participantes, 101 apresentavam uma dependência de causa física, em que as principais patologias associadas, eram entre outras, as doenças osteoarticulares. Verificou que os níveis de dependência mais elevados, foram no “Tomar banho”, “Vestir-se e Despir-se” e “Arranjar-se” (Sequeira, 2010).

Por sua vez Silva (2013) num estudo quantitativo do tipo descritivo correlacional de carácter transversal, com 107 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, admitidas num serviço de ortopedia de um hospital da cidade do Porto em que aplicou como instrumentos de avaliação a escala de Barthel, para avaliação das atividades básica de vida diária e a de Lawton, para avaliação das atividades instrumentais de vida diária, concluiu que a maioria dos idosos manteve-se independente nas atividades básicas de vida diária. No entanto, as maiores dependências surgiram no controlo vesical, no vestir e no subir escadas. No respeitante às AIVD as maiores dificuldades surgiram nas atividades de fazer compras, de lavar a roupa e de usar transporte. Ao comparar o grau de dependência nas ABVD e nas AIVD, constatou quanto maior a dependência nas AVBD, maior é também a dependência nas AIVD.

É crucial a avaliação das AVD, uma vez é na realização destas que ocorre o momento de maior incidência de quedas, cujo resultado é uma restrição funcional em 32% dos casos. No estudo epidemiológico do tipo descritivo transversal que desenvolveram, numa população constituída por 638 idosos, concluíram que 70% dos indivíduos que apresentavam dependência nas suas AVD sofreram quedas. Verificaram também que a AVD que mais se relaciona com o risco de queda foi vestir-se e despir-se, pois esta atividade requer equilíbrio postural estático em apoio unipodal (Traldi & Santos 2015).

Mais recentemente, Ansuategui et al. (2019) realizaram um estudo transversal internacional, onde avaliaram a capacidade funcional em diferentes contextos sociais a 372 pacientes com problemas osteomusculares dolorosos, maiores de 18 anos. Após análises de regressão linear multinível simples e múltipla, verificaram que os fatores biopsicossociais influenciaram o desempenho nos testes de avaliação funcional. O gênero, a altura, a intensidade da dor, o esforço, o isolamento social e a incapacidade, foram associados aos resultados do teste de elevação. O teste de caminhada de 6 minutos foi influenciado por fatores tais como: altura do paciente, índice de massa corporal, frequência cardíaca pós-teste, intensidade, esforço e relatos de dor. A idade do paciente, gênero, altura, área corporal afetada e intensidade da dor entre outros aspetos, influenciaram o teste de preensão manual.

No estudo da prevalência das doenças reumáticas e osteomusculares na população portuguesa adulta e conseqüente impacto na qualidade de vida, função física e saúde mental, verificou-se que as doenças reumáticas e osteomusculares são altamente prevalentes e acarretam baixa qualidade de vida relacionada à saúde, levando a um maior consumo de recursos (Branco et al 2016)

Através de uma revisão sistemática e metanálise de estudos randomizados controlados, Lee, Yoon, Beom, Ha & Lim (2017) estudaram o efeito do exercício de resistência progressiva dos membros inferiores após cirurgia de fratura de quadril, verificando que existiu melhoria significativa das funções físicas gerais dos participantes após a cirurgia de fratura de quadril, tendo sido particularmente eficaz nas áreas de mobilidade, atividades de vida diária, força nos membros inferiores e tarefas de desempenho.

Segundo Wu, Zhu & Zhang (2018), os quais avaliaram, através duma meta-análise de ensaios clínicos randomizados, o efeito da reabilitação domiciliar na fratura de quadril, concluíram que, em geral, comparada à intervenção de controle para fratura de quadril, a reabilitação domiciliar melhora significativamente a mobilidade, a realização de atividades de vida diárias, as atividades instrumentais e o equilíbrio.

Posteriormente, Chen, Yang & Wang (2020) realizaram uma metanálise para analisar a eficácia do treino de equilíbrio na melhoria dos resultados da reabilitação pós-operatória em pacientes submetidos à cirurgia de fratura de quadril. Demonstraram que este melhora notavelmente os aspetos da qualidade de vida associados à saúde, melhora a independência das pessoas nas atividades de vida diária, nas tarefas de desempenho, na força dos membros inferiores e na marcha.

Segundo Nery (2016), dois domínios são abordados na avaliação da capacidade funcional: as ABVD, que são atividades de autocuidado ou de cuidado pessoal e as AIVD, que consistem em habilidades de mobilidade ou atividades para manutenção do ambiente. Estas últimas englobam tarefas mais complexas e, muitas vezes envolvem a participação social do sujeito, como, por exemplo, realizar compras, atender o telefone e utilizar meios de transporte.

Os achados deste estudo revelam que quase metade da população estudada (46,4%), é de alguma forma dependente nas AIVD. É compreensível e até expectável, que seja uma percentagem menor que algumas atividades de vida, pois a pessoa que é dependente por exemplo na mobilização, apresentará, à partida, dependência ao fazer compras.

Assim, deverá o EEER identificar quais as necessidades apresentadas, procurando uma intervenção o mais adequada possível da realidade de cada um. Porque, de acordo o regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EEER), regulamento n. 392/2019, publicado em Diário da República, 2.<sup>a</sup> série, - N.º 85 a 3 de maio de 2019, das suas competências fazem parte, cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.



## **CONCLUSÃO**

Este estudo fez parte de um projeto de grupo mais amplo, constituído pelos discentes do primeiro Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da ESESJC, cujo objetivo foi caracterizar a Enfermagem de Reabilitação na RAM, sob o ponto de vista dos doentes, dos cuidadores informais e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação.

Assim, consideramos pertinente estudar o grau de dependência do cliente ortotraumatológico, descrevendo e caracterizando os participantes no que respeita à idade, género, local de residência, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional e fatores de risco.

O instrumento utilizado foi a Escala de Dependência de Cuidado em Reabilitação (EDC-R), validada para a população portuguesa por Bernardo (2017), escala que segundo a autora, constitui um instrumento válido e fiável, permitindo aos EEER uma melhor avaliação e posterior intervenção no intuito de fomentar a autonomia e independência dos clientes alvo dos seus cuidados.

A população-alvo foi constituída pelos 163 clientes alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação no dia 5 de junho de 2019, com o diagnóstico médico no domínio da patologia ortotraumatológica.

A maioria dos clientes com patologia ortotraumatológica alvo de cuidados de reabilitação é idosa, do género feminino, vivem em domicílio familiar e com o estado civil de casado. Do total dos participantes 117 eram reformados ou inválidos e 23 trabalhavam.

Verificou-se que 112 participantes possuíam o 1º ciclo do ensino básico e que 30 não sabiam ler nem escrever, sendo estes que apresentam maior dependência com um score de EDC-R de 44.

No que respeita ao género, o masculino apresenta uma maior dependência, relativamente ao feminino, apesar de apresentarem um desvio padrão idêntico.

Relativamente ao sintoma Dor, 118 participantes, assinalaram afirmativamente essa opção, o que perfaz 71,8% da amostra estudada.

Dos 163 participantes, 74 eram dependentes, perfazendo uma frequência relativa de 45,4%.

Com a aplicação da EDC-R verificamos que o item que apresenta uma maior percentagem no grau de totalmente dependente, grau 1, é o item H, Higiene, com 38

participantes. Seguidamente temos o item D, Mobilidade, com 28 participantes e os itens B, Continência e o F, Vestir-se e Despir-se, ambos com 27 participantes. No item comunicação, item J, foi aquele em que menos participantes se encontravam no grau I, 11 participantes. Foi também neste item que o maior número de participantes, 122 se situaram no Grau 5, praticamente independentes.

Várias dificuldades foram encontradas e ultrapassadas no decorrer deste estudo. Conjuguar a vida académica com a laboral e pessoal, pareceu muitas vezes tarefa difícil de concretizar.

A orografia da ilha, foi um entrave na fase empírica, contudo muito enriquecedor, sobretudo porque foi ultrapassado em equipa. Conhecer novos sítios e estar em contacto com pessoas e realidades que até então desconhecia, foi de facto motivador e determinante para a realização deste trabalho.

É com enorme satisfação pessoal que se cumpriram os objetivos inicialmente propostos desta pesquisa. A caracterização do cliente com patologia ortotraumatológica alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação e a avaliação da sua dependência, realizou-se com sucesso.

Acreditamos que os resultados obtidos através deste estudo terão implicações ao nível da investigação, na medida em que conhecidas as áreas de maior dependência poder-se-ão, por exemplo, prosseguir com estudos que avaliem os impactos da intervenção do enfermeiro de reabilitação nos níveis de dependência. Por outro lado, estes resultados ao revelarem as áreas de maior dependência orientam o olhar do enfermeiro para a prestação de cuidados de enfermagem e para a gestão dos mesmos, pois ao diagnosticar precocemente e intervir de forma mais pertinente e adequada, avaliando posteriormente o resultado das suas ações, poderá influenciar as políticas de saúde vigentes e futuras, através da extração de indicadores de saúde.

Considero a enfermagem de reabilitação muito mais que uma especialidade, porque para além da oportunidade de promover o diagnóstico precoce e delinear um plano de cuidados individualizado, no intuito de assegurar a manutenção das capacidades funcionais remanescentes dos clientes, ou a recuperação da função ou de uma atividade que julgara perdida, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é aquele que muitas vezes devolve a esperança àquele que julgou que tudo estava perdido. E o que é uma pessoa sem esperança...

Sinto que o término deste percurso é apenas o início de uma caminhada de aprendizagem.

## BIBLIOGRAFIA

- Andrade, L., Araújo, E., Andrade, K., Soares, D. & Cianca, T. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1056-1060.
- Araújo, C. (2011). *Efeito do Exercício Físico Sobre os Fatores de Risco de Quedas em Idosos: Estudo comparativo entre diferentes programas de exercício físico: Musculação, Hidroginástica e Ginástica de Manutenção/Caminhada*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Arinzon, Z., Shabat, S., Peisakh, A., Gepstein, R. & Berner, Y. (2010). Gender differences influence the outcome of geriatric rehabilitation following hip fracture. *Arch Gerontol Geriatr*, 50(1), 86-91.
- Ariotti, D., Panisson, I., Silveira, M., Vidmar, M. & Wibelinger, L. (2011). Avaliação da Qualidade de Vida de Indivíduos com Osteoartrose de Coluna. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 10 (1), 29-33.
- Ashmawi, H. (2015). Dor no Idoso – Editorial. *Rev Dor*, 16(3), 161.
- Baixinho, C. (2008). Capacidade de marcha após fractura do colo do fémur – revisão sistemática de literatura. *Revista Referência*, II (8), 79-86.
- Bernardo, S. R. F. (2017). Independência/Autonomia da pessoa em processos de transição de saúde (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação). Escola superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Bernardo, S. & Sá, M. (2018). Validação transcultural para a população portuguesa da *Care Dependency Scale for Rehabilitation*. *Revista Enfermagem Referência*, IV (19), 137-146.
- Blackburne, R. & Garrisi, D. (2018). *Osteoporosis: Addressing the Unmet Need*. [em linha]. Disponível em: <https://www.americanpharmaceuticalreview.com/Featured-Articles/357057-Osteoporosis-Addressing-the-Unmet-Need/>. Acedido 6 de maio de 2020.
- Branco, J., Felicíssimo, P. & Monteiro, J. (2009). A epidemiologia e o impacto sócio económico das fraturas da extremidade proximal do fémur. *Acta Reumatol Port.*, 34, 475-485.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 773-781.

- Câmara, P. (2011). *Atitude do Idoso Face à Dependência no Autocuidado para Andar, após Tratamento Cirúrgico por Fratura da Extremidade Proximal Do Fémur*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Cantanzaro, M. (2000). Investigação em Enfermagem de Reabilitação. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - aplicação e processo* (pp. 51-66). Loures: Lusociência.
- Centro Nacional de Observação em Dor (2010). *Avaliação da Implementação da Dor como 5º Sinal Vital*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Chaves, G., Ghisi, G., Britto, R. & Grace, S. (2019). Maintenance of Gains, Morbidity, and Mortality at 1 Year Following Cardiac Rehabilitation in a Middle-Income Country: A Wait-List Control Crossover Trial. *J Am Heart Assoc*, 8(4), 1-4.
- Chen, X., Yang, E. & Xiao, W. (2020). Balance training can enhance hip fracture patients' independence in activities of daily living - A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 99 (16), e19641.
- Clares, J., Freiras, M. & Borges, C. (2014). Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. *Acta Paul Enferm*, 27(3), 237-242.
- Correia, A. (2009). *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros: Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à pessoa com Traumatismo Vertebral Medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, M., Guerra, H., Firmo, J. & Uchôa, E. (2001). Projeto Bambuí: um Estudo Epidemiológico de Características Sociodemográficas, Suporte Social e Indicadores de Condição de Saúde dos Idosos em Comparação aos Adultos Jovens. *Informe Epidemiológico do SUS*, 10(4), 147 - 161.
- Cunha, E. L. (2008). *Enfermagem em Ortopedia*. Lisboa: Lidel.
- Da Laet, C. & Pols, H. (2000). Fractures in the elderly: epidemiology and demography. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 14 (2), 171-179.
- Decreto-Lei n.º 265/99. Diário da República. Série I-A (12-07-1999) 4397-4401. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/357518->
- Decreto-Lei n.º 101/2006. Diário da República. Série I-A (06-06-2006) 1-16. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/114448786/202010081504/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?\\_LegislacaoConsolidada\\_WAR\\_drefrontofficeportlet\\_rp=indice](https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/114448786/202010081504/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice).

- Despacho nº 1400-A/2015. Diário da República. 2ª Série (10-02-2015) 3882-(2) – 3882-(10). Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf.aspx>.
- Despacho nº8977/2017. Diário da República. Série II (11-10-2017) 23038-23041. Disponível: <https://dre.pt/application/file/a/108286635>.
- Dicionário da Língua Portuguesa*. (2018). Porto: Porto Editora.
- Direção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010 – 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: Com mais cuidado - Prevenção de acidentes domésticos com Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Duarte, M., Santos, M., Batista, M. & Moura, P. (2014). Efeitos do processo do envelhecimento na capacidade funcional dos idosos e suas formas de mensuração. *EFDeportes.com, Revista Digital*, 19 (192), 1.
- Duarte, Y., Andrade, C. & Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*, 41 (2), 317-325.
- Duchene, P. M. (2000). Sensação, Percepção e Dor. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - aplicação e processo* (pp. 571-588). Loures: Lusociência.
- Eichhorn-Kissel, J. (2011). *The Care Dependency Scale for Rehabilitation – an investigation of its psychometric properties and clinical utility*. Áustria: Institute.
- Evandro, S., Batista, J., Soares, R., Silva, G., Peixoto, I. (2015). Idosos e exercício físico - A aderência da prática como fator predominante para o wellness. *Revista de Ciencias del Deporte*, 11(2), 117-118.
- Ferreira, A. R. (2012). *Prevenção e tratamento da osteoporose nos idosos*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Froes, N., Pereira, E. & Negrelli, W. (2002). Fatores de risco da osteoporose: prevenção e detecção através do monitoramento clínico e genético. *Acta Ortopédica Brasileira*, 10 (1), 52-57.
- Gardiner, S., Glogowska, M., Stoddart, C., Pendlebury, S., Lasserson, D. & Jackson, D. (2017). Older people's experiences of falling and perceived risk of falls in the community: A narrative synthesis of qualitative research. *International Journal of Older People Nursing*, 12 (4), 1-8.
- Guedes, S.(2011). *Cuidar de Idosos com dependência em contexto domiciliário:necessidades formativas dos familiares cuidadores*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- INE (2012). *Censos, 2011 resultados definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INEM. (2012). *Manual TAS – Emergência e Traumas*. Lisboa: Instituto Nacional de Emergência Médica.
- International Osteoporosis Foundation. (2020). *Capture de Fracture*. [em linha]. Disponível em:  
[https://www.google.com/search?q=Foundation%2C+I.+O.+\(2020\).+Capture+the+fracture.+International.&oq=Foundation%2C+I.+O.+\(2020\).+Capture+the+fracture.+International.&aqs=chrome..69i57.537j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Foundation%2C+I.+O.+(2020).+Capture+the+fracture.+International.&oq=Foundation%2C+I.+O.+(2020).+Capture+the+fracture.+International.&aqs=chrome..69i57.537j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8).  
Acedido a 3 de maio de 2020.
- Jensen, C., Roos, E., Kjaersgaard-Andersen, P. & Overgaard, S. (2013). The effect of education and supervised exercise vs. Education alone on the time to total hip replacement in patients with severe hip osteoarthritis. A randomized clinical trial protocol. *BMC Musculoskeletal Disorders* 14(1), 1-9.
- Jesus, M. (2010). *Fortalecendo o Adulto com Dependência Progressiva no Domicílio: Explicação teórica dos cuidados de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Juhl, C., Chirstensen, R., Roos, E., Zhang, W., Lund, H. (2014). Impact of exercise type and dose on pain and disability in knee osteoarthritis: a systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheumatol*, 66(3), 622-636.
- Júnior, H., Cunha, F., Ferreira, F., Morato, A., Rocha, L. & Medeiros, R. (2000). Lesões ortopédicas traumáticas em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 35 (3), 80-87.

- Kelly-Hayes, M. (2000). Avaliação Funcional. In Hoeman, S. P. *Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo*, (2ª ed). Loures: Lusociência. 161-171.
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Lehtonen, E., Stibolt, R., Smith, W., Wills, B., Pinto, M., McGwin, G., Shah, A., Godoy-Santos, A. & Naranje, S. (2018). Tendências no tratamento cirúrgico das fraturas do colo do fêmur em idosos. *Einstein -São Paulo*, 16(3), 1-7.
- Leite, V. & Faro, A. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP*, 39(1), 92-96.
- Lucas, R. & Monjardino, M. (2010). *O Estado da Reumatologia em Portugal*. Lisboa: Observatório Nacional das Doenças Reumáticas.
- Moreira, C., Barreto, F., Dempster, D. (2015). Novos conceitos em diabetes e metabolismo ósseo. *J Bras Nefrol*, 37(4), 490-495.
- Morse, J., Morse, R. & Tylko, S. (1989). Development of a Scale to Identify the Fall-Prone Patient. *Canadian Journal on Aging*, 8 (4), 366-377.
- Organização Internacional do Trabalho. (2019). *Segurança e saúde no centro do futuro do trabalho*. Disponível em: [https://www.ilo.org/lisbon/publica%C3%A7%C3%B5es/WCMS\\_690142/lang--pt/index.htm](https://www.ilo.org/lisbon/publica%C3%A7%C3%B5es/WCMS_690142/lang--pt/index.htm).
- Oliveira, A. & Braga, D. (2010). Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da Universidade Paulista. *J Health Sci Inst.*, 28(4), 356-358.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Reabilitação n.º 392/2019*. *Diário da República*, 2.ª série, - N.º 85 de 3 de maio, 13565 - 13568. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde (2013). *Um Quadro de política europeia e estratégia para século XXI*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Relatório de Estado Global sobre Segurança Viária*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Pandey, R., Kumar, N., Paroha, S., Prasad, E., Yadav, M., Jain, S. & Yadav, H. (2013). Impact of obesity and diabetes on arthritis: An update. *Health (Irvine Calif)*, 5(1), 143–156.
- Pavarini, S. & Neri, A. (2000). *Compreendendo dependência independência e autonomia no contexto domiciliar*. São Paulo: Atheneu.
- Pereira, M., Carvalho, J., Peres, F., Gutierrez, M. & Fernandes, M. (2007). Tabagismo e Diferenciação Óssea: Efeito de Níveis Sanguíneos e Salivares de Nicotina no Comportamento de Células Osteoblásticas de Medula Óssea Humana. Estudo in vitro. *Arquivos De Medicina*, 21(1), 3-14.
- Pereira, L., Vasconcelos, P., Souza, L., Pereira, G., Nakatani, A. & Bachion, M. (2014). Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(4), 662-669.
- Pessoa, P. (2018). Próteses do joelho - o Tratamento da artrose na fase final. *LPCDR Info*, 4-16.
- Polit, D. & Beck, C. (2019). *Fundamento de Pesquisa em Enfermagem - 9ª edição*. Porto Alegre: Artmed.
- Queiroz, M. (1998). *Osteoporose*. Lisboa: LIDEL.
- Radwanski, M. (2000). Enfermagem de Reabilitação Geriátrica. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - aplicação e processo* (pp. 719-742). Loures: Lusociência.
- Rebouças, M., Coelho-Filho, J., Veras, R., Lima-Costa, M. & Ramos, L. (2017). Validade das perguntas sobre atividades da vida diária para rastrear dependência em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 51 (84), 1 – 9.
- Reis, L. & Torres, G. (2011). Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64 (2), 274-280.
- República Portuguesa (2019). *Programa do XXII Governo Constitucional, 2019 – 2023*. [em linha]. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=54f1146c-05ee-4f3a-be5c-b10f524d8cec>.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2017. Diário da República. Série I (19-96-2017) 3054-3088. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/107524708>.

- Ribeiro, O., Pinto, C. & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (1), 25-36.
- Santos, G., Santana, R. & Broca, P. (2016). Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. *Esc Anna Nery*, 20(3), 1-7.
- Saragiotto, B., Pripas, F., Almeida, M. & Yamato, T. (2015). Prevalência de dor musculoesquelética em praticantes de caminhada: um estudo transversal. *Fisioter Pesq.* 22(1), 29-33.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: LIDEL.
- Sequeira, E. (2012). *Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes : estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa.
- Serra, L. (2001). *Critérios fundamentais em fracturas e ortopedia*. Lisboa: LIDEL.
- Serra, L. (2012). *Critérios fundamentais em fracturas e ortopedia*. Lisboa: LIDEL.
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Silva, F. (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, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa.
- Silva, J., Linhares, D., Ferreira, M., Amorim, N., Neves, N. & Pinto, R. (2018). Epidemiological Trends of Proximal Femoral Fractures in the Elderly Population in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 31 (10), 562-567.
- Silveira, L., Macagnan, J., Fuck, J. & Lagana, M. (2011). Medida de Independência Funcional: um Desafio para a Enfermagem. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 4 (1), 70-83.
- Shiraishi, A., Yoshimura, Y., Wakabayashi, H. & Tsuji, Y. (2018). Prevalence of stroke-related sarcopenia and its association with poor oral status in post-acute stroke patients: Implications for oral sarcopenia. *Clin Nutr*, 37 (1), 204-207.
- Soares, D., Mello, L., Silva, A. & Nunes, A. (2015). Análise dos fatores associados a quedas com fratura de fêmur em idosos: um estudo caso-controle. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 18(2), 239-248.

- Sousa, L. (2016). Pessoa com osteoartrose na anca em contexto de internamento e ortopedia. . In L. S. Cristina Marques-Veiga, *Cuidados de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (p. 405). Loures: Lusodidata.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2011). *Qualitative Research in Nursing – Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Tang Z, Xiang MJ, Zimmer Z, Fang XH, Kaneda T. [Study on the active life expectancy of the elderly and its longitudinal transition in Beijing]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2005 Dec;26(12):939-42. Chinese. PMID: 16676585.
- Tinoco, A. (2009). *Enfermagem em Ortotraumatológica*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) - 5ª Edição*. Loures: Lusociência.
- Traldi, L. & Santos, J. (2015). Dependência nas atividades de vida diária em idosos caidores e não caidores. *Kairós – Gerontologia*, 18 (1), 235 – 243.
- Teixeira, L. (2018). *Patologia Degenerativa da Coluna Vertebral*. Lisboa: LIDEL.
- Wang, P. & Badley, E. (2003). Consistent low prevalence of arthritis in Quebec: Findings from a provincial variation study in Canada based on several Canadian Population Health Surveys. *The Journal of Rheumatology* 30(1), 126-131.
- Yoshimura, Y., Wakabayashi, H., Bise, T., Nagano, F., Shimazu, S., Shiraishi, A., Yamaga, M. & Koga, H. (2019). Sarcopenia is associated with worse recovery of physical function and dysphagia and a lower rate of home discharge in Japanese hospitalized adults undergoing convalescent rehabilitation. *Nutrition*, 61, 111-118.
- Yun, B., Lee, S., So, H. & Shin, W. (2017). Changes in muscle activity of the abdominal muscles according to exercise method and speed during dead bug exercise. *Physical Therapy Rehabilitation Science*, 6, 1-6.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – CONSENTIMENTO INFORMADO**



**Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um Estudo de Caracterização**

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

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma\_mer2018@gmail.com; bgouveia@eseesjcluny.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 consistam 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 qualquer 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(s) 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: \_\_\_\_\_

Participante: Cliente de Enfermagem de Reabilitação

**APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO SESARAM, EPE**



(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

II  
Autógrafa do  
Tutor ou o proponente  
da decisão  
Recebeu em  
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 N.º 35 de 2019, pedido submetido pela Prof.ª Dra Bruna Omelas 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 mestrandos, 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 mestrando 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)

## **APÊNDICE C – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTRUMENTO**

Sara Bernardo <sararfbernardo@gmail.com>

dom, 14/04/2019 16:38

Para: Você

EDC-R.pdf

146 KB

Boa tarde Enf. Tânia

O meu principal objetivo com a tradução e validação para a população portuguesa da escala Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R) é que esta possa ser um instrumento útil para todos os profissionais (e utentes) que a utilizem, por isso, autorizo que a utilize no estudo que pretende realizar.

Após a sua validação a escala passou a denominar-se Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação (EDC-R).

Aproveito para lhe comunicar que a minha tese de mestrado (que consistiu na tradução e validação da CDS-R) se encontra disponível no repositório científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra sob o título "Independência/Autonomia da pessoa em processos de transição de saúde."

Os valores de cut off não foram estudados para a população portuguesa. No entanto, segundo o autor da escala original utentes com valores inferiores ou iguais a 68 são classificados como dependentes e utentes com valores superiores a 68 são considerados independentes.

Envio em anexo a escala EDC-R.

Encontro-me ao dispor para a ajudar no que precisar.

No final do seu trabalho, terei todo o gosto de conhecer os resultados obtidos.

Com os melhores cumprimentos

Enf. **Sara Bernardo**

Especialista e mestre em enfermagem de reabilitação

Tânia M. C. Santos <[tania\\_s@live.com.pt](mailto:tania_s@live.com.pt)> escreveu no dia sábado, 6/04/2019 à(s)  
11:39:

Bom dia Enf<sup>a</sup> Mestre **Sara Bernardo**

No âmbito da realização de um projeto de investigação, inserido no 3º semestre, do primeiro curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, e sob orientação da Prof. Doutora Bruna Gouveia, vimos pelo presente solicitar a V. autorização para a aplicação do formulário por si validado, intitulado de “Validação transcultural para a população portuguesa da Care Dependency Scale for Rehabilitation”.

Este projeto de investigação pretende caracterizar os cuidados de Enfermagem de Reabilitação na RAM e a colheita de dados irá decorrer entre abril e junho de 2019.

Na sequência desta autorização, solicitamos ainda informação sobre a aplicação, cotação e interpretação dos resultados.

Agradecendo desde já a V. colaboração, apresentamos os melhores cumprimentos,

Pela Equipa de Investigação do MER,

Atentamente

Tânia Santos

**APÊNDICE D - ESCALA DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS EM  
REABILITAÇÃO**

<b>ITENS</b>	
<b>A – Comer e Beber - Avalia em que medida é capaz de comer e beber, bem como preparar a comida/bebida, de forma independente</b>	
1	Totalmente dependente - Não é capaz de preparar as refeições e de comer/beber de forma independente e não é capaz de assegurar que come e bebe o suficiente. Necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de garantir que come e bebe o suficiente. Não é capaz de preparar as refeições/bebidas sem uma ajuda considerável (por exemplo: devido a parésia) mas é capaz de comer/beber de forma independente.
3	Parcialmente dependente – Até determinado ponto, é capaz de preparar as refeições e comer/beber, e é capaz de garantir que come e bebe o suficiente. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: cortar alimentos).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de preparar as refeições e comer/beber, e é capaz de garantir que come e bebe o suficiente. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: para abrir garrafas ou orientações dietéticas).
5	Praticamente independente - É capaz de preparar as refeições e comer / beber de forma independente, sem necessidade de ajuda. É capaz de garantir que come e bebe de forma suficiente todos os dias.
<b>B – Continência - Avalia em que medida é capaz de controlar a micção e a dejeção de forma voluntária e tomar as medidas apropriadas</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de avisar quando sente a necessidade de urinar ou defecar nem é capaz de manter a continência. Consequentemente, é sempre incontinente.
2	Dependente em grau elevado - Não é capaz de usar a casa de banho sem ajuda. Mas, pontualmente, é capaz de avisar quando sente a necessidade de urinar ou defecar. Necessita de ajuda considerável para usar dispositivos de apoio (por exemplo: parésia).
3	Parcialmente dependente – É capaz de avisar quando sente a necessidade de urinar ou de defecar e, quase sempre, é capaz de manter a continência. No entanto, necessita de ajuda moderada para usar dispositivos de apoio.
4	Dependente em grau reduzido – É capaz de controlar a micção e a dejeção voluntariamente e tomar as medidas apropriadas. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para usar dispositivos de apoio.
5	Praticamente independente – É capaz de controlar a micção e a dejeção voluntariamente e tomar as medidas apropriadas sem necessidade de ajuda. No caso de necessitar de dispositivos de apoio, é capaz de usá-los.
<b>C - Postura corporal - Avalia em que medida é capaz de adotar posições apropriadas para determinadas atividades.</b>	
1	Totalmente dependente - Devido à situação de doença, não é capaz de adotar posições apropriadas para determinadas atividades. Necessita sempre de ajuda total para mudar de posição corporal ou usar dispositivos de apoio.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de adotar ou manter posições apropriadas para determinadas atividades. Necessita de ajuda considerável para mudar de posição corporal ou usar dispositivos de apoio.
3	Parcialmente dependente - É capaz de adotar ou manter posições apropriadas para determinadas atividades. No entanto, necessita de ajuda moderada para mudar de posição corporal ou usar dispositivos de apoio.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de adotar ou manter posições apropriadas para determinadas atividades. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para usar dispositivos de apoio.
5	Praticamente independente - É capaz de adotar ou manter posições apropriadas para determinadas atividades, sem ajuda.
<b>D - Mobilidade - Avalia em que medida é capaz de movimentar-se independentemente e sem ajuda.</b>	
1	Totalmente dependente – Devido a doença, encontra-se imóvel e não é capaz de se mover sem ajuda. Neste sentido, necessita sempre de ajuda total para se movimentar.

2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de andar curtas distâncias. Neste sentido, necessita de ajuda considerável para andar ou usar dispositivos de apoio.
3	Parcialmente dependente – É capaz de andar curtas distâncias, de forma independente. Contudo, necessita de ajuda moderada para andar distâncias maiores, subir/descer escadas ou usar dispositivos de apoio.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de andar diferentes distâncias e subir/descer escadas de forma segura. Contudo, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para usar dispositivos de apoio.
5	Praticamente independente – É capaz de andar diferentes distâncias e subir/descer escadas de forma segura, sem necessidade de ajuda. No caso de necessitar de dispositivos de apoio, é capaz de usá-los de forma independente e sem ajuda.
<b>E - Padrão de sono/vigília - Avalia em que medida é capaz de manter um ciclo dia/noite adequado, de forma independente.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de dormir o suficiente à noite e ser adequadamente ativo durante o dia (por exemplo: estado confusional).
2	Dependente em grau elevado – Dorme durante longos períodos durante o dia e pouco tempo durante a noite. Necessita de ajuda considerável para manter o ciclo dia/noite adequado.
3	Parcialmente dependente –. Devido a doença (por exemplo: depressão), necessita de considerável apoio e de motivação de forma a manter-se ativo durante o dia e a dormir o suficiente durante a noite.
4	Dependente em grau reduzido – Por vezes tem dificuldade em iniciar ou conciliar o sono durante a noite. Necessita de ajuda mínima (por exemplo: falar/desabafar com alguém).
5	Praticamente independente - É capaz de dormir o suficiente durante a noite e é adequadamente ativo durante o dia.
<b>F - Vestir-se e Despir-se - Avalia em que medida é capaz de vestir-se e despir-se sem necessitar de ajuda.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de vestir-se e despir-se. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de vestir-se e despir-se sozinho. Portanto, necessita de ajuda considerável para realizar as tarefas necessárias (por exemplo: parésia).
3	Parcialmente dependente – Na maior parte das vezes, é capaz de vestir-se e despir-se sozinho. No entanto, necessita de ajuda moderada para realizar as tarefas necessárias (por exemplo: tremores).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de vestir-se e despir-se sozinho. Contudo, por vezes necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para realizar tarefas que envolvam motricidade fina.
5	Praticamente independente - É capaz de vestir-se e despir-se sozinho no espaço de tempo adequado e é capaz de escolher a roupa adequada atendendo às condições climatéricas e a ocasião.
<b>G - Temperatura Corporal - Avalia em que medida é capaz de proteger a temperatura corporal de influências externas.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É, de forma limitada, capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. Neste sentido, necessita de ajuda considerável e instruções/aconselhamento (por exemplo: perturbações sensoriais).
3	Parcialmente dependente – É capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: pedir cobertores).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: vestir um casaco).
5	Praticamente independente - É capaz de detetar alterações na temperatura e tomar as medidas apropriadas.
<b>H – Higiene - Avalia em que medida é capaz de cuidar da sua higiene pessoal.</b>	

1	Totalmente dependente – Não é capaz de cuidar da sua higiene pessoal. Portanto, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz de lavar sozinho, com uma pequena ajuda, a parte superior do corpo, mas necessita de ajuda considerável para lavar a parte inferior do corpo.
3	Parcialmente dependente – É capaz de cuidar de grande parte da sua higiene pessoal. No entanto, necessita de ajuda moderada.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de cuidar da sua higiene pessoal. Contudo, necessita de ajuda mínima (por exemplo: lavar as costas ou os pés).
5	Praticamente independente – É capaz de cuidar da sua higiene pessoal num espaço de tempo adequado.
<b>I - Evitar Perigos - Avalia em que medida é capaz de garantir a sua segurança e reconhece possíveis situações de perigo (por exemplo: quedas, queimaduras).</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta de forma adequada (por exemplo: estado confusional). Como tal, necessita sempre de ajuda total para evitar perigos.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada (por exemplo: mobilidade ou visão reduzida), de reconhecer situações de perigo à sua volta e tomar medidas adequadas. Como tal, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente – É capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta. No entanto, só em certa medida, é capaz de reagir adequada e atempadamente. Neste sentido, necessita de ajuda moderada (por exemplo: ajuda de terceiros).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta. No entanto, ocasionalmente, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para evitar perigos.
5	Praticamente independente – É capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta e rapidamente tomar medidas adequadas, sem necessitar de ajuda.
<b>J – Comunicação - Avalia em que medida é capaz de comunicar com outros verbalmente (discurso) e não-verbalmente (por exemplo: gestos, expressão facial).</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo e não é capaz de comunicar com outros verbal e não-verbalmente.
2	Dependente em grau elevado - É capaz, de forma limitada, de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo, e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente (por exemplo: distúrbios da fala). Como tal, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente – Até determinado ponto, é capaz de ouvir o que é dito (por exemplo: diminuição da acuidade auditiva) e é capaz de compreender o seu conteúdo e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente. Neste sentido, necessita de supervisão, instruções/aconselhamento e ajuda moderada.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: colocar aparelho auditivo).
5	Praticamente independente - É capaz de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente.
<b>K - Interação Social - Avalia em que medida é capaz de interagir com os outros, independentemente e de forma adequada.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de interagir com os outros de forma socialmente adequada. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz de interagir com um número limitado de pessoas mas necessita de ajuda considerável (por exemplo: apoio e vigilância devido a cegueira).
3	Parcialmente dependente – Devido a doença (por exemplo: mobilidade reduzida), é capaz de interagir com um número limitado de pessoas, mas necessita de ajuda moderada.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de interagir com os outros, mas necessita de ajuda mínima (por exemplo: diminuição da acuidade visual).
5	Praticamente independente – É capaz de interagir com os outros, independentemente e de forma adequada.

<b>L - Conceito de regras e valores - Avalia em que medida é capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de reconhecer regras e valores para agir de forma socialmente adequada. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada (por exemplo: estado confusional), de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada. No entanto, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente – Devido a doença (por exemplo: alterações da memória) é capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: informação repetida).
4	Dependente em grau reduzido – É capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada. Necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções em situações novas).
5	Praticamente independente – É capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada.
<b>M - Atividades instrumentais - Avalia em que medida é capaz de lidar com desafios e realizar atividades instrumentais (por exemplo: telefonar, marcar consultas, ir ao cabeleireiro)</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de realizar e gerir atividades instrumentais de forma independente (por exemplo: estado confusional). Neste sentido, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada (por exemplo: parésia), de realizar e gerir atividades instrumentais. Neste sentido, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente - É capaz de realizar e gerir a maior parte das atividades instrumentais de forma independente. Neste sentido, necessita de ajuda moderada (por exemplo: apoio na deslocação).
4	Dependente em grau reduzido – É capaz de realizar e gerir atividades instrumentais de forma independente. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções).
5	Praticamente independente – É capaz de realizar e gerir atividades instrumentais de forma independente.
<b>N - Atividades Recreativas - Avalia em que medida é capaz de usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis (por exemplo: tetraplegia). Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis. No entanto, necessita de ajuda considerável (por exemplo: motivação substancial, instrução e aconselhamento devido a humor depressivo).
3	Parcialmente dependente – É capaz de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: para gerir a situação que limita a participação).
4	Dependente em grau reduzido – É capaz de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: usar o comando).
5	Praticamente independente – É capaz de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis, sem ajuda.
<b>O - Capacidade de Aprender - Avalia em que medida é capaz de adquirir e/ou reter conhecimentos/competências que aprendeu anteriormente.</b>	
1	Totalmente dependente - Não é capaz de adquirir, reter e colocar em prática novos conhecimentos/competências. Como tal, necessita sempre de ajuda total.

2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de adquirir e reter novos conhecimentos/competências. Necessita de ajuda considerável para aprender coisas novas gradualmente e colocá-las em prática (por exemplo: instrução e treino consideráveis no caso de demência).
3	Parcialmente dependente – É capaz de adquirir e reter novos conhecimentos/competências. No entanto, necessita de ajuda moderada para colocar os conhecimentos/competências em prática (por exemplo: repetidas instruções e treino na utilização de produtos de apoio).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de adquirir, reter e pôr em prática novos conhecimentos/competências. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instrução repetida).
5	Praticamente independente – É capaz de adquirir, reter e colocar em prática novos conhecimentos/competências.
<b>P - Capacidade de adaptação - Avalia em que medida é capaz de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente.</b>	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente.
2	Dependente em grau elevado - É capaz, de forma limitada, de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente. Como tal, necessita de ajuda considerável (por exemplo: motivação e vigilância devido a humor depressivo).
3	Parcialmente dependente - É capaz, por vezes, de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente através do diálogo com familiares. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: motivação para participar em atividades terapêuticas ou recreativas).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente. No entanto, necessita de uma ajuda mínima (por exemplo: recorrer a uma consulta).
5	Praticamente independente – É capaz de lidar com a sua situação atual/doença, emocional e psicologicamente, através do diálogo com familiares ou profissionais, ou participando em atividades terapêuticas ou recreativas.

Total da escala: \_\_\_\_\_