



**BARREIRAS ARQUITETÓNICAS E AUTOCUIDADO**  
UM ESTUDO DESCRITIVO EM CLIENTES ALVO DE  
HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

Luís Miguel de Azevedo Rebelo

Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, orientada pela Professora Doutora Bruna Ornelas Gouveia e coorientada pela Mestre Marlene Patrícia Ribeiro apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Outubro de 2023

Porto

*“Quando em algum momento da nossa vida experimentamos e vivenciamos a distância que nos separa do homem idealizado, jovem, saudável, de estatura média e com capacidade de utilização dos espaços e dos equipamentos, é aí, nesse momento, que as adversidades e as barreiras do meio em que vivemos se sentem mais fundo...”*

(Luísa Portugal, 2006, p.7)

## **DEDICATÓRIA**

Pretendo dedicar este trabalho a todos os que me fizeram crescer enquanto pessoa e profissional.

Dedico também à minha família, aos meus amigos e aos meus colegas de trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Professora Doutora Bruna Ornelas Gouveia, a paciência, a disponibilidade, o conhecimento, o rigor e a exigência na orientação deste meu longo percurso acadêmico.

Agradeço à minha amiga e coorientadora Mestre Marlene Patrícia Ribeiro, o apoio, a motivação, a ajuda, o conhecimento e o contributo imprescindível na construção deste estudo.

Agradeço à Professora Doutora Olga Ribeiro, os ensinamentos que me proporcionou, a dedicação à Enfermagem, as oportunidades e acima de tudo, por me ter conduzido e convencido da importância do Mestrado na construção do meu percurso profissional e pessoal.

Agradeço ao Arquiteto Pedro Gonçalves, a disponibilidade e apreciação do instrumento de colheita de dados, no que diz respeito à acessibilidade das instalações sanitárias habitacionais.

Agradeço a todos os participantes que, num momento alvo de cuidados de hospitalização domiciliária, abriram a porta de sua casa e me receberam tão carinhosamente bem, tornando este estudo possível.

...

E por último, o melhor de e para mim...Catarina Carneiro!

Agradeço-te por caminhares a meu lado, mesmo que por vezes, num ambiente menos facilitador. Agradeço o apoio incondicional, a motivação, a confiança, o carinho e todo o amor. Agradeço por seres inspiradora para mim.

Agradeço-te, por acima de tudo, tornares tudo tão acessível!!

**OBRIGADO!!**

## **CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

%	Frequência relativa
AVD	Atividades de Vida Diária
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CDPD	Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência
CES	Comissão de Ética em Saúde
CHTS	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
DP	Desvio Padrão
ER	Enfermagem de Reabilitação
HD	Hospitalização Domiciliária
IB	Índice de Barthel
n	Frequência absoluta
Nº	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
UHD	Unidade de Hospitalização Domiciliária

## RESUMO

**Tema:** As barreiras arquitetônicas podem limitar a mobilidade de qualquer indivíduo, constringendo a acessibilidade e a independência funcional.

**Objetivos:** Caracterizar os clientes internados numa unidade de hospitalização domiciliária de um hospital do norte de Portugal, descrever o nível de independência funcional dos participantes e as barreiras arquitetônicas das instalações sanitárias na habitação.

**Material e Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado entre março e junho de 2020. Os instrumentos de colheita de dados incluem um questionário de caracterização; uma grelha de observação, elaborados pela equipa de investigação (baseadas no Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto); e o Índice de Barthel. A análise de dados foi realizada com recurso a estatística descritiva simples.

**Resultados:** A amostra constituída por 21 participantes, maioritariamente do sexo feminino (52,4%), com idade média de 66,9 ( $\pm 19$ ) anos e independentes no autocuidado (57,1%). A maioria residia em habitação própria (61,9%), cuja casa de banho, tinha banheira (66,7%), acessível sem dificuldade (38,1%), ou base de duche acessível sem dificuldade (19,0%). Contudo, 95,2% não tinham barras de apoio. Em 47,6% e 61,9% dos casos, a sanita e o lavatório, respetivamente, foram considerados acessíveis sem dificuldade. Outros resultados incluíram: espelho não acessível (47,6%); controlos e mecanismos operáveis, com alcance frontal, acessíveis sem dificuldade (61,9%); vãos de porta acessíveis com dificuldade (52,4%) e puxadores acessíveis sem dificuldade (71,4%). As dimensões das casas de banho avaliadas não permitiam a rotação de 360° com cadeira de rodas em 47,6% dos casos.

**Conclusão:** Os resultados revelam comprometimento da acessibilidade nas instalações sanitárias desta amostra, que podem limitar a independência funcional. Salientam-se as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa com deficiência ou limitação da atividade e na promoção da mobilidade e acessibilidade, identificando as barreiras arquitetônicas e orientando para a sua eliminação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acessibilidade, Autocuidado, Enfermagem em Reabilitação, Serviços Hospitalares de Assistência Domiciliar.

## ABSTRACT

**Theme:** Architectural barriers can limit the mobility of any individual, constraining accessibility and functional independence.

**Objectives:** To characterize patients admitted to a home care unit of a hospital in the north of Portugal, to describe the level of functional independence of the participants and the architectural barriers of the sanitary facilities in the home.

**Material and Methods:** Quantitative, descriptive and cross-sectional study, carried out between March and June 2020. Data collection instruments include a characterization questionnaire; an observation grid, prepared by the research team (based on Decree Law nº 163/2006 of August 8); and the Barthel Index. Data analysis was carried out using simple descriptive statistics.

**Results:** The sample consisted of 21 participants, mostly female (52,4%), with an average age of 66,9 ( $\pm 19$ ) years and independent in self-care (57,1%). The majority lived in their own home (61,9%), whose bathroom had a bathtub (66,7%), accessible without difficulty (38,1%), or a shower tray accessible without difficulty (19,0%). However, 95,2% did not have grab bars. Respectively, in 47,6% and 61,9% of cases, the toilet and washbasin, were considered accessible without difficulty. Other results included: mirror not accessible (47,6%); operable controls and mechanisms, with frontal reach, accessible without difficulty (61,9%); doorways accessible with difficulty (52,4%) and handles accessible without difficulty (71,4%). The dimensions of the bathrooms evaluated did not allow 360° rotation with a wheelchair in 47,6% of cases.

**Conclusion:** The results reveal compromised accessibility in the sanitary facilities of this sample, which may limit functional independence. The skills of the rehabilitation nurse are emphasized through the empowerment and improvement of disabled people mobility and accessibility and by the identification of architectural barriers, while providing guidance on their elimination.

**KEYWORDS:** Accessibility, Hospital Home Care Services, Rehabilitation Nursing, Self-Care.

## SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS.....	10
ÍNDICE DE QUADROS.....	11
ÍNDICE DE TABELAS.....	12
INTRODUÇÃO.....	13
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
1.1. HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA.....	17
<b>1.1.1. Hospitalização Domiciliária em Portugal.....</b>	<b>20</b>
1.2. BARREIRAS ARQUITETÓNICAS <i>VERSUS</i> ACESSIBILIDADE.....	24
1.3. INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AUTOCUIDADO.....	30
1.4. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA ELIMINAÇÃO DE BARREIRAS ARQUITETÓNICAS E NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO.....	35
1.5. PROPOSTAS DE ATUAÇÃO PARA O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO FACE ÀS BARREIRAS ARQUITETÓNICAS E PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO.....	38
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>41</b>
2.1. DESENHO DE ESTUDO.....	41
2.2. PARTICIPANTES DE ESTUDO.....	41
2.3. VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	42
2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	44
2.5. PROCESSO DE COLHEITA E PROCESSAMENTO DE DADOS.....	44
2.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	45
2.7. TRATAMENTO DE DADOS.....	45
<b>3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>75</b>
4.1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
4.2. LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO.....	86
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>

**ANEXOS ..... 102**

ANEXO I. DEFERIMENTO DA CES E DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO  
CHTS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

**APÊNDICES**

APÊNDICE I. FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

APÊNDICE II. CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE III. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Caracterização das dimensões da barra de apoio junto da base de duche.....	65
Figura 2. Alcance frontal. ....	69
Figura 3. Alcance lateral quando $C \leq 0,30\text{m}$ .....	69
Figura 4. Caracterização das dimensões para zonas de manobra em porta de batente.....	71

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1. Sistematização da acessibilidade das instalações sanitárias habitacionais. ....	61
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra em relação à idade.....	47
Tabela 2. Apresentação dos participantes quanto ao sexo, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, coabitantes, nº de coabitantes na casa e concelho de residência.....	48
Tabela 3. Caracterização dos participantes quanto aos internamentos, antecedentes de saúde, motivo de internamento e referenciação para a UHD. ....	49
Tabela 4. Caracterização dos participantes quanto ao tipo de cuidados alvo, beneficiário de ER, instituição onde beneficiou de cuidados de ER, e perceção do participante como beneficiário de ER na UHD. ....	51
Tabela 5. Caracterização dos participantes quanto ao meio auxiliar de marcha, limitação da mobilidade, nº de vezes que utiliza a casa de banho por dia, nível de saúde atual e sintomas no último mês.....	52
Tabela 6. Caracterização dos participantes quanto ao tipo de habitação, propriedade, ano de construção, nº de casas de banho e equipamentos sanitários. ....	54
Tabela 7. Caraterização da amostra em relação à independência funcional (score total do IB). ....	55
Tabela 8. Distribuição dos participantes segundo os pontos de corte de Sequeira (2010) para o score total do IB.....	55
Tabela 9. Distribuição da amostra pelos níveis de independência dos participantes relativas ao IB, por atividade de vida diária. ....	56
Tabela 10. Distribuição da amostra em relação às variáveis relacionadas com as barreiras arquitetónicas, no que respeita ao acesso, perceção do participante em relação à presença de barreiras arquitetónicas e melhoria da acessibilidade na casa de banho.....	58
Tabela 11. Caracterização das instalações sanitárias relativas aos controlos de abertura de água. ....	59
Tabela 12. Caracterização das instalações sanitárias relativas ao controlo de escoamento de água. ....	60
Tabela 13. Caracterização do controlo de abertura de porta de batente. ....	60
Tabela 14. Caracterização da acessibilidade da sanita. ....	62
Tabela 15. Caracterização da acessibilidade das barras de apoio e banheira. ....	63
Tabela 16. Caracterização da acessibilidade do duche. ....	66
Tabela 17. Caracterização da acessibilidade de proteção de banheira ou de base de duche, lavatório e espelho.....	68
Tabela 18. Caracterização da acessibilidade dos controlos e mecanismos operáveis. ....	70
Tabela 19. Caracterização da acessibilidade da porta. ....	72

## INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida que se vem registando nas últimas décadas em Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023b) conduz para um agravamento do envelhecimento e da incapacidade, tal como é referido por Chen et al. (2018) e Wang et al. (2017). Outro fator associado ao fenómeno de viver mais tempo é a prevalência de doenças crónicas que traduz num aumento da dependência da população no autocuidado (Petronilho et al., 2017; Ribeiro et al., 2014). Este processo releva para a incapacidade funcional, com perda de habilidades e consequentemente limitação no desempenho das atividades básicas de vida diária (INE, 2023a; Manso et al., 2019).

Neste enquadramento, surge a necessidade de alterar os padrões de resposta no que concerne aos cuidados de saúde, sobretudo os hospitalares (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2020).

A evolução do conhecimento, a capacitação dos profissionais e a inovação tecnológica contribuem para o desenvolvimento dos cuidados domiciliários. A Organização Mundial da Saúde (OMS) vê a Hospitalização Domiciliária (HD) como uma forma sustentável de evitar a institucionalização das pessoas doentes e mantê-las nas suas casas e na comunidade o maior tempo possível (ACSS, 2020; Tarricone & Tsouros, 2008).

A HD constitui um modelo inovador que proporciona cuidados de saúde hospitalares no domicílio, em substituição dos cuidados prestados habitualmente em internamento hospitalar (Alves et al., 2017). Define-se como um modelo de assistência hospitalar direcionado para a prestação de cuidados no domicílio a doentes agudos, ou com doença crónica agudizada, desde que os critérios clínicos, sociais e geográficos o permitam e de acordo com a vontade expressa da própria pessoa doente ou do seu familiar cuidador (Delerue & Correia, 2018; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2018).

Estas novas formas de assistência permitem uma reorientação na conceção do processo saúde-doença, incidindo prioritariamente na saúde do indivíduo no seu contexto familiar, revelando um maior envolvimento da família e dos cuidadores no ato de cuidar e tratar do paciente (Facultad & Lee, 2019). Com as visitas ao domicílio, os profissionais de saúde compreendem melhor as necessidades dos seus doentes, sendo vistas como pontos fulcrais dos cuidados de transição em idosos com doenças crónicas (Arsenault-Lapierre et al., 2021).

Sendo o público alvo, uma população maioritariamente idosa, com elevada prevalência de doenças crónicas e consequente dependência no autocuidado (DGS, 2018; Petronilho et al., 2017; Qaddoura et al., 2015; Ribeiro et al., 2014] remete-se para a necessidade de aumento de cuidados especializados, mais especificamente em cuidados de enfermagem de reabilitação pela sua intervenção ao longo do ciclo vital (Silva et al., 2019b). Tendo em conta o domicílio, a área de atuação da prestação de cuidados às pessoas alvo de hospitalização domiciliária, importa validar que um ambiente habitacional, que não seja acessível, diminui a participação social, aumenta a dificuldade de autogestão, constitui maior risco de isolamento e possibilidade de maiores cuidados de saúde (Greiman & Ravesloot, 2016).

Dando importância às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, é inegável o seu potencial na promoção de ambientes acessíveis, na eliminação de barreiras arquitetónicas e na garantia da acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada (Pereira et al., 2018). De facto, as suas competências específicas implicam uma análise da deficiência e suas limitações, associadas ao cuidado, à capacitação e à funcionalidade (Regulamento nº 392/2019).

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), aprovada pela Resolução da Assembleia da República nº 56/2009 de 30 de julho, referia que o Estado deveria incluir medidas que compreendessem a identificação e eliminação de barreiras em todo o ambiente nomeadamente habitacional, tanto nas instalações interiores como exteriores (Resolução da Assembleia da República nº 56/2009).

Entende-se por barreiras arquitetónicas, todo o tipo de elementos de construção ou edificação que limitam ou até impedem na totalidade, a mobilidade dos indivíduos com deficiência ou com mobilidade condicionada, nos espaços, constringendo, assim, a acessibilidade e a autonomia (Santos et al., 2020). Essas barreiras podem incluir degraus, escadas, portas estreitas, corredores estreitos, ausência de rampas de acesso, elevadores inadequados, casas de banho inacessíveis, entre outros, (Pettersson et al., 2018; Siqueira et al., 2009).

Güldenpfennig et al. (2019) mencionam que muitas das instalações sanitárias atuais, não são adequadas às necessidades da pessoa com deficiência. É marcadamente importante que as instalações sejam desenhadas ou adaptadas para proporcionar apoio físico e funções úteis aos seus utilizadores, evitando a necessidade de assistência física

por parte de outra pessoa. Ademais, como os mesmos autores afirmam, analisar e atuar para promover a acessibilidade das instalações sanitárias tem impacto não só na capacidade funcional de diferentes pessoas, mas também na sua qualidade de vida geral, levando a cabo a realização para o autocuidado (Güldenpfennig et al., 2019).

Em Portugal, o Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto veio regulamentar a acessibilidade quer no espaço público e meio edificado, quer nos edifícios públicos e locais de trabalho e ainda no meio habitacional, visando igual acesso às pessoas com necessidades especiais.

O enquadramento de competências e conhecimentos adquiridos ao longo do percurso profissional e académico, nomeadamente na pós-licenciatura em enfermagem de reabilitação, permitiram uma visão mais abrangente sobre as barreiras arquitetónicas e especificamente no contexto habitacional, fruto do exercício de funções em hospitalização domiciliária. As pessoas internadas convencionalmente em meio hospitalar não enfrentam as mesmas barreiras, uma vez que estes espaços são cuidadosamente projetados e reestruturados frequentemente de acordo com a legislação e as necessidades impostas.

O presente trabalho de investigação objetiva (1) caracterizar os clientes alvo de HD do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), em relação a variáveis sociodemográficas e clínicas (2) descrever o seu nível de independência no autocuidado, e (3) descrever as instalações sanitárias, relativamente às barreiras arquitetónicas e aos níveis de acessibilidade. Foram consideradas as seguintes questões de investigação:

- (1) Como se caracterizam os clientes alvo de hospitalização domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa?
- (2) Qual o nível de independência funcional dos clientes alvo de hospitalização domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa?
- (3) Como se caracterizam as instalações sanitárias relativamente às barreiras arquitetónicas e aos níveis de acessibilidade na realização do autocuidado em clientes alvo de hospitalização domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa?

O presente estudo apoia-se numa metodologia quantitativa e é do tipo descritivo e transversal. A amostra foi composta por 21 participantes e classificada como não

probabilística, uma vez que a seleção decorreu num momento definido, limitando a escolha à população alvo de cuidados (Polit & Beck, 2018).

Na concretização da investigação foram consideradas variáveis sociodemográficas, de condição clínica, de independência funcional, de barreiras arquitetónicas e de acessibilidade.

As orientações metodológicas tiveram por base a *STROBE Statement* para estudos observacionais (Von Elm et al., 2007) e Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem (9ª Edição) de Polit & Beck (2018). Em relação às referências bibliográficas foi adotado a norma *American Psychological Association* (7ª edição). Também foram tidas em consideração as normas de formatação de dissertações de mestrado do ano 2023, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Este documento, inserido no âmbito da dissertação de Mestrado em Enfermagem em Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, está dividido em cinco capítulos. O primeiro refere-se ao enquadramento conceptual e revisão de literatura, onde são explanados os principais conceitos relacionados com a temática e sintetizado conhecimento atual sobre o tópico. O segundo refere-se aos métodos de investigação desenvolvidos, nomeadamente o desenho do estudo, participantes, variáveis, instrumento de colheita de dados, processo de colheita de dados, considerações éticas e tratamento de dados. O terceiro é composto pela apresentação dos resultados. No quarto capítulo, é apresentada a discussão dos resultados obtidos, tendo em consideração os objetivos do estudo e a evidência disponível proveniente de outros estudos no contexto nacional e internacional. Por fim, são apresentadas as considerações finais, bem como as limitações do estudo de investigação.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo descreve-se o resultado de uma revisão de estado da arte, abordando os principais conceitos inerentes a esta investigação e ao tópico em estudo. Salienta-se a HD, como o contexto onde ocorre a investigação; as barreiras arquitetónicas, como dificultadoras da acessibilidade; a independência funcional e o autocuidado; o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na eliminação de barreiras arquitetónicas e na promoção do autocuidado; e as propostas de atuação para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação face às barreiras arquitetónicas e promoção do autocuidado.

### 1.1. HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

O conceito de HD surge pela primeira vez, nos Estados Unidos da América na década de 40, após a segunda guerra mundial, com o propósito de descongestionar os hospitais e proporcionar ambientes de cuidados mais favoráveis (Buedo & Salas, 2020). Desde então, teve expansão por outros países, de que são exemplo, França, Canadá, Reino Unido, Suíça, Alemanha, Países Baixos, Espanha e Portugal (DGS, 2018).

Na década de 60, no Canadá, a HD, visava alcançar a alta precoce nos pacientes cirúrgicos e, em 1987, foi implementado um serviço piloto para atendimento de pacientes clínicos agudos, especialmente para administração de antibióticos parenterais no domicílio (Buedo & Salas, 2020; Rehem & Trad, 2005).

Na Europa, a primeira experiência de HD decorreu em França, no ano de 1951, no Hospital Tenon, em Paris. Em 1957, surgiu uma organização para prestação de cuidados domiciliários a pessoas com doenças crónicas e terminais. No Reino Unido, as primeiras experiências nesta modalidade de internamento surgiram em 1965 e foram denominadas *Home Hospital Care*. Na Alemanha e na Suécia, surgiram no ano de 1970. Em Itália foi iniciado na década de 80 e logo de seguida surgiu em Espanha, em que a primeira Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) foi criada em 1981 (Buedo & Salas, 2020).

Em 1996, o Comité Regional da Europa da Organização Mundial da Saúde coordenou e promoveu o desenvolvimento de “*From Hospital to Home Health Care*” também conhecido como “hospital em casa”, seguindo o modelo americano conhecido

como *home care*, tendo por objetivo padronizar e regular esta forma de cuidar, do hospital para o internamento domiciliário (Cotta et al., 2001; Delerue & Correia, 2018).

Em Portugal, o Serviço de Medicina Interna do Hospital Garcia de Orta, implementou a primeira UHD de doentes agudos no ano de 2015 (Cunha et al., 2017).

Com vista à melhoria da prestação de cuidados, nomeadamente nos cuidados de saúde hospitalares e simultaneamente a maximização da eficiência na utilização dos escassos meios disponíveis, a HD surge como uma resposta que pretende satisfazer estes objetivos e ainda aumentar o bem-estar da pessoa doente e das suas famílias (Arsenault-Lapierre et al., 2021; DGS, 2018).

Ora, a HD constitui um modelo inovador que proporciona cuidados de saúde hospitalares no domicílio, em substituição dos cuidados prestados habitualmente em internamento hospitalar (Alves et al., 2017).

A HD define-se como um modelo de assistência hospitalar direcionado para a prestação de cuidados no domicílio a doentes agudos, desde que os critérios clínicos, sociais e geográficos o permitam e de acordo com a vontade expressa da própria pessoa doente ou do seu familiar cuidador (Delerue & Correia, 2018; DGS, 2018). O seu público-alvo centra-se numa população maioritariamente idosa, com elevada prevalência de doenças crónicas e conseqüente dependência no autocuidado (DGS, 2018; Qaddoura et al., 2015).

Os autores Voudris e Silver (2018) também referem que a HD é uma boa alternativa para pessoas com doenças crónicas que necessitam de cuidados hospitalares, comprovado por bons indicadores, como a melhoria da qualidade de vida, o aumento da satisfação da pessoa doente e do seu familiar cuidador, bem como a diminuição dos custos e redução dos efeitos adversos nos resultados clínicos.

Leff e Montalto (2004) defendiam que eram necessários três requisitos fundamentais para um modelo de cuidados de hospitalização em casa: oferecer cuidados que substituem inteiramente o internamento hospitalar agudo; proporcionar uma intensidade de cuidados, incluindo assistência médica e de enfermagem, semelhante ao praticado em meio hospitalar; fornecer cuidados que não podem ser prestados pelos serviços habituais de cuidados domiciliários baseados na comunidade.

Em Portugal, as UHD assentam em cinco princípios fundamentais: voluntariedade na aceitação do modelo; igualdade de direitos e deveres da pessoa doente; equivalência

de qualidade na prestação dos cuidados; rigor na admissão e no seu acompanhamento clínico; humanização de serviços e valorização do papel da família (Delerue & Correia, 2018; DGS, 2018; Mariano et al., 2021).

A HD centra-se nas necessidades da pessoa doente, sendo mais humanizada e sem as complicações inerentes à hospitalização convencional, mantendo cuidados de qualidade sempre que seja possível abdicar da permanência no hospital. Contudo, é necessário que a pessoa doente consinta e que tenha condições de acesso (Delerue & Correia, 2018).

Assim, as novas práticas de assistência à saúde são resultantes de uma reorientação na forma de conceber o processo saúde-doença, tendo como mudança principal o deslocamento do ato do cuidado, centrando-se prioritariamente na saúde do indivíduo no seu contexto familiar, revelando um maior envolvimento da família e dos cuidadores no ato de cuidar e tratar do paciente (Facultad & Lee, 2019).

As visitas domiciliares permitem aos profissionais de saúde entenderem melhor as necessidades dos seus doentes e são encaradas como pontos fulcrais dos cuidados de transição em idosos com doenças crónicas (Arsenault-Lapierre et al., 2021).

A HD pretende assim, contribuir como um fator facilitador nas transições que as suas pessoas doentes e/ou familiares cuidadores vivenciam no momento de poderem ser tratadas na sua casa e no seu ambiente.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001) (p. 9-10):

“O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente”.

Este modelo encontra, assim, no ambiente da pessoa, em particular, o seu lar, o melhor local para facilitar a mudança que é esperada, quer na recuperação funcional da pessoa doente quer na capacitação da família/familiar cuidador como parceiro no cuidado do seu dependente (Santos et al., 2021).

Nesta perspetiva e de acordo com as mudanças socioculturais, económicas, políticas, demográficas e epidemiológicas da sociedade em geral, exige-se a necessidade

de cuidados especializados o que, conseqüentemente se tem vindo a refletir no aumento da necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) (Silva et al., 2019b).

É de relevar, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação estabelece, executa e avalia um plano de cuidados diferenciado a cada pessoa doente e seu familiar cuidador, onde se pretende capacitar quer a pessoa doente quer o seu cuidador, por forma a que estes vivenciem a adaptação à sua condição de saúde/doença, garantindo a recuperação e/ou manutenção da sua melhor qualidade de vida, ao nível da reabilitação, identificando e minorando as barreiras arquitetónicas nas instalações sanitárias por forma a obterem um autocuidado efetivo.

### **1.1.1. Hospitalização Domiciliária em Portugal**

A HD é um serviço com características idênticas a uma medicina interna, uma alternativa fiável ao internamento convencional para pessoas com doença aguda ou crónica agudizada, proporcionando cuidados de intensidade e complexidade de nível hospitalar no domicílio, contribuindo para melhores níveis de saúde e bem-estar, promoção da autonomia e recuperação funcional da pessoa (Chan, 2022; Cunha et al., 2017; Santos et al., 2021).

Com vista à desinstitucionalização dos cuidados de saúde, a família e a comunidade estão cada vez mais participativos no Serviço Nacional de Saúde.

Assim, em 2018, foi publicado em Diário da República, 2ª série, N.º 191, de 3 e outubro, pelo Despacho n.º 9323-A/2018, a estratégia nacional para a implementação das unidades de hospitalização domiciliária, onde estão descritos os princípios, as regras de organização, o funcionamento e também os critérios de acesso a este tipo de modelo inovador.

A criação deste sistema permite também a articulação com os cuidados de saúde primários, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, setor social e com a comunidade em geral.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) publicou a norma n.º 020/2018 sobre a hospitalização domiciliária em idade adulta, onde define os critérios de inclusão, admissão e exclusão. É fundamental a aceitação voluntária, com assinatura do consentimento informado pela pessoa doente ou seu familiar cuidador. As admissões à HD têm em consideração os seguintes critérios:

- Critérios clínicos, a obrigatoriedade de diagnóstico clínico definido, ter estabilidade clínica e que seja controlável no domicílio;
- Critérios sociais, onde é tido em conta a obrigatoriedade de familiar cuidador, para pessoas dependentes nas atividades de vida diária. Habitação com condições higiénico-sanitárias básicas e de habitabilidade adequada com água, luz e rede de esgoto. Ter telefone ou telemóvel é imprescindível para o contacto com a equipa da UHD;
- Critérios geográficos, relacionam-se com a localização do domicílio, considerando uma distância de segurança que permita a deslocação em menos de 30 minutos, quer para intervenção da equipa, quer para retorno ao hospital, em caso de agravamento da situação clínica.

São excluídos de admissão a internamento em UHD, todos os clientes que recusem esta modalidade, que não cumpram qualquer um dos critérios clínicos, sociais ou geográficos, que mantenham dependência alcoólica ou de substâncias ilícitas ativas, com ideação suicida, agitação psicomotora, psicose aguda e doenças com risco epidemiológico, e por incapacidade física ou emocional da pessoa doente ou do seu familiar cuidador, condicionando o cumprimento do plano terapêutico estabelecido (Chan, 2022; DGS, 2018; Delerue & Correira, 2018).

Segundo a DGS (2018), as patologias agudas elegíveis para internamento domiciliário são: infeção urinária, infeção respiratória, infeção da pele e tecidos moles, colecistite aguda, diverticulite aguda, endocardite, espondilodiscite e outras que se possam controlar em casa. São exemplo de patologias crónicas, com critério de internamento em casa, a doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, cirrose hepática, doença oncológica ou não oncológica, cuidados pós-cirúrgicos em contexto do tratamento de patologia médica crónica descompensada.

A admissão poderá ser realizada através do serviço de urgência, serviços do departamento médico ou cirúrgico, hospital de dia, consulta externa ou de referência direta a partir dos cuidados de saúde primários (Delerue & Correira, 2018; DGS, 2018; Nortadas et al., 2021). A maioria dos internamentos em UHD são provenientes da medicina interna e do serviço de urgência (Chan, 2022).

Depois da referência, a pessoa doente é avaliada pelo médico, enfermeiro e assistente social. As visitas domiciliárias são programadas em função das necessidades

da pessoa admitida. A primeira visita é realizada nas primeiras 24 horas, após admissão e no dia da alta, a visita deverá ser interdisciplinar, com médico e enfermeiro (Delerue & Correira, 2018).

As equipas de HD são compostas por médicos, enfermeiros, assistente social, nutricionista, farmacêutico, assistente operacional, assistente administrativo e administrador hospitalar (Cunha et al., 2017). As unidades têm veículo próprio para a realização de visitas, mantêm atividade 24 horas por dia, em regime de presença física e prevenção. Às pessoas internadas e aos seus familiares cuidadores, é fornecido o contacto telefónico da equipa prestadora de cuidados, por forma a garantirem eventuais esclarecimentos ou reportarem agudizações (Alves, 2016; Chan, 2022; Cunha et al., 2017).

As rotinas variam conforme as unidades, mas de uma forma global, a visita domiciliária realiza-se com médico e enfermeiro. Perante a complexidade e diversidade de doenças pode ser essencial mais que uma visita diária para administração de terapêutica, reabilitação física e ensinamentos (Chan, 2022).

Segundo Alves (2016) e Chan (2022), neste contexto de internamento, é possível a realização de várias técnicas diagnósticas e terapêuticas, dando como exemplo: análises de sangue e microbiologia, espirometria, eletrocardiografia, ecografia, paracentese, toracocentese diagnóstica, punção lombar, inaloterapia, fluidoterapia, antibioterapia endovenosa, tratamento de feridas, oxigenoterapia e reabilitação. A pessoa doente será transportada ao hospital sempre que seja imprescindível a avaliação presencial por outra especialidade, intervenção ou exame que não seja possível executar no domicílio.

Este modelo particular de cuidar em casa, é adaptado à necessidade individual de cada um, resultando bons indicadores como a diminuição de infeção nosocomial, quedas, úlceras de pressão, episódio de confusão e delírio, desnutrição, redução do tempo de internamento, declínio da funcionalidade global, satisfação global, melhoria do sono e conforto no seio familiar (Alves, 2016; Nortadas et al., 2021).

Alguns autores sugerem que as terapêuticas de enfermagem focadas no autocuidado, na capacitação da pessoa e seu familiar cuidador, no que refere à gestão do regime terapêutico, prevenção de quedas e na literacia em saúde, são determinantes na transição do processo saúde-doença (Santos et al., 2021).

Como já referido anteriormente, a HD surgiu em Portugal, no ano de 2015, num projeto pioneiro do Hospital Garcia de Orta (Cunha et al., 2017; Delerue & Correia, 2018).

Num artigo publicado na revista Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, Cunha et al. (2017) apresentaram os resultados detalhados do primeiro ano de atividade da UHD do Hospital Garcia de Orta. Os autores acima citados, referem que a unidade internou 281 pessoas, das quais 52,0% eram do sexo feminino. A idade média era de 67,4 anos. O mais jovem tinha 18 anos e o mais velho 103 anos. O serviço de urgência (85,4%) e a medicina interna (9,6%) lideraram as proveniências. Hipertensão arterial (56,6%), dislipidemia (35,9%), diabetes *mellitus* (28,8%), insuficiência cardíaca (24,9%), fibrilação auricular (16,4%), neoplasia ativa ou tratada (14,2%), doença pulmonar obstrutiva crónica (13,9%), doença renal crónica (13,5%), história de acidente vascular cerebral ou acidente isquémico transitório (9,6%) e patologia tiroideia (5,7%) foram os antecedentes clínicos apontados no estudo. Os principais diagnósticos de admissão foram: pneumonia adquirida na comunidade (27,1%), pielonefrite aguda (20,0%), insuficiência cardíaca descompensada (13,5%), cistite aguda (9,6%), traqueobronquite aguda (6,8%), dermo-hipodermite bacteriana aguda (4,3%), prostatite (3,2%), úlcera cutânea infetada (2,1%), gastroenterite aguda (1,8%) e doença hepática crónica descompensada (1,1%). Analisaram o Índice de Barthel (IB) e concluíram que houve uma melhoria significativa dos níveis de independência, aumentando de  $n=206$  (73,3%) para  $n=222$  (79,0%) indivíduos autónomos e reduziram o número de indivíduos parcial ( $n=14$ ; 14,6%) ou totalmente dependentes ( $n=34$ ; 12,1%) para ( $n=28$ ; 10,0% e  $n=31$ ; 11,0%), respetivamente. Os mesmos autores referem ainda que, devido à polimedicação existente, houve a necessidade da adequada gestão do regime terapêutico reforçando os ensinamentos e a importância da adesão ao cumprimento do mesmo (Cunha et al. 2017).

O Despacho nº 1233/2019, de 23 de dezembro, regulamentou a consolidação, o desenvolvimento e o alargamento deste contexto de cuidados a todos os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde.

O Núcleo de estudos de Hospitalização Domiciliária, através da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, menciona no seu site oficial, na data de 25 de maio de 2023, a existência de 40 unidades em funcionamento em Portugal, e aumento progressivo de admissão de doentes, com cerca de 340 doentes internados diariamente. Face a este

crescimento surge a necessidade de reestruturação em termos organizacionais e de processos de melhoria, com a proposta de acreditação de algumas unidades e o aparecimento dos Centros de Responsabilidade Integradas em HD (Delerue, 2023).

Nos países vizinhos, verificamos uma maior robustez nesta área, e a Sociedade Espanhola de Hospitalização Domiciliária, menciona que estão registadas 101 unidades em Espanha. Já em França, a Federação Nacional de Estabelecimentos de Hospitalização Domiciliária indica que estão consagradas 300 unidades (Delerue & Correia, 2018).

Naturalmente, a HD no nosso país, ainda está em fase amadurecimento, mas nestes oito anos de existência tem-se revelado eficaz, segura e com bons índices de satisfação, facto que se vem a corroborar em vários estudos realizados e pelo crescimento do número UHD (Alves, 2016; Chan, 2022; Cunha et al., 2017; Delerue & Correia, 2018; DGS, 2018; Nortadas et al., 2021).

## 1.2. BARREIRAS ARQUITETÓNICAS *VERSUS* ACESSIBILIDADE

Na Europa, alguns dados apontam que mais de  $\frac{3}{4}$  das habitações têm algum tipo de barreira, aferindo-se que as principais visam as casas de banho, cozinhas e escadas (DGS, 2008). Desta forma, advém a necessidade de estudo e a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

O conceito de barreiras arquitetónicas enquadra todo o tipo de elementos de construção ou edificação, que limitam ou até impedem na totalidade a mobilidade dos indivíduos nos espaços, constringendo, assim, a acessibilidade e a autonomia. Tendo em conta que esta definição é marcadamente abrangente, importa considerar que, sendo as capacidades locomotoras dos indivíduos específicas à sua condição, um qualquer elemento pode constituir uma barreira arquitetónica para um indivíduo e não para outro. Nesse sentido, deficiências físicas e/ou mentais tendem a acarretar diferentes obstáculos nos seus ambientes, que implicam conflito com as suas limitações inerentes (Santos et al., 2020).

Segundo Caldeira (2009), existem quatro tipos básicos de dificuldades comumente aceites, a saber:

(1) Dificuldades para vencer desníveis: apresentam-se no âmbito de movimentos de mudança de nível ascendentes ou descendentes, num itinerário horizontal;

(2) Dificuldades de controlo: apresentam-se face à perda de capacidade de executar ações precisas, quer ao nível do equilíbrio quer da manipulação;

(3) Dificuldades de alcance: apresentam-se por impossibilidade de alcançar objetos, podendo ser manuais, visuais e/ou auditivas;

(4) Dificuldades de manobra: apresentam-se quando o acesso e a movimentação no espaço estão limitados, não permitindo a deslocação.

Assim, as barreiras arquitetónicas relacionadas com as construções urbanas ou habitacionais, impedem o acesso de pessoas com limitações temporárias ou permanentes, ou com mobilidade condicionada de que são exemplo, os idosos, as grávidas, as crianças, as pessoas com auxiliar de marcha, as pessoas portadoras de deficiência, de deslocarem-se livremente. Essas barreiras podem ser escadas, sanitas com altura desadequada, degraus íngremes, falta de barras de apoio, casas de banho não adaptadas, entre outras (Pettersson et al., 2018; Siqueira et al., 2009). Neste sentido, as barreiras arquitetónicas limitam, de alguma forma, a acessibilidade aos demais equipamentos inseridos nas instalações sanitárias habitacionais, tendo em vista a autonomia para o autocuidado.

Contrariamente à barreira, a acessibilidade é o bom relacionamento entre a pessoa e o ambiente, representando a ligação entre a pessoa, na sua componente funcional com os requisitos do ambiente físico (Pettersson et al., 2018).

A acessibilidade é facilitada pela existência de barras de apoio na sanita ou chuveiro, assento de chuveiro, lavatório com altura adequada, e fica comprometida quando existe espaço reduzido ou soleiras altas que dificultam ou impedem a mobilidade com andarilho, cadeira de rodas e cadeira sanitária (Pettersson et al., 2021).

Este é um conceito basilar em saúde, sendo que, sobre esta área que recai a responsabilidade de contribuir para a acessibilidade do ambiente das pessoas, considerando-o como um aspeto importante na intervenção. Para que tal seja possível, a acessibilidade foi operacionalizada segundo a categorização de Rovira-Beleta e Folch (2006):

(1) Não acessível: as barreiras impossibilitam a transposição;

(2) Acessível com ajuda: as barreiras exigem a presença de um elemento para transposição;

(3) Acessível com dificuldade: as barreiras implicam condicionamentos à transposição;

(4) Acessível sem dificuldade: ausência de barreiras que limitam a mobilidade.

A legislação sobre acessibilidade e mobilidade para todos, surge em Portugal pela primeira vez, em 1997 com o Decreto-Lei n.º 123/1997 de 22 de maio, o qual veio a ser substituído pelo Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de agosto (Teles, 2017).

O Decreto-Lei 163/2006 de 8 de agosto veio regulamentar a acessibilidade quer no espaço público e meio edificado, quer nos edifícios públicos e locais de trabalho e ainda no meio habitacional, visando igual acesso às pessoas com necessidades especiais.

Explanando esse conceito, pessoas com necessidades especiais fazem parte as pessoas com mobilidade condicionada, que se destacam (Decreto-Lei n.º. 163/2006, p. 5670):

“Pessoas em cadeiras de rodas, pessoas incapazes de andar ou que não conseguem percorrer grandes distâncias, pessoas com dificuldades sensoriais, tais como pessoas cegas ou surdas, e ainda aquelas que, em virtude do seu percurso de vida se apresentam transitoriamente condicionadas, como as grávidas, as crianças e os idosos.”

A mobilidade ótima é aquela que permite à pessoa deslocar-se em segurança e liberdade e é um fator determinante para o bem estar e para a capacidade funcional (Hertig-Godeschalk et al., 2018).

A Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009 aprovou a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), adotada em Nova Iorque a 30 de março de 2007. A CDPD tem como premissa proteger, promover e garantir o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade. Alude para deficiência como um termo evolutivo, advindo da interação entre pessoas com incapacidades e barreiras comportamentais e ambientais que limitam a participação plena, na sociedade, em condições de igualdade com outras pessoas (Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009).

As pessoas com deficiência têm incapacidades definitivas físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais que na presença de barreiras, ficam impedidas do acesso ou participação na sociedade, comparativamente com as demais, diante das condições e situações de vida diária (Araújo et al., 2018).

A CDPD no artigo 9º, indica que o Estado deve incluir medidas que compreendam a identificação e a eliminação de barreiras em todo o ambiente, nomeadamente

habitacional, tanto a nível das instalações exteriores como das interiores (Resolução da Assembleia da República nº 56/2009).

Transpondo para a problemática em estudo, tendo em conta o objetivo, e corroborando a DGS (2008), em Planos Locais de Ação em Habitação e Saúde, acessibilidade significa “o uso completo da casa e do meio envolvente, livre de barreiras e com equipamentos utilizáveis” (DGS, 2008, p.15). No caso particular, visa a acessibilidade dos equipamentos que compõem as instalações sanitárias habitacionais.

As instalações sanitárias integram elementos como lavatório, sanita, bidé, banheira, duche, entre outros, indispensáveis à higiene e satisfação de necessidades fisiológicas generalizadas. Assim, sendo o seu uso impossível de renúncia, são instalações fundamentais à vida de qualquer indivíduo, razão pela qual analisar a sua acessibilidade é marcadamente pertinente, independentemente do contexto (Decreto-Lei nº 163/2006).

Estas instalações podem, então, implicar dificuldades variadas no âmbito da entrada, aproximação dos diferentes elementos, sentar ou transferir-se, estabilidade, alcance, limpeza, levantar, entre outras.

Infelizmente, muitas das instalações sanitárias atuais, não são adequadas às necessidades associadas a diferentes deficiências. Ainda que a assistência física seja uma forma de colmatar tais limitações, não é ideal pela dependência que cria na pessoa. Assim, é marcadamente importante que as referidas instalações sejam desenhadas ou adaptadas para proporcionar apoio físico e funções úteis aos seus utilizadores (Güldenpfennig et al., 2019). Ademais, como os mesmos autores afirmam, analisar e atuar para promover a acessibilidade das instalações sanitárias tem impacto não só na capacidade funcional de diferentes pessoas, mas também na sua qualidade de vida geral, levando a cabo a realização para o autocuidado (Güldenpfennig et al., 2019).

Um ambiente habitacional, que não seja acessível diminui a participação social, aumenta a dificuldade de autogestão, maior risco de isolamento e probabilidade de maiores cuidados de saúde (Greiman & Ravesloot, 2016).

A acessibilidade ao ambiente físico tem impacto na capacidade funcional da pessoa. As adaptações devem ser distintas de acordo com as necessidades individuais. Uma barra de apoio para permitir a entrada para a banheira ou melhorar a largura da porta, garantindo a acessibilidade com uma cadeira de rodas, possibilitam às pessoas com

mobilidade reduzida superarem as barreiras nas suas casas de banho (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2013).

Definem-se adaptações domiciliares como a melhoria da acessibilidade quer na possibilidade da entrada ou saída da casa, quer no acesso às instalações no interior da mesma (Hertig-Godeschalk et al., 2018; OMS, 2013).

As adaptações adequadas na habitação conduzem a um maior ambiente de segurança, como é o exemplo do tomar banho (Hertig-Godeschalk et al., 2018).

Nos Estados Unidos da América, adaptações habitacionais são consideradas “modificações domésticas” e incluem intervenções tecnológicas para a realização das atividades de vida diária, ao passo que na Suécia as adaptações habitacionais ou modificações domésticas englobam a adaptação de áreas de higiene, aplicação de barras de apoio e introdução de rampas. Na Alemanha estes mesmos conceitos dizem respeito a objetos sanitários, entrada de habitações e portas (Slaug et al., 2017).

As adaptações na casa de banho visam solucionar as barreiras arquitetónicas, sendo as mais comuns a colocação de barras de apoio no chuveiro/base de duche/banheira ou sanita, correção do chuveiro com diferença de nível, substituição da banheira pela base de duche (Iwarsson et al., 2012a).

Para Pettersson et al. (2021) as casas de banho pequenas poderão constituir uma vantagem para as pessoas se apoiarem nas paredes, aquando da utilização. Mas, no mesmo contexto, são prejudiciais sempre que os utilizadores dependam de dispositivos de mobilidade, como canadianas ou bengala, chegando por vezes a ser inacessíveis quando utilizam andarilhos ou cadeira de rodas. Nesta circunstância de inacessibilidade leva os familiares ou cuidadores a optarem pela prestação dos cuidados de higiene no quarto (Pettersson et al., 2021).

Os mecanismos de abertura de porta da casa de banho também podem ser facilitadores ou dificultadores de acessibilidade. Yoshida e Magagnin (2017) mencionam que os dispositivos de abertura de porta com maçaneta dificultam o seu manuseio e que a porta e os corredores estreitos limitam a acessibilidade à casa de banho de pessoas com mobilidade limitada, mais propriamente dependentes do uso de cadeira de rodas.

Num estudo realizado na Suécia por Kylén et al. (2014) constataram que, de 371 habitações, todas tinham barreiras arquitetónicas, sendo a maioria centradas na cozinha e na casa de banho. Nas instalações sanitárias, as que mais se evidenciavam foram: o

espelho e o lavatório colocados somente para uso em pé, a altura da sanita a 47 cm e os controlos com necessidade de giro de pulso. Na amostra em estudo, a maioria dos participantes consideravam a sua saúde como boa e com poucas limitações funcionais (Kylén et al., 2014).

Um outro estudo também realizado na Suécia, com vista à diminuição de barreiras nas casas de banho, foi avaliado se a realocação da pessoa noutra casa, melhoraria a acessibilidade, tendo em conta o possível declínio funcional que se poderia ter na velhice (Granbom, et al., 2016). Percebeu-se que apesar de melhorarem a acessibilidade ainda prevaleciam algumas barreiras, onde se destacavam as portas estreitas, os corredores estreitos, o piso escorregadio, a cabine de chuveiro com desnível, o lavatório apenas para uso em pé, a sanita sem altura *standard*, falta de assento no chuveiro ou banheira. Os autores apontam que com as limitações funcionais causadas pela velhice, teriam mais impacto negativo nas primeiras casas, antes da realocação (Granbom, et al., 2016).

Num estudo realizado no estado de São Paulo, Brasil, tendo por objetivo apresentar o resultado de uma pesquisa que avaliou o grau de satisfação dos idosos sobre a sua habitação, os autores Yoshida e Magagnin (2017) concluíram que, a maioria dos participantes possuía boa mobilidade e que apenas uma parte deles tinha mobilidade reduzida e dependia de algum dispositivo de locomoção, dando como exemplo o andador e a bengala. Por meio de análise, também percebeu que os participantes tinham dificuldade para abrir a porta da casa de banho através de maçaneta. Os autores apontam que este método de abertura apresenta desgaste fácil e que por essa dificuldade, os utilizadores optavam por deixar sempre a porta aberta. Outros aspetos relevados pelos moradores prendiam-se com o espaço pequeno para a utilização do chuveiro e com a largura da porta da casa de banho ter apenas 63 cm. A largura estreita da porta causava dificuldade de acesso sobretudo para pessoas com mobilidade condicionada e de impossível acesso para pessoas dependentes do uso de cadeira de rodas (Yoshida & Magagnin (2017).

Os participantes ainda se pronunciaram sobre a largura dos corredores internos, uns como sendo ótima, outros razoável e apenas uma pequena percentagem como sendo má, mas as medidas, nos três edifícios em análise, não deixavam dúvidas quanto à dificuldade de acesso por pessoa em cadeira de rodas. O mais largo tinha 100 cm, outro tinha 89 cm e o terceiro contava apenas com 87 cm de largura. Portanto, comprometiam

a acessibilidade à casa de banho para pessoa com necessidade de utilização de cadeira de rodas (Yoshida & Magagnin, 2017).

Estes problemas de acessibilidade, identificados pelos autores Yoshida e Magagnin (2017), estão relacionados com a etapas de projeto e execução de obra.

Para se melhorar acessibilidade é importante uma abordagem disciplinada, uma vez que são recorrentes as adaptações nas instalações habitacionais. É necessário providenciar apoios para a realização desses ajustes, fundamentados nas medidas políticas de construção que visam o aumento das instalações habitacionais mais acessíveis e é conveniente educar e alertar os profissionais de saúde, como enfermeiros, terapeutas e assistentes sociais sobre essas necessidades (Araújo et al., 2018; Hertig-Godeschalk et al., 2018).

As respostas políticas são uma prioridade da União Europeia, tendo por base aumentar a eficácia e a eficiência na prestação de cuidados diferenciados, de que são exemplo os cuidados de enfermagem de reabilitação. Neste caso, o exercício destes cuidados, permitem reduzir o impacto dos níveis de mobilidade condicionada e deficiência, e possibilitam que as pessoas idosas sejam gestoras de uma vida autónoma com as limitações funcionais, dentro das suas residências adaptáveis (Slaug et al., 2017).

O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação enquadra-se nesta visão, uma vez que é o profissional de saúde com mais conhecimento técnico na área das acessibilidades e das barreiras arquitetónicas (Regulamento nº 392/2019).

### 1.3. INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL E AUTOCUIDADO

Viver mais tempo pode ser associado à saúde e bem-estar ou a doenças crónicas e incapacidade, pelo que os idosos, sendo mais vulneráveis, estão mais predispostos a problemas naturais relacionados com o envelhecimento, perda da autonomia e de independência funcional (Manso et al., 2019). Os autores Goes et al. (2020) apontam como estímulo para a sociedade um envelhecimento ativo com melhor qualidade de vida, focando-se na autonomia e independência.

É tão relevante proporcionar à pessoa idosa bem-estar, como também fornecer mecanismos de adaptação à sua condição de saúde (Ferra et al., 2019).

É neste contexto que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve intervir, identificando as necessidades de reabilitação nas pessoas ao longo do ciclo

vital, que por consequência da sua condição de saúde, deficiência, limitação da mobilidade e restrição da participação, estejam impossibilitadas de executar atividades básicas de autocuidado, de forma independente. Cabe-lhe criar, implementar e avaliar planos de intervenção específicos, com vista à qualidade de vida, ao bem-estar, à reeducação funcional, à readaptação funcional, à reintegração e à participação na família e na sociedade (Regulamento nº 392/2019).

A OMS desenvolveu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) com o intuito de estabelecer um padrão em saúde. A classificação atende à funcionalidade, incapacidade e saúde de uma pessoa interligando-se entre os vários estados de saúde com os fatores ambientais e pessoais. Classifica funções e estruturas corporais pela incapacidade, limitação da atividade ou restrição da participação, como presença ou ausência de deficiência; descreve atividade, pela forma de concluir uma tarefa ou ação de uma pessoa e a participação em vivência de situações reais, através de fatores ambientais e pessoais que podem atuar como barreiras ou facilitadores para o desempenho das atividades e da participação (OMS, 2004).

A funcionalidade reflete a capacidade da pessoa em atuar de forma independente na sua vida, de acordo com a dimensão individual, biológica e social, ao passo que a incapacidade releva para a deficiência, limitação da atividade e restrição da participação social no contexto ambiental onde vive (Andrade et al., 2017; OMS, 2004).

Neste contexto, a CIF representa uma mudança paradigmática sobre a deficiência e a incapacidade, integrando um instrumento para a avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social (Farias & Buchalla, 2005).

A capacidade funcional diz respeito à autonomia da pessoa para a realização das atividades de vida diária e à possibilidade de viver sozinha em contexto domiciliário (Rebelatto & Morelli, 2004, citado Araújo et al., 2007).

A capacidade de executar atividades de vida diária (AVD) é o mais relevante indicador de funcionalidade em idosos. Quando se referem ao autocuidado, podem ser classificadas em atividades básicas de vida diária e relacionadas à vida prática quando se referem a atividades instrumentais de vida diária (Lopes & Santos, 2015).

Simões et al. (2018) fizeram referência aos instrumentos que avaliavam a capacidade e participação das pessoas em AVD, nos quais destacaram o IB, o Índice de

Katz, a Escala Klein-Bell de AVD, a Avaliação Kenny de Autocuidado e a Avaliação Melville-Nelson de Autocuidado e Traffic Light System-BasicADL (Simões et al., 2018).

Destes instrumentos, apenas se fará referência ao IB, uma vez que está validado para a população portuguesa (Araújo et al., 2007; Sequeira, 2010; Simões et al., 2018).

O IB é um índice simples de independência que visa avaliar a capacidade da pessoa cuidar de si própria, em situação de doença neurológica, distúrbio muscular ou musculoesquelético (Mahoney & Barthel, 1965). As autoras fazem referência para as condições ambientais na interação da pessoa com mobilidade condicionada, limitação da atividade ou restrição da participação, pela possibilidade de acesso e participação, no qual pode ser exemplo a existência de portas largas, quartos no mesmo nível, existência de barras de apoio na sanita, banheira ou base de duche, de forma a facilitar o acesso de pessoa em cadeira de rodas (Mahoney & Barthel, 1965).

O IB, pode ser realizado por meio de entrevista à pessoa e/ou familiar cuidador, ou através de observação direta, o que torna a sua aplicação simples e rápida (Mahoney & Barthel, 1965; Simões et al., 2018).

O referido instrumento permite avaliar dez AVD, relacionadas com o autocuidado, mobilidade e eliminação, sendo elas a alimentação, o vestir e despir, o banho, a higiene corporal, o uso da casa de banho, o controlo intestinal, o controlo vesical, o subir escadas, a transferência cama-cadeira e a deambulação (Araújo et al., 2007; Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2010).

A pontuação determina a independência funcional, podendo variar entre 0 e 100, em que 0 (máxima dependência) e 100 (independência total). A pontuação individual de cada item reflete se a pessoa tem alguma incapacidade na concretização de uma ou mais atividades específicas e desta forma, adequar a intervenção às necessidades, porém, a pontuação 100, expressa que a pessoa executa as atividades de forma independente, mas pode significar que não seja capaz de viver sozinha, se não conseguir cozinhar ou cuidar da casa, apenas pode ser capaz de sobreviver sem cuidados de acompanhamento (Mahoney & Barthel, 1965).

Em programas de reabilitação é comumente utilizado o IB para avaliação da independência funcional, uma vez que permite determinar quais as incapacidades específicas da pessoa, a partir das pontuações parciais avaliadas e assim personalizar os cuidados face às necessidades (Araújo et al., 2007).

Também outros autores mencionam que a independência funcional na pessoa idosa pode influenciar a adesão às práticas de autocuidado (Vicente et al., 2020).

Entende-se por autocuidado a “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” (*International Council of Nurses*, 2019).

O autocuidado é a modalidade primária de cuidados de saúde a nível global (Wendland & Skinner, 2020). Tal conceito assenta na capacidade individual de gerir a própria saúde, de acordo com os seus recursos particulares. De facto, “o autocuidado é entendido como a perceção, a capacidade e os comportamentos dos indivíduos em realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e gerir as doenças” (Petronilho, 2012, p.92).

Dorothea Orem (2001) define autocuidado como sendo a prática de atividades que as pessoas desempenham em seu próprio benefício, num determinado espaço de tempo, tendo como foco a preservação da vida, a saúde e o bem-estar pessoal.

Existindo várias definições do conceito, importa considerar os aspetos em torno dos quais convergem. Assim, Webber et al. (2013) apontam que tais concetualizações tendem a referir-se a pessoas saudáveis, a focar a prevenção como primordial, a apontar uma relação colaborativa entre o indivíduo e os sistemas de saúde e a abranger, além do nível individual, o familiar e até o comunitário.

Ademais, as práticas envolvidas no autocuidado alinham-se em domínios específicos, como a higiene, o uso responsável de produtos e serviços médicos, a evicção ou mitigação do risco, a alimentação saudável, a atividade física, a saúde mental e a literacia em saúde (Webber et al., 2013).

Ribeiro et al. (2018) apontam para que a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação seja alicerçada e sistematizada não só na evidência científica e nos instrumentos reguladores da profissão, mas também nos referenciais teóricos da enfermagem (Ribeiro et al., 2018).

Ainda os mesmos autores, num estudo realizado no contexto nacional, concluíram que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação consideram que os referenciais que mais se adequam à prática profissional de enfermagem de reabilitação são os da Afaf Meleis, Dorothea Orem, Callista Roy e Madeleine Leininger (Ribeiro et al., 2018).

Uma vez que o autocuidado é parte integrante do leque de intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, percebe-se uma importante relação com o referencial teórico de Dorothea Orem, pois suporta adequadamente a promoção do autocuidado, sobretudo quando está limitado pelo estado de saúde da pessoa e pelo meio envolvente e pela existência de déficit de autocuidado.

Esta teórica identificou três tipos de requisitos de autocuidado: universais, dizem respeito à manutenção e funcionalidade da pessoa; requisitos de desenvolvimento, são relacionados com os contextos e circunstâncias que ocorrem em diferentes ciclos de vida; e requisitos de desvio de saúde, relacionam-se pelas escolhas mediante os problemas (Santos et al., 2022).

Dorothea Orem considera a teoria do déficit de autocuidado de enfermagem como uma teoria global, constituída por três teorias interligadas: a teoria do autocuidado, onde descreve a razão e como as pessoas cuidam de si próprias; a teoria do déficit de autocuidado, descreve e esclarece o entendimento pela qual as pessoas podem ser apoiadas pela enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, refere e clarifica as relações que devem ser geradas e preservadas para que se conceba enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Na teoria do autocuidado, Orem denomina agente de autocuidado a pessoa que é capaz de se autocuidar por ter adquirido competências, conhecimentos e experiências ao longo do ciclo vital (Ribeiro et al., 2021). Para Queirós et al., (2014), os agentes de autocuidado podem ser profissionais ou cuidadores informais.

Na teoria do déficit de autocuidado, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é influente na medida em que a reabilitação através das intervenções no âmbito do ensinar, instruir e treinar as pessoas para promoverem o autocuidado ou dependência de cuidados, atua como suporte para a readaptação da pessoa, promovendo novas aptidões físicas e psicológicas (Ribeiro et al., 2021).

Na teoria dos sistemas dos sistemas de enfermagem, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação atua como agente de autocuidado terapêutico, uma vez que articula as suas capacidades terapêuticas, com as capacidades de autocuidado da pessoa com necessidades especiais e família (Ribeiro et al., 2021).

Orem identificou três sistemas para a prática de enfermagem: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e apoio-educação (Tomey & Alligod, 2002).

No sistema totalmente compensatório, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação intervém como agente de autocuidado terapêutico, substituindo a pessoa. No sistema parcialmente compensatório, é expectável que a pessoa detenha limitações e o enfermeiro atua conjuntamente com a pessoa e familiar cuidador na realização das atividades de autocuidado. No sistema de apoio-educação, prevê-se que a pessoa detenha capacidade para o autocuidado, no entanto, necessita de apoio e orientação para a execução do mesmo (Ribeiro et al., 2021).

O bem-estar e o autocuidado, assim como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem, compõem os enunciados descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na procura permanente do exercício profissional dá o seu máximo contributo na promoção do autocuidado e na eliminação de barreiras arquitetónicas da pessoa com necessidades especiais (Regulamento 350/2015).

#### 1.4. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA ELIMINAÇÃO DE BARREIRAS ARQUITETÓNICAS E NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

Dados apresentados pelo INE (2022e), nos Censos 2021, indicava em Portugal, na região norte do país, 184 pessoas idosas por cada 100 jovens, sendo mais evidente no sexo feminino, o que manifestamente se traduz para além do aumento do envelhecimento da população (INE, 2022e), numa maior prevalência de doença crónica e consequentemente em maior dependência no autocuidado (Petronilho et al., 2017; Ribeiro et al., 2014). Acresce que os problemas de saúde refletem num aumento da limitação da realização das atividades habituais (INE, 2023a).

É neste contexto que se releva para a enfermagem de reabilitação, enquanto especialidade, pelo que visa a melhoria da funcionalidade, a promoção da independência e a maximização da satisfação da pessoa. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na sua mestria, detém conhecimentos diferenciados, fundamentados na

evidência científica e na experiência qualificada, que lhe permite a tomada de decisão relativa à promoção da saúde, à prevenção de complicações secundárias, ao tratamento e reabilitação e, ainda a capacidade para conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação baseados nas complicações reais ou potenciais das pessoas (Regulamento nº 392/2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é, portanto, responsável por cuidar dos indivíduos com necessidades especiais, assim como por capacitá-los no âmbito do seu potencial e considerando as suas limitações. De facto, as suas competências específicas implicam uma análise da deficiência e suas limitações, associadas ao cuidado, à capacitação e à funcionalidade (Regulamento nº 392/2019).

A promoção da acessibilidade é fundamental na qualidade de vida das pessoas, e é aqui que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem responsabilidades. Pois, no dever das suas competências, “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania” e “promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social”, identificando as barreiras arquitetónicas e orientando para a sua eliminação, no ambiente onde a pessoa está inserida, permitindo uma maior funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório e alimentar. Participa ainda na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as demais organizações e emite pareceres técnico-científicos sobre as estruturas e equipamentos (Regulamento nº 392/2019).

A eliminação de barreiras arquitetónicas é imprescindível para que, a pessoa com mobilidade condicionada, possa usufruir de todos os seus direitos (Silva et al., 2019a), nomeadamente no acesso e na utilização incondicional das instalações sanitárias habitacionais.

Neste sentido, é de particular pertinência que, no âmbito do exercício das suas atividades, os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação atuem com foco na eliminação de barreiras arquitetónicas e na promoção do autocuidado, dado que a acessibilidade e o autocuidado são dois aspetos centrais na vivência da pessoa. Para tal, os enfermeiros de reabilitação, à imagem dos demais profissionais de saúde, devem procurar recolher informação sobre as barreiras arquitetónicas que constroem os clientes no âmbito das suas limitações de saúde, quer em contexto das unidades de saúde quer em contexto residencial, de forma a atuar para a adequação das mesmas com vista à

promoção da acessibilidade, autonomização e capacitação funcional das pessoas (Santos et al., 2020).

Por outro lado, “devem desenvolver e manter parcerias com os clientes para garantir que estes compreendem os seus direitos e responsabilidades quanto ao autocuidado, a natureza e o propósito dos seus regimes terapêuticos e as consequências de não persistir com eles” (Noyce, 2011, p. 94).

Devido ao processo de envelhecimento, os idosos experienciam um maior declínio funcional, traduzido num tipo deficiência física (Valença et al., 2017).

A prevalência das deficiências físicas constitui um problema atual na sociedade, reclamando uma enorme necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação, uma vez que esta área de especialidade integra o próprio cuidado e centra-se na realização das atividades que objetivam o autocuidado na vida diária, melhorando a autonomia (Schoeller et al., 2015).

Também os familiares e/ou cuidadores merecem atenção por parte do enfermeiro, uma vez que são imprescindíveis no processo de reabilitação e inclusão da pessoa com deficiência e contribuem para a realização do autocuidado (Portillo & Cowley, 2011). É através do empoderamento que, a pessoa com deficiência, reduz as limitações funcionais e melhora a sua autonomia (Silva et al., 2019a).

Na promoção do autocuidado, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação avalia a funcionalidade da pessoa e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades para a realização das atividades de vida diária, de uma forma autónoma. Em conformidade com o perfil de competências incumbe-se, ainda, da realização de planos de intervenção, ao nível de promoção das capacidades adaptativas, zelando pelo autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade nos diversos contextos, incluindo o domicílio (Regulamento nº 392/2019).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação atua como um agente de autocuidado terapêutico na pessoa com incapacidade e défice de autocuidado e no seu cuidador, capacitando-os para a maior independência funcional possível, visando a recuperação ou manutenção da sua condição e consequentemente a reintegração na sociedade e melhoria da qualidade de vida (Ribeiro et al., 2021).

Para Ribeiro et al. (2014) os enfermeiros orientam os seus cuidados pelo grau de dependência da pessoa e as terapêuticas de enfermagem visam a capacitação da pessoa e/ou do seu cuidador tendo como foco a otimização do autocuidado.

A prestação de cuidados de enfermagem deve focar-se também nos fatores ambientais, nomeadamente a nível domiciliário, por forma a identificar e minorar as barreiras arquitetónicas que condicionam a pessoa com deficiência e limitam a inclusão social (Pereira et al., 2020).

Assim, é nesta vertente que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação se torna mais relevante, ensinando a pessoa e o seu cuidador, na identificação e minoração de barreiras arquitetónicas, por forma a terem um ambiente facilitador que potencie o desenvolvimento do autocuidado nas instalações sanitárias habitacionais.

#### 1.5. PROPOSTAS DE ATUAÇÃO PARA O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO FACE ÀS BARREIRAS ARQUITETÓNICAS E PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

De acordo com as competências específicas, cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação capacitar a pessoa para obter a independência funcional, promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência, reforçar comportamentos de adaptação positiva, assegurar a acessibilidade e a continuidade de cuidados, tendo em conta a melhoria da qualidade de vida (Hoeman, 2000).

De facto, as dificuldades de acessibilidade nas instalações sanitárias habitacionais foram um aspeto amplamente identificado, sendo por este motivo a pertinência de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação face à eliminação de barreiras arquitetónicas e promoção do autocuidado.

As propostas abaixo visam potenciar os benefícios da sua intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação:

- Averiguar as instalações sanitárias nas casas de banho habitacionais e presença de barreiras arquitetónicas que dificultem o autocuidado;
- Aconselhar sobre adaptação da casa de banho e minoração/remoção de barreiras arquitetónicas;

- Promover a acessibilidade nas instalações sanitárias com vista à realização do autocuidado;
- Informar clientes e cuidadores sobre legislação e apoio social existente;
- Articular com o serviço social do centro hospitalar para a obtenção de apoio;
- Mobilizar e consciencializar atores locais (económicos, sociais, políticos) para a necessidade de apoiar obras domiciliárias nas residências de idosos com necessidades específicas de mobilidade;
- Realizar treino de autocuidado nas instalações sanitárias, com recurso a estratégias adaptativas, visando a acessibilidade e a promoção do autocuidado;
- Formular planos de intervenção no âmbito do exercício físico que garantam a manutenção da capacidade funcional física, evitando a perda de mobilidade e dificuldade da acessibilidade.
- Desenvolver mais estudos no âmbito das acessibilidades nas áreas habitacionais em clientes alvo de internamento em contexto de hospitalização domiciliária.

De facto, considerando o quão fundamental é minimizar ou eliminar o impacto das barreiras arquitetónicas na vida dos indivíduos, e de forma particular nas instalações sanitárias, importa refletir no facto de os enfermeiros de reabilitação constituírem um elemento-chave na sua identificação e “criação de condições que ajudem a pessoa com mobilidade condicionada promovendo a participação na comunidade, favorecendo a sua autonomia e independência” (Pereira et al., 2018 p. 67).



## **2. METODOLOGIA**

Este capítulo visa descrever a metodologia utilizada na presente investigação, nomeadamente, o desenho de estudo, os participantes, as variáveis em estudo, o instrumento de colheita de dados, o processo de colheita de dados, as considerações éticas e o tratamento e análise de dados.

### **2.1. DESENHO DE ESTUDO**

O presente estudo apoia-se numa metodologia quantitativa e é do tipo descritivo e transversal.

### **2.2. PARTICIPANTES DE ESTUDO**

Polit e Beck (2018) definem população como sendo o total de casos de interesse para o estudo. População-alvo é toda a população que o investigador tem interesse. Particularizando, traduz-se em todos os clientes alvo de cuidados de HD do CHTS.

Denominam-se clientes, os participantes em estudo, que por necessidade de internamento, eram alvo de HD do CHTS e objeto de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Por amostra, Polit e Beck (2018) definem como sendo uma porção, um subconjunto da população em análise.

Neste estudo, a amostra é não probabilística, pelo que a seleção dos participantes decorreu num momento previsto, limitando a escolha à população alvo de cuidados (Polit & Beck, 2018). Foi definida de acordo com a disponibilidade dos participantes durante o período de recolha de dados e compõem-se por 21 elementos.

O método de seleção foi primeiramente determinado com o objetivo de serem admitidos para o estudo todos os clientes que fossem internados no mês de março de 2020, que aceitassem participar de livre vontade. Fruto do interrupto causado pela pandemia de COVID-19, foram suspensas a 12 de março de 2020 todas as atividades não urgentes, incluindo as académicas, e retomadas no mês de junho de 2020. Assim, houve dois momentos de seleção e avaliação para o estudo, designadamente de um a 12 de março de 2020 e de um a 30 de junho de 2020.

Desta forma, eram incluídos para estudo, neste hiato temporal, todos os participantes alvo de internamento na UHD do CHTS.

### 2.3. VARIÁVEIS DE ESTUDO

Na concretização do presente estudo foram consideradas variáveis sociodemográficas, de natureza clínica, a independência funcional, e relacionadas com as barreiras arquitetónicas e acessibilidade.

As variáveis sociodemográficas, dizem respeito à caracterização da população, sendo concretizadas na avaliação de: a idade, o sexo, o estado civil, o nível de escolaridade, a situação profissional, os coabitantes e número de coabitantes na casa, o concelho de residência, o tipo de habitação, a propriedade da habitação, o ano de construção, o número de casas de banho e os equipamentos sanitários.

As variáveis de condição clínica consideradas incluem os internamentos hospitalares, os antecedentes de saúde, o motivo de internamento, a referenciação para a UHD, o tipo de cuidados alvo, beneficiário de ER, a instituição onde beneficiou de cuidados de ER, a perceção do participante como beneficiário de ER na UHD, o meio auxiliar de marcha, a limitação da mobilidade, o número de vezes que utiliza a casa de banho por dia, o nível de saúde atual e sintomas no último mês.

A avaliação do nível de independência no autocuidado foi aferida com recurso ao IB.

Elaborado em 1965 por Mahoney e Barthel, o IB foi validado para a população portuguesa por Araújo et al. (2007), numa amostra em idosos não institucionalizados e por Sequeira (2010), em cuidar de idosos com dependência física e mental. Tanto a versão utilizada por Araújo et al. (2007) como a de Sequeira (2010), apresentaram fiabilidade adequada na avaliação das propriedades psicométricas e elevada consistência interna, sendo que na primeira o *alfa de Cronback* é de ( $\alpha=0,96$ ) e na segunda é ( $\alpha= 0,89$ ).

Considerando a população em estudo, nesta investigação adotou-se a versão utilizada por Sequeira (2010).

O IB possibilita a avaliação da capacidade funcional e permite descrever o grau de independência em cada atividade básica de vida diária, sendo elas: alimentação, vestir e despir, banho, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir escadas, transferência cama-cadeira e deambulação (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2010).

Segundo este último autor, cada atividade é avaliada entre dois a quatro níveis de dependência, sendo que a pontuação de zero se alinha na dependência total e a

independência poderá ser cotada com 5, 10 ou 15 pontos. A pontuação final pode variar entre (0-100), sendo que é proporcionalmente inversa com o grau de dependência. Quanto menor for a pontuação maior é a dependência funcional, como se pode verificar pelos pontos de corte designados por Sequeira (2010): entre 90-100 é classificado como independente; entre 60-89 é avaliado como ligeiramente dependente; entre 40-55 é avaliado como moderadamente dependente; entre 20-35 é classificado como severamente dependente e por fim <20 é considerado como totalmente dependente.

As variáveis de barreiras arquitetónicas são alusivas à caracterização das barreiras arquitetónicas, como sendo o acesso à casa de banho, a perceção do participante em relação à presença de barreiras arquitetónicas, a melhoria da acessibilidade na casa de banho, a caracterização das instalações sanitárias relativas aos controlos de abertura de água, quanto aos controlos de escoamento de água e quanto à caracterização dos controlos de abertura de porta. Outras variáveis de acessibilidade são a sanita acessível, barras de apoio, banheira acessível, duche acessível, proteção de banheira ou de base de duche, lavatório acessível, espelho, controlos e mecanismos operáveis e porta.

As variáveis de barreiras arquitetónicas/acessibilidade resultam da interpretação do Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 agosto, onde se define o regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais.

Apoiado também no Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto, afigurando-se as normativas de acessibilidade, construiu-se uma lista de verificação das instalações sanitárias habitacionais. A elaboração da lista foi adaptada de Rodrigues (2019) e a categorização da acessibilidade baseou-se em Rovira-Beleta e Folch (2006).

Apreciando os autores acima descritos, a sistematização da acessibilidade das instalações sanitárias habitacionais caracterizou-se por: (1) não acessível, (2) acessível com ajuda, (3) acessível com dificuldade, (4) acessível sem dificuldade ou (5) não aplicável / objeto ausente, como é indicado no Quadro 1 (Rovira-Beleta & Folch, 2006).

Foi ainda imprescindível o recurso a uma fita métrica para avaliação das acessibilidades, por forma a validar as normativas do referido decreto-lei. Em fase de pré-teste, por forma a melhorar a qualidade e a viabilidade da lista de verificação das instalações sanitárias, solicitou-se parecer do docente convidado da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, Arquiteto Pedro Gonçalves. A resposta foi validada e integrada.

As variáveis sociodemográficas e de condição clínica foram caracterizadas com recurso a um questionário de resposta fechada, elaborado pela equipa de investigação.

#### 2.4. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados incluem um questionário e uma grelha de observação elaborados pela equipa de investigação para dar resposta ao estudo e inclui também o IB. Para garantir a anonimização dos ficheiros de recolha de dados, atribuiu-se um código a cada participante associado à data da avaliação.

O ficheiro individual de recolha de dados está estruturado em quatro grupos:

- Grupo 1 – Informação pessoal – Informação pessoal para anonimização;
- Grupo 2 – Informação geral – Caracterização dos participantes;
- Grupo 3 – Avaliação dos níveis de independência no autocuidado – Índice de Barthel;
- Grupo 4 – Verificação das barreiras arquitetónicas – Lista de verificação das instalações sanitárias.

#### 2.5. PROCESSO DE COLHEITA E PROCESSAMENTO DE DADOS

A colheita de dados foi realizada pelo investigador principal, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, por método de entrevista, para a aplicação de questionário de resposta fechada, observação direta e verificação das acessibilidades às instalações sanitárias em uso.

A primeira abordagem com o participante decorreu em contexto formal de prestação de cuidados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, numa visita domiciliária e acompanhado do médico assistente. No primeiro contacto, fazia-se referência ao estudo, foram explicados os objetivos e procedimentos, com vista a um consentimento informado. Posteriormente, foi agendada a entrevista e avaliação domiciliar, de acordo com a preferência do participante e disponibilidade do investigador.

As atividades de recolha de dados decorreram na habitação do participante/cuidador, onde este se encontrava internado em contexto de HD.

Nos casos em que o participante era portador de limitação motora/cognitiva ou com alteração do nível de consciência que condicionasse a participação, foi convidado o cuidador para responder às questões em estudo.

O registo dos dados foi efetuado com recurso a papel e caneta, em ficheiro individual de recolha de dados. Os dados anonimizados foram processados manualmente numa base de dados no software estatístico que suportou a análise.

## 2.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No decorrer do planeamento da investigação foi submetida à Comissão de Ética em Saúde (CES) do CHTS, no dia 16 de janeiro de 2020, toda a documentação definida pela organização: a folha de informação ao participante (Apêndice I), o consentimento informado (original e duplicado) (Apêndice II), o instrumento de colheita de dados (Apêndice III) (Grupo 1 – Informação pessoal para anonimização; Grupo 2 - Caracterização dos participantes; Grupo 3 – Índice de Barthel; Grupo 4 – Lista de verificação das instalações sanitárias).

No dia 24 de fevereiro de 2020 foi favorável o parecer da CES e do Conselho de Administração do referido Centro Hospitalar, para a realização do estudo de investigação (Anexo I).

Após um primeiro contacto (convite para participação), no dia da entrevista, os participantes foram novamente elucidados do objetivo e do benefício do estudo, do tempo previsto para a colheita de dados (máximo uma hora) e sobre o consentimento livre e esclarecido. Os participantes foram informados da possibilidade de se recusarem a participar, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Assim, após a verificação da compreensão dos termos, o consentimento informado foi assinado pelo participante ou cuidador (caso o participante fosse portador de limitação motora/cognitiva ou com alteração do nível de consciência que condicionasse a participação) e pelo investigador.

A privacidade foi garantida durante a recolha de dados e a confidencialidade dos mesmos foi salvaguardada através da anonimização dos ficheiros.

## 2.7. TRATAMENTO DE DADOS

Após o processamento dos dados, verificou-se a qualidade dos mesmos e procedeu-se à sua análise, utilizando estatística descritiva simples, em alinhamento com os objetivos do estudo.

Assim, apresentam-se frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão).

O *software* utilizado para análise estatística descritiva foi o IBM® SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 26.

### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente ponto, descrevem-se os resultados obtidos, tendo como referência as questões de investigação formuladas.

(1) *Como se caracterizam os clientes alvo de hospitalização domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa?*

No que se refere à idade dos clientes da UHD do CHTS participantes na presente investigação ( $n=21$ ), conforme se pode verificar na Tabela 1, a mesma estava compreendida entre os 19 e os 91 anos, sendo a idade média de 67 anos.

**Tabela 1**

*Caracterização da Amostra em Relação à Idade.*

	<i>n</i>	Mínima	Máxima	Média	Mediana	DP
<b>Idade</b>	21,0	19,0	91,0	66,9	68,0	19,0

Na Tabela 2 está descrita a distribuição dos participantes quanto às restantes variáveis de caracterização, designadamente, o sexo, o estado civil, o nível de escolaridade, a situação profissional, os coabitantes, o número de coabitantes na casa e o concelho de residência. Apurou-se que, maioritariamente, eram do sexo feminino ( $n=11$ ; 52,4%). Quanto ao estado civil, percebemos que 47,6% ( $n=10$ ) estavam casados ou em união de facto, 33,3% ( $n=7$ ) eram viúvos e apenas 19,0% ( $n=4$ ) da amostra eram solteiros. Relativamente à distribuição quanto ao nível de escolaridade, pudemos verificar que na sua maioria detinham o 1º ciclo, 76,2% ( $n=16$ ). Dos participantes, 66,7% ( $n=14$ ) eram reformados, inválidos ou pensionistas, 19% ( $n=4$ ) trabalhavam por conta de outrem e 14,3% ( $n=3$ ) encontravam-se desempregados. Da amostra, 42,9% ( $n=9$ ) residiam com a sua família nuclear (pais, filhos e irmãos), enquanto 33,3% ( $n=7$ ) com o cônjuge, 9,5% ( $n=2$ ) com o cônjuge, filhos e outro familiar, 9,5% ( $n=2$ ) referiam viver sozinhos e apenas 4,8% ( $n=1$ ) referia viver com o cuidador informal. Assim, a maioria dos participantes ( $n=14$ ; 66,7%) indicou que na sua habitação viviam entre uma e três pessoas, 28,6% ( $n=6$ ) indicaram residir entre quatro a seis pessoas e 4,8% ( $n=1$ ) indicou que coabitavam sete ou mais pessoas.

Quanto à distribuição dos participantes por concelho de residência, verificou-se que, Paços de Ferreira e Paredes eram os concelhos onde residiam mais participantes,

23,8% ( $n=5$ ) cada, seguidamente Lousada com 19,0% ( $n=4$ ), Amarante e Penafiel 9,5% ( $n=2$ ) cada, e apenas um residente em cada concelho de Castelo de Paiva, Felgueiras e Marco de Canaveses, 4,8% ( $n=1$ ), respetivamente.

**Tabela 2**

*Apresentação dos Participantes Quanto ao Sexo, Estado Civil, Nível de Escolaridade, Situação Profissional, Coabitantes, Nº de Coabitantes na Casa e Concelho de Residência.*

	<i>n</i>	%
<b>Amostra</b>	21	100,0
<b>Sexo</b>		
Feminino	11	52,4
Masculino	10	47,6
<b>Estado civil</b>		
Casado/União de Facto	10	47,6
Viúvo	7	33,3
Solteiro	4	19,0
<b>Nível de escolaridade</b>		
1º ciclo	16	76,2
Analfabeto	2	9,5
3º ciclo	2	9,5
Ensino superior	1	4,8
<b>Situação profissional</b>		
Reformado/Invalidez/Pensionista	14	66,7
Trabalhador por conta de outrem	4	19,0
Desempregado	3	14,3
<b>Coabitantes</b>		
Família nuclear (pais, filhos e irmãos)	9	42,9
Cônjuge	7	33,3
Cônjuge, filhos e outro familiar	2	9,5
Sozinho	2	9,5
Cuidador	1	4,8
<b>Nº de pessoas que residem na casa</b>		
1-3	14	66,7
4-6	6	28,6
≥7	1	4,8
<b>Concelho de residência</b>		
Paços de Ferreira	5	23,8
Paredes	5	23,8
Lousada	4	19,0
Amarante	2	9,5

Penafiel	2	9,5
Felgueiras	1	4,8
Marco Canaveses	1	4,8
Castelo de Paiva	1	4,8

A caracterização dos participantes quanto aos internamentos, aos antecedentes de saúde, ao motivo de internamento e à referenciação para a UHD estão patentes na Tabela 3. Ademais, do total dos participantes, 81% ( $n=17$ ) indicaram não ter tido nenhum internamento hospitalar no último ano, 14,3% ( $n=3$ ) indicaram ter tido dois e 4,8% ( $n=1$ ) indicou ter tido um internamento. Aferiu-se ainda que, para 95,2% ( $n=20$ ), era a primeira vez que estiveram internados em UHD, enquanto 4,8% ( $n=1$ ) referiu ser a segunda vez.

Os antecedentes pessoais eram variados. Verificamos que 76,2% ( $n=16$ ) participantes reportavam hipertensão arterial, 57,1% ( $n=12$ ) dislipidemia, 52,4% ( $n=11$ ) diabetes *mellitus*, 52,4% ( $n=11$ ) tinham um problema cardíaco, 38,1% ( $n=8$ ) eram portadores de algum problema respiratório, 33,3% ( $n=7$ ) reportavam problemas de obesidade, 33,3% ( $n=7$ ) possuíam algum problema renal, 19% ( $n=4$ ) detinham algum problema neurológico, 14,3% ( $n=3$ ) tinham como antecedentes hábitos tabágicos e 9,5% ( $n=2$ ) participantes reportavam um problema oncológico.

Os motivos de internamento deveram-se a infeção respiratória 47,6% ( $n=10$ ), pielonefrite/Infeção do trato urinário 19,0% ( $n=4$ ), insuficiência cardíaca agudizada 14,3% ( $n=3$ ), doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada ( $n = 2$ ; 9,5%), pé diabético/amputação de dedos 4,8% ( $n=1$ ) e erisipela 4,8% ( $n=1$ ).

Relativamente à referenciação para a UHD, esta foi feita, na sua maioria pelo serviço de medicina com 81,0% ( $n=17$ ), 9,5% ( $n=2$ ) pelo serviço de urgência, 4,8% ( $n=1$ ) pelo serviço de cirurgia e 4,8% ( $n=1$ ) pelo serviço de pneumologia.

**Tabela 3**

*Caracterização dos Participantes Quanto aos Internamentos, Antecedentes de Saúde, Motivo de Internamento e Referenciação para a UHD.*

	<i>n</i>	%
<b>Internamento no último ano</b>		
Nenhum	17	81,0
Dois	3	14,3
Um	1	4,8

<b>Nº de internamentos na UHD</b>		
Um	20	95,2
Dois	1	4,8
<b>Antecedentes pessoais de saúde</b>		
Hipertensão arterial	16	76,2
Dislipidemia	12	57,1
Diabetes <i>mellitus</i>	11	52,4
Problema cardíaco	11	52,4
Problema respiratório	8	38,1
Problema renal	7	33,3
Obesidade	7	33,3
Problema neurológico	4	19,0
Hábitos tabágicos	3	14,3
Problema oncológico	2	9,5
<b>Motivo de internamento</b>		
Infeção respiratória	10	47,6
Pielonefrite/Infeção do trato urinário	4	19,0
Insuficiência cardíaca agudizada	3	14,3
Doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada	2	9,5
Pé diabético / amputação dedos	1	4,8
Erisipela	1	4,8
<b>Referenciação para a UHD</b>		
Serviço de Medicina	17	81,0
Serviço de Urgência	2	9,5
Serviço de Pneumologia	1	4,8
Serviço de Cirurgia	1	4,8

Caraterizando os participantes quanto ao tipo de cuidados alvo na UHD, é possível verificar que existia um leque variado de intervenções de enfermagem e outras mais específicas relativas à enfermagem de reabilitação, que visam satisfazer as necessidades de cuidados das pessoas admitidas. Assim, resultante da atividade em enfermagem de reabilitação, verificamos que, em 85,7% ( $n=18$ ) participantes foi realizado ensino sobre barreiras arquitetónicas, a 76,2% ( $n=16$ ) foram realizados ensinamentos sobre gestão do regime de exercício, a 57,1% ( $n=12$ ) foram realizados ensinamentos sobre ventilação (técnicas para otimização da ventilação, nomeadamente técnicas de reeducação funcional respiratória, técnica de tosse e *huffing*), a 57,1% ( $n=12$ ) foi feito ensino sobre técnicas de conservação de energia, as técnicas para executar exercício muscular e articular, foram trabalhadas com 33,3% ( $n=7$ ) dos clientes, o treino de equilíbrio foi executado em 23,8% ( $n=5$ ) e a

técnica para andar com auxiliar de marcha foi desenvolvida em 19,0% ( $n=4$ ) dos participantes (Tabela 4).

Quando se questionou se alguma vez, no passado, haviam beneficiado de cuidados de enfermagem de reabilitação, apenas 9,5% ( $n=2$ ) dos participantes respondeu afirmativamente e 4,8% ( $n=1$ ) indicou a instituição que lhe prestou cuidados de enfermagem de reabilitação. Analisando a percepção dos participantes relativamente a serem beneficiários de cuidados de enfermagem de reabilitação na UHD, 76,2% ( $n=16$ ) responderam afirmativamente, enquanto os restantes 23,8% ( $n=5$ ) mencionaram que não estavam a receber tais cuidados (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Caracterização dos Participantes Quanto ao Tipo de Cuidados Alvo, Beneficiário de ER, instituição onde beneficiou de cuidados de ER, e percepção do participante como beneficiário de ER na UHD.*

	<i>n</i>	%
<b>Tipo de cuidados alvo no participante</b>		
Administração de medicação endovenosa	21	100,0
Gestão do regime terapêutico	21	100,0
Gestão do regime medicamentoso	21	100,0
Ensino sobre barreiras arquitetónicas	18	85,7
Gestão do regime dietético	17	81,0
Gestão do regime de exercício	16	76,2
Prevenção de queda	13	61,9
Ensino sobre ventilação	12	57,1
Ensino sobre conservação de energia	12	57,1
Ensino sobre técnica inalatória	11	52,4
Exercícios de movimento corporal	7	33,3
Treino de equilíbrio corporal	5	23,8
Andar com auxiliar de marcha	4	19,0
Tratamento de feridas	3	14,3
<b>O participante alguma vez beneficiou de ER</b>		
Não	19	90,5
Sim	2	9,5
<b>Instituição onde beneficiou de ER</b>		
Equipa Cuidados Continuados Integrados de Rebordosa Paredes	1	4,8
Não se recorda	1	4,8
<b>Percepção do participante como beneficiário de ER na UHD</b>		

Sim	16	76,2
Não	5	23,8

A caracterização dos participantes quanto ao meio auxiliar de marcha, a limitação da mobilidade, o número de vezes que utiliza a casa de banho por dia, o nível de saúde atual e os sintomas no último mês estão relatados na Tabela 5.

Para se explorar o uso de meio auxiliar de marcha, foi possível verificar que 14,3% ( $n=3$ ) dependiam de andarilho, 4,8% ( $n=1$ ) mobilizava-se com o auxílio de canadianas e 4,8% ( $n=1$ ) necessitava de cadeira de rodas para se mover para a casa de banho. Por outro lado, 76,2% ( $n=16$ ) não utilizaram meios auxiliares de marcha. Todavia, a limitação da mobilidade em 38,1% ( $n=8$ ) dos participantes era permanente, enquanto 14,1% ( $n=3$ ), a limitação da mobilidade era temporária, devido ao problema transitório da condição de saúde.

Assim, explorando o número de vezes que os participantes se deslocavam à casa de banho em 24 horas, independentemente da condição de mobilidade, percebemos que 66,7% ( $n=14$ ) iam entre seis a dez vezes, 19,0% ( $n=4$ ) deslocavam-se até cinco vezes e 14,3% ( $n=3$ ) entre 11 e 15 idas à casa de banho.

Quanto à perceção do próprio estado de saúde, 57,1% ( $n=12$ ) classificaram-no como razoável, 23,8% ( $n=5$ ) como sendo fraco e apenas 14,3% ( $n=3$ ) classificaram a sua saúde como sendo boa.

Os sintomas mais evidentes foram o cansaço fácil, referido por 54,4% ( $n=11$ ) dos participantes, 33,3% ( $n=7$ ) mencionaram dispneia, e algum tipo de dor foi manifestado por 28,6% ( $n=6$ ).

**Tabela 5**

Caracterização dos Participantes Quanto ao Meio Auxiliar de Marcha, Limitação da Mobilidade, Nº de Vezes que Utiliza a Casa de Banho por Dia, Nível de Saúde Atual e Sintomas no Último Mês.

	<i>n</i>	%
<b>Auxiliar de marcha</b>		
Sem meio auxiliar	16	76,2
Andarilho	3	14,3
Canadianas	1	4,8
Cadeira de rodas	1	4,8
<b>Limitação da mobilidade</b>		
Sem limitação da mobilidade	10	47,6

Permanente	8	38,1
Temporária	3	14,3
<b>Nº de vezes que utiliza a casa de banho por dia</b>		
6-10	14	66,7
0-5	4	19,0
11-15	3	14,3
<b>Nível de saúde atual</b>		
Razoável	12	57,1
Fraco	5	23,8
Bom	3	14,3
Não sabe caraterizar	1	4,8
<b>Sintomas no último mês</b>		
Cansaço fácil	11	52,4
Dispneia	7	33,3
Dor	6	28,6

Na Tabela 6 caracterizam-se os participantes quanto ao tipo de habitação, propriedade, ao ano de construção, ao número de casas de banho e aos equipamentos sanitários.

Relativamente ao tipo de habitação, 85,7% ( $n=18$ ) dos participantes residiam em moradia e 14,3% ( $n=3$ ) em apartamento. A maioria habitava em casa própria, 61,9% ( $n=13$ ), e os restantes viviam na casa de algum familiar ou em casa alugada. Constatou-se também que o ano de construção era anterior a 8 de fevereiro de 2007 em 95,2% ( $n=20$ ) das habitações. Quanto ao número de casas de banho existentes em cada residência, 47,6% ( $n=10$ ) dispunham apenas de uma, 33,3% ( $n=7$ ) tinham duas e apenas 19% ( $n=4$ ) dos participantes dispunham de três casas de banho.

Quanto aos equipamentos que compunham a casa de banho, verificamos que todos os participantes ( $n=21$ ; 100,0%) dispunham de sanita, lavatório e espelho, 85,7% ( $n=18$ ) tinham bidé, 66,7% ( $n=14$ ) dispunham de banheira e apenas 33,3% ( $n=7$ ) tinham base de duche.

**Tabela 6**

*Caracterização dos Participantes Quanto ao Tipo de Habitação, Propriedade, Ano de Construção, Nº de Casas de Banho e Equipamentos Sanitários.*

	<i>n</i>	%
<b>Tipo de habitação</b>		
Moradia	18	85,7
Apartamento	3	14,3
<b>Propriedade da habitação</b>		
Própria	13	61,9
Familiar (filho, genro, nora)	4	19,0
Alugada	2	9,5
Pais	2	9,5
<b>Ano de construção da habitação</b>		
Antes de 8 de fevereiro de 2007	20	95,2
Depois de 8 de fevereiro de 2007	1	4,8
<b>Nº de casas de banho na habitação</b>		
1	10	47,6
2	7	33,3
3	4	19,0
<b>Equipamentos sanitários</b>		
Sanita	21	100,0
Lavatório	21	100,0
Espelho	21	100,0
Bidé	18	85,7
Banheira	14	66,7
Base de duche	7	33,3

(2) *Qual o nível de independência funcional dos clientes alvo de hospitalização domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa?*

Na Tabela 7 descrevem-se as medidas relativas ao grau de independência funcional da amostra. Perante a avaliação do IB nos participantes ( $n=21$ ), a pontuação mínima obtida foi de 20,0 e a pontuação máxima foi 100,0. Como média obtivemos um valor de 82,1( $\pm 23,6$ ) e de mediana 95,0, sendo que o desvio padrão (DP) foi de 23,6.

**Tabela 7***Caraterização da Amostra em Relação à Independência Funcional (score total do IB).*

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	DP
<b>Score Total de Independência Funcional (Índice de Barthel)</b>	21	20,0	100,0	82,1	95,0	23,6

Tendo por referência os pontos de corte propostos por Sequeira (2010), verificou-se que mais de metade da amostra era independente ( $n=12$ ; 57,1%) e 28,6% ( $n=6$ ) eram ligeiramente dependentes (Tabela 8).

**Tabela 8***Distribuição dos Participantes Segundo os Pontos de Corte de Sequeira (2010) Para o Score Total do IB.*

<b>Pontos de corte</b>	<i>n</i>	%
Independente (90-100)	12	57,1
Ligeiramente dependente (60-89)	6	28,6
Moderadamente dependente (40-55)	2	9,5
Severamente dependente (20-35)	1	4,8
Totalmente dependente (<20)	-	-

O IB permite descrever o grau de independência em cada atividade de vida diária, seguindo a orientação definida por Sequeira (2010), conforme é indicado na Tabela 9.

Analisando a independência dos participantes em cada uma das atividades que compõem a mobilidade, verificou-se a independência funcional nas atividades alimentação, vestir e despir e uso de casa de banho para 71,4% da amostra ( $n=15$ ). Nas atividades transferência cadeira-cama e deambulação, 61,9% ( $n=13$ ) foram considerados independentes, sendo ponderado o mesmo grau de independência na atividade subir escadas para 57,1% ( $n=12$ ). Apenas 14,3% ( $n=3$ ) dos participantes eram dependentes na deambulação, 9,5% ( $n=2$ ) foram classificados como necessitar de grande ajuda na transferência cadeira-cama e 4,8% ( $n=1$ ) eram dependentes no uso da casa de banho.

Na componente higiene, onde estão inseridas as atividades como o banho e higiene corporal, verificou-se igualmente um predomínio da independência em 61,9% ( $n=13$ ) e 71,4% ( $n=18$ ) dos participantes, respetivamente.

Por fim, na componente controlo de esfíncteres, constatou-se que todos os participantes eram independentes no controlo intestinal. No entanto, no controlo vesical,

71,4% ( $n=15$ ) foram considerados independentes, 23,8% ( $n=5$ ) como incontinentes ocasionais e 4,8% ( $n=1$ ) incontinente ou algaliado.

**Tabela 9**

*Distribuição da Amostra Pelos Níveis de Independência dos Participantes Relativas ao IB, Por Atividade de Vida Diária.*

<b>AVD'S e nível de independência</b>	<i>n</i>	%
<b>Alimentação</b>		
Independente	15	71,4
Necessita de ajuda	6	28,6
<b>Vestir e despir</b>		
Independente	15	71,4
Necessita de ajuda	6	28,6
<b>Banho</b>		
Independente	13	61,9
Dependente	8	38,1
<b>Higiene corporal</b>		
Independente	18	85,7
Dependente	3	14,3
<b>Uso da casa de banho</b>		
Independente	15	71,4
Necessita de ajuda	5	23,8
Dependente	1	4,8
<b>Controlo intestinal</b>		
Independente	21	100,0
<b>Controlo vesical</b>		
Independente	15	71,4
Incontinente ocasional	5	23,8
Incontinente ou algaliado	1	4,8
<b>Subir escadas</b>		
Independente	12	57,1
Necessita de ajuda	6	28,6
Dependente	3	14,3
<b>Transferência cadeira-cama</b>		
Independente	13	61,9
Necessita de ajuda mínima	6	28,6
Necessita de grande ajuda	2	9,5
<b>Deambulação</b>		
Independente	13	61,9
Necessita de ajuda	5	23,8

(3) *Como se caracterizam as instalações sanitárias relativamente às barreiras arquitetónicas e aos níveis de acessibilidade na realização do autocuidado em clientes alvo de hospitalização domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa?*

As instalações sanitárias dos clientes alvo de HD do CHTS caracterizam-se por vários elementos, apresentados de seguida.

Na Tabela 10 são apresentados os resultados da caracterização das barreiras arquitetónicas quanto acesso à casa de banho, perceção do participante em relação à presença de barreiras arquitetónicas e melhoria da acessibilidade na casa de banho.

A perceção da existência de barreiras arquitetónicas na residência pessoal evidenciou-se em 42,9% ( $n=9$ ) dos participantes.

Os participantes, na sua maioria, tinham acesso à casa de banho sem qualquer degrau 85,7% ( $n=18$ ). Quando se pretendeu saber se os participantes consideravam ter alguma barreira arquitetónica na casa de banho, 57,1% ( $n=12$ ) responderam que não. Daqueles que responderam afirmativamente, 42,9% ( $n=9$ ) classificaram as barreiras como sendo a banheira, 19,0% ( $n=4$ ) referiram as dimensões reduzidas da casa de banho, e a proteção de banheira, a impossibilidade de uso do espelho quando sentado(a), a abertura de porta que impedia o uso da banheira foram manifestadas por 4,8% ( $n=1$ ), como sendo dificultadoras do acesso com mobilidade condicionada.

Na tentativa de melhoria da acessibilidade, 81,0% ( $n=17$ ) não realizaram obras posteriormente à data de 8 de fevereiro de 2007.

Na explanação das melhorias que fizeram na casa de banho por forma a garantir o acesso às instalações sanitárias, verificou-se que 14,3% ( $n=3$ ) substituíram a banheira por base de duche, 9,5% ( $n=2$ ) colocaram banco na base de duche, 4,8% ( $n=1$ ) colocaram barra de apoio na base de duche e fizeram a substituição de torneiras, sanita e lavatório.

**Tabela 10**

*Distribuição da Amostra em Relação às Variáveis Relacionadas com as Barreiras Arquitetónicas, no que Respeita ao Acesso, Perceção do Participante em Relação à Presença de Barreiras Arquitetónicas e Melhoria da Acessibilidade na Casa de Banho.*

	<i>n</i>	%
<b>Acesso à casa de banho com degraus</b>		
Não	18	85,7
Sim	3	14,3
<b>Tem barreiras arquitetónica na casa de banho?</b>		
Não	12	57,1
Sim	9	42,9
<b>Barreiras arquitetónicas na casa de banho</b>		
Banheira	9	42,9
Dimensões reduzidas da casa de banho	4	19,0
Proteção de banheira	1	4,8
Abertura da porta impede uso da banheira	1	4,8
Impossibilidade de uso do espelho sentado em cadeira	1	4,8
<b>Melhoria da acessibilidade após 8 fevereiro de 2007?</b>		
Não	17	81,0
Sim	4	19,0
<b>Melhoria de acessibilidade</b>		
Substituição de banheira por base de duche	3	14,3
Colocação de banco na base de duche	2	9,5
Colocação de barra de apoio na base de duche	1	4,8
Substituição de torneiras	1	4,8
Substituição de sanita	1	4,8
Substituição de lavatório	1	4,8

Nos controlos de abertura de água (Tabela 11), constatou-se alguma variabilidade. No lavatório era composto por torneira de alavanca em 61,9% ( $n=13$ ) dos casos e torneira de rodar em 38,1% ( $n=8$ ). No bidé, para os participantes que tinham este equipamento, o controlo de abertura de água era realizado por torneira de alavanca em 52,4% ( $n=11$ ) e por torneira de rodar nos restantes 33,3% ( $n=7$ ). Na banheira/base de duche, o controlo de abertura de água era efetuado por torneira de alavanca em 71,4% ( $n=15$ ) e 28,6% ( $n=6$ ) utilizavam a torneira de rodar. Na sanita, o controlo de descarga de água (autoclismo) efetuava-se maioritariamente por sistema de pressão como se verificou perante 57,1%

( $n=12$ ) dos casos, por sistema de rodar em 33,3% ( $n=7$ ) casas de banho e através de sistema de alavanca nos restantes 9,5% ( $n=2$ ).

**Tabela 11**

*Caracterização das Instalações Sanitárias Relativas aos Controlos de Abertura de Água.*

	<i>n</i>	%
<b>Lavatório</b>		
Alavanca	13	61,9
Rodar	8	38,1
<b>Bidé</b>		
Alavanca	11	52,4
Rodar	7	33,3
Ausência de bidé	3	14,3
<b>Banheira/Base de duche</b>		
Alavanca	15	71,4
Rodar	6	28,6
<b>Sanita</b>		
Pressão	12	57,1
Rodar	7	33,3
Alavanca	2	9,5

No que respeita ao sistema de mecanismo de escoamento de água (Tabela 12), verificou-se que no lavatório era realizado por válvula de borracha em 76,2% ( $n=16$ ) dos casos, por válvula clic-clac em 14,3% ( $n=3$ ) e válvula de alavanca em 9,5% ( $n=2$ ). No bidé, o controlo de escoamento de água era feito por válvula de borracha em 71,4% ( $n=15$ ), por válvula de alavanca em 9,5% ( $n=2$ ) dos casos e apenas 4,8% ( $n=1$ ) dos participantes utilizavam a válvula clic-clac. Na banheira ou base de duche, o controlo de escoamento de água era efetuado através de válvula de borracha por 47,6% ( $n=10$ ) dos participantes, seguidamente 33,3% ( $n=7$ ) faziam-no por válvula base de duche, por válvula com sistema de rodar em 14,3% ( $n=3$ ) e apenas 4,8% ( $n=1$ ) usavam válvula clic-clac.

**Tabela 12***Caracterização das Instalações Sanitárias Relativas ao Controlo de Escoamento de Água.*

	<i>n</i>	%
<b>Lavatório</b>		
Válvula de borracha	16	76,2
Válvula clic-clac	3	14,3
Válvula de alavanca	2	9,5
<b>Bidé</b>		
Válvula de borracha	15	71,4
Ausência de bidé	3	14,3
Válvula de alavanca	2	9,5
Válvula clic-clac	1	4,8
<b>Banheira/Base de duche</b>		
Válvula de borracha	10	47,6
Válvula base de duche	7	33,3
Válvula com sistema de rodar	3	14,3
Válvula clic-clac	1	4,8

Verificou-se também que todas as portas de entrada da casa de banho eram operacionalizadas por sistema de batente ( $n=21$ ; 100,0%), não havendo nenhuma porta de correr. Relativamente ao controlo de abertura das portas de batente, 76,2% ( $n=16$ ) utilizavam um puxador com mola e os restantes 23,8% ( $n=5$ ) utilizavam maçaneta de rodar (Tabela 13).

**Tabela 13***Caracterização do Controlo de Abertura de Porta de Batente.*

	<i>n</i>	%
<b>Abertura porta de batente</b>		
Puxador com mola	16	76,2
Maçaneta de rodar	5	23,8

Nas instalações sanitárias das casas de banho habitacionais são consideradas para análise e caracterização as seguintes variáveis: sanita acessível, barras de apoio, banheira acessível, duche acessível, proteção de banheira ou de base de duche, lavatório acessível, espelho, controlos e mecanismos operáveis e porta.

Apoiado no Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto, onde se afiguram as normativas de acessibilidade, construiu-se a lista de verificação das instalações sanitárias

habitacionais. A elaboração da lista foi adaptada de Rodrigues (2019) e a categorização da acessibilidade baseou-se em Rovira-Beleta e Folch (2006), por: (1) não acessível, (2) acessível com ajuda, (3) acessível com dificuldade, (4) acessível sem dificuldade ou (5) não aplicável / objeto ausente, como é indicado no Quadro 1.

### Quadro 1

*Categorização da Acessibilidade das Instalações Sanitárias Habitacionais.*

Acessibilidade		Esclarecimento
1	Não Acessível	Totalmente não acessível, as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição
2	Acessível com ajuda	Só é possível mediante ajuda de terceira pessoa
3	Acessível com dificuldade	Compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas para pessoa com limitação da autonomia
4	Acessível sem dificuldade	Todas as condições de acessibilidade garantidas para a pessoa com limitação da autonomia
5	Não Aplicável	Ausência de objeto

*Fonte: Adaptado de Rovira-Beleta e Folch (2006).*

Analisando as premissas que consideram as sanitas acessíveis (Tabela 14), verificamos que a altura do piso ao bordo superior do assento era acessível sem dificuldade em 57,1% ( $n=12$ ) dos casos e acessível com dificuldade em 42,9% ( $n=9$ ); o acesso lateral de um dos lados e na parte frontal da sanita era acessível sem dificuldade em 47,6% ( $n=10$ ) e não acessível em 23,8% ( $n=5$ ); no que se refere ao bordo frontal da sanita dever ficar cerca de 0,75m da parede, verificou-se acessível com dificuldade em 71,4% ( $n=15$ ) das situações e acessível sem dificuldade nos restantes 28,6% ( $n=6$ ); o ângulo entre o assento da sanita e o tanque da água permitia o encosto da tampa sem cair em 95,2% ( $n=20$ ); apurou-se que o espaço livre com instalações sanitárias para permitir uma manobra de rotação de 360° era não acessível em 47,6% ( $n=10$ ) das casas de banho e acessível sem dificuldade em 33,3% ( $n=7$ ) dos casos; no que pertencia à existência de barras de apoio junto da sanita, foi verificado apenas numa casa de banho ( $n=1$ ; 4,8%). Tanto o comprimento da barra de apoio ( $\geq 0,80m$ ) como a barra dever ultrapassar o bordo frontal da sanita em cerca de 0,20-0,45m eram acessíveis com dificuldade. A altura da colocação da barra entre 0,70-0,75m respeitava a acessibilidade sem dificuldade.

**Tabela 14***Caracterização da Acessibilidade da Sanita.*

<b>Sanita Acessível</b>	Não Acessível		Acessível com ajuda		Acessível com dificuldade		Acessível sem dificuldade		Não aplicável	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Altura do piso ao bordo superior do assento da sanita, 0,45m (tolerância de $\pm 0,01$ m) (incluir tampa);	-	-	-	-	9	42,9	12	57,1	-	-
Acesso lateral de um dos lados (pelo menos) e na parte frontal da sanita;										
Zonas livres:	5	23,8	4	19,0	2	9,5	10	47,6	-	-
Largura (A) $\geq 0,75$ m;										
Comprimento (B) $\geq 1,20$ m										
O bordo frontal da sanita deve ficar a cerca de 0,75m da parede;	-	-	-	-	15	71,4	6	28,6	-	-
O ângulo entre o assento da sanita e o tanque de água acoplado dever ser superior a 90° (permite encosto da tampa sem cair);	-	-	-	-	-	-	20	95,2	1	4,8
O espaço livre com instalações sanitárias permite uma manobra para rotação de 360°.	10	47,6	1	4,8	3	14,3	7	33,3	-	-
Se existem barras de apoio junto à sanita, elas satisfazem as seguintes condições:										
a) Comprimento da barra de apoio (A) $\geq 0,80$ m	-	-	-	-	1	4,8	-	-	20	95,2
b) Distância entre as barras de apoio (esquerda e direita) (B) 0,70m-0,80m (do centro da sanita 0,35-0,40m para cada lado).	-	-	-	-	-	-	-	-	21	100,0
c) Altura da colocação da barra (C) 0,70-0,75m.	-	-	-	-	-	-	1	4,8	20	95,2
d) As barras de apoio devem ultrapassar o bordo frontal da sanita em cerca de 0,20-0,45m.	-	-	-	-	1	4,8	-	-	20	95,2

*Fonte: Adaptado de Rodrigues (2019).*

No Tabela 15, descreve-se a caracterização da acessibilidade das barras de apoio e da banheira acessível.

Da análise dos aparelhos sanitários apenas uma casa de banho ( $n=1$ ; 4,8%) apresentava barras de apoio. Foi considerado acessível sem dificuldade nas premissas exigidas, sendo que, deviam ter um diâmetro ou largura da superfície de prensão compreendido entre 0,035-0,05m, ou ter uma forma que proporcionasse uma superfície de prensão equivalente e as barras de apoio que estivessem colocadas junto de uma parede ou de suporte, o espaço entre o elemento e qualquer superfície adjacente não deveria ser inferior a 0,035m.

Da análise às instalações sanitárias verificamos que 66,7% da amostra ( $n=14$ ) tinha banheira. Validando os princípios que consideram as banheiras acessíveis constatou-se que a zona livre para acesso e permanência de uma pessoa em cadeira de rodas eram acessíveis sem dificuldade em 38,1% ( $n=8$ ) e ainda não acessível em 19,0% ( $n=4$ ). No que respeita à altura do piso ao bordo superior da banheira ( $0,45m \pm 0,01m$ ) estava acessível com dificuldade em 38,1% ( $n=8$ ) dos casos e sem dificuldade em 19,0% ( $n=4$ ). A zona livre localizada ao lado da banheira e com recuo de 0,30m relativamente ao assento, por forma a garantir a possibilidade de transferir uma pessoa em cadeira de rodas, estava acessível sem dificuldade em 28,6% ( $n=6$ ) e não acessível em 19,0% ( $n=4$ ). Em todas as banheiras observadas era possível instalar um assento no seu interior, tornando a acessibilidade sem dificuldade em 66,7% ( $n=14$ ). Por outro lado, em nenhuma das avaliações se verificou a existência de plataforma de nível no topo posterior que servisse de assento, com dimensão não inferior a 0,40m, nem qualquer barra de apoio com as definidas dimensões que apoiassem as posições do assento. Dos assentos identificados, ambos móveis, 4,8% ( $n=1$ ) compreendia as condições ideais de acessibilidade, caracterizado como acessível sem dificuldade, enquanto 4,8% ( $n=1$ ) tinha as condições próximas às exigidas, acessível com dificuldade.

**Tabela 15**

*Caracterização da Acessibilidade das Barras de Apoio e Banheira.*

Barras de apoio	Não Acessível		Acessível com ajuda		Acessível com dificuldade		Acessível sem dificuldade		Não aplicável	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
As barras de apoio instaladas junto dos aparelhos sanitários acessíveis devem satisfazer as seguintes condições (podem ter formas, dimensões, modos de fixação e localizações diferentes das definidas, se possuírem as superfícies de preensão nas localizações definidas ou se for comprovado que melhor se adequam às necessidades da pessoa:										
a) As barras de apoio devem ter um diâmetro ou largura das superfícies de preensão compreendido entre 0,035m e 0,05m, ou ter uma forma que proporcione uma superfície de preensão equivalente.	-	-	-	-	-	-	1	4,8	20	95,2
b) Se as barras de apoio estiverem colocadas junto de uma parede ou dos suportes, o espaço entre o elemento e	-	-	-	-	-	-	1	4,8	20	95,2

qualquer superfície adjacente não deve ser inferior a 0,035m.											
c) Se as barras de apoio estiverem colocadas em planos recuados relativamente à face das paredes, a profundidade do recuo não deve ser superior a 0,08m e o espaço livre acima do topo superior do corrimão não deve ser inferior a 0,30m.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	100,0

### Banheira acessível

Zonas livres;											
Largura (A) $\geq$ 0,75m	4	19,0	1	4,8	1	4,8	8	38,1	7	33,3	
Comprimento (B) $\geq$ 1,20m											
Altura do piso ao bordo superior da banheira dever ser de 0,45m (tolerância de $\pm$ 0,01m);	-	-	2	9,5	8	38,1	4	19,0	7	33,3	
Zona livre localizada ao lado da base da banheira e com um recuo de 0,3m relativamente ao assento (de modo a permitir a transferência de uma pessoa em cadeira de rodas).	4	19,0	1	4,8	3	14,3	6	28,6	7	33,3	
Deve ser possível instalar um assento na banheira localizado no seu interior.	-	-	-	-	-	-	14	66,7	7	33,3	
Ou deve existir uma plataforma de nível no topo posterior que sirva de assento, com uma dimensão não inferior a 0,4m.	-	-	-	-	-	-	-	-	21	100,0	
Se o assento estiver localizado no interior da banheira pode ser móvel, mas em uso deve ser fixado seguramente de modo a não deslizar.	-	-	-	-	1	4,8	1	4,8	19	90,5	
Junto à banheira devem existir barras de apoio nas localizações e com dimensões definidas para cada uma das posições do assento.	-	-	-	-	-	-	-	-	21	100,0	

Fonte: Adaptado de Rodrigues (2019).

Na Tabela 16, são descritos os níveis de acessibilidade relativos ao duche.

Na amostra em estudo, 33,3% (n=7) faziam uso do duche para o autocuidado banho.

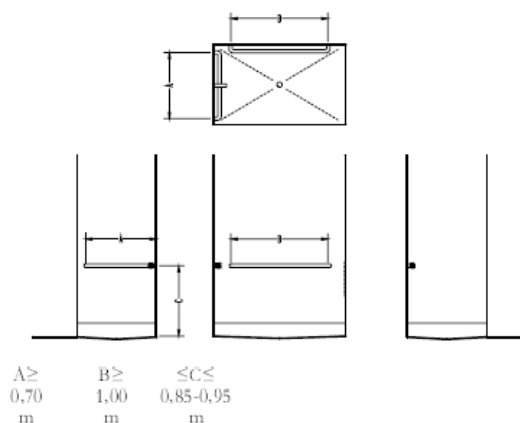
Validando os princípios orientadores que resultam do instrumento regulador, Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto, em que as bases de duche acessíveis devem permitir a entrada para o interior com cadeira de rodas ou a transferência da pessoa em cadeira de rodas para um assento existente no interior, verificou-se que, no primeiro caso, 19,0% (n=4) era não acessível, 9,5% (n=2) acessível sem dificuldade e 4,8% (n=1) acessível com ajuda. No segundo caso, a transferência da pessoa em cadeira de rodas para um assento no interior da base de duche era acessível sem dificuldade em 14,3% (n=3),

9,5% ( $n=2$ ) acessível com ajuda e 4,8% ( $n=1$ ) não acessível. Quando as bases de duche acessíveis não permitirem a entrada de uma pessoa em cadeira de rodas para o seu interior devem ser satisfeitas três condições. A primeira, reporta-nos para as zonas livres, com as dimensões e particularidades assinaladas na Tabela 13, que neste estudo, verificou-se ser acessível sem ajuda em 19,0% dos casos ( $n=4$ ) e não acessível em 9,5% ( $n=2$ ). A segunda, refere-se ao vão de passagem entre a zona livre e o assento da base ter uma largura não inferior a 0,80m, tendo sido avaliada como acessível sem dificuldade em 14,3% ( $n=3$ ), acessível com dificuldade em 9,5% ( $n=2$ ) e não acessível em 9,5% ( $n=2$ ). A terceira, prende-se com a existência de um assento no interior da base de duche, ponto este que se verificou ser acessível sem dificuldade em 19,0% ( $n=4$ ).

Quanto à dimensão da base de duche ( $A \geq 0,80\text{m}$  e  $B \geq 0,80\text{m}$ ), verificou-se ser acessível sem dificuldade em 9,5% ( $n=2$ ) e acessível com dificuldade em outras tantas situações 9,5% ( $n=2$ ). Na dimensão ( $C \geq 0,70\text{m}$  e  $D \geq 1,10\text{m}$ ), confirmou-se ser acessível sem dificuldade em 9,5% ( $n=2$ ) e acessível com dificuldade em 4,8% ( $n=1$ ). Das bases de duchas avaliadas, apenas 4,8% ( $n=1$ ) tinha barra de apoio, considerada acessível com dificuldade, em dimensões idênticas às descritas na Figura 1. Por último, analisando a premissa sobre o assento existente, ter que possuir uma profundidade não inferior a 0,40 m e um comprimento não inferior a 0,70m, verificou-se que 9,5 % ( $n=2$ ) era acessível sem dificuldade e outros 9,5 % ( $n=2$ ) acessível com dificuldade. O assento estando em uso, a altura do piso ao bordo superior deve ser de 0,45m com tolerância de  $\pm 0,10\text{m}$ , facto que se verificou ser acessível sem dificuldade em 9,5% ( $n=2$ ) dos casos e acessível com dificuldade também em 9,5% ( $n=2$ ) dos assentos avaliados.

**Figura 1**

*Caracterização das Dimensões da Barra de Apoio Junto da Base de Duche.*



Fonte: DL 163/2006 de 8 de agosto, pág. 5682

**Tabela 16***Caracterização da Acessibilidade do Duche.*

<b>Duche acessível</b>	Não Acessível		Acessível com ajuda		Acessível com dificuldade		Acessível sem dificuldade		Não aplicável	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
As bases de duche acessíveis devem permitir pelo menos uma das seguintes formas de utilização por uma pessoa em cadeira de rodas:										
a) A entrada para o interior da base de duche da pessoa na sua cadeira de rodas;	4	19,0	1	4,8	-	-	2	9,5	14	66,7
b) A transferência da pessoa em cadeira de rodas para um assento existente no interior da base de duche;	1	4,8	2	9,5	1	4,8	3	14,3	14	66,7
Se as bases de duche acessíveis não permitirem a entrada de uma pessoa em cadeira de rodas ao seu interior, devem ser satisfeitas as seguintes condições:										
a) Zonas livres – Largura (A) $\geq 0,75m$ ; Comprimento (B) $\geq 1,20m$ , localizado ao lado da base de duche e com um recuo de 0,3m relativamente ao assento, de modo a permitir a transferência de uma pessoa em cadeira de rodas;	2	9,5	1	4,8	-	-	4	19,0	14	66,7
b) O vão de passagem entre a zona livre e o assento da base deve ter uma largura não inferior a 0,80m;	2	9,5	-	-	2	9,5	3	14,3	14	66,7
c) Deve existir um assento no seu interior da base de duche;	-	-	-	-	-	-	4	19,0	17	81,0
A base de duche deve ter dimensões que satisfaçam uma das situações:										
a) A $\geq 0,80m$ B $\geq 0,80m$	-	-	-	-	2	9,5	2	9,5	17	81,0
b) C $\geq 0,70m$ D $\geq 1,10m$	-	-	-	-	1	4,8	2	9,5	18	85,7
Junto à base de duche devem ser instaladas barras de apoio de acordo com o definido:										
A $\geq 0,70 m$	-	-	-	-	-	-	-	-	21	100,0
B $\geq 0,40 m$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C $\leq 0,70 m \leq 0,75m$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Junto à base de duche devem ser instaladas barras de apoio de acordo com o definido:										
A $\geq 0,70m$	-	-	-	-	1	4,8	-	-	20	95,2
B $\geq 1,00m$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C $\leq 0,85m \leq 0,95m$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O assento da base de duche acessível deve satisfazer as seguintes condições:										
a) O assento deve possuir uma profundidade não inferior a 0,4m e um comprimento não inferior a 0,7m;	-	-	-	-	2	9,5	2	9,5	17	81,0
b) Quando o assento estiver em uso, a altura do piso ao seu bordo superior deve ser de 0,45m, tolerância $\pm 0,01m$ ;	-	-	-	-	2	9,5	2	9,5	17	81,0

*Fonte: Adaptado de Rodrigues (2019).*

A caracterização dos níveis da acessibilidade da proteção de banheira ou de base de duche, do lavatório e do espelho são descritas na Tabela 17.

Quando foram analisadas as proteções de banheira ou de base de duche, a existirem, teve-se em conta as seguintes condições: não devem obstruir os controlos ou a zona de transferência de pessoa em cadeira de rodas e não devem ter calhas no piso ou nas zonas de transferência de pessoa em cadeira de rodas. Na primeira condição, verificou-se ser acessível sem dificuldade em 52,4% ( $n=11$ ) e certificou-se também que os restantes níveis de acessibilidade contavam com 9,5 % ( $n=2$ ) cada um. Na segunda condição, verificou-se o predomínio da acessibilidade sem dificuldade em 38,1% ( $n=8$ ), acessível com ajuda em 19,0% ( $n=4$ ) dos casos e também 19,0% ( $n=4$ ) manifestaram-se não acessíveis.

As premissas que validam os lavatórios acessíveis referem que deve existir uma zona livre de aproximação frontal ao lavatório, em cadeira de rodas (Tabela 14). Este ponto de análise mostrou-se acessível sem dificuldade em 61,9% ( $n=13$ ) dos lavatórios, não acessível em 23,8% ( $n=5$ ) e acessível com ajuda em 14,3% ( $n=3$ ) dos casos. Da análise sobre a zona livre ter um lado totalmente desobstruído, contíguo ou sobreposto a um percurso acessível, validou-se em 71,4% ( $n=15$ ) como acessível sem dificuldade, 19% ( $n=4$ ) caracterizou-se como não acessível e 9,5% ( $n=2$ ) era acessível com ajuda. A altura do piso ao bordo superior do lavatório deve ter 0,80m, com tolerância de  $\pm 0,02$ m, foi avaliada em 61,9% ( $n=13$ ) como sendo acessível sem dificuldade e 38,1% ( $n=8$ ) acessível com dificuldade. Quando se avaliou a existência de uma zona livre sob o lavatório com uma altura não inferior a 0,65m e uma profundidade medida a partir do bordo frontal não inferior a 0,50m, classificou-se com acessível sem dificuldade em 85,7% ( $n=18$ ) dos casos, 9,5% ( $n=2$ ) foi classificado como acessível com dificuldade e apenas 4,8% ( $n=1$ ) verificou-se ser acessível com ajuda.

Quanto aos espelhos, estes deveriam ser colocados sobre os lavatórios. Nenhum apresentava inclinação regulável. Todos os espelhos estavam fixos na posição vertical. A acessibilidade variava devido à parte inferior da superfície refletora estar a uma altura do piso não superior a 0,90m. Assim 47,6 % ( $n=10$ ) foram considerados não acessíveis, 28,6% ( $n=6$ ) consideraram-se acessíveis sem dificuldade e 23,8% ( $n=5$ ) foram avaliados como acessíveis com dificuldade. Quando se avaliou que, o bordo superior da superfície refletora do espelho deveria estar a uma altura do piso não inferior a 1,80m, concluiu-se que 81,0% ( $n=17$ ) eram acessíveis sem dificuldade e os restantes 19,0% ( $n=4$ ) eram acessíveis com dificuldade.

**Tabela 17**

*Caracterização da Acessibilidade de Proteção de Banheira ou de Base de Duche, Lavatório e Espelho.*

<b>Proteção de banheira ou de base de duche</b>	Não Acessível		Acessível com ajuda		Acessível com dificuldade		Acessível sem dificuldade		Não aplicável	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Caso existam, as proteções de banheira ou de base de duche acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:										
a) Não devem obstruir os controlos ou a zona de transferência das pessoas em cadeira de rodas.	2	9,5	2	9,5	2	9,5	11	52,4	4	19,0
b) Não devem ter calhas no piso ou nas zonas de transferências das pessoas em cadeira de rodas.	4	19,0	4	19,0	1	4,8	8	38,1	4	19,0
<b>Lavatório acessível</b>										
Os lavatórios acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:										
a) Deve existir uma zona livre de aproximação frontal ao lavatório (cadeira de rodas) com dimensões que satisfaçam o seguinte: Largura (A) $\geq 0,75m$ ; Comprimento (B) $\geq 1,20m$	5	23,8	3	14,3	-	-	13	61,9	-	-
b) A zona livre deve ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.	4	19,0	2	9,5	-	-	15	71,4	-	-
A altura do piso ao bordo superior do lavatório dever ser de 0,80m, admitindo-se uma tolerância $\pm 0,02m$ .	-	-	-	-	8	38,1	13	61,9	-	-
Sob o lavatório deve existir uma zona livre com uma altura não inferior a 0,65m e uma profundidade medida a partir do bordo frontal não inferior a 0,50m.	-	-	1	4,8	2	9,5	18	85,7	-	-
<b>Espelho</b>										
Os espelhos colocados sobre os lavatórios acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:										
a) Se forem fixos na posição vertical, devem estar colocados com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 0,90m.	10	47,6	-	-	5	23,8	6	28,6	-	-
b) Se tiverem inclinação regulável, devem estar colocados com base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 1,10m.	-	-	-	-	-	-	-	-	21	100,0
c) O bordo superior da superfície refletora do espelho deve estar a uma altura do piso não inferior a 1,80m.	-	-	-	-	4	19,0	17	81,0	-	-

*Fonte: Adaptado de Rodrigues (2019).*

Na Tabela 18, estão caracterizados os níveis de acessibilidade dos controlos e mecanismos operáveis.

São considerados controlos e mecanismos operáveis das instalações sanitárias habitacionais, os controlos da torneira, os controlos de escoamento, as válvulas de descarga da sanita e os acessórios de que são exemplo os suportes de toalhas, as saboneteiras e os suportes de papel higiénico.

Da análise às premissas que consideram acessíveis os controlos e mecanismos operáveis verificou-se que, numa aproximação frontal ( $A \geq 0,40\text{m}$  e  $B \leq 1,20\text{m}$ ) (Figura 2), a zona livre deveria permitir o alcance de objetos por uma pessoa em cadeira de rodas, foi classificada como sendo acessível sem dificuldade em 61,9% ( $n=13$ ) dos casos, não acessível em 23,8% ( $n=5$ ), acessível com dificuldade em 9,5% ( $n=2$ ) e acessível com ajuda em 4,8% ( $n=1$ ). Numa aproximação lateral (quando  $C \leq 0,30\text{m}$ ,  $A \geq 0,30\text{m}$  e  $B \leq 1,40\text{m}$ ) (Figura 3), a zona livre deveria permitir o alcance de objetos por uma pessoa em cadeira de rodas, foi caracterizada como sendo acessível sem dificuldade em 57,1% ( $n=12$ ), não acessível em 23,8% ( $n=5$ ), acessível com dificuldade em 14,3% da amostra ( $n=3$ ) e 4,8% ( $n=1$ ) foi classificado como acessível com ajuda.

**Figura 2**

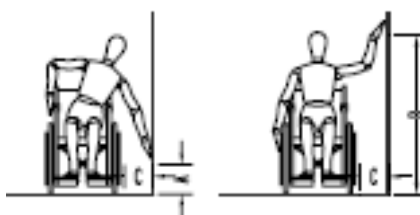
*Alcance Frontal.*



*Fonte: DL 163/2006 de 8 de agosto, pág. 5686.*

**Figura 3**

*Alcance Lateral Quando  $C \leq 0,30\text{m}$ .*



*Fonte: DL 163/2006 de 8 de agosto, pág. 5686.*

Quando se avaliou o chuveiro, ser do tipo telefone, ter um tubo de comprimento não inferior a 1,50m e poder ser utilizado de forma livre na mão ou fixo na parede, verificou-se que 95,2% ( $n=20$ ) mantinham a acessibilidade sem dificuldade e apenas 4,8% ( $n=1$ ) foi considerado acessível com dificuldade.

O instrumento regulador da acessibilidade em uso, menciona que as torneiras deveriam ser do tipo mono comando e acionadas por alavanca. Foram consideradas 61,9% ( $n=13$ ) acessíveis sem dificuldade e 38,1% ( $n=8$ ) acessíveis com ajuda.

Relativamente aos controlos de escoamento de água serem operacionalizados por sistema de alavanca, foram considerados pela sua maioria, 81,0% ( $n=17$ ), acessíveis com ajuda e apenas 19,0% ( $n=4$ ) classificaram-se como acessíveis sem dificuldade.

**Tabela 18**

*Caracterização da Acessibilidade dos Controlos e Mecanismos Operáveis.*

Controlos e Mecanismos Operáveis	Não Acessível		Acessível com ajuda		Acessível com dificuldade		Acessível sem dificuldade		Não aplicável	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Os controlos e mecanismos operáveis ( <b>controlos da torneira, controlos do escoamento, válvulas de descarga da sanita</b> ) e os acessórios ( <b>suportes de toalhas, saboneteiras, suportes de papel higiénico</b> ) dos aparelhos sanitários acessíveis devem satisfazer as seguintes condições:										
a) Se a zona livre permitir a aproximação frontal, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas devem situar-se dentro dos intervalos definidos em seguida:	5	23,8	1	4,8	2	9,5	13	61,9	-	-
<b>Alcance frontal</b>										
A $\geq$ 0,40m										
B $\leq$ 1,20m										
b) Se a zona livre permitir a aproximação lateral, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas devem situar-se dentro dos intervalos definidos em seguida (considerando uma pessoa em cadeira de rodas a utilizar o aparelho e uma pessoa em cadeira de rodas estacionada numa zona livre):	5	23,8	1	4,8	3	14,3	12	57,1	-	-
<b>Alcance lateral quando C <math>\leq</math> 0,30m</b>										
A $\geq$ 0,30m										
B $\leq$ 1,40m										
O <b>chuveiro</b> deve ser do tipo telefone, deve ter um tubo com um comprimento não inferior a 1,50m, e deve poder ser utilizado	-	-	-	-	1	4,8	20	95,2	-	-

como chuveiro de cabeça fixo e como chuveiro de mão livre;

As **torneiras** devem ser do tipo mono comando e acionadas por alavanca;

Os **controles do escoamento** devem ser do tipo de alavanca.

-	-	8	38,1	-	-	13	61,9	-	-
-	-	17	81,0	-	-	4	19,0	-	-

Fonte: Adaptado de Rodrigues (2019).

Por último, descrevemos os níveis de acessibilidade da porta da casa de banho (Tabela 19).

Foram analisadas as premissas que consideravam as portas acessíveis e caracterizados os níveis de acessibilidade.

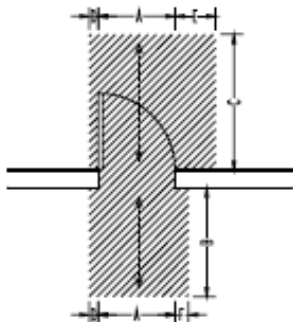
Assim, o vão da porta deve possuir uma largura não inferior a 0,77m, (medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição, deve considerar-se a porta aberta a 90°) foi classificado como acessível com dificuldade em 52,4% ( $n=11$ ), não acessível em 33,3% ( $n=7$ ) e acessível com ajuda em 14,3% dos casos ( $n=3$ ). Quanto ao vão de porta ter uma altura útil de passagem não inferior a 2m, foi verificado ser acessível sem dificuldade em 76,2% ( $n=16$ ) e acessível com dificuldade nos restantes 23,8% ( $n=5$ ).

Existem dois tipos de porta, a de correr e a de batente. Foi verificado no acesso à casa de banho dos participantes que todas eram do modelo porta de batente. Estas deviam possuir zonas de manobra desobstruídas e de nível com dimensões como indica a Figura 4. Perante o exposto, classificou-se como acessível com dificuldade em 52,4% ( $n=11$ ), não acessível em 33,3% ( $n=7$ ) e acessível com ajuda nos restantes 14,3% ( $n=3$ ).

**Figura 4**

*Caracterização das Dimensões para Zonas de Manobra em Porta de Batente.*

- A ≥ 0,80m    D ≥ 0,10m
- B ≥ 1,10m    E ≥ 0,30m
- C ≥ 1,40m    F ≥ 0,15m



Fonte: DL 163/2006 de 8 de agosto, pág. 5688

Quando se avaliou a existência de ressaltos de piso, calhas elevadas, batentes ou soleiras, (não deveriam ter altura ao piso adjacente superior a 0,02m), considerou-se em 47,6% ( $n=10$ ) ser acessível sem dificuldade e apenas 9,5% ( $n=2$ ) caracterizou-se como acessível com dificuldade.

Os puxadores, as fechaduras, os trincos e outros dispositivos de operação de portas (ter uma resistência mínima e ter uma forma fácil de agarrar com a mão, sem necessidade de prensão firme ou de rodar o pulso; os puxadores em forma de maçaneta não devem ser utilizados) foram avaliados como acessíveis sem dificuldade em 71,4% ( $n=15$ ) e acessível com ajuda em 28,6% ( $n=6$ ).

Os dispositivos de operação das portas (a uma altura do piso compreendida entre 0,80-1,10m e a uma distância do bordo exterior da porta não inferior a 0,05m) foram avaliados como sendo acessíveis sem dificuldade na totalidade dos casos (100,0%,  $n=21$ ).

**Tabela 19**

*Caracterização da Acessibilidade da Porta.*

Porta	Não Acessível		Acessível com ajuda		Acessível com dificuldade		Acessível sem dificuldade		Não aplicável	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Os vãos de porta devem possuir uma largura útil não inferior a 0,77m, medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição do lado oposto; se a porta for de batente ou pivotante, deve considerar-se a porta na posição aberta a 90°.	7	33,3	3	14,3	11	52,4	-	-	-	-
Se existirem portas com duas folhas operadas independentemente, pelo menos uma delas deve satisfazer o especificado anterior;	-	-	-	-	-	-	-	-	21	100,0
Os vãos de porta devem ter uma altura útil de passagem não inferior a 2m.	-	-	-	-	5	23,8	16	76,2	-	-
As portas devem possuir zonas de manobra desobstruídas e de nível com dimensões que satisfaçam o definido em seguida:										
a) Porta de batente:										
A ≥ 0,80m    D ≥ 0,10m										
B ≥ 1,10m    E ≥ 0,30m	7	33,3	3	14,3	11	52,4	-	-	-	-
C ≥ 1,40m    F ≥ 0,15m										
b) Porta de correr:										
A ≥ 0,80m    D ≥ 0,10m										
B ≥ 1,10m    E ≥ 0,10m	-	-	-	-	-	-	-	-	21	100,0
C ≥ 1,10m										
Se nas portas existirem ressaltos de piso, calhas elevadas, batentes ou soleiras, não	-	-	-	-	2	9,5	10	47,6	9	42,9

devem ter uma altura, medida relativamente ao piso adjacente, superior a 0,02m.

Os puxadores, as fechaduras, os trincos e outros dispositivos de operação das portas devem oferecer uma resistência mínima e ter uma forma fácil de agarrar com uma mão e que não requeira uma preensão firme ou rodar o pulso; os puxadores em forma de maçaneta não devem ser utilizados.

Os dispositivos de operação das portas devem estar a uma altura do piso compreendida entre 0,80m e 1,10m e estar a uma distância do bordo exterior da porta não inferior a 0,05m.

Se as portas forem de correr, o sistema de operação deve estar exposto e ser utilizável de ambos os lados, mesmo quando estão totalmente abertas.

-	-	6	28,6	-	-	15	71,4	-	-
-	-	-	-	-	-	21	100	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	21	100,0

---

*Fonte: Adaptado de Rodrigues (2019).*



#### 4. DISCUSSÃO

Com a discussão dos resultados, pretende-se fazer uma análise dos resultados obtidos mais relevantes, tendo em consideração os objetivos do estudo, e comparar os mesmos com a evidência disponível resultante de investigação nacional e internacional.

##### 4.1.DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra em análise foi constituída por 21 participantes, com uma média de idade de 67 anos, maioritariamente por pessoas do sexo feminino (52,4%;  $n=11$ ), com 1º ciclo de escolaridade (76,2%;  $n=16$ ), reformadas/invalides/pensionistas (66,7%;  $n=14$ ), a coabitar com família nuclear (42,9%;  $n=9$ ) ou apenas cônjuge (33,3%;  $n=7$ ), residindo na casa entre uma e três pessoas (66,7%;  $n=14$ ), nomeadamente nos concelhos de Paços de Ferreira (23,8%;  $n=5$ ), Paredes (23,8%;  $n=5$ ) e Lousada 19,0% ( $n=4$ ). O INE, através dos Censos 2021, indica que na região do Tâmega e Sousa, aproximadamente 73,0% do agregado doméstico, constituído entre uma e três pessoas, habitavam na mesma residência, 24,4% estavam reformados/pensionistas e da população respondente com idade 65 e 69 anos, 27,7% detinham apenas o 1º ciclo de escolaridade (INE, 2022b; INE, 2022f; INE, 2022g).

Os resultados obtidos no presente estudo vão ao encontro dos mencionados por Cunha et al. (2017) sobre o balanço do primeiro ano de atividade da UHD, no que respeita à média de idades (67 anos) e à maioria de admissão do sexo feminino (52,0%), sugerindo desta forma a existência de um perfil de clientes.

Quanto aos antecedentes pessoais de saúde, na sua maioria estavam relacionados com hipertensão arterial (76,2%;  $n=16$ ), dislipidemia (57,1%;  $n=12$ ), diabetes *mellitus* (52,4%;  $n=11$ ) e problema cardíaco (52,4%;  $n=11$ ). Na caracterização dos participantes com respeito ao motivo de internamento, verificou-se que a maioria foi a infeção respiratória (47,6%;  $n=10$ ), pielonefrite/infeção do trato urinário (19,0%;  $n=4$ ) e insuficiência cardíaca agudizada (14,3%;  $n=3$ ). A referenciação para a UHD foi maioritariamente realizada pelo serviço de medicina (81,0%;  $n=17$ ).

Estes dados alinham-se com a norma da DGS n.º 020/2018 de 20 de dezembro (DGS, 2018), referente à hospitalização domiciliária em idade adulta, sobre as patologias elegíveis para admissão e referenciação dos doentes para UHD e ainda corroboram a autora Chan (2022), do Centro Hospitalar Universitário do Porto, que menciona no seu

artigo que a maioria dos internamentos são provenientes dos serviço de medicina e do serviço de urgência. Contrariamente, Cunha et al. (2017) mencionam que, no Hospital Garcia de Orta, a maioria da proveniência foi o serviço de urgência (85,4%) e apenas 9,6% do serviço de medicina. Esta variabilidade pode ser explicada pelo método de organização de trabalho e pela própria sensibilização das equipas multidisciplinares, que realizam a referenciação numa fase precoce, assim que é considerado o internamento do cliente. Por outro lado, os resultados de Cunha et al. (2017) alinham-se nos antecedentes pessoais, em que os mais comuns são hipertensão (56,6%), dislipidemia (35,9%) e diabetes *mellitus* (28,8%). No que se refere aos diagnósticos de admissão, 27,1% apresentavam pneumonia adquirida na comunidade, 20,0% pielonefrite e 13,5% insuficiência cardíaca descompensada (Cunha et al., 2017). Estes dados, tal como na amostra em estudo, caracterizam os três diagnósticos de admissão mais predominantes em HD.

Na caracterização dos participantes quanto ao tipo de cuidados alvo, verificou-se que maioritariamente as intervenções realizadas eram no âmbito de administração de medicação endovenosa (100,0%;  $n=21$ ), gestão do regime medicamentoso (100,0%;  $n=21$ ), ensino sobre barreiras arquitetónicas (85,7%;  $n=18$ ), gestão do regime dietético (81,0%;  $n=17$ ), gestão do regime de exercício (76,2%;  $n=16$ ), prevenção de queda (61,9%;  $n=13$ ), ensino sobre ventilação (57,1%;  $n=12$ ), ensino sobre conservação de energia (57,1%;  $n=12$ ) e ensino sobre técnica inalatória (52,4%;  $n=11$ ).

No entanto, 90,5% ( $n=19$ ) afirmaram que nunca haviam beneficiado de cuidados de enfermagem de reabilitação e 76,2% ( $n=16$ ) tinham a perceção que estavam a beneficiar de cuidados de enfermagem de reabilitação na UHD.

Estes resultados refletem que complexidade patológica exige uma diversidade de cuidados à pessoa alvo de hospitalização domiciliária. Nesta linha, são exemplos mencionados pelos autores Alves (2016) e Chan (2022), a administração de terapêutica, os tratamentos de feridas, a inaloterapia, os ensinamentos e a reabilitação física. Em complemento, também Santos et al. (2021) concluíram que as terapêuticas de enfermagem focadas no autocuidado, na capacitação da pessoa e do seu familiar cuidador, no que respeita à gestão do regime terapêutico, prevenção de quedas e na literacia em saúde, são determinantes na transição do processo saúde-doença. Cunha et al. (2017) corroboram ainda a necessidade de adequar a gestão do regime terapêutico, reforçando

os ensinamentos e a importância da sua adesão, devido à polimedicação usada em contexto de hospitalização domiciliar.

Explorando o meio auxiliar de marcha, a limitação da mobilidade, o número de vezes que utiliza a casa de banho por dia, o nível de saúde e os sintomas apresentados no último mês dos participantes, percebemos que 76,2% ( $n=16$ ) não usava qualquer tipo de auxiliar de marcha. Embora 47,6% ( $n=10$ ) não apresentassem alteração da mobilidade, em 38,1% ( $n=8$ ) a limitação era permanente, o que indicia a necessidade de meio auxiliar de marcha, na medida em que se deslocavam maioritariamente entre seis a dez vezes por dia para uso da casa de banho (66,7%;  $n=14$ ). O INE (2022a) também revela que 47% da população portuguesa, na faixa etária 60-69 anos, têm alguma limitação de atividades devido a problema de saúde.

Contrapondo com os resultados de Yoshida e Magagnin (2017), sobre o grau de satisfação dos idosos sobre a sua habitação, no Estado de São Paulo, Brasil, os autores concluíram que a maioria dos participantes possuía boa mobilidade e que apenas uma pequena parte tinha mobilidade reduzida e dependia de algum dispositivo de locomoção, dando como exemplo andador, bengala e cadeira de rodas. Tal revê-se no presente estudo, em que 14,3% ( $n=3$ ) usam andador, 4,8% ( $n=1$ ) usa canadianas e 4,8% ( $n=1$ ) beneficiam de cadeira de rodas para se movimentarem.

Ribeiro e Pinto (2014) numa amostra de 241 famílias clássicas, para caracterização de pessoas dependentes no autocuidado, no Concelho de Paços de Ferreira, verificaram que os domínios do autocuidado com maior percentagem de pessoas com necessidade de equipamento estavam relacionados com os défices de mobilidade, como o andar, o elevar-se e o transferir-se. Ainda destacam que além dos meios auxiliares de marcha, o dispositivo de transferência da cama, as grades de segurança e as barras de apoio, facilitam a realização das atividades dos autocuidados referidos (Ribeiro & Pinto, 2014).

Apesar de o cansaço fácil ser o sintoma que mais referiram no último mês (52,4%;  $n=11$ ), a maioria dos participantes consideravam a sua saúde atual como razoável (57,1%;  $n=12$ ), o que nos leva a entender o relogar do meio auxiliar de marcha, tendo em conta a sua autoavaliação do estado de saúde. O INE (2022a) comprova que cerca de 55% da população portuguesa, na faixa etária 60-69 anos, enquadrado na média de idade do presente estudo, também autoavaliavam o seu estado de saúde como sendo razoável.

Percebemos que a maioria dos participantes residiam em moradia (85,7%;  $n=18$ ), tal como referido na investigação de Ribeiro e Pinto (2014), (83%;  $n=202$ ). No entanto, as autoras ressaltam o facto de apenas 27,2% ( $n=66$ ) das moradias serem acessíveis a pessoas com mobilidade condicionada (Ribeiro & Pinto, 2014). Também Rodrigues et al. (2023) quando caracterizaram o familiar dependente, o membro familiar prestador de cuidados e os recursos utilizados no contexto de 60 famílias clássicas, no Concelho de Coimbra, concluíram que a maioria residia em moradia (86,3%;  $n=52$ ), mas apenas 26,7% ( $n=16$ ) eram acessíveis a pessoas com mobilidade condicionada.

O Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto, que tem por definição as normativas das condições de acessibilidade em fase de projeto e na construção de espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos e habitacionais, entrou em vigor a 8 de fevereiro de 2007, seis meses após a publicação (Decreto-Lei nº 163/2006, Artigo 26.º).

No que reporta ao ano de construção dos edifícios habitacionais, a maioria foi anterior a 8 de fevereiro de 2007 (95,2%;  $n=20$ ). Os resultados obtidos são coerentes com a realidade conhecida em Portugal, resultantes dos Censos 2021, o INE (2022d) indica que em Portugal foram identificados 3 573 416 edifícios, dos quais, 3 239 295 (90%) foram registados com ano de construção anterior a 2006. Paralelamente, na região do Tâmega e Sousa dos 162 187 edifícios registados, 142 791 (88%) eram anteriores a 2006.

Uma vez que nessa altura não vigorava a legislação atual, permite inferir a possibilidade de maiores constrangimentos de acessibilidade nas casas de banho habitacionais, tal como Ribeiro e Pinto (2014) e Rodrigues et al. (2023) reportaram nas suas investigações, em anos bem distintos, nos concelhos de Paços de Ferreira e Coimbra, respetivamente, já com a diploma legal bem vincado, que as habitações na sua globalidade ainda manifestavam limitações de acessibilidade a pessoa com mobilidade condicionada.

Constatou-se que 47,6% ( $n=10$ ) só beneficiavam de uma casa de banho, enquanto 33,3% ( $n=7$ ) beneficiam de duas. Quanto aos equipamentos sanitários, aferiu-se que todas as casas de banho eram compostas por sanita, lavatório e espelho. O bidé e banheira foram verificados em 85,7% ( $n=18$ ) e 66,7% ( $n=14$ ), respetivamente. Ora o Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto, faz referência para cada habitação a existência de pelo menos uma instalação sanitária equipada com um lavatório, uma sanita, um bidé e uma banheira. No entanto, poderá ser instalada uma base de duche com 0,80m por 0,80m, em detrimento da banheira, desde que fique garantido espaço para eventual instalação de banheira.

Quanto à caracterização dos níveis de independência no autocuidado verificou-se uma média de 82,1 ( $\pm 23,6$ ) no IB, sendo a maioria independente (57,1%;  $n=12$ ), segundo os pontos de corte de Sequeira (2010).

As atividades mais comprometidas foram o banho (dependente:  $n=8$ ; 38,1%), a higiene corporal (dependente:  $n=3$ ; 14,3%), o subir escadas (dependente:  $n=3$ ; 14,3%; necessita de ajuda:  $n=6$ ; 28,6%), a deambulação (dependente:  $n=3$ ; 14,3%; necessita de ajuda:  $n=5$ ; 23,8%) e a transferência cadeira-cama (necessita de grande ajuda:  $n=2$ ; 9,5%; necessita de ajuda mínima:  $n=6$ ; 28,6%).

Remetendo comparação para a investigação de Cunha et al. (2017) referente ao primeiro ano de atividade da UHD no Hospital Garcia de Orta, onde analisaram o IB, verificou-se também que 73,3% ( $n=206$ ) eram independentes, 14,6% ( $n=41$ ) parcialmente dependentes e 12,1% ( $n=34$ ) totalmente dependentes (acamados). Portanto, pode verificar-se que existe uma predominância de pessoas independentes alvo de cuidados de hospitalização domiciliária, nos contextos em análise.

Comparando os dados do presente estudo, relativamente às atividades mais comprometidas, com os dados do INE (2022c), na região Tâmega e Sousa, nas atividades andar ou subir degraus e tomar banho ou vestir-se sozinho, na faixa etária 65-69 anos, correspondente à média da amostra em estudo, verificou-se que as pessoas tinham alguns comprometimentos nas atividades de autocuidado. Na atividade andar ou subir degraus, 63,5% tinham alguma dificuldade e 20,2% muita dificuldade. Na atividade tomar banho ou vestir-se sozinho, 10,3% tinham alguma dificuldade e 1,9% muita dificuldade (INE, 2022c).

Na caracterização das instalações sanitárias relativamente às barreiras arquitetónicas e aos níveis de acessibilidade na realização do autocuidado, verificou-se que a maioria dos participantes (85,7%;  $n=18$ ) tinham acesso à casa de banho sem degraus. Quando se questionaram os participantes sobre a perceção das barreiras existentes na casa de banho, a maioria (57,1%;  $n=12$ ) respondeu que não tinha barreiras. Dos que responderam afirmativamente, a maioria mencionou a banheira (42,9%;  $n=9$ ) e as dimensões reduzidas da casa de banho (19,0%;  $n=4$ ).

Estes dados alinham-se com um estudo realizado por Iwarsson et al. (2012b), que rastrearam o tipo de barreiras habitacionais, em 35 apartamentos, num município do sul da Suécia, onde apontaram para a existência de banheira em vez de base de duche,

dimensões reduzidas da casa de banho, escadas para acesso à casa de banho, ausência de assento na banheira ou base de duche, lavatório colocado para uso em pé, superior a 81cm, utilização de comandos nas áreas de higiene que exigem o uso de mãos e sanita com altura inferior ao padrão.

Também se verificou que a maioria não realizou obras de melhoria da acessibilidade posteriormente a 8 de fevereiro de 2007 (81,0%;  $n=17$ ). Dos 19,0% ( $n=4$ ) que melhoraram a acessibilidade, 14,3% ( $n=3$ ) substituíram a banheira por base de duche, 9,5% ( $n=2$ ) colocaram banco na base de duche e a colocação de barra de apoio na base de duche, substituição de torneiras, substituição de sanita e substituição de lavatório foi realizado apenas por 4,8% ( $n=1$ ). Fänge e Iwarsson (2003) e Iwarsson et al. (2012a) apontam que as modificações do espaço físico são importantes não só para melhorar a acessibilidade do espaço, mas também a perceção que o indivíduo tem sobre a sua capacidade para participar nele e, finalmente, a satisfação que o desempenho das atividades lhe proporciona, o que se pode inferir quanto aos 19,0% ( $n=4$ ) que efetuaram melhorias na acessibilidade nas instalações sanitárias.

Os controlos de mecanismo, no qual se inserem as torneiras, válvulas de descarga e controlos de escoamento, devem ser do tipo mono comando e acionadas por alavanca, segundo o diploma legal (Decreto-Lei nº 16/2006; Teles, 2007).

Pelo exposto foram identificados alguns constrangimentos de acessibilidade nos controlos de mecanismo nas casas de banho analisadas, conforme se indica nos dados seguintes. Nos controlos de abertura de água verificou-se que as torneiras do lavatório, bidé, banheira/base de duche eram maioritariamente do tipo alavanca (61,9%;  $n=13$ ), (52,4%;  $n=11$ ) e (71,4%;  $n=15$ ), respetivamente. Já na sanita, o mecanismo de abertura da água mais utilizado, era do tipo sistema de pressão (57,1%;  $n=12$ ). No escoamento de água, apurou-se que o mecanismo mais utilizado no lavatório e bidé era do tipo válvula de borracha, (76,2%;  $n=16$ ) e (71,4%;  $n=15$ ), respetivamente. Na banheira/base de duche, o escoamento de água era feito pela generalidade através de válvula de borracha (47,6%;  $n=10$ ) e por válvula base-duche (33,3%;  $n=7$ ).

No que comporta à sanita acessível, verificamos que na sua maioria, a altura do piso ao bordo do assento da sanita, era acessível sem dificuldade em 57,1% ( $n=12$ ). Atendendo que o Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto menciona que a altura do piso

ao bordo superior do assento da sanita deve ser 0,45m, com tolerância de  $\pm 0,01$ m, os resultados expostos revelam conflitos de acessibilidade à sanita nos restantes casos.

Assim como o acesso lateral a um dos lados, pelo menos e na parte frontal da sanita, em que a zona livre, de largura (A)  $\geq 0,75$ m e de comprimento (B)  $\geq 1,20$ m, era acessível sem dificuldade em 47,6% ( $n=10$ ) e acessível com dificuldade em 9,5% ( $n=2$ ) dos casos. O bordo frontal da sanita deveria ficar a cerca de 0,75m da parede. Facto confirmado na sua maioria em 71,4% ( $n=15$ ), como sendo acessível com dificuldade. Quanto ao ângulo entre o assento da sanita e o tanque da água deverá ser superior a 90°, para permitir o encosto da tampa sem cair, verificou-se na maioria em 95,2% ( $n=20$ ) era acessível sem dificuldade.

Para vários autores, as sanitas com altura desadequada, sem altura *standard*, configuram como uma barreira arquitetónica (Granbom et al., 2016; Iwarsson et al., 2012b; Kylén et al., 2014; Pettersson et al., 2018; Siqueira et al., 2009).

O Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto também menciona que o espaço livre com instalações sanitárias deveria permitir uma manobra de rotação de 360° para pessoas que usam cadeira de rodas. Este facto foi contrariado, verificando-se na sua maioria como não acessível ou acessível com ajuda, em 47,6% ( $n=10$ ) e 4,8% ( $n=1$ ), respetivamente. Esta barreira é assinalada também por Pettersson et al. (2021) que afirmam que as casas de banho com dimensões reduzidas, são inacessíveis a pessoas que utilizem andarilho ou cadeira de rodas.

A ausência de barra de apoio confirmou-se em 95,2% ( $n=20$ ). No único caso em que existia barra de apoio junto da sanita, esta respeitava a acessibilidade quanto à altura e estava muito próximo das dimensões de cumprimento, portanto acessível com dificuldade. Sobre esta barreira, a literatura vem afirmando que a ausência de barras de apoio configura-se como uma barreira arquitetónica que impede o acesso de pessoas com limitações temporárias, permanentes ou com mobilidade condicionada (Iwarsson et al., 2012b; Pettersson et al., 2018; Siqueira et al., 2009).

No que respeita a banheira acessível, inferiu-se que a zona livre de acesso, em 38,1% dos casos ( $n=8$ ), era acessível sem dificuldade. O Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto, alude para a altura do piso ao bordo superior ser de 0,45m, permitindo uma tolerância de  $\pm 0,01$ m, mas neste estudo, percebeu-se que era acessível com dificuldade em 38,1% ( $n=8$ ). A zona livre localizada ao lado da base da banheira e com recuo de 0,3m

relativamente ao assento, por forma a permitir a transferência de uma pessoa em cadeira de rodas, apenas foi classificado como acessível sem dificuldade em 28,6%, ( $n=6$ ). Também se verificou, de acordo com as orientações do diploma legal, a possibilidade de instalar em todos os casos (100,0%;  $n=14$ ) um assento no interior da banheira. No entanto não existia nenhuma plataforma de nível no topo posterior que servisse de assento, com dimensões não inferiores a 0,4m. A ausência de assento também se verificou em 90,5% ( $n=19$ ). Junto à banheira não se verificou qualquer barra de apoio. Na mesma linha, para Pettersson et al. (2021), a acessibilidade é posta em causa pela inexistência de barras de apoio na sanita e na banheira ou base de duche, e ausência de assento para tomar banho (Iwarsson et al., 2012b). Estes autores referem ainda que a acessibilidade fica comprometida quando o espaço se mostra reduzido, revelando dificuldade ou impedimento à mobilidade de pessoa com andador, cadeira de rodas e cadeira sanitária (Iwarsson et al., 2012b), como se pode verificar nos resultados da amostra descritos.

Quando foi possível analisar bases de duche, verificou-se existirem em apenas 33,3 % ( $n=7$ ) dos casos. Destes, 19,0% ( $n=4$ ) foram avaliados como não acessíveis quanto à entrada para o interior da base de duche de pessoa em cadeira de rodas. Por outro lado, a transferência da pessoa em cadeira de rodas para um assento no interior da base de duche, foi considerada acessível sem dificuldade em apenas 14,3% ( $n=3$ ). O Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto, refere que se as bases de duche acessíveis não permitirem a entrada de uma pessoa em cadeira de rodas para o seu interior, deverão respeitar as seguintes condições: uma zona livre, largura (A)  $\geq 0,75\text{m}$  e comprimento (B)  $\geq 1,20\text{m}$ , ao lado da base de duche e com recuo de 0,30m relativamente ao assento, de modo a permitir a transferência de uma pessoa em cadeira de rodas; o vão de passagem entre a zona livre e o assento da base teve ter uma largura não inferior a 0,80m e deve existir um assento no interior da base de duche. Quando foram analisadas estas premissas, verificou-se na primeira, quanto à zona livre, que era acessível sem dificuldade, na sua maioria, em 19,0% ( $n=4$ ). A segunda, relativamente ao vão de passagem, verificou-se que era acessível sem dificuldade em 14,3% ( $n=3$ ) e 9,5% ( $n=2$ ) acessível com dificuldade, ou seja, muito próximo das medidas consagradas no diploma. A terceira, no caso da existência de assento no interior, foi na maioria observado em 19,0% ( $n=4$ ) como acessível sem dificuldade. As dimensões do assento também se obrigam à regulamentação cingida no Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto, em que este deve

possuir uma profundidade não inferior a 0,40m e um comprimento não inferior a 0,70m e quando o assento estiver em uso, a altura do piso ao bordo superior deve ser de 0,45m, com tolerância de  $\pm 0,01$ m. Ambas as premissas foram classificadas como acessível sem dificuldade em 9,5% ( $n=2$ ) e os restantes 9,5% ( $n=2$ ), muito próximos da medida, acessível com dificuldade.

As dimensões das bases de duche também podem ser de duas medidas,  $A \geq 0,80$ m  $B \geq 0,80$ m ou  $C \geq 0,70$ m  $D \geq 1,10$ m. Nas dimensões  $A \times B$ , metade era acessível sem dificuldade (9,5%;  $n=2$ ) e outra metade foi classificada como acessível com dificuldade (9,5%;  $n=2$ ), ou seja, representava dimensões muito próximas à contemplada do diploma legal. As que tinham as dimensões  $C \times D$ , pudemos verificar que eram acessíveis sem dificuldade em 9,5% ( $n=2$ ) e apenas 4,8% ( $n=1$ ) foi classificada como sendo acessível com dificuldade. Foi também constatado que a maioria das bases de duche não tinham barras de apoio (95,2%;  $n=20$ ). O único caso onde se verificou existir barra de apoio (4,8%;  $n=1$ ), foi classificado como acessível com dificuldade, ou seja, muito próximo das medidas,  $A \geq 0,70$ ;  $B \geq 1,0$ m e  $C \leq 0,85$ m  $\leq 0,95$ m, orientadas no Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto.

Nos dados que caracterizavam a acessibilidade de proteção de banheira ou base de duche, concluímos que a maioria (52,4%;  $n=11$ ) era acessível sem dificuldade, uma vez que não obstruíam os controlos ou a zona de transferência de pessoa em cadeira de rodas. As normativas também apontam para a não existência de calhas no piso ou nas zonas de transferência, o que se traduziu ser acessível sem dificuldade em 38,1% ( $n=8$ ) e 4,8% ( $n=1$ ) acessível com dificuldade.

Na análise a lavatórios acessíveis, confirmou-se que a zona livre de aproximação frontal, em cadeira de rodas, com a largura  $A \geq 0,75$ m e  $B \geq 1,20$ m, era na generalidade acessível sem dificuldade em 61,9% ( $n=13$ ). A zona livre deveria ter um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível. Este princípio revelou ser maioritariamente acessível sem dificuldade em 71,4% ( $n=15$ ) dos lavatórios. Também foi verificada pela maioria em 61,9% ( $n=13$ ) a acessibilidade sem dificuldade, no que respeita à altura do piso ao bordo superior do lavatório ser de 0,80m, com tolerância de  $\pm 0,02$ m. Quando se analisou a existência de uma zona livre, com altura não inferior a 0,65m e uma profundidade medida a partir do bordo frontal, não inferior a 0,50m, foi relevado globalmente como sendo acessível sem dificuldade em 85,7% ( $n=18$ ). A

acessibilidade do lavatório deve ser analisada do ponto de vista de aproximação frontal em cadeira de rodas e pela existência de uma zona livre sob o lavatório, não inferior a 0,65m e uma profundidade desde o bordo frontal não inferior a 0,50m (Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto), para que a pessoa que usa a cadeira de rodas consiga usufruir de acesso e gozo do seu autocuidado, tendo impacto na capacidade funcional e na qualidade de vida em geral (Güldenpfennig et al., 2019). Nesta perspetiva, verificamos na amostra em estudo, que o acesso ao lavatório era impossível em 23,8% ( $n=5$ ) e apenas acessível com ajuda em 14,3%, ( $n=3$ ), portanto dados bastante significativos.

Os espelhos colocados sobre o lavatório, fixos na posição vertical, deveriam estar colocados com a base inferior da superfície refletora a uma altura do piso não superior a 0,90m (Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto). Esta premissa foi contrariada em 47,6% ( $n=10$ ), sendo ponderada como não acessível e verificada como acessível sem dificuldade em 28,6% ( $n=6$ ) e como acessível com dificuldade em 23,8% ( $n=5$ ). Já o bordo superior da superfície refletora do espelho, deveria estar a uma altura não inferior a 1,80m. Dado maioritariamente acessível sem dificuldade em 81,0% ( $n=17$ ).

Estes dados sobre as barreiras arquitetónicas existentes para uso do lavatório e espelho vão ao encontro do que foi descrito no estudo realizado na Suécia por Kylén et al. (2014). Estes investigadores apontam que, na análise a 371 habitações, a maioria das barreiras eram centradas na cozinha e casa de banho (Kylén et al., 2014). Na casa de banho, as barreiras mais comuns foram o espelho e o lavatório, colocados somente para uso em pé. Ora, o Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto indica que a base da parte refletora do espelho deva ser colocada a uma altura do piso, não superior a 0,90m, para que possa ser acessível a uma pessoa que use cadeira de rodas. Foi verificado que 47,6% da amostra ( $n=10$ ), não tinha o espelho acessível.

Entende-se por controlos e mecanismos operáveis, os controlos da torneira, os controlos do escoamento, as válvulas de descarga da sanita, os suportes de toalhas, as saboneteiras e os suportes de papel higiénico (Decreto-Lei nº 163/2006; Teles, 2007). A regulamentação das acessibilidades nas casas de banho indica que estes aparelhos para serem acessíveis devem permitir uma aproximação de pessoa em cadeira de rodas, com o alcance frontal, quando  $A \geq 0,40\text{m}$  (altura mínima) e  $B \leq 1,20\text{m}$  (altura máxima) e alcance lateral, quando  $C \leq 0,30\text{m}$  (distância entre a cadeira de rodas e parede onde se encontra o mecanismo),  $A \geq 0,30\text{m}$  (altura mínima) e  $B$  (altura máxima)  $\leq 1,40\text{m}$ .

Verificamos que maioritariamente eram acessíveis sem dificuldade em 61,9% ( $n=13$ ) e 57,1% ( $n=12$ ), respetivamente.

Outro item analisado foi o chuveiro. Mediante as indicações de ser do tipo telefone, ter um comprimento não inferior a 1,50m, poder ser utilizado como chuveiro de cabeça fixo e como chuveiro de mão livre, concluímos que era acessível sem dificuldade em 95,2% ( $n=20$ ). As torneiras também foram consideradas na maioria (61,9%;  $n=13$ ) acessíveis sem dificuldade, uma vez que eram acionadas por alavanca. Contrariamente, os controlos de escoamento, foram classificados maioritariamente como acessíveis com ajuda (81,0%;  $n=17$ ), uma vez que não respeitava a ação de funcionamento por alavanca, como é indicado no Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto.

Analisando os dados referentes à acessibilidade da porta da casa de banho, com orientação da regulamentação portuguesa, percebemos que a maioria era acessível com dificuldade (52,4%;  $n=11$ ), no entanto, em 33,3% ( $n=7$ ) a porta não era acessível, verificando-se as medidas muito abaixo do regulamentado. Em alguns casos, a largura da porta era de 0,64m. De referir que na amostra não observamos qualquer porta de correr. Eram todas portas de batente (100,0%;  $n=21$ ). Ora, o diploma anterior mencionado, indica que os vãos de porta devem possuir uma largura útil não inferior a 0,77m, medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição do lado oposto; os vãos da porta devem ter uma altura útil de passagem não inferior a 2,0m (Decreto-Lei nº 163/2006). Relativamente à altura de passagem não inferior a 2,0m, registamos que a maioria era acessível sem dificuldade (76,2%;  $n=16$ ), sendo as restantes muito próximo das orientações imanadas no decreto-lei (23,8%;  $n=5$ ). Em relação aos controlos de abertura de porta, verificamos que 71,4% ( $n=15$ ) eram acessíveis sem dificuldade, pois traduzem o que vem descrito no Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto, que os puxadores, as fechaduras, os trincos e outros dispositivos de operação de portas devem oferecer uma resistência mínima e ter uma forma fácil de agarrar com a mão e que não requiera uma prensão firme ou rodar o pulso, não recomendando os puxadores em forma de maçaneta.

Todos os mecanismos de operação de portas estavam a uma altura do piso compreendida entre 0,80 m e 1,10m e a uma distância do bordo exterior da porta não inferior a 0,05m, conforme a legislação, unanimemente acessíveis sem dificuldade.

Refere-se que 33,3% ( $n=7$ ) das portas foram classificadas como não acessíveis e 28,6% ( $n=6$ ) dos controlos de abertura de porta eram acessíveis com ajuda, porque eram operacionalizados por maçaneta. Importa mencionar que os autores Granbom et al. (2016), Iwarsson et al. (2012b), Kylén et al. (2014) e Yoshida e Magagnin (2017) alertaram para a dificuldade associada aos dispositivos de abertura de porta com maçaneta, pois dificulta o seu manuseio pela necessidade de giro de pulso, conferindo uma barreira arquitetónica. Além disso, a porta e os corredores estreitos limitam a acessibilidade à casa de banho da pessoa com mobilidade condicionada, mais concretamente, da pessoa dependente de cadeira de rodas (Granbom et al., 2016; Yoshida & Magagnin, 2017).

A largura do corredor de acesso à casa de banho é um fator importante de boa acessibilidade, na medida que permite a angulação necessária à passagem de cadeira de rodas pela porta. De acordo com Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto, os corredores devem ter medida igual ou superior a 1,10m, assinalada com  $B \geq 1,10m$ , como indica a Figura 4. Importa referir que a análise da largura do corredor foi analisada juntamente na avaliação das medidas da porta da casa de banho. Em algumas habitações os corredores tinham largura de 0,90m, o que configura uma barreira e que vai ao encontro do estudo realizado por Yoshida e Magagnin (2017) onde analisaram os corredores de três edifícios, com as larguras de 1,0m, 0,89m e 0,87m, apontando para o comprometimento da acessibilidade. Os autores ainda referem que este tipo de barreiras, estão relacionadas com as etapas de projeto e execução de obra (Yoshida & Magagnin, 2017). Efetivamente os corredores e as portas de acesso à casa de banho estreitas conferem uma barreira de acessibilidade arquitetónica (Granbom et al., 2016; Iwarsson et al., 2012b; Yoshida & Magagnin, 2017), tal como se verifica no estudo em análise.

#### 4.2.LIMITAÇÕES E PONTOS FORTES DO ESTUDO

O presente estudo permitiu adquirir e contribuir para novos conhecimentos sobre as barreiras arquitetónicas nas instalações sanitárias habitacionais em clientes alvo de internamento em hospitalização domiciliária. No entanto, podemos encontrar limitações neste processo de investigação que importam considerar tendo em vista novos estudos de investigação.

Como limitação, importa salientar a reduzida dimensão da amostra, o caráter exclusivamente descritivo e a restrição da avaliação aos ambientes mais frequentados pelos participantes, sem que uma análise global do domicílio pudesse resultar deste trabalho. Neste âmbito, importa considerar a circunstância da avaliação ter sido realizada por referência, apenas, à casa de banho utilizada diariamente pelo cliente no autocuidado, excluindo-se da amostra as demais casas de banho existentes na habitação. Ora, 52,3% dos participantes do presente estudo dispunham de mais de uma casa de banho na habitação e, numa análise global, configuravam uma maior limitação da acessibilidade aos elementos sanitários. A largura do corredor também é um fator importante de acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada, mais concretamente a pessoas que usam cadeira de rodas. Para uma melhor descrição, o estudo deveria contemplar, de maneira inequívoca, a largura do corredor e não apenas indiretamente, na avaliação da acessibilidade da porta da casa de banho.

No que respeita a pontos fortes, saliente-se a avaliação exaustiva efetuada das instalações sanitárias e a criação de um instrumento de observação, que estará disponível para utilização e aperfeiçoamento, em investigações futuras ou como ferramenta de apoio à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação. Assinala-se ainda o conhecimento gerado sobre as acessibilidades das instalações sanitárias habitacionais, relevando detalhes de uma área de relevo para a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A utilização do IB, para a avaliação da independência no autocuidado, também é um ponto forte do estudo, uma vez que permitiu uma caracterização simples da amostra e a comparabilidade com outros estudos.

Na base do conhecimento obtido, sendo de elevado interesse uma abordagem analítica das variáveis em estudo, salienta-se que futuras investigações deverão analisar a relação entre a independência e a existência de barreiras arquitetónicas, assim como com a experiência de acidentes/quedas.



## 5. CONCLUSÃO

O presente trabalho de investigação teve como desígnio contribuir para o desenvolvimento do conhecimento na área da especialidade de enfermagem de reabilitação. Através dele foi possível caracterizar os clientes alvo de hospitalização domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, os níveis de independência funcional dos clientes e também as instalações sanitárias, relativamente às barreiras arquitetónicas e aos níveis de acessibilidade.

No presente estudo a amostra foi constituída por 21 participantes, maioritariamente do sexo feminino (52,4%), com idade média de 66,9 ( $\pm 19$ ) anos e independentes no autocuidado (57,1%). A maioria residia em habitação própria (61,9%), cuja casa de banho, tinha banheira (66,7%) acessível sem dificuldade (38,1%) ou base de duche acessível sem dificuldade (19,0%). No entanto, 95,2% não tinham barras de apoio. Em 47,6% e 61,9% dos casos, a sanita e o lavatório, respetivamente, foram considerados acessíveis sem dificuldade. Outros resultados incluem: espelho não acessível (47,6%); controlos e mecanismos operáveis, com alcance frontal, acessíveis sem dificuldade (61,9%); vãos de porta acessíveis com dificuldade (52,4%) e puxadores acessíveis sem dificuldade (71,4%). A rotação de 360° em cadeira de rodas não era possível em 47,6% das casas de banho. Outro dado não revelado tão linearmente é referente à largura do corredor para acesso à casa de banho, por pessoa em uso de cadeira de rodas. Embora se desconheça estatisticamente o nº de corredores não acessíveis, verificou-se que alguns não tinham as dimensões imanadas no Decreto-Lei nº 163/2006 de 8 de agosto.

Os resultados revelaram comprometimento da acessibilidade nas instalações sanitárias desta amostra, podendo constituir este um fator limitador da independência funcional.

As barreiras arquitetónicas são um problema sério para a inclusão social e a participação plena de pessoas com deficiência ou mobilidade condicionada na sociedade. A sua remoção é uma obrigação legal e ética, garantida por leis e normas de acessibilidade, que visam promover a igualdade de oportunidades e a independência funcional.

As barreiras arquitetónicas podem limitar a mobilidade de qualquer indivíduo, constringendo a acessibilidade e a independência funcional. Importa relevar as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação

da pessoa com deficiência ou limitação da atividade e na promoção da mobilidade e acessibilidade, identificando as barreiras arquitetônicas e orientando para a sua eliminação.

A eliminação das barreiras arquitetônicas requer uma abordagem integrada e coordenada, envolvendo arquitetos, engenheiros, urbanistas, *designers*, construtores e outros profissionais, como sendo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, envolvidos na concepção, construção e manutenção de edifícios, espaços públicos e habitacionais. É importante considerar a acessibilidade desde a fase inicial do projeto e incorporar soluções de *design* universal, que atendam às necessidades de todas as pessoas, independentemente da sua condição física, sensorial ou cognitiva.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é um profissional de saúde capacitado nesta área de atuação, quer pelo conhecimento das leis quer pelas funções imanadas do regulamento nº 350/2015 sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Reabilitação, devendo intervir também no sentido de aumentar a literacia das pessoas com mobilidade condicionada e/ou seu familiar cuidador sobre a sua condição, empoderando-as e melhorando a sua autonomia e independência funcional.

No que respeita às implicações para a investigação, assinala-se o elevado interesse numa abordagem analítica das variáveis em estudo. Nesta linha, futuras investigações deverão analisar a relação entre a independência e a existência de barreiras arquitetônicas, assim como com a experiência de acidentes/quedas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2020). *Modelo de acompanhamento das unidades de hospitalização domiciliar no SNS*. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/07/Modelo-Acompanhamento-Hospitalizacao-Domiciliaria-SNS.pdf>
- Alves, M. (2016). “Hospital at Home” : A Realidade Dentro e Fora de Portugal. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 23(1), 40–43. [https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23\\_n1\\_2016\\_40\\_43.pdf](https://www.spmi.pt/revista/vol23/vol23_n1_2016_40_43.pdf)
- Alves, M., Vieira, MB, Costa, J., & Carneiro, A. V. (2017). Análise da Revisão Cochrane: Alta Precoce Hospitalar em Domicílio. Sistema de banco de dados Cochrane. *Revista Acta Médica Portuguesa*, 30 (12), 835-839. <https://doi.org/10.20344/amp.-9791>
- Andrade, L. E. L., Oliveira, N. P. D., Ruaro, J. A., Barbosa, I. R., & Dantas, D. S. (2017). Avaliação do nível de conhecimento e aplicabilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Saúde Em Debate*, 41(114), 812–823. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711411>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66. <http://hdl.handle.net/10362/95522>
- Araújo, L. M., Aragão, A. E. A., Ponte, K. M. A., & Vasconcelos, L. C. A. (2018). Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(2), 549–557. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.549-557>
- Arsenault-Lapierre, G., Henein, M., Gaid, D., Le Berre, M., Gore, G., & Vedel, I. (2021). Hospital-at-Home Interventions vs In-Hospital Stay for Patients With Chronic Disease Who Present to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 4(6), e2111568–e2111568. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.11568>
- Buedo, P., & Salas, M. (2020). Atención de la salud en domicilio: Aportes desde la bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 19(37-2 SE-Artículos), 9–18. <https://doi.org/10.18359/rlbi.3619>
- Caldeira, I. M. F. (2009). Espaço Público Para Todos: Aplicação dos princípios da

- acessibilidade plena em áreas históricas e em áreas consolidadas. [Tese de Mestrado, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto] RAUP. <http://hdl.handle.net/10216/59299>
- Chan, S. (2022). Hospitalização Domiciliária, uma Alternativa ao Internamento Convencional. *Medicina Interna*, 29(1), 53–56. <https://doi.org/10.24950/rspmi-2022.01.288>
- Chen, S., Zheng, J., Chen, C., Xing, Y., Cui, Y., Ding, Y., & Li, X. (2018). Unmet needs of activities of daily living among a community-based sample of disabled elderly people in Eastern China: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0856-6>
- Cotta, R. M. M., Suarez-Varela, M. M., Gonzalez, A. L., Filho, J. S. C., Real, E. R., & Ricós, J. A. D. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *ver Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 10(1), 45–55. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8626>
- Cunha, V., Escarigo, M. C., Correia, J., Nortadas, R., Azevedo, P. C., Beirão, P., Gomes, A., & Delerue, F. (2017). Hospitalização Domiciliária: Balanço de um Ano da Primeira Unidade Portuguesa. *Medicina Interna*, 24(4), 290–295. <https://doi.org/10.24950/rspmi/O112/17/2017>
- Decreto-Lei nº 163/2006 do Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Diário da República: 1.<sup>a</sup> série, nº 152, 5670–5689 (8 Agosto). <https://dre.pt/application/conteudo/538624>
- Delerue, F. (2023, Maio 25). *A Hospitalização Domiciliária deve ser a primeira opção*. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. <https://www.spmi.pt/a-hospitalizacao-domiciliaria-deve-ser-a-primeira-opcao/>
- Delerue, F., & Correia, J. (2018). Hospitalização Domiciliaria mais um Desafio para a Medicina Interna. *Medicina Interna*, 25(1), 15–17. <https://doi.org/10.24950/rspmi-op/1/2018>
- Despacho nº 1233/2019 do Ministério da Saúde, Diário da República: 2.<sup>a</sup> série, nº 246 (23 Dezembro). <https://files.dre.pt/2s/2019/12/246000000/0007600077.pdf>
- Despacho n.º 9323-A/2018 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Diário da República: 2.<sup>a</sup> série, nº 191 (3 Outubro). <https://files.dre.pt/2s/2018/10/191000001/0000200005.pdf>

- Direção-Geral da Saúde (2018). Norma N° 020/2018, 20 de Dezembro, Hospitalização Domiciliária em idade adulta 1–22. <http://nocs.pt/hospitalizacao-domiciliaria-em-idade-adulta/>
- Direção-Geral da Saúde (2008). Planos Locais de Acção em Habitação e Saúde (PLAHS): Manual para projectos. 86. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107870/WHO-EURO-2007-4897-44660-63394-por.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Escola Superior de Saúde de Santa Maria. (2021). Citações e Referências Bibliográficas: Normas APA 7.<sup>a</sup> ed. [https://www.santamariasaude.pt/wp-content/uploads/-/2022/10/2021\\_NormasAPA\\_assinado.pdf](https://www.santamariasaude.pt/wp-content/uploads/-/2022/10/2021_NormasAPA_assinado.pdf)
- Escola Superior de Saúde de Santa Maria. (2023). Normas de Formatação: Dissertações de Mestrado na ESSSM. [https://www.santamariasaude.pt/wpcontent/uploads/-/2023/04/20230328\\_NFDM.pdf](https://www.santamariasaude.pt/wpcontent/uploads/-/2023/04/20230328_NFDM.pdf)
- Facultad, J., & Lee, G. A. (2019). Patient satisfaction with a hospital-in-the-home service. *British Journal of Community Nursing*, 24(4), 179–185. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.4.179>
- Fänge, A., & Iwarsson, S. (2003). Accessibility and usability in housing: construct validity and implications for research and practice. *Disability and Rehabilitation*, 25(23), 1316–1325. <https://doi.org/10.1080/09638280310001616286>
- Farias, N., & Buchalla, C. M. (2005). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 187–193. <https://doi.org/10.1590/s1415-790x2005000200011>
- Ferra, A.R.F., Peixoto, A.R.G., Rainho, N.M.R., Pestana, H.C.F.C., & Sousa, L.M.M. (2019). Score set da CIF adequado na avaliação da funcionalidade da pessoa idosa. *Journal Aging and Innovation*, 8(3), 35-49. <http://hdl.handle.net/10174/27407>
- Goes, M., Lopes, M. J., Oliveira, H., Fonseca, C., & Marôco, J. (2020). A Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Scientific Reports*, 10(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-58596-1>
- Granbom, M., Slaug, B., Löfqvist, C., Oswald, F., & Iwarsson, S. (2016). Community Relocation in Very Old Age: Changes in Housing Accessibility. *The American*

*Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 70(2), p1–p9.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.2016.016147>

Greiman, L., & Ravesloot, C. (2016). Housing characteristics of households with wheeled mobility device users from the American Housing Survey: do people live in homes that facilitate community participation? *Community Development*, 47(1), 63–74.  
<https://doi.org/10.1080/15575330.2015.1108989>

Güldenpfennig, F., Mayer, P., Panek, P., & Fitzpatrick, G. (2019). An autonomy-perspective on the design of assistive technology: Experiences of people with multiple sclerosis. *Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings*, (March). <https://doi.org/10.1145/3290605.3300357>

Hertig-Godeschalk, A., Gemperli, A., Arnet, U., & Hinrichs, T. (2018). Availability and need of home adaptations for personal mobility among individuals with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 41(1), 91–101.  
<https://doi.org/10.1080/10790268.2017.1308995>

Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. 2ª ed. Loures: Lusociência

Instituto Nacional de Estatística (2022a, Fevereiro 25). *Cerca de 35% da população com limitação na realização das atividades, o valor mais elevado desde 2016. Rendimentos e Condições de Vida. Estado de Saúde 2021*.  
[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUES\\_dest\\_boui=544264379&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=544264379&DESTAQUESmodo=2)

Instituto Nacional de Estatística (2022d, Novembro 12). *Edifícios por Localização geográfica à data dos Censos [2021] (NUTS-2013), Época de construção e Dimensão da reparação*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011482>

Instituto Nacional de Estatística (2022b, Novembro 23). *Agregados domésticos privados (Nº) por Local de residência (à data dos Censos 2021) e Dimensão (agregado doméstico privado)*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011538>

Instituto Nacional de Estatística (2022c, Novembro 23). *Dificuldades (Nº) da população residente com 15 e mais anos de idade com dificuldades por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS-2013), Sexo, Grupo etário, Condição perante o trabalho, Tipo de dificuldade e Grau de dificuldade*.

- <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011713>
- Instituto Nacional de Estatística (2022d, Novembro 12). *Edifícios por Localização geográfica à data dos Censos [2021] (NUTS-2013), Época de construção e Dimensão da reparação*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011482>
- Instituto Nacional de Estatística (2022e, Novembro 23). *Índice de envelhecimento (Nº) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS-2013) e Sexo*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011610>
- Instituto Nacional de Estatística (2022f, Novembro 23). *População residente com 15 e mais anos de idade (Nº) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS-2013), Sexo, Condição perante o trabalho e Fonte de rendimento*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011636>
- Instituto Nacional de Estatística (2022g, Novembro 23). *População residente (Nº) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS-2013), Sexo, Grupo etário e Nível de escolaridade mais elevado completo*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011697>
- Instituto Nacional de Estatística (2023a). *Estatísticas da saúde 2021. Edição 2023*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508>. ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0599-2
- Instituto Nacional de Estatística (2023b). *Estatísticas demográficas 2021. Edição 2023*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/13932532>. ISSN 0377-2284. ISBN 978-989-25-0535-0
- International Council of Nurses (2019). *Browser CIPE*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Iwarsson, S., Haak, M., & Slaug, B. (2012a). Current developments of the Housing Enabler methodology. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(11), 517–521. <https://doi.org/10.4276/030802212X13522194759978>
- Iwarsson, S., Slaug, B., & Fänge, A. M. (2012b). The Housing Enabler Screening Tool: Feasibility and Interrater Agreement in a Real Estate Company Practice Context. *Journal of Applied Gerontology*, 31(5), 641–660. <https://doi.org/10.1177/0733464810397354>
- Kylén, M., Ekström, H., Haak, M., Elmståhl, S., & Iwarsson, S. (2014). Home and health in the third age - Methodological background and descriptive findings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(7), 7060–7080. <https://doi.org/10.3390/ijerph110707060>
- Leff, B., & Montalto, M. (2004). Home hospital-toward a tighter definition. *Journal of*

*the American Geriatrics Society*, Vol. 52, p. 2141. [https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52579\\_1.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52579_1.x)

- Lopes, G. L., & Santos, M. I. P. O. (2015). Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(1), 71–83. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14013>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Manso, M. E. G., Camilo, C. G., Javitti, G. C., & Benedito, V. L. (2019). Capacidade funcional no idoso longevo: revisão integrativa. *Revista Kairós: Gerontologia*, 22(1), 563–574. <https://doi.org/10.23925/2176-901x.2019v22i1p563-574>
- Mariano, P. C., Silva, S., Leitão, F., Carvalho, J., Calmeiro, M., Antunes, I., & André, M. (2021). Insuficiência Cardíaca Crônica em Hospitalização Domiciliária. *Gazeta Médica*, 8, 5–10. <https://doi.org/10.29315/gm.v8i1.373>
- Nortadas, R., Azevedo, P. C., Cunha, V., & Delerue, F. (2021). A Hospitalização Domiciliária e a COVID-19. *Medicina Interna*, 50–52. <https://doi.org/10.24950/rspmi/covid19/hgo/s/2020>
- Noyce, P. R. (2011). The landscape of self-care and self-care. *SelfCare Journal*, 2(July), 93–97. <https://selfcarejournal.com/article/editorial-vol2-issue4/>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>a</sup> ed.). St Louis, MO: Mosby.
- Organização Mundial da Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif.aspx>
- Organização Mundial da Saúde (2013). International Perspectives on Spinal Cord Injury. *Neurobiologia*, 36(2), 67–76. ISBN 978 92 4 156466 3
- Pereira, R. S. S., Martins, M. M., Gomes, B., Aguilera, J. A. L., & Santos, J. (2018). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 66–72.

<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538>

- Pereira, R. S. S., Martins, M. M., Machado, W. C. A., Pereira, A. I., Pereira, A. M., & Chesani, F. H. (2020). Cuidados de enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 86–95. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado-Conceito Central da Enfermagem*. (1ª Edição). Formasau, Formação e Saúde Lda. pp. 16–28. <https://hdl.handle.net/1822/32323>
- Petronilho, F., Pereira, F., & Silva, A. P. (2017). Evolução e destino das pessoas dependentes no autocuidado - estudo longitudinal. *Revista Investigação Em Enfermagem*, nº18(2), 33–43. <https://hdl.handle.net/1822/63436>
- Pettersson, C., Nilsson, M., Andersson, M., & Wijk, H. (2021). The impact of the physical environment for caregiving in ordinary housing : Experiences of staff in home- and health-care services. *Applied Ergonomics*, 92(December 2020), 103352. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103352>
- Pettersson, C., Slaug, B., Granbom, M., Kylberg, M., & Iwarsson, S. (2018). Housing accessibility for senior citizens in Sweden: Estimation of the effects of targeted elimination of environmental barriers. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(6), 407–418. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1280078>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9.ª edição). Artmed Editora.
- Portillo, M. C., & Cowley, S. (2011). Working the way up in neurological rehabilitation: The holistic approach of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11–12), 1731–1743. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03379.x>
- Qaddoura, A., Yazdan-Ashoori, P., Kabali, C., Thabane, L., Haynes, R. B., Connolly, S. J., & Van Spall, H. G. C. (2015). Efficacy of Hospital at Home in Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(6), e0129282. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129282>
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Filho, A. J. A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 157–164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Regulamento n.º 350/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos

- Enfermeiros. Diário da República n.º 119/2015, Série II de 2015-06-22, 16655 – 16660. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao\\_DRJun2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
- Regulamento n.º 392/2019. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, 13565 – 13568. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Rehem, T. C. M. S. B., & Trad, L. A. B. (2005). Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(suppl), 231–242. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000500024>
- Resolução da Assembleia da República nº 56/2009. *Aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adoptada em Nova Iorque em 30 de março de 2007*. Diário da República: 1ª série, nº 146 (30 julho) <https://files.dre.pt/1s/2009/07/14600/0490604929.pdf>
- Ribeiro, M. P., Oliveira, F. D. B., Rodrigues, M. F. R., Alves, M. A. S., Silva, C. F., Prazeres, V. M. P., Ribeiro, O. M. P. L., & Jesus, M. M. G. R. B. (2021). Enfermagem de Reabilitação: a prática sustentada no referencial teórico de Dorothea Orem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 37 (2ª Série), 47–56. <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem/rie-serie-2/850-rie-37-novembro-2021>
- Ribeiro, O., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., & Silva, J. M. A. V. (2018). Exercício profissional dos enfermeiros sustentado nos referenciais teóricos da disciplina: realidade ou utopia. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (19), 39-48. <https://doi.org/10.12707/RIV18040>
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 32(1), 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(No 1), 25–36. <https://doi.org/10.12707/RIII12162>
- Rodrigues, A. R. (2019). O Acesso Aos Serviços Públicos: Intervenção dos Enfermeiros

- de Reabilitação na Acessibilidade Arquitetónica. [Tese Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto] RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28832>
- Rodrigues, C. M. N. C., Amaral, A. F. S., & Tavares, J. P. A. (2023). A pessoa dependente, o cuidador familiar e os recursos utilizados: Estudo com famílias clássicas. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(No2), 1–7. <https://doi.org/10.12707/rvi22071>
- Rovira-Beleta, E., & Folch, A. (2006). *Guía de la Barcelona accesible*. Viena Ediciones.
- Santos, J., Silva, A. M., Pereira, L., Fonseca, P., Silva, M., Príncipe, F., & Mota, L. (2021). A hospitalização domiciliária como fator facilitador no processo de transição saúde / doença. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 4(2), 89–98. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i2.116>
- Santos, M. C., Bittencourt, G. K., Beserra, P. J., & Nóbrega, M. M. (2022) Teoria geral do autocuidado segundo o modelo de análise de teorias de Meleis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21047. <https://doi.org/10.12707/RV21047>
- Santos, M. L. M., Fernandes, J. M., Vicente, D. P., Simionatto, J., Sanches, V.S., Souza, A.S., Christofoletti, G., & Merey, L. F. (2020). Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saude : Revista Do Sistema Único de Saúde Do Brasil*, 29(2), e2018258. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200022>
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel – edições técnicas, lda
- Schoeller, S. D., Bento, L. M., Lorenzetti, J., Klein, A. C., & Pires, D. (2015). The working process during rehabilitation: From the standpoint of the worker and the user. *Aquichan*, 15(3), 403–412. <https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.8>
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (2019a). Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 2(2), 20–26. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4561>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019b). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 26 (2ª Série),

- 35–44. [https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE26\\_s2.pdf](https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf)
- Simões, A. L., Ferreira, P. L., & Dourado, M. (2018). Medição da autonomia em atividades da vida diária. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(1), 9–15. <https://doi.org/10.1159/000492139>
- Siqueira, F. C. V., Facchini, L. A., Silveira, D. S., Piccini, R. X., Thumé, E., & Tomasi, E. (2009). Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: Um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 39–44. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>
- Slaug, B., Chiatti, C., Oswald, F., Kaspar, R., & Schmidt, S. M. (2017). Improved housing accessibility for older people in Sweden and Germany: Short term costs and long-term gains. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph14090964>
- Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2008). Home care in Europe: the solid facts. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Università Commerciale Luigi Bocconi*. 1-46. <https://doi.org/9789289042819>
- Teles, P. (2007). *Acessibilidade e mobilidade para todos: apontamentos para uma melhor interpretação do DL 163/2006 de 8 de Agosto*. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, Ed. <http://hdl.handle.net/10400.26/37441>
- Teles, P. (2017). A acessibilidade universal na qualificação social e física das cidades. Das Cidades e Vilas com Mobilidade para Todos ao Portugal 2020. *Omnia - Revista Interdisciplinar de Ciências e Artes*, 6(0), 5–13. <https://doi.org/10.23882/om06-2017-04-01>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Lusociência.
- Valença, T. D. C., Lima, P. V., Chaves, R. N., Santana, E. S., & Reis, L. A. (2017). Repercussões sociais da aquisição de uma deficiência física na vida de idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(1), 41–55. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p41-55>
- Vicente, M. C., Silva, C. R. R., Pimenta, C. J. L., Bezerra, T. A., Lucena, H. K. V., Valdevino, S. C., & Costa, K. N. F. M. (2020). Functional capacity and self-care in

- older adults with diabetes mellitus. *Aquichan*, 20(3), e2032.  
<https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.2>
- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet (London, England)*, 370(9596), 1453–1457.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61602-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61602-X)
- Voudris, K. V., & Silver, M. A. (2018). Home hospitalization for acute decompensated heart failure: Opportunities and strategies for improved health outcomes. *Healthcare (Switzerland)*, 6(2), 1–10. <https://doi.org/10.3390/healthcare6020031>
- Wang, X. X., Lin, W. Q., Chen, X. J., Lin, Y. Y., Huang, L. L., Zhang, S. C., & Wang, P. X. (2017). Multimorbidity associated with functional independence among community-dwelling older people: A cross-sectional study in Southern China. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0635-7>
- Webber, D., Guo, Z., & Mann, S. (2013). Self-care in health: we can define it, but should we also measure it? *SelfCare Journal*, 4(5), 101–106.  
<http://selfcarejournal.com/article/self-care-in-health-we-can-define-it-but-should-we-also-measure-it/>
- Wendland, D., & Skinner, D. (2020). Key influences on self-care behavior. *SelfCare Journal*, 11(1), 1–8. <https://selfcarejournal.com/wp-content/uploads/2020/02/Skinner-Wendland.-11.01.1-8.pdf>
- Yoshida, D. M., & Magagnin, R. C. (2017). Percepção dos idosos quanto à acessibilidade espacial na Habitação. *Blucher Design Proceedings*, 3(11) 1619–1630.  
<https://doi.org/10.5151/16ergodesign-0166>

## **ANEXOS**

ANEXO I. DEFERIMENTO DA CES E DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
DO CHTS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Exmo. (a) Senhor(a)

Luis Miguel Azevedo Rebelo

71810@chts.min-saude.pt

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	14-12-2019	Nº: 06-2020 PROC. Nº:	24-02-2020

ASSUNTO: Estudo Investigação Clínica

Exmo. (a) Senhor (a)

Acusamos a recepção do seu pedido para realização de Investigação Científica subordinada ao tema **"BARREIRAS ARQUITECTÓNICAS E AUTOCUIDADO: UM ESTUDO DESCRITIVO EM CLIENTES ALVO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA"**.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do referido projecto no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 18-02-2020 foi autorizado realização do estudo, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização da investigação deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Formação, o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.

Estarão ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

Com os melhores cumprimentos,

O Vogal do Conselho de Administração,

Enfermeiro Director

  
(José Ribeiro, Enfermeiro Director)

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I. FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

## **Escola Superior de Saúde de Santa Maria**

**Mestrado em Enfermagem de Reabilitação:** Um Estudo de Descritivo

**Título:** *Barreiras arquitetónicas e autocuidado: Um estudo descritivo em Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária*

**Investigador:** Enf.º Luís Miguel de Azevedo Rebelo, Mestrando em Enfermagem de Reabilitação

**Orientadora:** Prof. Doutora Bruna Gouveia

**Contacto telefónico:** 225 098 664 / 225 098 665

**E-mail:** 71810@chts.min-saude.pt; bgouveia@esesjcluny.pt

### **Folha de Informação ao Participante**

Foi-lhe pedido para participar num estudo de investigação na área da Enfermagem de Reabilitação desenvolvido no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação pela Escola Superior de Saúde de Santa Maria – Porto.

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

#### **Qual é o objetivo deste Estudo?**

Esta pesquisa tem como objetivo abordar a enfermagem de reabilitação, no que refere aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes alvo de Hospitalização Domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Particularmente no que respeita ao Cliente dos cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, pretende-se descrever as barreiras arquitetónicas em instalações sanitárias habitacionais e descrever os níveis de independência no autocuidado de Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

#### **O que é que este estudo envolve?**

No que respeita ao Cliente alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, este estudo envolve a recolha de dados, pelo Investigador, através de um formulário, que compreende uma lista de verificação das instalações sanitárias habitacionais e avaliação clínica simples (como a avaliação do autocuidado, através do Índice de Barthel). No que concerne à caracterização dos participantes, será realizada através de um questionário aplicado pelo Investigador. Caso o Cliente possua alguma limitação motora/cognitiva ou alteração do nível de consciência, que o impeça de responder ao questionário de caracterização da população, será convidado, o Cuidador a responder às questões acerca deste perante o Investigador.

### **Onde decorrerão as atividades deste estudo?**

As atividades de estudo decorrerão na habitação do Cliente/Cuidador, onde este se encontra internado em contexto de Hospitalização Domiciliária.

### **A quem é pedido para participar?**

Foi-lhe pedido para participar neste estudo porque tem idade superior a 18 anos, é alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação na Unidade de Hospitalização Domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

### **Existem risco nesta participação?**

Não. Todas as avaliações são coerentes com a normal abordagem de enfermagem de reabilitação, pelo que não acresce risco para o Cliente. A avaliação do autocuidado equipara-se, ao nível de esforço necessário para o desempenho das suas atividades de vida diária, pelo que não se prevê que a inclusão neste estudo acrescente risco para a sua saúde.

### **Existem benefícios por participar?**

Todos os Participantes do estudo irão beneficiar de uma avaliação em aspetos relevantes para a enfermagem de reabilitação no âmbito deste projeto, com resultados úteis para a prestação dos cuidados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

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

### **Quem terá acesso à minha informação?**

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

Os dados de identificação dos participantes serão apenas do conhecimento do Investigador e do Participante, sendo esta informação destruída após a conclusão do estudo. A sua informação pessoal será sempre confidencial e só poderá ser revelada se solicitada pelas vias legais.

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

### **Quais serão as condições de privacidade?**

Todas as avaliações individuais serão realizadas no ambiente particular da sua casa, garantindo as condições de privacidade.

**Existem custos envolvidos?**

Por participar neste estudo não terá a seu cargo qualquer despesa adicional.

Todos os custos serão atribuídos ao Investigador.

**Que tempo terei de despende?**

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

**Quais são os meus direitos?**

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

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

**A quem posso contactar se tiver alguma questão ou preocupação?**

Se tiver alguma dúvida sobre os seus direitos como participante, pode contactar o Investigador pela aplicação dos questionários, através dos contactos acima descritos ou na morada institucional da Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

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

Penafiel, \_\_\_\_\_ de 2020

O Investigador

---

(Luís Miguel de Azevedo Rebelo)

## APÊNDICE II. CONSENTIMENTO INFORMADO

## Escola Superior de Saúde de Santa Maria

### I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Título:** *Barreiras arquitetónicas e autocuidado: Um estudo descritivo em Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária*

**Investigador:** Enf.º Luís Miguel de Azevedo Rebelo, Mestrando em Enfermagem de Reabilitação

**Orientadora:** Prof. Doutora Bruna Gouveia

**Contacto telefónico:** 225 098 664 / 225 098 665

**E-mail:** 71810@chts.min-saude.pt; bgouveia@esesjcluny.pt

### Consentimento Informado (Original)

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_, fui informado(a) de que o estudo de investigação *Barreiras arquitetónicas e autocuidado: Um estudo descritivo em Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária* tem por objetivo descrever as barreiras arquitetónicas em instalações sanitárias habitacionais e descrever os níveis de independência no autocuidado de Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Tomei conhecimento das avaliações a que me submeterei, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

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

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

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

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

Penafiel, \_\_\_\_\_ de 2020

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

Participante: Cliente de Enfermagem de Reabilitação

## Escola Superior de Saúde de Santa Maria

### I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**Título:** *Barreiras arquitetónicas e autocuidado: Um estudo descritivo em Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária*

**Investigador:** Enf.º Luís Miguel de Azevedo Rebelo, Mestrando em Enfermagem de Reabilitação

**Orientadora:** Prof. Doutora Bruna Gouveia

**Contacto telefónico:** 225 098 664 / 225 098 665

**E-mail:** 71810@chts.min-saude.pt; bgouveia@esesjcluny.pt

### Consentimento Informado (Duplicado)

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_, fui informado(a) de que o estudo de investigação *Barreiras arquitetónicas e autocuidado: Um estudo descritivo em Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária* tem por objetivo descrever as barreiras arquitetónicas em instalações sanitárias habitacionais e descrever os níveis de independência no autocuidado de Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. Tomei conhecimento das avaliações a que me submeterei, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

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

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

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

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

Penafiel, \_\_\_\_\_ de 2020

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

Participante: Cliente de Enfermagem de Reabilitação

### APÊNDICE III. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

## **ORGANIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

### **Grupo 1 – INFORMAÇÃO PESSOAL**

- Informação pessoal para anonimização

### **Grupo 2 – INFORMAÇÃO GERAL**

- Caracterização dos participantes

### **Grupo 3 – AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO**

- Índice de Barthel

### **Grupo 4 – VERIFICAÇÃO DAS BARREIRAS ARQUITETÓNICAS**

- Lista de verificação das instalações sanitárias

**Escola Superior de Saúde de Santa Maria****I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Título:** *Barreiras arquitetónicas e autocuidado: Um estudo descritivo em Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária*

**Investigador:** Enf.º Luís Miguel de Azevedo Rebelo, Mestrando em Enfermagem de Reabilitação

**Orientadora:** Prof. Doutora Bruna Gouveia

**Contacto telefónico:** 225 098 664 / 225 098 665

**E-mail:** 71810@chts.min-saude.pt; bgouveia@esesjcluny.pt

**Grupo 1 – INFORMAÇÃO PESSOAL**

<b>Código atribuído</b>			
-------------------------	--	--	--

<b>Data da Colheita de Dados</b>			
----------------------------------	--	--	--

Investigador: \_\_\_\_\_  
(Luís Miguel de Azevedo Rebelo)

**Escola Superior de Saúde de Santa Maria**

**I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Título:** *Barreiras arquitetónicas e autocuidado: Um estudo descritivo em Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária*

<b>Código atribuído</b>			
-------------------------	--	--	--

## **Grupo 2 – INFORMAÇÃO GERAL**

- Caracterização dos participantes

Investigador: \_\_\_\_\_  
(Luís Miguel de Azevedo Rebelo)

## Caracterização dos participantes

Código atribuído			
------------------	--	--	--

1. Concelho: \_\_\_\_\_
2. Idade \_\_\_\_\_ (anos)
3. Género:  Masculino  
 Feminino
4. Estado Civil:  Solteiro(a)  
 Casado(a) / União de facto  
 Divorciado(a) / Separado(a)  
 Viúvo(a)
5. Tem filhos:  NÃO  
 SIM, Quantos? \_\_\_\_\_
6. Escolaridade:  Analfabeto(a)  
 Sabe ler e escrever  
 1º ciclo do ensino básico (1º - 4ºano)  
 2º ciclo do ensino básico (5º - 6ºano)  
 3º ciclo do ensino básico (7º - 9ºano)  
 Ensino secundário (10º - 12ºano)  
 Ensino superior
7. Situação profissional:  Desempregado(a)  
 Estudante  
 Doméstico(a)  
 Trabalhador(a) por conta de outrem  
 Trabalhador(a) por conta própria  
 Reformado(a)/Inválido(a)
8. Com quem vive:  Cônjuge  
 Filho (a)  
 Outro familiar  
 Amigo (a)  
 Vizinho (a)  
 Sozinho(a)
- 8.1 Tem apoio de cuidador informal?  NÃO  
 SIM

9. Quantas pessoas habitam na casa? \_\_\_\_\_

10. Antecedentes de saúde:

- Hipertensão Arterial (HTA)
- DM (Diabetes Mellitus)
- Obesidade
- Problema do foro mental? Qual \_\_\_\_\_
- Problema do foro respiratório? Qual? \_\_\_\_\_
- Problema do foro cardíaco? Qual? \_\_\_\_\_
- Problema do foro orto traumatológico? Qual? \_\_\_\_\_
- Problema do foro neurológico? Qual? \_\_\_\_\_
- Outro(s)? Qual? \_\_\_\_\_

11. A habitação é do tipo:

- Moradia
- Apartamento

12. A habitação é:

- Alugada;
- Própria;
- De familiar, filho(a), genro, nora;
- Outro \_\_\_\_\_

13. Ano da construção da habitação:  Antes de 8 fevereiro de 2007

Depois de 8 fevereiro de 2007

14. Quantas casas de banho tem a habitação? \_\_\_\_\_

15. Posteriormente a 8 de fevereiro de 2007, realizou obras para melhorar o acesso às instalações sanitárias?  NÃO

SIM

15.1 Se SIM, qual (quais)? \_\_\_\_\_

16. O acesso à casa de banho contem degraus?  NÃO

SIM

17. A casa de banho está equipada com:

- Lavatório
- Sanita
- Bidé
- Banheira
- Base de duche
- Espelho

18. No lavatório, o controlo de abertura de água é feito por torneira de:

- Rodar
- Alavanca
- Sensor eletrónico
- Pressão
- Outro \_\_\_\_\_

19. No bidé, o controlo de abertura de água é feito por torneira de:

- Rodar
- Alavanca
- Sensor eletrónico
- Pressão
- Outro \_\_\_\_\_

20. Na banheira/base de duche, o controlo de abertura de água é feito por torneira de:

- Rodar
- Alavanca
- Sensor eletrónico
- Pressão
- Outro \_\_\_\_\_

21. Na sanita, o controlo de descarga de água (autoclismo) é feito por sistema de:

- Rodar
- Pressão
- Outro \_\_\_\_\_

22. No lavatório, o controlo de escoamento de água é feito por:

- Válvula de borracha
- Válvula clic-clac
- Válvula de alavanca
- Outro \_\_\_\_\_

23. No bidé, o controlo de escoamento de água é feito por:

- Válvula de borracha
- Válvula clic-clac
- Válvula de alavanca
- Outro \_\_\_\_\_

24. Na banheira/base de duche, o controlo de escoamento de água é feito por:

- Válvula de borracha
- Válvula clic-clac
- Válvula de rodar
- Outro \_\_\_\_\_

25. O controlo de abertura de porta da entrada na casa de banho é feito por sistema de:

25.1 **Porta de batente** (assinalar apenas se existir porta de batente)

- Puxador com mola
- Maçaneta de rodar
- Outro \_\_\_\_\_

25.2 **Porta de correr** (assinalar apenas se existir porta de correr)

- Puxador fixo
- Puxador concha
- Outro \_\_\_\_\_

26. Considera que tem alguma barreira arquitetónica na casa de banho?  NÃO  
 SIM

26.1 Se, SIM, qual/quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

27. Usa meio auxiliar de marcha quando se desloca no interior do domicílio?

- NÃO
- SIM, Qual?  Bengala
- Canadiana
- Andarilho
- Cadeira de rodas
- Outro, qual? \_\_\_\_\_

28. Quanto à mobilidade, costuma deambular dentro do domicílio?

- NÃO
- SIM

28.1 Se sim, quanto tempo deambula por dia? \_\_\_\_\_ (em minutos)

29. Quantas vezes se levanta, por dia, para ir a casa de banho? \_\_\_\_\_

30. Abordando a saúde, como considera o seu estado de saúde atual?

- Má
- Fraca
- Razoável
- Boa
- Muito boa
- Não sabe caracterizar

31. No último mês teve algum dos seguintes sintomas?

- Dor
- Dispneia
- Cansaço fácil
- Nenhum

32. A limitação da mobilidade/dependência no autocuidado é:

- Temporária
- Permanente
- Sem limitação da mobilidade/dependência no autocuidado

33. Referenciação para a Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD) por:

- Serviço de Urgência
- Serviço de Medicina
- Serviço de Cardiologia
- Serviço de Cirurgia
- Serviço de Especialidades Cirúrgicas
- Serviço de Ortopedia
- Consulta Externa
- Cuidados Paliativos
- Cuidados de Saúde Primários
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)
- Lar
- Outro, qual? \_\_\_\_\_

34. Qual o motivo de internamento na UHD? \_\_\_\_\_

(preencher pelo investigador segundo processo clínico)

35. Quantos internamentos hospitalares teve no último ano? \_\_\_\_\_

36. Quantos internamentos teve na UHD? (contabilizar o atual) \_\_\_\_\_

37. Tipo de cuidados alvo no cliente:

- Administração de medicação endovenosa
- Autocuidado (estratégias adaptativas para realização do autocuidado)
- Andar com auxiliar de marcha
- Capacidade movimento corporal
- Gestão do regime medicamentoso
- Gestão do regime dietético
- Gestão do regime de exercício
- Prevenção de queda
- Reeducação funcional respiratória
- Tratamento de feridas
- Treino de equilíbrio corporal
- Outro(s) cuidado(s) de enfermagem de reabilitação, qual?  
\_\_\_\_\_
- Outro(s), qual? \_\_\_\_\_

38. Já alguma vez beneficiou de cuidados de enfermagem de reabilitação, noutra internamento qualquer?

- NÃO
- SIM

38.1 Se SIM, em que hospital/serviço/clínica? \_\_\_\_\_

39. Acha que está a beneficiar de cuidados de enfermagem de reabilitação na UHD?

- NÃO
- SIM

**Escola Superior de Saúde de Santa Maria**

**I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Título:** *Barreiras arquitetónicas e autocuidado: Um estudo descritivo em Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária*

<b>Código atribuído</b>			
-------------------------	--	--	--

**Grupo 3 – AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE INDEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO**

- Índice de Barthel

Versão Original de Mahoney & Barthel (1965),

Validado para a população portuguesa por

Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira & Pinto (2007),

Fonte Sequeira (2010).

Investigador: \_\_\_\_\_

(Luís Miguel de Azevedo Rebelo)

Código atribuído

## Índice de Barthel

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

Pontuação	Nível de dependência
90 – 100	Independente
60 – 89	Ligeiramente dependente
40 – 55	Moderadamente dependente
20 – 35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

**Escola Superior de Saúde de Santa Maria**

**I Mestrado em Enfermagem de Reabilitação**

**Título:** *Barreiras arquitetónicas e autocuidado: Um estudo descritivo em Clientes alvo de Hospitalização Domiciliária*

<b>Código atribuído</b>			
-------------------------	--	--	--

**Grupo 4 – VERIFICAÇÃO DE BARREIRAS ARQUITETÓNICAS**

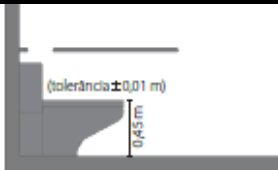
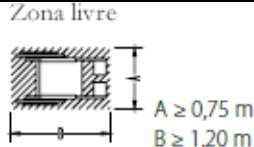
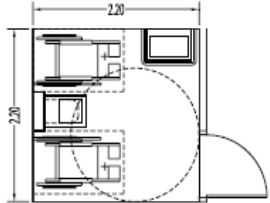
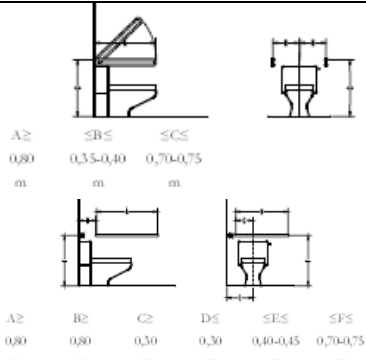
- Lista de verificação das instalações sanitárias habitacionais

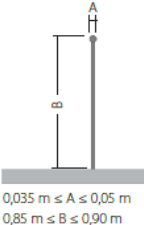
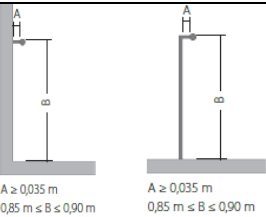
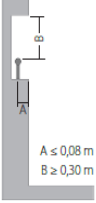
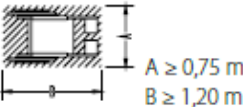

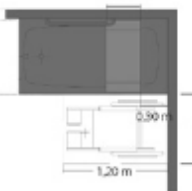
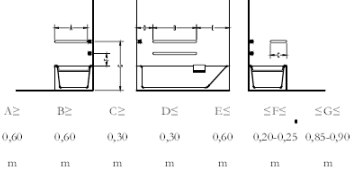
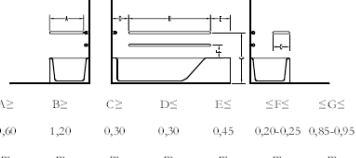
Investigador: \_\_\_\_\_  
(Luís Miguel de Azevedo Rebelo)

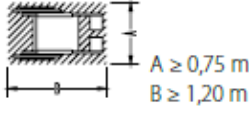
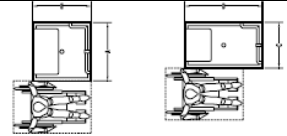
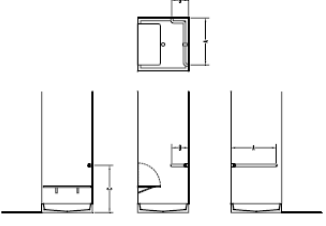
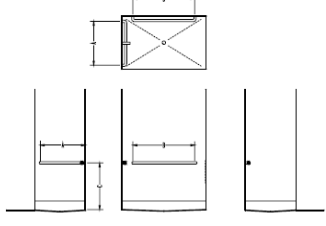
## Lista de Verificação das Instalações Sanitárias Habitacionais

<b>Código atribuído</b>			
-------------------------	--	--	--

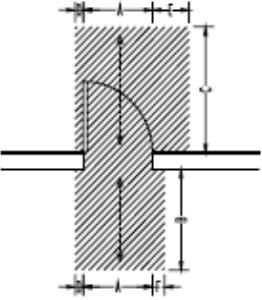
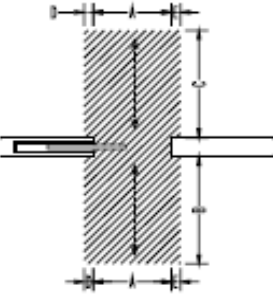
Acessibilidade		Esclarecimento
1	<b>Não Acessível</b>	Totalmente não acessível, as barreiras físicas são de difícil ou impossível transposição
2	<b>Acessível com ajuda</b>	Só é possível mediante ajuda de terceira pessoa
3	<b>Acessível com dificuldade</b>	Compreende condições de acessibilidade próximas às exigidas para pessoa com limitação da autonomia
4	<b>Acessível sem dificuldade</b>	Todas as condições de acessibilidade garantidas para a pessoa com limitação da autonomia
5	<b>Não Aplicável</b>	Ausência de objeto

Instalações Sanitárias	Nº	Indicações para uso por pessoas com mobilidade condicionada	Acessibilidade				
			1	2	3	4	5
<b>Sanitas Acessíveis</b>							
	1.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Altura do piso ao bordo superior do assento da sanita, 0,45m (tolerância de <math>\pm 0,01</math>m) (incluir tampa);</li> </ul>					
	2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acesso lateral de um dos lados (pelo menos);               <ul style="list-style-type: none"> <li>Zonas livres:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Largura (A) <math>\geq 0,75</math>m;</li> <li>Comprimento (B) <math>\geq 1,20</math>m</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>					
	3.	<ul style="list-style-type: none"> <li>O bordo frontal da sanita deve ficar a cerca de 0,75m da parede;</li> </ul>					
	4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>O ângulo entre o assento da sanita e o tanque de água acoplado deve ser superior a 90° (permite encosto da tampa sem cair);</li> </ul>					
	5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>O espaço livre com instalações sanitárias permite uma manobra para rotação de 360°.</li> </ul>					
	6.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se existem barras de apoio junto à sanita, elas satisfazem as seguintes condições:               <ul style="list-style-type: none"> <li>e) Comprimento da barra de apoio (A) <math>\geq 0,80</math>m</li> <li>f) Distância entre as barras de apoio (esquerda e direita) (B) 0,70m-0,80m (do centro da sanita 0,35-0,40m para cada lado)</li> <li>g) Altura da colocação da barra (C) 0,70-0,75m</li> <li>h) As barras de apoio devem ultrapassar o bordo frontal da sanita em cerca de 0,20-0,45m</li> </ul> </li> </ul>					

Instalações Sanitárias	Nº	Indicações para uso por pessoas com mobilidade condicionada	Acessibilidade				
			1	2	3	4	5
<b>Barras de apoio</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>As barras de apoio instaladas junto dos aparelhos sanitários acessíveis devem satisfazer as seguintes condições (podem ter formas, dimensões, modos de fixação e localizações diferentes das definidas, se possuírem as superfícies de preensão nas localizações definidas ou se for comprovado que melhor se adequam às necessidades da pessoa:             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) As barras de apoio devem ter um diâmetro ou largura das superfícies de preensão compreendido entre 0,035m e 0,05m, ou ter uma forma que proporcione uma superfície de preensão equivalente.</li> <li>b) Se as barras de apoio estiverem colocadas junto de uma parede ou dos suportes, o espaço entre o elemento e qualquer superfície adjacente não deve ser inferior a 0,035m.</li> <li>c) Se as barras de apoio estiverem colocadas em planos recuados relativamente à face das paredes, a profundidade do recuo não deve ser superior a 0,08m e o espaço livre acima do topo superior do corrimão não deve ser inferior a 0,30m.</li> </ul> </li> </ul>					
 <p>0,035 m ≤ A ≤ 0,05 m 0,85 m ≤ B ≤ 0,90 m</p>							
 <p>A ≥ 0,035 m 0,85 m ≤ B ≤ 0,90 m</p>							
 <p>A ≤ 0,08 m B ≥ 0,30 m</p>							
<b>Banheiras acessíveis</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<p>Zona livre</p>  <p>A ≥ 0,75 m B ≥ 1,20 m</p>	8.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zonas livres;             <ul style="list-style-type: none"> <li>Largura (A) ≥ 0,75m</li> <li>Comprimento (B) ≥ 1,20m</li> </ul> </li> </ul>					
	9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Altura do piso ao bordo superior da banheira dever ser de 0,45m (tolerância de ± 0,01m);</li> </ul>					
	10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zona livre localizada ao lado da base da banheira e com um recuo de 0,3m relativamente ao assento (de modo a permitir a transferência de uma pessoa em cadeira de rodas).</li> </ul>					
	11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser possível instalar um assento na banheira localizado no seu interior.</li> </ul>					
	12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ou deve existir uma plataforma de nível no topo posterior que sirva de assento, com uma dimensão não inferior a 0,4m.</li> </ul>					
	13.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se o assento estiver localizado no interior da banheira pode ser móvel, mas em uso deve ser fixado seguramente de modo a não deslizar.</li> </ul>					
 <p>A ≥ 0,60 m B ≥ 0,60 m C ≥ 0,30 m D ≤ 0,30 m E ≤ 0,60 m ≤ F ≤ 0,20-0,25 m ≤ G ≤ 0,85-0,90 m</p>	14.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Junto à banheira devem existir barras de apoio nas localizações e com dimensões definidas em seguida para cada uma das posições do assento.</li> </ul>					
 <p>A ≥ 0,60 m B ≥ 1,20 m C ≥ 0,30 m D ≤ 0,30 m E ≤ 0,45 m ≤ F ≤ 0,20-0,25 m ≤ G ≤ 0,85-0,95 m</p>							

Instalações Sanitárias	Nº	Indicações para uso por pessoas com mobilidade condicionada	Acessibilidade							
			1	2	3	4	5			
<b>Duches acessíveis</b>										
	15.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As bases de duche acessíveis devem permitir pelo menos uma das seguintes formas de utilização por uma pessoa em cadeira de rodas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) A entrada para o interior da base de duche da pessoa na sua cadeira de rodas.</li> <li>b) A transferência da pessoa em cadeira de rodas para um assento existente no interior da base de duche.</li> </ul> </li> </ul>								
<p>Zona livre</p>  <p><math>A \geq 0,75 \text{ m}</math> <math>B \geq 1,20 \text{ m}</math></p>	16.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se as bases de duche acessíveis não permitirem a entrada de uma pessoa em cadeira de rodas ao seu interior, devem ser satisfeitas as seguintes condições:               <ul style="list-style-type: none"> <li>c) Zonas livres – Largura (A) <math>\geq 0,75\text{m}</math>; Comprimento (B) <math>\geq 1,20\text{m}</math>, localizado ao lado da base de duche e com um recuo de 0,3m relativamente ao assento, de modo a permitir a transferência de uma pessoa em cadeira de rodas.</li> <li>d) O vão de passagem entre a zona livre e o assento da base deve ter uma largura não inferior a 0,80m.</li> <li>e) Deve existir um assento no seu interior da base de duche.</li> </ul> </li> </ul>								
 <p><math>A \geq 0,80 \text{ m}</math> <math>B \geq 0,80 \text{ m}</math> <math>C \geq 0,70 \text{ m}</math> <math>D \geq 1,10 \text{ m}</math></p>	17.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A base de duche deve ter dimensões que satisfaçam uma das situações (imagem ao lado):               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <math>A \geq 0,80\text{m}</math> <math>B \geq 0,80\text{m}</math></li> <li>b) <math>C \geq 0,70\text{m}</math> <math>D \geq 1,10\text{m}</math></li> </ul> </li> </ul>								
 <p><math>A \geq 0,70 \text{ m}</math> <math>B \geq 0,40 \text{ m}</math> <math>C \leq 0,70-0,75 \text{ m}</math></p>	18.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Junto à base de duche devem ser instaladas barras de apoio de acordo com o definido (imagem ao lado):               <ul style="list-style-type: none"> <li><math>A \geq 0,70\text{m}</math></li> <li><math>B \geq 0,40\text{m}</math></li> <li><math>C \leq 0,70 \text{ m} \leq 0,75\text{m}</math></li> </ul> </li> </ul>								
 <p><math>A \geq 0,70 \text{ m}</math> <math>B \geq 1,00 \text{ m}</math> <math>C \leq 0,85-0,95 \text{ m}</math></p>	19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Junto à base de duche devem ser instaladas barras de apoio de acordo com o definido na imagem ao lado:               <ul style="list-style-type: none"> <li><math>A \geq 0,70\text{m}</math></li> <li><math>B \geq 1,00\text{m}</math></li> <li><math>C \leq 0,85\text{m} \leq 0,95\text{m}</math></li> </ul> </li> </ul>								
	20.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O assento da base de duche acessível deve satisfazer as seguintes condições:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) O assento deve possuir uma profundidade não inferior a 0,4m e um comprimento não inferior a 0,7m.</li> <li>b) Quando o assento estiver em uso, a altura do piso ao seu bordo superior deve ser de 0,45m, tolerância <math>\pm 0,01\text{m}</math>.</li> </ul> </li> </ul>								



Instalações Sanitárias	Nº	Indicações para uso por pessoas com mobilidade condicionada	Acessibilidade				
			1	2	3	4	5
<b>Controlos e Mecanismos Operáveis</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	28.	<ul style="list-style-type: none"> <li>O <b>chuveiro</b> deve ser do tipo telefone, deve ter um tubo com um comprimento não inferior a 1,50m, e deve poder ser utilizado como chuveiro de cabeça fixo e como chuveiro de mão livre;</li> </ul>					
	29.	<ul style="list-style-type: none"> <li>As <b>torneiras</b> devem ser do tipo mono comando e acionadas por alavanca;</li> </ul>					
	30.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os <b>controlos do escoamento</b> devem ser do tipo de alavanca;</li> </ul>					
<b>Portas</b>			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	31.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os vãos de porta devem possuir uma largura útil não inferior a 0,77m, medida entre a face da folha da porta quando aberta e o batente ou guarnição do lado oposto; se a porta for de batente ou pivotante, deve considerar-se a porta na posição aberta a 90°.</li> </ul>					
	32.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se existirem portas com duas folhas operadas independentemente, pelo menos uma delas deve satisfazer o especificado anterior;</li> </ul>					
	33.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os vãos de porta devem ter uma altura útil de passagem não inferior a 2m.</li> </ul>					
	34.	<ul style="list-style-type: none"> <li>As portas devem possuir zonas de manobra desobstruídas e de nível com dimensões que satisfaçam o definido em seguida:</li> </ul> <p>c) Porta de batente:</p> <p>A ≥ 0,80m B ≥ 1,10m C ≥ 1,40m D ≥ 0,10m E ≥ 0,30m F ≥ 0,15m</p>					
		<p>d) Porta de correr:</p> <p>A ≥ 0,80m B ≥ 1,10m C ≥ 1,10m D ≥ 0,10m E ≥ 0,10m</p>					
	35.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se nas portas existirem ressaltos de piso, calhas elevadas, batentes ou soleiras, não devem ter uma altura, medida relativamente ao piso adjacente, superior a 0,02m.</li> </ul>					
	36.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os puxadores, as fechaduras, os trincos e outros dispositivos de operação das portas devem oferecer uma resistência mínima e ter uma forma fácil de agarrar com uma mão e que não requeira uma preensão firme ou rodar o pulso; os puxadores em forma de maçaneta não devem ser utilizados.</li> </ul>					
	37.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os dispositivos de operação das portas devem estar a uma altura do piso compreendida entre 0,80m e 1,10m e estar a uma distância do bordo exterior da porta não inferior a 0,05m.</li> </ul>					
	38.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se as portas forem de correr, o sistema de operação deve estar exposto e ser utilizável de ambos os lados, mesmo quando estão totalmente abertas.</li> </ul>					