Manuel Barnabé Moura Pinto de Melo

AUTO CUIDADO EM DOENTES COM HEMIPLEGIA

Cuidados continuados de convalescença

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

Orientador
Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

2010

Auto cuidado em doentes com hemiplegia

Cuidados continuados de convalescença

Manuel Melo

Dedicatória

Aos meus Pais, pelo estímulo para que avançasse!
Aos professores, colegas e amigos que me persuadiram a conduzir a investigação por determinado caminho!

Agradecimentos

Este trabalho, desenvolvido em âmbito académico, foi orientado pela Professora Doutora Manuela Martins, a quem apresento o meu sincero agradecimento pelos ensinamentos e incentivos, pela disponibilidade, interesse e amizade demonstrados ao longo do percurso efectuado.

À Joana, à Maria, ao Albino e ao Rui, pela disponibilidade e ensinamentos.

Siglas e abreviaturas

EU – União Europeia

INE – Instituto Nacional de Estatística

AAVD's – Actividades Avançadas de Vida Diária

AIVD – Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD´s – Actividades Básicas de Vida Diária

DGS – Direcção Geral de Saúde

QV – Qualidade de VIda

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TCE – Traumatismo Crâneo-Encefálico

UCV – Unidade de Convalescença de Valongo

WHO – Organização Mundial de Saúde

Resumo

Centrados na preocupação dos cuidados ao doente hemiplégico, seguimos um percurso exploratório e correlacional que retrata o percurso da dependência à autonomia no auto cuidado.

Pretendíamos, com esta pesquisa, analisar o percurso desde a entrada até à saída da unidade, da variação da dependência no auto cuidado, avaliar a importância do género e da idade nos ganhos em independência no auto cuidado, analisar as práticas em uso em uma Unidade de Convalescença, relativas aos cuidados de enfermagem e aferir de que modo as mesmas contribuíam para ganhos em independência ao nível do auto cuidado.

Efectuámos análise de conteúdo aos registos de 100 doentes com hemiplegia internados na Unidade, durante o ano de 2008, para averiguarmos se as práticas em uso se centravam nos processos adaptativos e, assim, contribuíam para ajudar as pessoas a ultrapassar a fase de transição para uma nova condição de saúde. Recorremos ainda à análise das intervenções de enfermagem documentadas no processo clínico.

Verificámos que, das 100 pessoas admitidas na unidade por hemiplegia, a média de idade era de 70,5 anos com um mínimo de 40 e um máximo de 92 anos, sendo 63% do género masculino e 37% do género feminino; 72% apresentavam-se dependentes nas seis actividades do índice de Katz, 14% independentes para todas as actividades menos banho, vestir-se, ir ao sanitário, transferência e mais uma adicional (continência), sendo que os mais independentes eram apenas 2% e, mesmo assim, apresentavam-se dependentes no banho e no vestir. Nenhum doente se apresentava completamente independente à entrada. Contudo à saída 58% dos doentes encontravam-se independentes para todas as actividades, 17% encontravam-se independentes para todas as actividades menos uma (banho), 8% encontravam-se independentes para todas as actividades menos banho e mais uma adicional (vestir), 5% encontravam-se independentes para todas as actividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional (uso do sanitário) e apenas 12% se mantiveram dependentes nas seis actividades de vida diária.

Constatámos que 54,6% das categorias de dados referentes à apreciação inicial efectuadas pelos enfermeiros se referiam às actividades de auto cuidado e que a centralidade dos cuidados está no ensino, instrução e treino, em suma na capacitação das pessoas relativamente ao auto cuidado. As actividades no âmbito do ensinar (transmissão de conhecimentos) representam 34,5%; as actividades no âmbito do instruir (ensino de estratégias) 31,4% e as actividades no âmbito do capacitar (treino de capacidades) 33,5%.

Palavras-chave: auto cuidado, deficit, autonomia, independência, transmissão de conhecimentos, ensino de estratégias, treino de capacidades.

Abstract

This report pertains to a study done at the Rehabilitation Unit of Valongo Hospital (Porto). The aim of the study was to identify the degree of dependency of hemiplegic patients on admission and at discharge, the variation of dependency in self-care during their admission and to evaluate the importance of gender and age on the gain in self-care and autonomy. We also analysed our nursing care and how this influenced dependency and self-care.

We studied 100 patients admitted to the unit with hemiplegia during 2008, to ascertain if the current nursing practises helped patients to adapt and overcome their limitations. Clinical records were used to document and verify nursing interventions.

We concluded that of the 100 patients admitted to the unit with hemiplegia, the mean age was 70,5 years, the oldest being 92 years and the youngest 40 years. Of these patients, 72% were totally dependent (Score 0 on the Katz Index), 14% were unable to bath, dress, transfer and continence (Score 2 on the Katz Index). Only 2% were the least dependent but sill required help with bathing and dressing (Score 4 on the Katz Index). No patients were totally independent on admission.

On discharge, 58% of the patients were independent for all activities, 17% dependant only on bathing, 8% were dependant on bathing and dressing, and 5% were dependant on bathing, dressing and using the toilet. Only 12% maintained totally dependant on the 6 activities of daily living.

The nursing interventions on admission showed that 54.6% of the records pertained to self-care activities. The main aim of nursing care was the teaching and training of the patient's capabilities to be autonomous, this being the provision of information and knowledge - 34.5%, the teaching of objectives - 31.4% and capability training - 33.5%.

Key words: autonomy, capability training, deficit, independence, provision of knowledge, self-care, teaching objectives

Résumé

Centrés dans la préoccupation des soins au malade hémiplégique, nous avons suivi un parcours exploratoire et corrélationnelqui montre le parcours de la dépendance à l'autonomie dans l'autosoin.

Nous prétendions, avec cette recherche, analyser le parcours depuis l'entrée jusqu'à à sortie de l'unité,de la variation de la dépendance dans l'autosoin, évaluer l'importance du sexe et de l'âge dans les gains d´indépendance dans l'autosoin, analyser les pratiques en usage dans une Unité de Convalescence en ce qui concerne les soins de l'infirmier et examiner de quelle manière ces pratiques contribuaient à des gains d´indépendance au niveau de l'autosoin.

Nous avons effectué l'analyse du contenu des registres de 100 malades hémiplégiques internés dans l'Unitédurant l'année de 2008, pour enquêter si les pratiques en usage se nous centraient dans des processus adaptatifs etcontribuaient, ainsi,à aider les personnes à dépasser la phase de transition vers une nouvelle condition de santé. Nous avons également procédé à l'analyse des interventions des infirmiers documentées dans le dossier clinique.

Nous avons vérifié que, des 100 personnes admises dans l'unité par hémiplégie, la moyenne d'âge était de 70.5 ansavec un minimum de 40 ans et un maximum de 92 ans, soit 63% du sexe masculin et 37% du sexe féminin ; 72% se présentait dépendants dans les six activités de l'indice de Katz, 14% indépendants pour toutes les activités sauf le bain, s'habiller, aller à la salle de bain, ledéplacement et une supplémentaire (continence), les plus indépendants étant seulement 2% et, néanmoins, seprésentaient dépendants pour le bain et s´habiller. Aucun malade se présentait complètement indépendant à l'entrée.

Cependant à la sortie 58% des malades se trouvaient indépendants pour toutes les activités, 17% étaient indépendants pour toutes les activités sauf une (bain), 8% se indépendants pour toutes les activités sauf le bain et pour une supplémentaire (s´habiller), 5% étaient indépendants pour toutes les activités sauf le bain, s'habiller et plus une supplémentaire (utilisation de la salle de bain) et seulement 12% se sont maintenus dépendants dans les six activités de vie quotidienne.

Nous avons constaté que 54,6% des catégories de données afférentes à l'appréciation initiale effectuées par les infirmiers se rapportaient aux activités d'autosoin et que la centralité des soins se situe dans l'enseignement, l'instruction et l'entraînement, en somme dans le développement de la capacité des personnes en matière d´autosoin. Les activités dans le contexte de l'enseignement (transmission de connaissances) représentent 34.5% ; les activités dans le contexte de l'instruction (enseignement de stratégies) 31,4% et les activités dans le contexte de développement de capacités (entraînement de capacités) 33.5%.

Mots clés : autosoin, déficit, autonomie, indépendance, transmission de connaissances, enseignement de stratégies, entraînement de capacités.

Índice

0 - INTRODUÇÃO..... 23

PARTE I - O AUTO CUIDADO NAS PESSOAS COM HEMIPLEGIA

1. CUIDADOS CONTINUADOS..... 29

2. MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM..... 35

2.1. O processo de cuidados de enfermagem segundo Orem..... 43

3. VIVER COM HEMIPLEGIA..... 65

3.1. Consequências mais frequentes..... 68

4. FACTORES CONCORRENTES PARA O ATRASO NA RECUPERAÇÃO DA AUTONOMIA..... 73

5. AUTOMIA E INDEPENDÊNCIA EM DOENTES COM HEMIPLEGIA..... 77

PARTE II - TRABALHO DE CAMPO

1.DESENHO DO ESTUDO..... 91

1.1. Questões de investigação..... 92

1.2. Objectivos..... 93

1.3. População e previsão da amostra..... 94

1.4. Variáveis em estudo..... 97

1.5 Procedimentos e colheita de dados..... 104

1. 6. Questões Éticas..... 107

PARTE III - APRESENTAÇÃO DOS DADOS

1.CONTEXTO DO ESTUDO..... 111

2.AMOSTRA EM ESTUDO..... 115

3.DISCUSSÃO DOS DADOS..... 135

CONCLUSÕES..... 185

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS..... 191

ANEXOS..... 199

ANEXO 1 – Autorização do Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Valongo, para a recolha de dados por análise documental aos processos clínicos e respectivo parecer da Comissão de Ética.

ANEXO 2 – Grelha de registo dos focos de atenção identificados nos registos de enfermagem, nos processos clínicos

ANEXO 3 – Ensinos efectuados ao doente sobre auto cuidado, subcategorias e critérios diagnósticos.

ANEXO 4 – Ensinos efectuados ao doente sobre o regime medicamentoso, subcategorias e critérios diagnósticos.

ANEXO 5 – Ensinos efectuados ao doente sobre prevenção de complicações associadas à condição de saúde da pessoa, subcategorias e critérios diagnósticos.

ANEXO 6 – Tabela de análise aos registos dos enfermeiros.

ANEXO 7– Nível de dependência inicial no auto cuidado (variável dependente)

ANEXO 8 – Nível de dependência final no auto cuidado (variável dependente)

ANEXO 9 – Destino pós-alta da Unidade de Convalescença

Índice de figuras

FIGURA1 Dimensões presentes no modelo de cuidados implementado numa unidade de convalescença 92

Índice de tabelas

TABELA 01 – Caracterização dos enfermeiros da unidade de convalescença 111

TABELA 02 – Caracterização sócio demográfica da amostra 115

TABELA 03 – Distribuição numérica e percentual da idade dos doentes com discriminação do género sexual..... 119

TABELA 4 – Distribuição numérica e percentual do estado civil dos doentes com descriminação do género sexual..... 118

TABELA 5 – Distribuição das categorias de dados referentes à apreciação inicial 119

TABELA 06 – Focos de atenção da prática de enfermagem identificados nos registos aos processos clínicos 120

TABELA 07 – Transmissão de conhecimentos, ensino de estratégias e treino de capacidades identificados na análise aos registos de enfermagem..... 121

TABELA 08 – Avaliação inicial 123

TABELA 09 – Avaliação final..... 124

TABELA 10 – Distribuição de categorias de dados referentes à avaliação inicial – Nível de dependência inicial no auto cuidado 124

TABELA 11 – Distribuição das categorias de dados referentes à avaliação final – Nível de dependência final no auto cuidado 126

TABELA 12 – Focos da prática de enfermagem identificados na análise aos registos 131

TABELA 13 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado banho..... 138

TABELA 14 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado vestuário..... 138

TABELA 15 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado alimentação..... 139

TABELA 16– Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado uso do sanitário 139

TABELA 17 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado transferência 140

TABELA 18– Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado continência 141

TABELA 19– Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado banho 141

TABELA 20 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado vestuário 142

TABELA 21 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado alimentação 142

TABELA 22 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado uso do sanitário 143

TABELA 23 Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado transferência 143

TABELA 24 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado continência 144

TABELA 25– Variação média do grau de dependência no auto cuidado: banho, vestuário, alimentação, uso do sanitário, transferência e continência 145

TABELA 26 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado banho..... 147

TABELA 27 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado vestuário 147

TABELA 28 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado alimentação 148

TABELA 29 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado uso do sanitário 148

TABELA 30 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado transferência 148

TABELA 31 –Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado continência ... 149

TABELA 32 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado banho e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 150

TABELA 33 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado vestuário e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 152

TABELA 34 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado alimentação e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 154

TABELA 35 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado uso do sanitário e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 157

TABELA 36 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado transferência e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 159

TABELA 37 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado continência e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 162

TABELA 38 – Correlação entre o número de diagnósticos de enfermagem referentes a dependência no auto cuidado banho e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 164

TABELA 39 – Correlação entre o número de diagnósticos de enfermagem referentes a dependência no auto cuidado vestuário e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 167

TABELA 40 – Correlação entre o número de diagnósticos de enfermagem referentes a dependência no auto cuidado alimentação e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 169

TABELA 41 – Correlação entre o número de diagnósticos de enfermagem referentes a dependência no auto cuidado uso do sanitário e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 172

TABELA 42 – Correlação entre o número de diagnósticos de enfermagem referentes a dependência no auto cuidado transferência e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 174

TABELA 43 – Correlação entre o número de diagnósticos de enfermagem referentes a dependência no auto cuidado continência e a educação, instrução e treino efectuados relativamente a este auto cuidado..... 177

Índice de quadros

QUADRO 01 – Categorização das Unidades de cuidados de convalescença em diferentes países..... 32

QUADRO 02 – Sistemas básicos de Enfermagem..... 50

QUADRO 03 –Consequências da espasticidade no membro superior..... 69

QUADRO 04 – Consequências da espasticidade no membro inferior..... 69

QUADRO 05 – Nível de dependência inicial no auto cuidado..... 98

QUADRO 06 – Focos de atenção da prática de enfermagem..... 99

QUADRO 07 – Ensinos efectuados ao doente sobre auto cuidado 100

QUADRO 08 – Caracterização sócio demográfica do doente dependente..... 101

QUADRO 09 – Índice de Katz operacionalizado..... 102

QUADRO 10 – Diagnósticos de Enfermagem a identificar nos registos dos processos clínicos..... 106

QUADRO 11 – Quadro anual estatístico da Unidade de Convalescença de Valongo..... 113

QUADRO 12 – Interpretação do r de Pearson 145

Índice de gráficos

GRAFICO 01 – Transmisão de conhecimentos, ensino de estratégias e treino de capacidades identificados na análise aos registos de enfermagem..... 122

GRAFICO 02 – Distribuição das categorias de dados referentes à avaliação inicial – Nível de dependência inicial no auto cuidado (variável dependente)..... 126

GRAFICO 03 – Distribuição das categorias de dados referentes à avaliação final – Nível de dependência final no auto cuidado..... 127

GRAFICO 04 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado banho..... 128

GRAFICO 05 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado vestuário..... 128

GRAFICO 06 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado alimentação..... 129

GRAFICO 07 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado uso do sanitário..... 129

GRAFICO 08 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado transferência..... 130

GRAFICO 09 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado continência..... 130

GRAFICO 10 – Focos da prática de enfermagem identificados na análise aos registos em %..... 132

GRÁFICO 11 – Análise de regressão linear entre as variáveis: variação no grau de dependência no auto cuidado banho e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado banho 151

GRÁFICO 12 – Análise de regressão linear entre as variáveis: variação no grau de dependência no auto cuidado vestuário e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado vestuário..... 153

GRÁFICO 13 – Análise de regressão linear entre as variáveis: variação no grau de dependência no auto cuidado alimentação e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado alimentação..... 155

GRÁFICO 14 – Análise de regressão linear entre as variáveis: variação no grau de dependência no auto cuidado uso do sanitário e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado uso do sanitário 158

GRÁFICO 15 – Análise de regressão linear entre as variáveis: variação no grau de dependência no auto cuidado transferência e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado transferência..... 160

GRÁFICO 16 – Análise de regressão linear entre as variáveis: variação no grau de dependência no auto cuidado transferência e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado transferência..... 163

GRÁFICO 17 – Análise de regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre auto cuidado banho e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado banho 165

GRÁFICO 18 – Análise de regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre auto cuidado vestuário e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado vestuário..... 168

GRÁFICO 19 – Análise de regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre auto cuidado alimentação e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado alimentação..... 170

GRÁFICO 20 – Análise de regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre, o auto cuidado uso do sanitário e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado uso do sanitário..... 173

GRÁFICO 21 – Análise de regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre auto cuidado transferência e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado transferência..... 175

GRÁFICO 22 – Análise de regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre auto cuidado continência e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre auto cuidado continência..... 178

0. Introdução

Em função das alterações sociais, demográficas, económicas e estruturais e das metas globais do Plano Nacional de Saúde 2004/2010, os cuidados continuados e o processo de cuidados aí implementado assumem particular relevância, pois poderão permitir responder com eficiência às condicionantes apresentadas, possibilitando, por um lado a optimização do tempo de internamento nos hospitais de agudos e, ao mesmo tempo, poder contribuir para importantes ganhos de independência das pessoas, criando ainda condições para a melhoria da qualidade de vida das mesmas e das respectivas famílias.

O facto de o diploma legal que regulamenta os cuidados continuados ter sido apenas publicado em Junho de 2006 faz-nos perceber que os modelos de cuidados implementados são ainda incipientes, pelo que se torna imperioso analisar de que modo os mesmos estão a contribuir para a independência das pessoas.

Neste contexto, parece-nos importante analisar o processo assistencial de enfermagem, implementado numa unidade de convalescença, de onde emerge de modo particular o papel profissional do enfermeiro de reabilitação que centra a sua atenção na satisfação do cliente, na promoção da saúde, no bem-estar, no auto cuidado, na readaptação funcional, na reintegração social e na organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos enfermeiros, 2001).

Na análise dos resultados disponíveis das experiências piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) verifica-se que a principal causa de referenciação são os AVC, representando esta patologia cerca de 35%, segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) em 2007, de onde podemos deduzir que há uma alta incidência de pessoas com hemiplegia que são referenciados para as unidades de convalescença.

A crescente proporção de pessoas idosas sugere-nos que o AVC e as suas consequências continuarão a ser, no futuro, um problema ainda maior de saúde pública. O número de idosos (pessoas com mais de 65 anos) atingirá a marca de 2,95 milhões em 2050, mais um milhão que em 2005 (1,78 milhão) e 2006 (1,82

milhão), de acordo com as projecções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002). *"A proporção de população idosa, que representava 8% do total em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% em 12 de Março de 2001, segundo dados do último Recenseamento da população",* (INE, 2002).

A incidência do AVC em Portugal, a complexidade das patologias que o mesmo envolve, a prevalência das respectivas sequelas, associado à evidência existente, dos resultados conseguidos pelas Unidades de AVC (equipa interdisciplinar usando protocolos baseados nas melhores práticas) contribui não só para a redução da mortalidade, mas também da incapacidade funcional, tornando-se fundamental a verificação, dos ganhos resultantes do plano assistencial de enfermagem e de modo particular da enfermagem de reabilitação, que contribuem para a independência dessas mesmas pessoas, numa Unidade de Convalescença.

Recordemos que, segundo o Decreto-Lei nº 101 de 6 de Junho de 2006, as bases do trabalho e cuidados a prestar nas unidades de convalescença devem passar pelo desenvolvimento de uma avaliação completa, integral, multiprofissional e interdisciplinar de cada doente e deverá dar origem ao desenho de um plano individual de cuidados adaptado às inerentes necessidades e com identificação dos objectivos terapêuticos de cada um.

Por outro lado, os cuidados de enfermagem e os programas de reabilitação devem orientar-se no sentido de promoverem a máxima independência das pessoas que apresentam deficits potencialmente recuperáveis e a manutenção daqueles cujos deficits são irreversíveis. Outros aspectos chave deverão ser o acompanhamento e monitorização do progresso do estado funcional para o desempenho das actividades de vida diárias (AVD's), de modo a que se possa acompanhar a evolução dos ganhos e implementação de possíveis correcções dos planos assistenciais.

A presente pesquisa evidencia-se como um estudo descritivo-correlacional sobre a assistência de enfermagem e os contributos da mesma, para a independência dos doentes ao nível do auto cuidado; centrar-nos-emos nos défices que os doentes apresentam à entrada na Unidade de Convalescença e nos contributos do

plano assistencial de enfermagem para os ajudar a encontrar estratégias contributivas para a sua máxima independência.

Estudos como os de André (2006), Bobath (2001), Bishop (1997), Johnstone (1980), Shpherd (2008) e outros serão contributos significativos para o presente estudo.

Pretendemos que este estudo seja uma descrição fidedigna de todo um caminho que percorremos numa Unidade de Convalescença pertencente à RNCCI e que foi experiência piloto, dentro de um hospital público, na referida tipologia. Gostaríamos ainda de fornecer informação potenciadora de reflexão sobre as práticas clínicas dos enfermeiros, contribuindo para a continuação ou mudança, com o objectivo de maximizar as potencialidades de independência dos doentes, assim como a melhoria da sua qualidade de vida e consequentemente das suas famílias.

Este relatório surge como corolário de um dispositivo de investigação desenvolvido no âmbito do XIV curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Tem como principal objectivo, à semelhança de trabalhos desta natureza, demonstrar a evolução e o percurso efectuado para a aquisição de conhecimentos e competências de investigação. Assumimos, com humildade e respeito pelos investigadores seniores, as eventuais falhas.

Quanto à sua estrutura, o mesmo encontra-se dividido em três partes. A primeira parte reporta-se à revisão teórica e enquadramento conceptual do tema em estudo; a segunda parte descreve a metodologia utilizada e a terceira a investigação empírica.

A primeira parte está dividida em seis pontos: o primeiro conceptualiza os cuidados continuados e o seu enquadramento no plano nacional de saúde, caracterizando as diferentes tipologias existentes na RNCCI e de forma especial o enquadramento das unidades de convalescença. O segundo aborda o plano assistencial em vigor numa unidade de convalescença, assim como o modelo/ teórica de Enfermagem que está subjacente ao objecto em estudo: o auto cuidado pela teoria geral, segundo Dorothea Orem. O terceiro situa a hemiplegia,

apontando as suas causas e consequências. O quarto refere os factores que contribuem para o atraso na recuperação. O último ponto aborda os conceitos: independência e autonomia para a pessoa com hemiplegia.

PARTE I – O AUTO CUIDADO NAS PESSOAS COM HEMIPLEGIA

Os constrangimentos económico-financeiros, por um lado, e os modelos de gestão em uso nos hospitais, por outro, fazem com que, cada vez mais, as pessoas que recorrem aos serviços de saúde hospitalares, seja por um processo agudo ou por descompensação de um processo crónico, tenham alta cada vez mais prematuramente, não sendo contemporizadas outras necessidades das pessoas doentes, dos seus familiares e até dos recursos da comunidade.

Para dar resposta a este conjunto de necessidades que estavam sem solução, foram criadas estruturas de prestação de cuidados intermédios, não diferenciados, no que respeita a recursos tecnológicos de diagnóstico e especialidades médicas, de modo a se poderem encontrar respostas quer em regime de internamento, quer em ambulatório, que visam contribuir para a continuidade e qualidade dos cuidados que contribuam para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas e das suas famílias.

Neste contexto, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com as suas diferentes tipologias, permite não só optimizar os cuidados hospitalares, mas, mais importante, permitirá dar continuidade aos cuidados iniciados na fase aguda da doença, dotando as pessoas dos conhecimentos e das estratégias que lhes permitam fortalecer a sua capacidade de auto cuidado.

Pessoas que foram vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou que por consequência de fractura ou osteoartrose severa tiveram de ser submetidas a artroplastia podem agora, com esta nova filosofia de cuidados, aprender a desenvolver actividades de resposta às suas novas necessidades, em contexto próprio que não está submetido aos mesmos indicadores de gestão dos Hospitais que, quando apenas centrados nos números, geram situações que em nada contribuem para a qualidade e dignidade de vida dos cidadãos.

Nesta parte do trabalho, clarificaremos o conceito de cuidados continuados e o modo como evoluiu ao longo dos anos em diferentes países; apresentaremos as diferentes tipologias de cuidados contempladas RNCCI, o plano assistencial de enfermagem que contribuí para a capacitação das pessoas no auto cuidado, a teoria de Orem que lhe está subjacente como modelo conceptual, assim como, o que significa viver com hemiplegia e os factores que concorrem para a dependência e o atraso na recuperação da autonomia.

1. CUIDADOS CONTINUADOS

A nossa primeira conceptualização enquadra-se nas políticas actuais sobre os Cuidados Continuados Integrados e assim estes *"são respostas que venham satisfazer a procura, por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e pessoas com doença incurável em estado avançado"* (Nogueira, 2008).

Os cuidados continuados visam fundamentalmente melhorar a funcionalidade dos doentes, tendo como objectivos:

- *"Reabilitar: melhorar a funcionalidade com vista a diminuir a dependência;*
- *Readaptar: contribuir para a promoção do auto-cuidado com vista a assegurar a melhor qualidade de vida possível no quadro das limitações decorrentes da doença;*
- *Reintegrar: no meio onde a pessoa vai continuar a viver (a sua própria casa, residência de familiares ou alguma forma de internamento residencial público, provado ou social) ", (Dec-lei nº 101, 6 de Junho de 2006).*

A prestação de cuidados continuados exige assim, por parte das organizações que os praticam, a realização de avaliações multidisciplinares e globais do paciente – nomeadamente com o contributo de médicos, enfermeiros, fisiatras, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e da fala – com vista ao estabelecimento dum plano individual de cuidados a nível de apoio pessoal, médico, de enfermagem e de reabilitação.

Segundo o Decreto-Lei nº 101, de 6 de Junho de 2006, a continuidade de cuidados é definida como *" a sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social".* A Rede de Cuidados Continuados criada pelo referido diploma legal visa promover a transição de pessoas em situação de dependência sem descontinuidade entre os cuidados iniciados em hospital de agudos e o domicílio, existindo para tal diferentes tipologias de unidades, onde e de acordo com os diversos graus de dependência e potencial de recuperação, serão assegurados os cuidados necessários, com efectiva preparação do regresso a casa, assim como a articulação com os centros de saúde de proximidade da residência dos utentes de

modo que no regresso a casa, esteja assegurada pelos serviços de proximidade a continuidade de cuidados.

Nesta perspectiva e atendendo ao impacto do envelhecimento da população, à mudança do perfil de patologias, às situações de dependência e de fragilidade com alta necessidade de apoio social e familiar e à mudança do perfil das famílias, verificam-se desafios, relativos a novas necessidades e formas de prestação de cuidados, que garantam a continuidade de cuidados iniciados nos hospitais de agudos após surgimento de doença súbita ou descompensação de processo crónico. Deste modo os sistemas de saúde e de apoio social português, iniciaram este trabalho de forma articulada, para responderem à perda de autonomia e á ausência de respostas aos problemas concretos das pessoas idosas, após doença aguda e/ou descompensação de processos crónicos, criando espaços de cuidados de nível intermédio entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar através de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e segurança social, de natureza preventiva e recuperadora que garantam não só a continuidade mas que dêem também respostas às situações de dependência e de fragilidade, evoluindo do paradigma centrado no tratar para um modelo bio-psico-social, muito mais centrado no cuidar holístico.

Os cuidados continuados integrados incluem-se no Serviço Nacional de Saúde e no sistema de segurança social, *"assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidas como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou intervenção preventiva, e compreendem: a reabilitação, a readaptação, a reintegração social, a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis"* (art.º 5º, do Decreto-Lei nº 101/6 de Junho de 2006). Considerando o art.º 12 do referido Decreto-Lei, a prestação de cuidados continuados integrados é assegurada por:

- "*Unidades de internamento (unidade de convalescença, unidade de média duração e reabilitação, unidade de longa duração e unidade de cuidados paliativos).*
- *Equipas hospitalares (equipa de gestão de altas e equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos).*

- *Equipas domiciliárias (equipa de cuidados domiciliários integrados e equipa de suporte em cuidados paliativos) ".*

As unidades de convalescença não nasceram no século XXI, apenas têm outro enquadramento e objectivos. Datam dos séculos XVIII e XIX as primeiras estruturas com o nome de convalescença; destinavam-se à prestação de cuidados básicos de alimentação e higiene aos mais necessitados. Esta concepção evoluiu ao longo dos tempos e nada tem a ver com o que hoje se denomina "Unidade de Convalescença", (Petch A., 2003).

Não existe consenso na definição internacional para este tipo de unidades designadas de "convalescença", encontrando-se sobre a mesma designação conceitos diversos. As primeiras referências a Unidades de Convalescença definiam-nas como espaços onde se praticavam cuidados de manutenção, onde eram colocadas pessoas dependentes sem possibilidade de recuperação, hoje designadas em Portugal como "Unidades de Longa Duração e Manutenção", (Petch A., 2003). O conceito de unidade de convalescença de hoje refere-se a espaços, para onde vão pessoas que já não necessitam de cuidados em hospitais de agudos, mas que, pela complexidade de cuidados de que ainda necessitam, nomeadamente de reabilitação, lhes é disponibilizado um plano integral de cuidados de reabilitação, por uma equipa multidisciplinar (Decreto-Lei nº 101/6 de Junho de 2006)

O termo "*convalescent homes"* é muitas vezes utilizado como *"nursing homes"* ou *"rest homes",* existindo como sabemos diferenças significativas entre estas instituições. As *"convalescent homes"* foram desenhadas de forma a criar um ambiente idêntico ao do domicílio e destinam-se a pessoas que recuperam de uma doença de evolução prolongada.

Muitos dos residentes destas instituições regressam ao domicílio após a recuperação, mas alguns deles podem lá permanecer até ao fim da sua vida (Nogueira, 2008).

Marjory Warren, na década de 40, no West Middlesex Hospital, em Inglaterra, demonstrou que se podiam reverter algumas situações de dependência de doentes idosos crónicos e dependentes, mediante avaliação geriátrica e

reabilitação integral (Matthews DA. 1984). A actividade desta instituição desenvolveu-se no âmbito dos cuidados de longa duração, em doentes com perda funcional, potencialmente recuperável, baseando-se no trabalho em equipa multidisciplinar, na realização de planos terapêuticos individualizados e obtendo como resultados melhorias funcionais significativas, que permitiram que uma percentagem significativa de pessoas regressasse ao seu domicílio.

Os cuidados de convalescença receberam várias denominações nos diferentes países, conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Categorização das Unidades de cuidados de convalescença em diferentes países

País	Designação	Ano	Fonte
EUA	Geriatric Assessment Units" ou "Geriatric Rheabilitation Units	1988	Von Stenberg,
França	Moyen Séjour	1988	Métayer
Espanha	Unidates de Convalecencia	2002	Castells
Reino Unido	Unidades de preparação do regresso a casa	2003	Jewll
Portugal	Unidade de convalescença	2006	UMCCI

- Nos EUA e nos países anglo-saxónicos, são denominados por "Geriatric Assessment Units" ou "Geriatric Rheabilitation Units", (Von Stenberg, 1997);
- Na França, denominam-se "Moyen Séjour", (Métayear, 1988);
- Na Catalunha chamam-se "Unidates de Convalecencia", (Castells, 2002);
- No Reino Unido há medida que a rede de cuidados continuados se foi desenvolvendo, o conceito da prestação de cuidados individuais de curta duração aos doentes, com o objectivo de prevenir internamentos desadequados em serviços de agudos, evoluiu no sentido da preparação do regresso a casa, sobretudo, pela facilitação da independência das pessoas no seio da comunidade;
- Em Portugal, optou-se por definir unidade de convalescença, como, *"espaços de cuidados destinados a doentes com perda de autonomia transitória, potencialmente recuperável, que requeira cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento até 30 dias consecutivos"* (Decreto-Lei nº 101/6 de Junho de 2006).

A Unidade de convalescença é uma *"unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico"* (art.º 13º, do Dec-lei nº 101/6 de Junho de 2006).

A criação das unidades de convalescença exclusivas para doentes vítimas de AVC, em Portugal, destinadas a reabilitação intensiva e integral, encontra-se ainda em fase de experiência piloto, a decorrer na Unidade de Convalescença de Évora, pelo que ainda não há elementos disponíveis que demonstrem os ganhos em independência aí obtidos, assim como, o modelo que para tal poderá melhor contribuir.

Diferentes foram os modelos encontrados nos diferentes países e regiões, para se enquadrarem este nível intermédio de cuidados, que são os cuidados continuados, que medeiam entre a hospitalização em agudos por doença súbita ou descompensação de processos crónicos e o regresso a casa.

Apesar de em outros países as unidades de cuidados continuados serem seculares, em Portugal apenas agora se dão osprimeiros passos na sua criação, de modo a encontrar respostas para as situações de dependência, que o envelhecimento e as doenças crónicas acarretam, apesar de ser velho não significar ser dependente, assim como, ser dependente não ser sinónimo de se ser velho.

Em síntese as pessoas dependentes necessitam de transferir para terceiros as actividades tendentes à satisfação das "necessidades humanas básicas", no contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência, até que aprendam e fiquem capacitadas a cuidar de novo de si. Como a pessoa é um ser multidimensional, torna-se necessário que a mesma aceda para a consecução da sua reabilitação a uma equipa pluridisciplinar que conceba um plano integral de cuidados a ela dirigida e que seja capaz de responder às necessidades de cuidados que a mesma apresenta em cada momento.

2. MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

Ao equacionarmos um modelo de cuidados devemos ter presente que tipo de assistência queremos facultar, que pessoas se querem assistir e em que contexto é que esses cuidados vão decorrer, sem descurarmos que aspectos como o bem-estar e qualidade de vida estão associados à representação social do que as pessoas interpretam como ter saúde ou o que é necessário fazer para a assegurar.

Podemos definir cuidados de enfermagem, como actividades necessárias para a comunidade, já que contribuem para a sobrevivência e saúde das pessoas e no limite, para a saúde da sociedade. Para Virginia Henderson (1966), a enfermagem tem por objectivo manter e repor a independência do utente, para que ele possa satisfazer por si só as suas necessidades fundamentais.

Os cuidados concebem-se como necessidades de todas as pessoas e ao longo de toda a vida, contribuindo para a sua saúde, bem-estar e desenvolvimento. Se a pessoa não é capaz de prestar esse cuidado a si própria – auto cuidado, então a mesma passa a necessitar de alguém que o faça por ela de forma segura e profissional – cuidado de enfermagem.

"*Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue"* (Ordem dos enfermeiros, 2001:8). Assim e ainda segundo os padrões de qualidade estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros em 2001, os cuidados de enfermagem visam ao longo do ciclo vital, não só, prevenir a doença como promover os processos de readaptação, que visem a satisfação das necessidades humanas básicas para a máxima independência na realização das actividades de vida, procurando a adaptação funcional aos défices, frequentemente através da aprendizagem da pessoa alvo de cuidados.

Para Orem (1991), o cuidado*"é o campo do conhecimento da enfermagem e o serviço que este grupo profissional oferece à sociedade",* deste modo o reconhecimento que dela pode advir será tanto maior quanto maior e melhor for a qualidade dos serviços prestados pelos enfermeiros e sobretudo se estes conseguirem responder às necessidades sentidas pelos cidadãos nos diferentes momentos da vida. Silva, J., (2006), diz-nos que os enfermeiros têm como missão

ajudar a pessoa e a família a viver com o seu estado de saúde e eventuais alterações, quando os próprios não podem fazê-lo, ajudando-os durante o ciclo de vida, da concepção até à morte.

Desde os primórdios que os teóricos de enfermagem têm tentado questionar e explicar os fenómenos de enfermagem relacionados com a "grande teoria" da enfermagem de Nightingale, formulando assunções baseadas nos metaparadigmas da pessoa, saúde, ambiente e enfermagem (Mc Court, 1993). Apesar das mais diversas evoluções, continua-se hoje a valorizar excessivamente doença e tudo o que a ela diz respeito, do diagnóstico ao tratamento, deixando de lado a perspectiva dos sistemas abertos, essa sim muito mais abrangente, colocando a pessoa no seu todo como alvo da atenção e dos cuidados e não apenas a parte afectada pela doença.

Por vezes temos a noção que a pessoa é, apenas e tão só, um conjunto de sintomas e sinais, essenciais é certo, sobretudo nos episódios agudos, mas deve ir muito para além. Há muito mais necessidades de cuidados de saúde, para além do diagnóstico e tratamento das doenças: a promoção da independência das pessoas e das suas famílias face ao auto cuidado, a continuidade dos cuidados, assim como o bem-estar e a qualidade de vida dos prestadores de cuidados informais que, se devidamente valorizados, dariam outra dimensão à pessoa, muito para além do modelo biomédico.

Torna-se assim importante definir os seguintes conceitos nucleares: pessoa, cuidados de enfermagem, ambiente e saúde. No enquadramento conceptual, definido pelo Conselho de Enfermagem (2003, p.144), a pessoa é definida como *"um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se".* Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente em que ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia (...) cada pessoa vivencia um projecto de saúde (...) a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível, pelo que, qualquer modelo de cuidados a ser implementado deve considerar a pessoa como um todo e ter sempre presente os seus valores, crenças e cultura se quiser de facto obter a sua adesão e participação.

Por outro lado e ainda de acordo com o enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros, temos de considerar que o plano estabelecido para determinada pessoa com determinado problema pode não resultar em outra pessoa com o mesmo problema, pelo simples facto de que sendo cada pessoa um ser único, ela pode reagir à influência do ambiente e das medidas de intervenção estabelecidas de modo diferente. Devemos assim considerar que para cada pessoa, independentemente de ter ou não problemas comuns, os planos de cuidados devem sempre ser individuais e integrais, considerando por um lado as características específicas de cada pessoa, e por outro integrando os contributos específicos dos diferentes profissionais prestadores de cuidados, não deixando de considerar a opinião da própria pessoa alvo dos cuidados.

Segundo M. Martins, (2002, p. 99),"*a primeira intervenção da equipa de enfermagem visa a identificação do tipo de ajuda que o doente necessita. Analisando as suas capacidades para a realização do auto cuidado, a equipa de enfermagem organiza os cuidados a prestar ao doente, considerando a sua própria opinião".*

Podemos, assim, entender a pessoa adulta como aquela que tem a capacidade de cuidar de si e de cuidar dos outros, com possibilidades de desenvolver capacidades e habilidades para encontrar resposta para a necessidade de novos cuidados. Entre estas, inclui-se a utilização adequada de recursos do ambiente, que contribuem para a sua saúde e bem-estar. As assunções sobre os que fundamentam a sua concepção de pessoa baseiam-se na premissa de que as pessoas conhecem, apreciam e utilizam as coisas em função dos fins que perseguem e, para além disso, são capazes de raciocinar, reflectir, compreender e tomar decisões, se estas são em seu benefício, mesmo não sendo do seu agrado; empreender acções e persistir nelas é decidir e actuar intencionalmente (Orem, 1991).

As pessoas têm a capacidade de espontaneamente identificar e proporcionar os cuidados necessários para a manutenção da vida e a normalidade funcional. Quando aparecem limitações e são necessárias novas formas de cuidados, as pessoas desenvolvem novas capacidades; têm capacidade de aprender, em relação aos cuidados que precisam em cada momento e vão adquirindo e

incorporando na sua prática as destrezas necessárias para a sua aplicação, torna-se assim imperioso que exista alguém disponível para ensinar e treinar as pessoas de modo a capacitá-las e esse alguém pelas competências adquiridas é sem dúvida o enfermeiro.

Segundo o regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE), a transmissão de conhecimentos, a instrução e a capacitação das pessoas são competências inerentes aos profissionais de enfermagem, o que está de acordo com o que defende Orem, (1993), quando define as duas categorias de auto cuidado: universal e o terapêutico. O primeiro refere-se às actividades humanas básicas e o segundo às acções necessárias a desenvolver, quando não existe equilíbrio entre as necessidades de auto cuidado e a capacidade para as realizar. Assim, na fase em que a pessoa está totalmente dependente e impedida de satisfazer qualquer necessidade de auto cuidado o sistema de enfermagem totalmente compensatório deve ser implementado: posicionamento no leito, alimentação, conforto, eventualmente eliminação e prevenção de um conjunto de riscos.

Quando a pessoa já consegue satisfazer algumas dessas necessidades, o plano de cuidados estabelecido deve contemplar ajuda naquelas actividades de auto cuidado em que a pessoa ainda tem limitação, substituindo-a apenas nas necessidades de auto cuidado terapêutico.

Posteriormente, quando a pessoa já tem capacidade para suprimir boa parte das suas necessidades de auto cuidado, pode apenas necessitar de ensino e instrução para se adaptar e conseguir encontrar estratégias que permitam suprir os défices residuais.

O ambiente em que as pessoas vivem é reconhecido como intimamente ligado à concepção de pessoa, em interacção e intercâmbio contínuo com ela. Considera-se que são uma série de factores físicos, químicos, biológicos e sociais que originam requisitos de auto cuidado e podem influenciar positiva ou negativamente a vida, a saúde e o bem-estar das pessoas e dos grupos e mais concretamente, a satisfação dos requisitos do auto cuidado.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.7*),"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".*

O ambiente pode ser facilitador do desenvolvimento se dispuser de programas adequados: rotinas e ajudas físicas que ajudem as pessoas a fixarem objectivos que lhes permitam ajustar a sua conduta no sentido de obterem o máximo bem-estar, caso contrário, o mesmo pode até ser contraproducente.

La Cuesta (2004) refere que o ambiente pode ainda ter um valor ecológico e terapêutico e influenciar positivamente a saúde da pessoa; quando assim é, diz-se que o mesmo é favorecedor do desenvolvimento – ambiente terapêutico.

Independentemente do ambiente em que a pessoa viva e se desenvolva, a possibilidade de surgirem desequilíbrios há medida que o tempo decorre está sempre presente e tende a acentuar-se há medida que os anos passam e o corpo e os intrínsecos processos fisiológicos se vão deteriorando.

De acordo com Orem, (1991), a saúde é um estado que muda à medida que evoluem as características humanas e biológicas das pessoas e que afecta a globalidade e a integridade, incluindo os aspectos referidos à pessoa como ser humano (forma de vida mental) que opera conjugando mecanismos psicológicos e estruturais (vida biológica) e em relação com outras pessoas (vida social). Para a autora, saúde refere-se a dois conceitos: saúde e bem-estar, que considera como estados humanos diferentes mas relacionados.

A saúde é uma condição essencial para o bem-estar da pessoa. Por outro lado a ausência de saúde, tenha ela como causa subjacente aspectos de ordem física, psiquica, social, cultural ou espiritual, é condição impeditiva para a existência de bem-estar.

Na perspectiva do conceito de saúde da OMS, saúde define-se como o bem-estar físico, psíquico e social, a que todo o ser humano tem direito, no entanto sabemos hoje a dimensão espiritual, as crenças e valores são eles também considerados na definição do conceito de saúde de outros autores. Para Padilha

(2006, p.23), saúde é *"o estado e simultaneamente a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual".*

Sabemos que a preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas é secular, no entanto foi a partir dos anos 70 do século passado que esta temática passou a ser alvo de diferentes estudos e publicações.

Segundo o modelo de Lawton (1983), que busca avaliar a qualidade de vida (QV) a partir dos seus aspectos objectivos e subjectivos e sua multidimensionalidade numa perspectiva de curso de vida, a QV na velhice é determinada em função da avaliação de quatro grandes áreas: competência comportamental, bem-estar subjectivo, qualidade de vida percebida e condições ambientais. Estas áreas estão inter-relacionadas, mas também são parcialmente autónomas.

A área referente à competência comportamental diz respeito à avaliação dos padrões sócio-normativos necessários para adaptação do indivíduo ao mundo externo. As competências comportamentais estão associadas aos domínios da saúde, da capacidade funcional, da cognição, do uso do tempo e do comportamento social.

A avaliação dessas competências é feita comparando-se o indivíduo com outros, segundo critériosde idade, educação, género, etnia e classe social. O conceito de bem-estar tem um sentido perceptivo que faz com que seja único para cada pessoa, incluindo experiências de satisfação e manifestações de contentamento, prazer, felicidade, plenitude, que facilita o avanço da pessoa para a auto-realização.

Podemos separar o conceito de bem-estar em diferentes domínios: físico, psicológico e social. No domínio físico estão os sinais e sintomas, que as pessoas referem e que perturbam o normal funcionamento orgânico: cefaleias, incontinência, diferentes défices etc. No domínio psíquico estão perturbações como depressão, demência, alterações do humor, quadros ansiosos, a satisfação com a vida. No domínio social, podemos identificar a participação na vida em sociedade, nos grupos formais e informais de referência da pessoa, a capacidade

de criar laços familiares consistentes, que permitam envolvência e participação que contribuam para a satisfação das pessoas (Pais Ribeiro, 2007).

Para Sirgy (2002), o conceito de bem-estar é subjectivo (subjective well-being) e engloba aspectos da qualidade de vida como: felicidade, satisfação com a vida e qualidade de vida percebida.

A qualidade de vida (QV) na velhice está intimamente relacionada com a existência de condições ambientais que possibilitem aos idosos desenvolver comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Essas prerrogativas estão ligadas à autonomia funcional do idoso, ou seja, os indivíduos que envelhecem mantendo-se autónomos e independentes podem tornar o seu ambiente mais seguro, mais criativo e prazeroso.

A avaliação da QV nos idosos é influenciada por múltiplos factores, principalmente por ser o envelhecimento uma experiência heterogénea. Cada indivíduo conduzirá a sua vida de acordo com seus próprios padrões, os seus valores, os seus anseios, e só a ele cabe avaliá-la. Uma pessoa pode ser capaz de realizar uma função e portanto apresenta alto nível de capacidade funcional, mas pode ter menor capacidade por diferentes razões, tais como, falta de motivação, ambiente inadequado.

Associada à capacidade funcional, temos ainda a independência versus dependência funcional, ou seja, a ajuda necessária para o desempenho das actividades da vida diárias (AVDs). Entre essas actividades destacam-se: actividades básicas da vida diária (ABVDs) referentes às actividades de auto cuidado, tais como: banho, vestuário, alimentação, ter continência urinária e fecal, transferência e locomoção; actividades instrumentais de vida diária (AIVDs) que se referem a actividades de maior complexidade, tais como utilizar o telefone, gerir o dinheiro, gerir terapêutica, utilizar transportes, efectuar reparações domésticas, cuidar da casa e, por último as actividades avançadas de vida diária (AAVDs) que compreendem actividades de âmbito social, tais como: trabalhos voluntários, participaçãoem grupos, viagens, actividades intelectuais, entre outras.

As limitações da capacidade funcional podem accionar recursos sociais e pessoais e comprometer o ajustamento psicológico, o que se reflecte no bem-estar individual. Nesse sentido, os idosos incapacitados funcionalmente podem apresentar percepção de saúde e de bem-estar negativo, uma vez que experiências pessoais, critérios de comparação e estados emocionais internos influenciam a percepção do bem-estar. Nesse sentido, a manutenção e o estímulo à autonomia, que é entendida como a capacidade de auto determinação e tomada de decisões, bem como a valorização do potencial remanescente e da independência devem ser os pilares das orientações aos familiares dos idosos com alteração funcional.

Segundo Marin (1995), *"a qualidade de vida relacionada com a saúde integra alguns domínios básicos: funcionalidade, sintomas relacionados com a doença ou com o tratamento psicológico e acompanhamento social".* Deste modo, a manutenção da capacidade funcional dos idosos, dentro da individualidade e especificidade de cada situação, constitui um dos papéis mais importantes dos profissionais de saúde, familiares e cuidadores. Assim, as orientações dos enfermeiros devem ser baseadas em avaliações do ambiente, dos recursos disponíveis (familiares, sociais e ambientais), e do grau de dependência para as AVDs.

Em 1986, a definição de Saúde pela OMS expandiu-se e concretizou-se *"a extensão em que um indivíduo ou grupo é por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve".* A Saúde passou a ser vista como um recurso para a vida de todos os dias, uma dimensão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida (Pais Ribeiro, 1998). A partir daqui, o conceito de bem- estar passou estar associado à condição de ter saúde, ou seja, para que alguém pudesse usufruir de bem-estar tinha de física e psiquicamente estar de saúde.

Segundo O'Donnel (1986), é nesta altura que o conceito de bem-estar surge consistentemente associado ao conceito de saúde e que se generalizou à saúde mental. Hoje em dia, a interpretação da saúde, como bem-estar físico, mental e social, tem recebido críticas diversas decorrentes principalmente de uma visão de determinados sectores da sociedade. Ora se invoca a sua difícil operacionalização, ora se alega a subjectividade do conceito de bem-estar.

Confunde-se bem-estar com sentir-se bem e isto independentemente da miséria ou da sorte de cada um. Entretanto, este tipo de alegação perde de vista o facto de que a noção de bem-estar é carregada de historicidade. Na realidade, há que procurar, na análise histórica e na realidade actual, associações específicas, elementos que dêem sentido à abstracção de bem-estar. Esses elementos, juntamente com parâmetros de normalidade biológica, comporiam o objecto saúde na sua dimensão biológica e social.

Por outro lado, Bowling (1995) explica que o bem-estar no campo da saúde se refere à percepção dos efeitos do estado da saúde na capacidade para viver uma vida plena. No entanto, hoje, utilizam-se os conceitos de qualidade de vida por vezes indiferentemente, sendo certo que com o evoluir destes conceitos associados à saúde, a presença ou ausência de funcionalidade para o desempenho do auto cuidado é determinante para se afirmar se a pessoa tem ou não qualidade de vida.

Cramer (1994), afirma que qualidade de vida é um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou incapacidade.

Podemos concluir que não há entendimento quanto a significação dos conceitos de bem-estar e qualidade de vida, pois os mesmos têm sido descritos como referindo-se à detenção ou não de bens físicos ou materiais como também aos espirituais como até sociais e ambientais. Segundo T. Martins (2006), existe consenso de que o conceito de qualidade de vida está intimamente ligado à dimensão de bem-estar físico, psicológico, social, financeiro e material.

2.1. O processo de cuidados de enfermagem segundo Orem

Quando nos propomos descrever ou analisar as práticas de enfermagem em uso num determinado contexto, faz sentido analisarmos o conceito de processo de enfermagem e as diferentes perspectivas e modelos de cuidados de enfermagem descritos por diferentes autores. O nosso estudo tenta perceber de que modo as práticas em uso num determinado contexto contribuem para a independência das pessoas, pensamos que o modelo conceptual de Orem pode ser um referencial importante para percebermos de que modo se podem conseguir ganhos em independência, segundo este processo.

Segundo Yura & Walsh, (1973), a expressão *nursing process,* foi utilizada pela primeira vez, em publicações americanas, nos anos 50.

Ao processo pelo qual os enfermeiros asseguram os diferentes cuidados aos doentes, famílias ou comunidades tem sido comum designar-se processo de enfermagem, representando o mesmo, um instrumento de diagnóstico, planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados. Por outras palavras, o processo de enfermagem pode designar-se como a metodologia usada pelos enfermeiros para colher dados, planear, implementar e avaliar os cuidados; o que requer habilidades específicas, para colher de dados, entrevistar, comunicar, bem como a capacidade de agrupar informações, identificar objectivos e os meios para os alcançar.

Segundo Jesus (2006), o processo de enfermagem caracteriza-se por *"um conjunto de acções sistematizadas e sequenciais que visam os cuidados de enfermagem a prestar, ao indivíduo, família e comunidade".*

O processo de cuidados de enfermagem definido por Orem, segundo Foster & Janssens (1993, p. 98), *"é um método de determinação das deficiências de auto cuidado e a posterior definição de papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de auto cuidado"*. Deste modo, o enfermeiro, após avaliar as necessidades que a pessoa não pode suprir temporária ou definitivamente, estabelece um plano que permita suprir essas mesmas necessidades ou então tenta capacitar a pessoa e/ou a sua família para permitir à pessoa encontrar formas de colmatar os défices entretanto instalados.

Para Orem (1991), o auto cuidado e o bem-estar são dois conceitos valiosos para a reabilitação, em cujo envolvimento a enfermagem visa ajudar o doente e a família a ser capaz de ir ao encontro das necessidades de auto cuidado. Orem, na sua teoria geral, defende o que justifica a existência dos serviços de enfermagem: *"a condição que valida a existência de uma exigência de enfermagem é a ausência de capacidade de manter continuamente a quantidade e a qualidade do auto cuidado que são terapêuticas de sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão, ou na forma como enfrenta os seus efeitos".*

O processo de enfermagem proposto por Orem (1980), segundo os mesmos autores, compreende os seguintes passos:

1º. Fase de diagnóstico e prescrição que determina a necessidade ou não de cuidados de enfermagem. O enfermeiro realiza a colheita de dados à pessoa; os dados específicos são reunidos em diferentes áreas segundo as necessidades de auto cuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde da pessoa, bem como, do seu inter-relacionamento. São também colhidos dados acerca dos conhecimentos, habilidades, motivação e orientação da pessoa.

2º. Fase do planeamento dos sistemas de enfermagem, bem como, do planeamento e execução das intervenções de enfermagem. O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de suporte/educação. As duas acções a envolver no planeamento dos sistemas de enfermagem seriam: a) realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de auto cuidado das pessoas doentes; b) combinação de modos de auxílio que sejam, ao mesmo tempo, efectivas e eficientes na forma de compensar ou ultrapassar os deficits de auto cuidado das pessoas. Com a utilização do modelo de Orem, as metas são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem, capacitando a pessoa a tornar-se um verdadeiro agente de auto cuidado.

3º. **Fase que inclui a produção e execução dos sistemas de enfermagem,** onde o enfermeiro pode prestar auxílio à pessoa (ou família) no que se refere ao auto cuidado, de modo a atingir os resultados identificados e descritos de saúde. Este passo inclui a evolução, onde, juntos, pessoa e enfermeiro, realizam a avaliação. A evolução é um processo contínuo e é fundamental que enfermeiro e pessoa doente avaliem quaisquer modificações nos dados que afectariam o deficit de auto cuidado, o agente de auto cuidado e o sistema de enfermagem.

Percebe-se, assim, a importância de se identificarem os potenciais e limitações de cada pessoa para as actividades de auto cuidado, com base na avaliação. As intervenções devem orientar-se pelas preferências da pessoa, assim como pelo conhecimento e experiência dos enfermeiros. A mesma pessoa pode ser incapaz de desempenhar as actividades de auto cuidado pessoal por limitações

resultantes de compromisso motor, sensorial ou da função cognitiva, ou até da sua combinação, o que significa que cada plano deve ser individual e o mais integral possível.

Doenges & Moorhouse (1992), definiram o processo de enfermagem como *"um método eficiente de organizar os processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e resolução de problemas ao planear e prestar cuidados..."*.

Basicamente podemos depreender que o plano assistencial de enfermagem tem de seguir algumas fases, conforme o modelo exposto para que se possam definir as necessidades de intervenção para cada pessoa. Torna-se portanto necessário aferir quais as áreas de auto cuidado que à partida as pessoas podem ter afectadas, e em que grau (total ou parcialmente ou apenas necessidade de suporte e educação), de modo a se poderem definir os procedimentos de intervenção mais adequados a cada pessoa e a cada actividade de auto cuidado: uma intervenção totalmente compensatória, parcialmente compensatória, ou apenas de suporte ou educação, conforme o proposto por Orem na sua teoria dos sistemas.

A teoria geral de Orem é composta por três teorias inter-relacionadas: teoria do auto cuidado, teoria do deficit de auto cuidado e teoria dos sistemas de enfermagem.

A teoria de *auto cuidado* engloba o auto cuidado, a actividade de auto cuidado e a exigência terapêutica de auto cuidado. O *auto cuidado* é a prática de actividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar. A actividade de auto cuidado constitui uma habilidade para desenvolver o auto cuidado. A exigência terapêutica de auto cuidado constitui a totalidade das acções de auto cuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e acções (Foster & Janssens, 1993).

Os mesmos autores partilham a ideia de Orem (1980) de que o auto cuidado é a prática de actividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como objectivo as acções, que, seguindo um modelo, contribuem de modo específico, para a integridade

das funções e do desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de acções designadas, como requisitos de auto cuidado.

As pessoas normalmente conseguem satisfazer as suas necessidades de auto cuidado essenciais para o funcionamento adequado do organismo, mas quando de algum modo são impedidas de o fazer: idade avançada, doença ou limitação funcional resultante de episódio agudo ou exacerbação de processo crónico, torna-se necessária a assistência de enfermagem, para que essa necessidade de auto cuidado possa ser satisfeita.

São três os requisitos de auto cuidado ou exigências apresentadas por Orem: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Os requisitos *universais* estão associados a processos de vida e à manutenção da estrutura e funcionamentos humanos. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estádios do ciclo vital, como por exemplo, as actividades de vida diária. A capacidade de colmatar as necessidades básicas de vida diária está dependente de vários factores: físicos e mentais. Por exemplo as pessoas serão capazes de prevenir as contracturas se estiverem fisicamente capazes de se movimentarem. As limitações surgem também quando o conhecimento, a experiência ou as habilidades exigidas para o fazerem são inadequados, insuficientes ou inexistentes.

Segundo André (2006), quando os doentes são submetidos a programas padronizados de reabilitação, cerca de 80% dos casos, podem melhorar as capacidades, que ficaram comprometidas pela doença, podendo voltar ao convívio na comunidade. O valor que a pessoa, mentalmente, é capaz de atribuir ao desempenho da acção, assim como, as atitudes, as crenças e o seu grau de motivação influenciam o desejo e a decisão de agir. As limitações resultam da falta de vontade ou da incapacidade de decidir executar a acção. A pessoa que não está informada sobre a importância da actividade física pode não perceber a necessidade de se movimentar e consequentemente sofre as consequências resultantes da imobilidade, pelo que tal como o mandato social dos enfermeiros implica, estes devem estar preparados e disponíveis para facultar a informação necessária de modo a que as pessoas, estando melhor informadas se sintam motivadas a agir e assim possam colmatar as necessidades de auto cuidado.

Segundo Orem (1980), os requisitos de *desenvolvimento* são as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum acontecimento; por exemplo a adaptação a uma nova actividade profissional ou a adaptação a mudanças físicas. O deficit residual consequente a episódio agudo de doença sejam limitação ou incapacidade temporária, levam a que pessoa tenha de se adaptar e encontrar estratégias que lhe permitam ser o menos dependente possível. Neste período de transição e de adaptação, a assistência de enfermagem torna-se indispensável, para que a pessoa consiga manter as suas necessidades de auto cuidado.

Ainda segundo a autora, o requisito de *desvio de saúde* é exigido em situações de doença, ferimento ou incapacidade, ou por consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir determinadas condições. Tal significa que se a pessoa não for capaz de preencher as actividades de vida diária independentemente, torna-se necessária a intervenção de enfermagem. As acções de enfermagem são dirigidas ao fortalecimento da capacidade de auto cuidado, à eliminação ou minimização das limitações de auto cuidado, providenciando serviços directos, agindo, fazendo ou auxiliando a pessoa, quando as exigências não puderem ser satisfeitas por ela.

Deste modo, Polit & Hungler (1995), afirmam que a capacidade do indivíduo para cuidar de si mesmo é chamada intervenção de auto cuidado, e a capacidade de cuidar dos outros é chamada intervenção de cuidados dependentes.

Assim, a teoria de auto cuidado de Orem tem, segundo Luce et al. (1990), como premissa básica a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado a si mesmo e que este pode beneficiar dos cuidados da equipa de enfermagem, quando apresentar incapacidade de auto cuidado, ocasionado pela falta de saúde.

Para Foster & Janssens (1993, p.92), a teoria do deficit de auto cuidado constitui a essência da teoria de Orem, quando a enfermagem passa a ser uma exigência a partir das necessidades de um adulto ou quando o mesmo se encontra incapacitado ou limitado para implementar o auto cuidado contínuo e eficaz. Esses cuidados podem ser oferecidos pelos enfermeiros quando: *"[...] as habilidades para cuidar sejam menores do que as exigidas para satisfazer uma*

exigência conhecida de auto cuidado [...] ou habilidades de auto cuidado ou de cuidados dependentes excedam ou igualam as exigidas para satisfazer a necessidade actual de auto cuidado, embora uma relação futura de deficiência possa ser prevista devido a diminuições previsíveis de habilidades de cuidados".

Quando Dorothea Orem, em 1958, iniciou o estudo e começou a desenvolver um modelo conceptual para direccionar a prática de enfermagem baseada no auto cuidado, definiu o auto cuidado como: *"a prática das acções que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter, promover, recuperar, e/ou conviver com os efeitos das limitações dessas alterações de saúde, contribuindo para a sua integridade, funcionamento e desenvolvimento."* (Taylor, 2004, p.271).

Para satisfazer as necessidades de auto cuidado da pessoa, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: *o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de suporte/educação.*

O sistema de enfermagem *totalmente compensatório* é representado pela pessoa que é incapaz de se empenhar nas acções de auto cuidado. O enfermeiro através das suas intervenções vai actuar nas acções limitadas da pessoa, conseguindo o auto cuidado da mesma, compensando a sua incapacidade para a actividade de auto cuidado através de apoio e protecção. A satisfação dessas necessidades torna-se, assim, responsabilidade dos profissionais de enfermagem.

Mas a pessoa pode apenas estar limitada e ser capaz, com algum estímulo ou ajuda, de se auto cuidar pelo que estamos perante necessidades diferentes de auto cuidado. Estas necessidades de cuidados *parcialmente compensatórias* são representadas por uma situação em que, tanto o enfermeiro como a pessoa executam medidas ou outras acções de cuidado que envolvam tarefas de manipulação ou de locomoção. Através da sua acção, os enfermeiros executam algumas medidas de auto cuidado pela pessoa, compensando as suas limitações de auto cuidado e atendendo-a conforme o exigido. A pessoa age desenvolvendo algumas acções de auto cuidado, regulando as suas actividades e aceitando o auxílio dos enfermeiros. A pessoa doente compartilha a responsabilidade do auto cuidado com os enfermeiros, assumindo os recursos que estão dentro da sua capacidade, ficando os restantes a cargo dos profissionais de enfermagem.

Quadro 2 – Sistemas básicos de Enfermagem

	Sistema totalmente compensatório	Sistema parcialmente compensatório	Sistema de apoio e educação
Actuação de Enfermagem	Realização do auto cuidado terapêutico do doente. Compensa a incapacidade do doente na realização do auto cuidado. Apoia e protege o doente.	Realiza algumas necessidades de auto cuidado para o doente. Compensa algumas limitações no auto cuidado do doente. Assiste o doente quando necessário. Controla as actividades de auto cuidado.	Regula o exercício e desenvolvimento das actividades de auto cuidado.
Actuação da pessoa		Realiza algumas necessidades de auto cuidado. Controla as actividades de auto cuidado. Aceita cuidados de assistência de Enfermagem.	Regula o exercício e desenvolvimento das actividades de auto cuidado. Realiza o auto cuidado.

Adaptado de Orem, 1991

Emerge do art.º 4 do capítulo II do REPE a definição do conceito de enfermagem onde fica patente que "*Enfermagem é profissão que na área da saúde tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano [...] de modo que melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível".*

O sistema de enfermagem de suporte-educação ocorre quando a pessoa consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de auto cuidado terapêutico, que regulem o exercício e o desenvolvimento das suas actividades de auto cuidado, competindo aos enfermeiros estimular a pessoa a ser capaz de se auto cuidar. A pessoa tem recursos para se auto cuidar, mas necessita da assistência de enfermagem para apoio, orientação e instrução.

Do mesmo modo e de acordo com o art.º 5º do REPE, nº 4, os cuidados de enfermagem devem englobar, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de actuação:

- *"Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;*

- *Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;*
- *Orientar e supervisar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;*
- *Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;*
- *Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados".*

O plano assistencial de enfermagem exige uma avaliação contínua, completa e actualizada da pessoa, a fim de se adequar o plano de assistência às necessidades e habilidades individuais e onde seja visível a identificação de objectivos para cada uma das áreas de auto cuidado, em função do grau de dependência que cada pessoa apresente.

Se a pessoa alvo do auto cuidado não for avaliada de forma adequada, os enfermeiros ficam sem qualquer base racional para fazer julgamento sobre os deficits de auto cuidado, seleccionar métodos de ajuda válidos e confiáveis e prescrever intervenções de enfermagem mais adequadas, podendo até correr o risco de implementarem intervenções que possam vir a ter efeitos iatrogénicos.

O que também é afirmado por Orem (1980, p.37), quando diz, *"que a não ser que os enfermeiros estabeleçam previamente a capacidade para o auto cuidado, eles não têm base racional para fazer qualquer julgamento sobre o deficit de auto cuidado".*

Portanto o primeiro passo na operacionalização de um plano assistencial de enfermagem deve ser a identificação das limitações e/ou habilidades para o auto cuidado, determinando a sua capacidade para se auto cuidarem.

Outro aspecto essencial do plano assistencial de enfermagem é o envolvimento da pessoa e dos seus familiares/prestadores de cuidados informais, na elaboração do seu plano individual de cuidados, no respeito pelas suas necessidades e capacidades, de modo a que os mesmos se sintam envolvidos no plano assistencial e motivados para adquirirem conhecimentos, habilidades e estratégias facilitadoras, para no domicílio poderem lidar com a situação de dependência, parcial ou total, do seu familiar; o que também é afirmado por Petronilho (1997, p.181*), "o desempenho eficaz dos familiares cuidadores exige recursos, nomeadamente, conhecimentos, capacidades e suporte, que promovam uma adaptação eficaz aos desafios de saúde".*

O auto cuidado é visto como uma função humana reguladora para a manutenção da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar que as pessoas têm de realizar por si próprias ou, caso não consigam, seja realizado por alguém que os substitua (Taylor, 2004).

Pode descrever-se auto cuidado, como a *"actividade exercida pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária"* (Cipe, versão 1.0).

Segundo Orem (1980, p. 71), auto cuidado é *"a prática de actividades que o indivíduo inicia e desempenha em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar"* e enfermagem é a área que*"privilegia uma abordagem que valoriza o auto cuidado, tem como princípio estimular todas as pessoas para melhorarem a sua própria condição e preservarem a sua saúde".*

O auto cuidado é usado como sinónimo de cuidar de si próprio. É um comportamento que implica um papel activo da pessoa na prática das actividades que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, com o fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar. As funções humanas básicas são determinantes para a habilidade do auto cuidar, a avaliação destas funções mostrar-nos-á se uma pessoa tem capacidade de ser independente para o auto cuidado ou se necessita de ajuda.

Quando os enfermeiros identificam a capacidade de auto cuidado inadequada para alcançar os requisitos de auto cuidado, existe deficit de auto cuidado. O

deficit de auto cuidado relacionado com o banho / higiene é o estado em que o indivíduo apresenta capacidade prejudicada para realizar ou completar as actividades banho/higiene a si mesmo.

O auto cuidado é uma função humana de regulação que os indivíduos devem, deliberadamente, realizar a eles mesmos, ou de a realizarem a outro indivíduo dependente (cuidar dependente) para suprir ou manter o suprimento de substâncias ou condições para manter a vida, para se manter física e psicologicamente activo e desenvolvendo-se segundo normas compatíveis com as condições essenciais à vida e à integridade de funcionamento e desenvolvimento, ou seja, auto cuidado é tudo aquilo que a pessoa é capaz de fazer por si própria.

O auto cuidado, como uma função humana de regulação, distingue-se das outras formas de funcionamento e desenvolvimento humano, como por exemplo a função neuroendócrina. O auto cuidado tem de ser aprendido e deve ser executado de uma forma deliberada e continua no tempo e em conformidade com os requerimentos reguladores dos indivíduos, associados, por exemplo, com o seu estádio de crescimento e de desenvolvimento, estado de saúde, situações específicas do estado de desenvolvimento ou de saúde, factores ambientais, ou níveis de energia dispendidos (Orem, 1980).

La Cuesta (2004), refere que o mundo do cuidado pode e deve alertar os profissionais de saúde sobre as situações de fragilidade dos idosos e familiares, ajudando-os a fortalecer os seus próprios mundos do cuidado.

Convém então identificar e definir aquelas que são as actividades de auto cuidado a que as pessoas, em diferentes fases de transição do processo saúde doença, podem necessitar de assistência de enfermagem, podendo esta ser total, parcial ou então apenas educação e suporte.

- **Alimentar-se (comer/beber)**

Sendo a actividade de auto cuidado comer/beber uma das necessidades básicas de vida diária prioritária para a normal manutenção do funcionamento orgânico, sem o qual o bem supremo, a vida é colocada em risco interessa-nos analisar alguns conceitos, através dos quais se depreende a necessidade da intervenção

da enfermagem, quando a pessoa, por diferentes ordens de razões, não é capaz de o fazer por si própria.

Segundo a versão beta 2 da CIPE, (1999), comer é um tipo de auto cuidado com as características específicas:*"encarregar-se de organizar a ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em bocados manejáveis, levar a comida à boca, metê-la na boca utilizando os lábios, músculos e língua e alimentando-se até ficar satisfeito".*

Ainda segundo a mesma classificação, beber é um tipo de auto cuidado com as características específicas*: "encarregar-se de organizar a ingestão de bebidas durante as refeições e regularmente ao longo do dia ou quando se tem sede, beber por uma chávena ou copo ou deitar os líquidos na boca utilizando os lábios, músculos e língua, beber até saciar a sede."*

Para M. Martins (2002, p. 76),*" a incapacidade em se alimentar e ter outros cuidados está relacionada com o acto de levar alimentos à boca [...] a dificuldade em controlar esta actividade está, em boa medida, relacionada com a consistência dos alimentos e com as capacidades de beber, comer, mastigar e engolir".*

Ajudar a pessoa nesta actividade de auto cuidado alterada (dependente) implica respeitar o seu ritmo e estimular a sua participação de acordo com as suas capacidades, recorrendo a utensílios adaptados a cada caso, de acordo as limitações apresentadas por cada pessoa. Isto implica a avaliação da deglutição que pode estar afectada, podendo haver tolerância a líquidos ou não; mantendo a preocupação com a hidratação que por vezes o estado cognitivo da pessoa tende a negligenciar. A água gelificada pode ser uma boa resposta para a disfagia para líquidos, se queremos manter a pessoa hidratada, de modo a que os processos fisiológicos se processem equilibradamente.

Por vezes, as pessoas têm necessidade de aprender a comer de novo pela própria mão e isso requer tempo; os ganhos não serão aqui que substituímos as pessoas a comer, mas ajudá-las a encontrar estratégias que, de acordo com a especificidade do deficit presente, lhes permitam serem capazes de partir os

alimentos em porções adequadas de modo a poderem ser ingeridos com facilidade e sem riscos.

Ainda segundo M. Martins (2002, p.194),*"outros cuidados que se exercitam nestes doentes são o ensinar a comer pela sua mão..."*.

Antes de tentarmos por, o doente a comer pela própria mão, é importante avaliar a força dos membros, a preensão para segurar os talheres, os movimentos involuntários, as dificuldades em cortar os alimentos e a acuidade visual. Não é menos importante avaliar o cansaço durante a refeição, se o doente está deprimido, tentando perceber os seus receios e angústias.

Os alimentos devem ser de consistência mole, administrados em refeições frequentes e em pequenas quantidades (se necessário usar espessante já que a disfagia é maior para líquidos). Alternar a administração de líquidos com os alimentos de consistência semi-sólida, não os misturando na boca.

Devemos sentar-nos para ajudar na alimentação do doente, de preferência do lado plégico, contribuindo para estimular o lado afectado, demonstrando disponibilidade e vontade de ajudar. Na fase inicial da reabilitação do doente hemiplégico devemos restringir o tamanho do bolo alimentar (1 colher de sobremesa), estimulando o gosto do doente através de alimentos saborosos e da sua preferência, tendo em conta os seus hábitos alimentares.

O doente deve ser estimulado a alimentar-se pela sua mão e a colocar os alimentos na boca no lado não afectado. Devem ser criadas condições para que o doente se mantenha concentrado na coordenação de mastigar, respirar e deglutir, incentivando-o a deglutir várias vezes, de forma a permitir uma deglutição completa. É, obrigatório confirmar se os lábios estão fechados, caso contrário, a deglutição não ocorre. A estratégia a adoptar se o doente não conseguir fechar os lábios, será o enfermeiro com recurso às proprias mãos segurar a hemiface afectada e segurá-la, até que os lábios se fechem.

As ajudas técnicas facilitadoras da consecução deste auto cuidado, passam por: usar chávenas e copos com configuração especial, que permitam ajuste adequado, de modo a facilitar a ingestão de líquidos ou semi-líquidos sem que o

doente tenha de inclinar a cabeça, usar talheres modificados, que facilitem a preensão (cabos engrossados), corte e ingestão dos alimentos, usar pratos côncavos ou com protecção lateral (rebordo de prato), para o doente conseguir encher a colher sem os alimentos saírem do prato.

O treino dos músculos faciais (mastigar, simular beber por palhinha, assobiar) é imperativo no caso de o doente apresentar plegia ou parésia da face; a colocação dos dedos na face fazendo movimentos circulares durante a alimentação pode ajudar a progressão dos alimentos na mastigação.

Durante a refeição, é preferível que a pessoa se suje ao tentar colocar a comida na boca, do que não se sujar, porque alguém o fez por ela. Deste modo, estaríamos a contribuir para que a pessoa continue dependente, ao invés do que se preconiza. Isto implica dar tempo às pessoas, para que elas vão tentando, ensinando-as a encontrar estratégias que permitam ultrapassar o déficit presente.

- **Vestir-se/despir-se**

É de todos conhecida a dificuldade que sentem as pessoas hemiplégicas, no acto de despir/vestir, quando mesmo, não são impotentes para o fazer. O acto de ensinar e treinar as pessoas e/ou o seu prestador de cuidados relativamente ao auto cuidado vestir e despir é um excelente contributo para a sua independência. Normalmente, solicita-se a participação da pessoa na escolha do vestuário quando cognitivamente é possível, de modo a que a mesma mantenha a sua dignidade através da manutenção da sua capacidade de decisão, valorizando ao mesmo tempo os seus hábitos e preferências.

O vestuário deve ser "simples" e funcional, privilegiando fechos e velcros, adaptado a cada caso, de modo a permitir boa mobilidade e a facilitar a independência da pessoa no recurso à casa de banho.*"Outros cuidados que se exercitam nestes doentes são o ensinar [...] o vestir e despir..."* (M. Martins, 2002:104).

O treino do vestuário no doente hemiplégico vai depender dos compromissos motores e/ou sensitivos presentes e das capacidades cognitivas. Por questões de

segurança, devem-se executar estas actividades na posição de sentado (eventualmente deitado).

- ***Vestuário da cintura para cima***

Camisa – Ensinar o doente que deve começar por vestir o lado afectado (mão/cotovelo/ombro), dar a volta por trás da cabeça, segurando no colarinho e por fim vestir o lado não afectado.

Camisola fechada – Começar por vestir a cabeça, rodando ligeiramente o decote até conseguir colocar a manga do lado afectado à frente, vestir o lado afectado e por fim, o não afectado.

- ***Vestuário da cintura para baixo***

Calças – Começar pela perna do lado afectado, que que se encontra cruzada sobre a perna não afectada.

Meias – Começar por qualquer dos pés. Introduzir a mão em forma de concha dentro da meia e, de seguida, afastar os dedos, de forma a permitir a passagem pelo pé. Se a pessoa não for capaz de cruzar a perna afectada, deve usar as mãos unidas como processo facilitador. A pessoa coloca a meia no pé com a mão não afectada. Para se manter a meia aberta utilizam-se o polegar e o dedo indicador e médio.

Sapatos – Começar pelo pé não afectado e, posteriormente, calçar o pé afectado, cruzando este sobre o não afectado. Com a mão não afectada, coloca-se o sapato na frente e no alinhamento do pé; com o pé no chão, pressiona-se o joelho afectado, para introduzir o calcanhar no sapato, se for necessário pode recorrer-se a calçadeira de cabo longo.

Se o calçado tiver velcros, o processo fica facilitado, caso contrário, torna-se necessário ensinar à pessoa a dar o laço, apenas com uma mão, de modo a que a mesma não fique dependente apenas por não ser capaz de apertar o calçado.

Sugerir a utilização de sapatos de base larga, de preferência, ajustáveis aos pés e de sola não muito aderente, que cause atrito, mas que não derrape.

- **Tomar banho /arranjo pessoal**

Considerando o alto índice de doentes que apresentam como diagnóstico de enfermagem, *deficit de auto cuidado banho/higiene*, nos serviços de Medicina, Unidades de AVC e Neurologia, de onde provêm a maioria dos doentes enviados para convalescença (52,8% /2008 na UCV), podemos depreender que esta é uma das actividades de auto cuidado, com maior necessidade de intervenção por parte dos enfermeiros, em cuidados continuados de convalescença.

O auto cuidado é usado como sinónimo de cuidar de si próprio. É um comportamento que implica um papel activo da pessoa na prática das actividades que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, com o fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar (Orem, 1980). As funções humanas básicas são determinantes para a habilidade do auto cuidar, a avaliação destas funções mostrar-nos-á se uma pessoa tem capacidade de ser independente para o auto cuidado ou se necessita de ajuda.

O deficit de auto cuidado relacionado com o banho / higiene é o estado em que o indivíduo apresenta capacidade prejudicada para realizar ou completar as actividades banho/higiene a si mesmo.*"A incapacidade na higiene pessoal diz respeito ao cuidado com o corpo. Resulta da dificuldade que estes doentes têm de se deslocar às instalações sanitárias, de se servirem dos instrumentos aí existentes, de tomarem banho na banheira ou no duche ou mesmo de lavarem partes do corpo"*(M. Martins, 2002, p.76).

O banho no leito é uma necessidade fundamental para determinadas pessoas, sobretudo quando, em função da sua situação de saúde, precisam de repouso absoluto. Torna-se pois necessária uma avaliação cuidadosa quanto ao grau de dependência das pessoas e à sua situação de saúde, de modo a evitar que em algumas circunstâncias, haja pessoas que recebam ajuda no banho, maior do que necessitariam, não estando assim a contribuir, os enfermeiros, para os ganhos de independência das mesmas.

Naturalmente que a higiene deve ser mantida com a perioricidade necessária, de modo a manter o conforto e o bem-estar da pessoa dependente, respeitando os hábitos e preferências da mesma, com o objectivo de manter a sua dignidade.O

banho, apesar da simplicidade do acto em si, torna-se por vezes numa situação de constrangimento para as pessoas, sobretudo quando a privacidade do corpo não é respeitada.

Em determinadas circunstâncias, torna-se obrigatório que os cuidados de higiene sejam efectuados no leito, mas tal deve apenas acontecer, quando as condições de saúde assim o exigirem. Cada pessoa deve ser avaliada para se aferir que grau de incapacidade tem para esta actividade de auto cuidado e em função disso planear o local e o tipo de banho mais adequado, de modo a que não se corra o risco de não se estar a contribuir para a independência da pessoa.

Quando os enfermeiros identificam que esta actividade de auto cuidado está prejudicada, porque existe um deficit que impede que a pessoa a execute por si, deve providenciar o espaço apropriado, onde a mesma se sinta em privacidade para a execução do mesmo.

Frequentemente, nos hospitais, as pessoas que perdem a capacidade de realizar esta actividade de auto cuidado de forma independente, necessitando de auxílio, sentem-se obrigadas a abrir mão da sua privacidade e intimidade, sentindo-se diminuídas e com baixa auto-estima (Figueiredo, 2007).

Dar banho à pessoa, substitui-la é relativamente simples e rápido, mas não contribui em nada para a sua independência. Torna-se portanto necessário solicitar e estimular a participação da pessoa nos cuidados de higiene/arranjo pessoal, ou seja, ajudar apenas o estritamente necessário, responsabilizando-a progressivamente pelo seu auto cuidado, permitindo uma adaptação gradual às suas limitações, encorajando-a para que execute todas as actividades em que possa usar as partes do corpo não afectadas pela hemiplegia. As etapas devem ser estabelecidas de forma realista e gradual, de acordo com a evolução das capacidades do doente, tendo sempre presente a promoção da sua funcionalidade, instruindo-a e ajudando-a a encontrar estratégias que permitam tornar-se independente.

Tomar banho, pentear-se ou escovar os dentes (utilizando os seus objectos pessoais) são actividades que se podem realizar apenas com recurso a um braço, estimulando o doente a ser capaz de executar o auto cuidado. A utilização de um

espelho na execução destas tarefas contribui para a integração do seu esquema corporal e permite efectuar correcções posturais. É importante assegurar-mo-nos de que o doente não negligencia o lado plégico do corpo, mas pelo contrário que o integra progressivamente nas suas actividades.

A participação nesta actividade de auto cuidado pode inclusivamente promover a auto-estima da pessoa, se lhe forem dados reforços positivos em vez de se fazerem comentários depreciativos. A tónica não deve ser proporcionar um banho rápido, mas sim um banho agradável, em que a pessoa se sinta envolvida, resultando do mesmo a promoção da independência e bem-estar.

Muitos doentes não têm, num determinado momento, capacidade para o auto cuidado banho/higiene, mas não podemos deixar de avaliar diariamente a sua capacidade e tentarmos a sua participação progressiva no referido auto cuidado. O simples gesto de lavar os genitais e pentear/escovar o cabelo faz com que as pessoas se sintam menos dependentes e violadas na sua intimidade.

Para aferirmos que tipo de banho/higiene é necessário prestar a uma pessoa, torna-se necessário avaliar a sua capacidade de auto cuidado e determinar não só o que a pessoa pode fazer, mas como o fará, tendo em consideração as suas características individuais. É importante incentivar a participação activa da pessoa, de acordo com as suas reais condições, de modo a que, progressivamente, a dependência da assistência de enfermagem seja cada vez menor, o que significa maior independência da pessoa.

A equipa de enfermagem e todo o pessoal envolvido no cuidar da pessoa com hemiplegia deverão esforçar-se na tentativa de resolução dos inúmeros problemas que podem comprometer as diferentes actividades de vida diária. A independência, pelo menos parcial nestas actividades, vai para além da ajuda física, devendo o doente ser estimulado e treinado para realizar as diferentes tarefas, sob supervisão (André, 2006).

As pessoas valorizam o comportamento de auto cuidado que implica maior autonomia durante o internamento, valorizando também a sua participação no banho/higiene. Recomenda-se, desta forma, que se discuta com elas sobre as suas necessidades e capacidades, condições e formas de participar no

banho/higiene. Assim, estaremos a dotar as pessoas de independência, o que irá contribuir para a preservação da sua individualidade, auto-estima e autonomia.

- **Transferir-se**

Ajudar a pessoa na transferência da cama para cadeira e desta para a cama ou para o sanitário pode ser dos maiores passos para a independência da pessoa. A adaptação do ambiente pode ser necessária e até fundamental para que a pessoa consiga adoptar estratégias contributivas para a independência.

O modo de sair da cama para uma cadeira e desta para a sanita, apesar de parecerem tarefas simples, necessitam de ensino e treino específico das pessoas envolvidas no plano de reabilitação. Esta actividade, no início, é a maioria das vezes passiva assistida, mas à medida que o doente vai aprendendo a rolar para o lado afectado ou a apoiar-se sobre o cotovelo desse mesmo lado, ele vai ganhando a capacidade para se erguer, até conseguir, sentar-se na beira da cama, com os pés descalços apoiados no chão, de modo a estimular a propriocectividade na sola dos pés.

Ao ensinar a pessoa a transferir-se, os movimentos devem ser executados de forma calma e adequada de modo a proporcionar segurança à pessoa no decorrer da actividade, proporcionando-lhe confiança e ao mesmo tempo minorar o risco de queda por desequilíbrio.

Doentes que não voltam a caminhar devem ser ensinados a transferir-se da cama para a cadeira, para a sanita, para a banheira ou chuveiro, devendo os familiares serem ensinados e treinados, sobre estas técnicas, de modo a aumentar a capacidade de mobilidade da pessoa e eliminar fraldas e urinol da rotina diária (André, 2006).

- **Continência (controle dos esfíncteres)**

A incontinência urinária está muitas vezes presente nas pessoas que apresentam hemiplegia, apesar de normalmente ser passageira. Certamente, alguns problemas estão relacionados com deficiências sensoriais e motoras, dificuldades de comunicação (que impede que a pessoa diga que *"sente vontade" ou "está com necessidade"*), imobilidade forçada, como também défices cognitivos e inabilidade

em reconhecer a necessidade da micção ou dejecção. Porém, há alguma evidência de deficits neurológicos que conduzem tanto à retenção como à incontinência, ou a ambos.

A pessoa dependente sofre muitas das vezes de incontinência (vesical e/ou intestinal), o que pode ser perturbador para quem cuida e para quem é alvo de cuidados, pelo que não devem ser toleráveis comentários depreciativos ou de reprovação (Sequeira, 2007).

Torna-se importante aliviar a apreensão e ansiedade inerente ao comprometimento desta actividade de modo a que a pessoa se sinta à vontade e confiante para comunicar e solicitar ajuda quer para a transferência para ir ao W.C., como para que lhe seja colocado o urinol ou aparadeira. Por outro lado, exige-se que os enfermeiros e pessoal auxiliar e médico esteja sensível para a problemática e disponível para agir com a rapidez necessária, de modo a que a pessoa seja capaz de se esforçar por esperar pela ajuda, pois sabe que ela vai ocorrer em tempo útil.

Para alguns autores como Gelber et al. (1993), os principais mecanismos da continência são:

- A interrupção das vias neurais da micção que levam à hiporreflexia da bexiga e à urgência urinária;
- A incontinência associada a deficits cognitivos e da linguagem, com função da bexiga normal;
- A hiporreflexia da bexiga e incontinência urinária associados com neuropatia e/ou com medicação daí decorrente;
- Hiperreflexia do destrusor (associada à redução da capacidade funcional da bexiga).

Em síntese podemos dizer que, as populações têm diferentes necessidades de cuidados de enfermagem, sempre que ao longo do ciclo vital surgem diferentes problemas de saúde, aos quais as pessoas vão ter de encontrar formas de readaptação ao novo status provocado pela doença, que visam a satisfação das necessidades humanas básicas. Quando as diferentes actividades de auto cuidado por alguma razão ficam afectadas ou com alguma forma de limitação, tornam

as pessoas dependentes e em determinadas circunstâncias dependentes de profissionais de enfermagem que detêm saberes que lhes permitem avaliar os diferentes graus de dependência e prescrever as inerentes estratégias de intervenção, que podem ir da substituição, à transmissão de conhecimentos (educar) ao ensino de estratégia (instruir) ou ao treino de capacidades (treinar), conforme o estadio e limitação presente.

3. VIVER COM HEMIPLEGIA

O Acidente Vascular Cerebral é, sem dúvida, o maior causador de lesões no cérebro que originam hemiplegia. A nível mundial é um problema da maior relevância em termos de saúde pública, por constituir a terceira causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos (Lopez AD, 2006). Em Portugal, o seu impacto é ainda maior, pois constituí a primeira causa (DGS, 2008).

O AVC refere-se a sinais e sintomas neurológicos que resultam de doença que envolve vasos sanguíneos, dos quais um dos mais significativos é a hemiplegia, pelas suas implicações para a vida das pessoas, nas quais ela se instala. As doenças dos vasos sanguíneos são entre as desordens neurológicas, as mais graves e comuns (Shepherd, 2008).

A incidência bruta do primeiro AVC por mil habitantes verificada num estudo e base populacional realizado no norte de Portugal foi de 3,05 e de 2,69 na população rural e urbana, respectivamente, e as taxas correspondentes, ajustadas para a população padrão Europeia, foram de 2,02 e 1,73 (Correia, M., *et al.*, 2004).

A incidência específica por idade neste estudo segue, assim, padrões diferentes na população rural e urbana, atingindo a maior discrepância para o grupo etário dos 75 aos 84 anos: 20,2 e 10,9 respectivamente. A taxa de incidência encontrada é mais elevada quando comparada com outras regiões da Europa Ocidental, o que corrobora a importância do AVC em Portugal (Ibidem).

Um outro estudo, mostra-nos que os AVC foram responsáveis, em 1990, por 4,4 milhões de mortes em todo o mundo. Portugal é, de entre os países da Europa Ocidental, aquele com a mais elevada taxa de mortalidade (para homens 129 mortes por 100.000 habitantes e para mulheres 107 mortes por 100.000 habitantes); por exemplo, em França, no mesmo ano, os respectivos valores foram de 37/100.000 e de 30/100.000, ou seja, cerca de um quarto. Como se verifica, a taxa de mortalidade por AVC não é uniforme entre países, sendo essa mortalidade particularmente elevada em Portugal para a população com menos de 65 anos de idade (Eurosat, 2001).

A taxa de mortalidade também não é uniforme nas diferentes regiões do País, como por exemplo, no ano de 1999, no distrito de Vila Real em que foi de 208/100.000 para homens e de 137/100.000 para mulheres. No concelho de Coimbra, no ano de 1992, um estudo realizado na população com idade igual ou superior a 50 anos revelou uma prevalência de AVC de 8% (10,2% nos homens e 6,6% nas mulheres); destes doentes, 32% apresentavam uma incapacidade moderada e 19% uma incapacidade grave ou dependência total. No concelho de Torres Vedras, a incidência anual de AVC por 1000 habitantes foi de 2,40, na cidade do Porto de 2,69 e em Trás-os-Montes de 3,05.

Considerando esta população padrão, a incidência anual de AVC por 1000 habitantes na cidade do Porto é de 1,73 e em Trás-os-Montes de 2,02, valores dos mais elevados entre os países Europeus; como exemplos, na Alemanha a incidência é de 1,34 e em Itália 1,36. Tendo como base os valores de incidência na região norte de Portugal, pode-se esperar que nesta região ocorram por ano 15.400 novos doentes com AVC (dois por hora) e que destes 4500 tenham falecido ao fim de um ano, (Correia, 2006).

Imediatamente após um AVC, é difícil predizer a extensão de uma recuperação eventual. Depois de duas a três semanas pós-AVC, um bom sinal prognóstico inclui a continência urinária, idade jovem, AVC leve, boas habilidades perceptuais e ausência de alterações da cognição, apesar de mesmo assim ser difícil aferir qual o grau de recuperação.

Segundo (Bonita, 1988; Warlow, 1993), até mesmo com o uso de modelos matemáticos, seria impossível predizer com precisão suficiente para influenciar as estratégias de intervenção, já que existem indivíduos que melhoram inesperadamente e outros que permanecem muito mal, apesar de terem bom prognóstico.

Uma revisão de estudos de resultados nos Estados Unidos, Inglaterra e Suécia, leva a crer que os melhores indicadores prognósticos de recuperação funcional e alta para casa, estão relacionados com as alterações funcionais iniciais e a idade dos indivíduos (Alexander, 1994).

A causa do AVC é, normalmente, ou uma ruptura de um vaso (por aneurisma, hipertensão, etc.) ou por trombose de uma artéria (por arteriosclerose). Em ambas situações uma área do cérebro é lesada devido à isquemia decorrente,

sendo as regiões mais frequentemente afectadas: os hemisférios cerebrais, o tronco cerebral ou o cerebelo.

Os episódios de AVC que ocorrem com mais frequência são os decorrentes enfartes causados por comprometimento da artéria cerebral média, de que resulta diminuição da força contraleteral, diminuição sensorial, hemianopsia homónima (deficiência do campo visual) e, dependendo do hemisfério cerebral envolvido, associa-se distúrbio da linguagem (em geral em lesões do hemisfério esquerdo) ou deficiência da percepção espacial (em geral, em lesões no hemisfério direito), Shepherd (2008).

São várias as causas da hemiplegia: AVC, TCE, doenças degenerativas do sistema nervoso central (esclerose múltipla), doenças desmielinizantes, algumas patologias oncológicas, assim como, os efeitos iatrogénicos de algumas intervenções neurocirúrgicas.

A hemiplegia não é uma doença, mas sim uma sequela neurológica grave, devida a comprometimento circulatório no cérebro, com consequências e comprometimento a vários níveis, podendo ser definida como a paralisia de um lado do corpo, que quando presente, representa o sinal clássico de doença neurovascular cerebral. A hemiplegia envolve metade da face e da língua, bem como o braço e a perna do mesmo lado do corpo. Hemiplegia do lado direito do corpo resulta de um comprometimento do lado esquerdo do cérebro e vice-versa. *"Os músculos do tórax e abdómen não são geralmente paralisados porque são inervados por ambos os hemisférios cerebrais. Ao fim de algum tempo, a hemiplegia conduz a deformidades corporais"* (T. Martins, 2006, p.24).

Um estudo recente refere que 12% dos indivíduos hemiplégicos, têm recuperação funcional completa do braço e 38% apresentam destreza após 6 meses do surgimento do AVC. Além disso, a perda de movimento da perna na primeira semana pós-AVC e a ausência de movimento no braço até à quarta semana estão associados a resultados insatisfatórios em seis meses (Umphred, D., 2007).

O mesmo estudo demonstra que 58% dos pacientes hemiplégicos recuperam a independência nas actividades de vida diária (AVD's), 82% aprendem a caminhar e 30% a 60% permanecem sem função no braço.

A pessoa, que por algum motivo sofreu uma lesão cerebral, fica com determinada área do cérebro comprometida. Essa área é responsável por determinadas funções no corpo humano, pelo que, dependendo da área lesada, poderemos ter:

- Comprometimento sensorial: falhas na degustação, tacto, sensibilidade, olfacto, visão e audição;
- Comprometimento cognitivo: falhas na memória, raciocínio, etc.
- Comprometimento físico: é o que mais nos chama a atenção no hemiplégico, podendo ser ao nível da tonicidade, da coordenação e/ou do equilíbrio (André C., 2006, p. 66-67).

A hemiplegia corresponde à paralisia de um dos lados do corpo. *"A mesma, se for completa, envolve metade da face e da língua, da bexiga e do intestino, assim como o braço e/ou a perna do mesmo lado do corpo. Qualquer doença que afecte o sistema nervoso central pode causar hemiplegia, sendo a mais frequente o Acidente Vascular Cerebral (AVC). A sua gravidade depende da área do cérebro afectada, da gravidade da lesão e do estado geral de saúde da pessoa"* (Martins, T., 2006:24).

3.1. Consequências mais frequentes

Como as pirâmides de decussam ao nível da base do crânio, a hemiplegia do lado direito do corpo resulta de lesão no hemisfério cerebral esquerdo e vice-versa. Se não houver nenhuma intervenção funcional, a acção dos músculos anti-gravíticos pode levar a marcadas deformidades, em especial a espasticidade (aumento da tonicidade), (Black et al., 2003).

A perna afectada tende a rodar externamente na articulação coxo-femural, o joelho tende a flectir, instalando-se um quadro de flexão plantar e supinação da articulação tíbio-társica. Ao nível do membro superior, o braço tende a rodar internamente, por acção dos músculos adutores que são mais fortes que os abdutores. O cotovelo, punho e dedos tendem a flectir. André (2006, p.88) partilha o descrito por Margaret Johnstone (1979), quando refere que o tônus flexor, no membro superior, costuma ser dominante, levando a contracturas de flexão da mão e do punho.

Quadro 3 – Consequências da espasticidade no membro superior

MEMBRO SUPERIOR	Retracção e depressão da omoplata e do úmero
	Contracção dos flexores laterais do tronco e do lado afectado
	Rotação interna do braço no ombro
	Flexão com pronação do cotovelo e do punho
	Mão em desvio cubital
	Dedos flectidos e aduzidos

Fonte: Adaptado de Black et al., 2003

Segundo o mesmo autor em alguns casos, porém, podemos encontrar:

- Rotação externa do braço com:
    - Supinação e flexão do cotovelo combinada com retracção da cintura escapular e dedos estendidos e aduzidos junto com flexão extrema do punho e cotovelo.

Quadro 4 – Consequências da espasticidade no membro inferior

MEMBRO INFERIOR	Rotação para trás (báscula anterior) e tracção para cima (elevação do quadril) da pelve, no lado afectado
	Rotação externa da perna
	Extensão do quadril e joelho
	Extensão com inversão do tornozelo
	Flexão plantar dos artelhos

Fonte: Adaptado de Black et al., 2003

:

O tonus muscular na fase aguda da hemiplegia pode variar. A maior parte dos doentes apresenta flacidez que, progressiva e gradualmente, pode evoluir para diferentes graus de espasticidade. A prevenção da espasticidade e da contratura articular baseia-se em exercícios assistidos de mobilização articular ampla, repetidos várias vezes ao dia (Johnstone, 1986; Bobath, 2001 André, 2006).

Em geral, inicia-se a reabilitação activa, se não existir progressão dos deficits neurológicos e se a pessoa estiver clinicamente estável, nas primeiras 48 horas após a instalação do AVC (Feigenson, 1979; Hayes & Carrol, 1986; Black et al., 2003).

Os objectivos primários da reabilitação precoce da pessoa hemiplégica são a prevenção da deterioração secundária, tanto física como intelectual e emocional e preparar a pessoa e a família para os desafios que têm pela frente. Uma comparação entre dois grupos de doentes, um iniciando a reabilitação três dias após ter entrado na unidade e outro iniciando a reabilitação 4 a 15 depois,

mostrou que o grupo com intervenção mais precoce teve alta mais cedo e com maior probabilidade de andar independentemente, (Hayes & Carrol, 1986).

Numa revisão da literatura sobre as consequências do AVC, a demora no início ou a inexistência de reabilitação, correlacionou-se com resultados devastadores em numerosos estudos (Cifu & Stewart, 1996). Reabilitação precoce e intensiva pós-AVC relaciona-se com menores custos sociais e económicos (Dombovy et al., 1986).

A imobilidade forçada pela ausência de força no hemicorpo afectado leva a adaptações secundárias dos tecidos moles, particularmente músculos, que sendo mantidos em posição encurtada, tornam-se ainda mais enrijecidos, diminuindo a aptidão física e a habilidade para o desempenho de actividades básicas essenciais para o suprimento do auto cuidado.

Complicações musculo-esqueléticas secundárias, como contractura dos tecidos moles, ombro doloroso, ou neurológicas como espasticidade, podem estar associadas ao atraso ou inexistência da reabilitação no pós-AVC (Ibidem).

Os indivíduos hemiplégicos devem ser considerados como participantes activos no processo de reabilitação de modo a melhorarem o seu desempenho funcional; o rolar sobre o lado afectado e o sentar na beira do leito são exercícios fundamentais para o restabelecimento da independência, porém os indivíduos que não podem executar estas actividades, torna-se necessário estimulá-los e ajudá-los a adoptarem a posição de sentado com os pés apoiados no chão.

Indívíduos com hemiplegia, de causa neurovascular (AVC), não necessitam de aprender a transferir a massa corporal de uma superfície para outra, como faz uma pessoa após uma lesão vertebro-medular. De preferência deve ser treinado o levantar e o sentar numa cadeira ou de uma superfície para outra com ambos os pés no chão (Shepherd, 2008).

Outro dos problemas comuns nos indivíduos hemiplégicos, pós-AVC é a disfagia, ou dificuldade em engolir, o que pode levar à aspiração da saliva, de líquidos ou de comida. A prevalência é difícil de ser determinada. Porém, há maior

probabilidade de disfagia nos indíviduos com lesão hemisférica bilateral ou no tronco cerebral (Schmidt etal., 1994).

São comumente conhecidas algumas das complicações associadas à disfagia: pneumonia de aspiração, desidratação e desnutrição. A avaliação e implementação precoce de medidas, são importantes para prevenir quer a desidratação, como a aspiração, em função da ingestão oral inadequada. As principais dificuldades são a incoordenação das fases oral e faringeal da deglutição e a demora, ou mesmo, ausência do reflexo de deglutição, ou ambos.

Para se identificarem os problemas inerentes à fase oral da deglutição, observa-mos o alinhamento e e expressão facial durante as tentativas de comer e beber. Os problemas incluem sialorréia, dificuldade em controlar o bolo alimentar e em fechar a mandíbula, tendência a deglutir alimento pouco mastigado, deposição de alimento entre a gengiva e a bochecha e sufocar e tossir ao deglutir. Quando estes problemas não se colocam e mesmo assim a disfagia permanece presente, devemos suspeitar de disfunção na fase faringeal da deglutição.

"A frequência da disfunção da fase faringeal da deglutição, provavelmente, é substimada. O treino específico para melhorar a deglutição deveria ser começado assim que a disfagia fosse identificada, até porque, a grande maioria dos indivíduos com disfagia responde bem e rapidamente ao treino específico". (Schmitd et al., 1994; Carr & Shepherd, 1987).

O restablecimento da deglutição efectiva pode ser ajudado por uma pessoa sentada à mesa durante a refeição, utilizando comida do agrado do indivíduo. Os problemas frequentemente presentes na disfagia podem ser minimizados se as refeições forem cuidadosamente supervisionadas até que a pessoa fique competente na preparação e na deglutição do bolo alimentar.

Outra das funções afectadas após o AVC é a continência. A incontinência urinária é comum na pessoa hemiplégica, mas normalmente é passageira. Certamente, alguns dos problemas estão relacionados com alterações sensoriais e motoras, dificuldades de comunicação (que interfere na capacidade de dizer se está com necessidade), imobilidade forçada, como também deficits cognitivos e inabilidade em reconhecer a necessidade do acto de micção.

"Após o AVC, há alguma evidência de deficits neurológicos conduzindo tanto à retenção como ao transbordamento, ou a ambos" (Gelber et al., 1993).

Gelber et al. (1993), resumem os principais mecanismos da incontinência pós-AVC como: interrupção das vias neurais da micção, que resultam em hiporeflexia da bexiga e urgência miccional; incontinência associada aos deficits cognitivos e de linguagem, com a função da bexiga normal; hiporeflexia da bexiga e incontinência de transbordamento associados com neuropatia ou com medicação concorrentes.

"Hiperreflexia do detrusor (associado com uma redução funcional na capacidade da bexiga) foi a verificação citométrica mais comum num grupo de pacientes com AVC com problemas urinários" (Khan et al., 1990). Os autores sugerem que esta situação verificada possa reflectir a alta prevalência de contracções involuntárias nas pessoas idosas em geral. Estes indivíduos poderiam ser continentes antes do AVC, mas a combinação da limitação da mobilidade com as contrações involuntárias do detrusor pode conduzir à incontinência urinária.

Muitas vezes quando é permitido colocar a pessoa em posição ortostática e/ou efectuar marcha, ajudam o indivíduo a superar a incontinência. Quando tal não é possível ou a incontinência se mantém, deve iniciar-se um programa de treino vesical. Este programa deve ser precedido de contagem de tempo entre as micções, encorajamento e assistência no uso do sanitário, em substituição da aparadeira ou urinol. Os homens devem ficar de pé para urinarem. Deve ser instituída uma carta miccional: balanço de líquidos, frequência e tempo entre micções.

Alterações na função intestinal, como diarreia ou obstipação, podem estar associadas com a imobilidade. A obstipação é de longe, a mais comum e deve ser avaliada e tratada com atenção, de acordo com os hábitos intestinais pré e pós-AVC, dieta e actividade física.

4. FACTORES CONCORRENTES PARA O ATRASO NA RECUPERAÇÃO DA AUTONOMIA

Estima-se que Portugal será um dos países da União Europeia (EU) com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050 e que, entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará de 16,9% da população para 31,9%, (INE, Censos 2001).

Segundo a Direcção Geral de Saúde, o impacto do envelhecimento nos hospitais (pessoas com mais de 65 anos) representou, em 2003, três em cada dez altas (32,3% do total); 53% dos internamentos superiores a vinte dias; 49,3% dos internamentos superiores a trinta dias. Em cada cem idosos, dez apresentaram pluripatologia e dependência. Do total de altas hospitalares, 24,2% foram atribuídas a patologias crónicas e conducentes a dependência.

São factores concorrentes para o atraso na recuperação da autonomia (Victor, 2000; Procter et al., 2001):

- O início tardio da recuperação funcional;
- O fazer pelo doente em vez de o ensinar a fazer por si;
- A ausência de apoio e afectos familiares;
- A falta de conhecimentos e de capacidade para o auto cuidado;
- A indisponibilidade da equipa de saúde;
- Os ensinamentos efectuados nos hospitais, relativamente ao auto cuidado, desajustados da realidade do domicílio das pessoas.

De todos estes factores, os ensinamentos relativos ao auto cuidado desajustados da realidade do domicílio das pessoas serão talvez aqueles que em nossa opinião devem merecer maior reflexão atendendo a que está ao nosso alcance poder alterá-los. Este factor de atraso poderia ser facilmente minorado se, por um lado, se envolvesse a família no processo de cuidados que poderia dar informação preciosa sobre as condições habitacionais, atendendo ao conhecimento que tem da realidade concreta, ou então se ainda durante o internamento se fizesse uma visita domiciliária de modo a se perceber o contexto real do doente aquando do regresso a casa.

De acordo com Jonhstone (1986), as famílias destes doentes deveriam ser envolvidas desde o início nos cuidados, senão podemos correr o risco de todos os ganhos conseguidos no internamento, poderem vir a ser perdidos rapidamente, pela não continuidade do plano posto em prática no hospital para a recuperação do doente hemiplégico.

As consequências do AVC dependem da área do cérebro afectada, mas as mais frequentes são a hemiplegia, hemiparésia, disfagia, afasia, alterações visuais, agnosia, disartria, cinestesia e incontinência que normalmente associadas a outras doenças crónicas, tornam as pessoas potencialmente dependentes e com manifesta perda de autonomia.

Os acidentes vasculares cerebrais (AVC) constituem a primeira causa de morte e de incapacidade em Portugal, 200 casos anuais por 100 000 mil habitantes, (Sociedade Portuguesa de AVC, 2008). Uma larga percentagem dos que sofrem AVC morre no primeiro mês. Para os que não morrem, as sequelas são frequentes, graves e variadas. Tem ainda como característica ser uma doença dos mais velhos: ou seja quanto mais velho maior é a probabilidade de sofrer um AVC.

Apesar desta patologia poder afectar pessoas de qualquer idade, três quartos dos novos episódios de AVC ocorrem em pessoas com 65 anos ou mais (Bonita, 1992).

Um outro factor que concorre para o atraso na recuperação do doente hemiplégico é o ombro doloroso. Muitas vezes um diagnóstico de “dor no ombro do lado hemiplégico” não é valorizado devidamente, não se tenta encontrar a causa efectiva para um tratamento adequado, ao contrário do que acontece em indivíduos sem AVC, onde a seguir à queixa se segue exame radiológico e encaminhamento para consulta de Ortopedia.

“Apesar de uma vasta literatura relacionada com o ombro doloroso, a dor no ombro hemiplégico parece ser aceite como uma entidade natural e não prevenível (Roy et al., 1994).

Para a pessoa que tem dor ao movimento, permanece imóvel, o que pode contribuir para um quadro de desuso e até para uma recusa de participação na reabilitação, chegando por vezes a entrar num ciclo vicioso, em que como há dor

há recusa de movimento o que ainda vai contribuir para que o processo doloroso se intensifique.

"Para o indivíduo com ombro doloroso, mover o braço torna-se cada vez mais difícil, interferindo no sono e na vida"; um estudo com 30 indivíduos com AVC mostrou uma correlação significativa entre a dor no ombro e a força dos músculos rotadores externos e abdutores do ombro (Savage & Robertson, 1982; Bohannon, 1988).

Como o hemicorpo plégico fica negligenciado, pela ausência cognitiva da posição que o mesmo ocupa no espaço, torna-se necessário, lembrar à pessoa ao longo do dia que passe períodos com o membro superior apoiado de diferentes formas em alguma superfície, inclusive na cadeira de rodas com apoio de braço, de modo a minorar o agravamento do quadro doloroso.

"O indivíduo hemiplégico tende a ignorar o membro afectado e desenvolver o desuso aprendido, já que o membro é afastado do raio de visão" (Taub et al., 1993).

Uma outra situação que contribui muitas vezes para o atraso da recuperação do doente hemiplégico é a depressão, que é uma sequela comum do AVC. A prevalência é difícil de determinar em virtude dos diferentes critérios diagnósticos usados, apesar de haver alguma evidência de que seja mais comum em lesões do hemisfério direito (Hibbard et al., 1981; Robinson & Szetela, 1981).

Os principais critérios que refletem depressão na população geral, incluem distúrbios do sono (normalmente insónia, mas às vezes sono excessivo), perda de energia, dificuldade de concentração, sentimentos de inutilidade, ganho ou perda de peso, inquietude, redução da velocidade do pensamento e das acções e pensamentos suicidas (Kandel, 1991).

Não podemos generalizar estes critérios aos doentes após AVC, pois eles podem reflectir os efeitos da hospitalização e o desencanto com os resultados que decorrem do processo de reabilitação, mais do que serem consideradas alterações do humor. Torna-se também importante assegurar que os sintomas depressivos, ou a recusa a participar na reabilitação não sejam decorrentes da medicação, nomeadamente sedativos e hipnóticos, ou então das alterações ambientais impostas pelo internamento, como os hábitos de sono ou percepção

da falta de oportunidade de treino ou de reabilitação, todos eles, factores que podem atrasar ou impedir a recuperação do doente hemiplégico.

"Ansiedade, descontrole do comportamento e hostilidade também podem acontecer após o AVC, mas são menos comuns que a depressão. Também foram descritas apatia e alegria excessiva, particularmente em indivíduos com AVC do hemisfério direito" (Price, 1990).

5. AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA EM DOENTES COM HEMIPLEGIA

Autonomia e independência são conceitos diferentes, apesar de muitas vezes confundidos e por vezes usados indistintamente. Faz assim sentido abordarmos algumas perspectivas destes conceitos, de modo a ficarmos com ideias mais claras relativamente aos mesmos.

Para Baltes e Sivelberg (1995), independência significa um estado em que a pessoa é capaz de existir de maneira satisfatória sem a ajuda de outras pessoas, enquanto autonomia se refere à capacidade de o indivíduo manter o seu poder de decisão e capacidade para se auto-determinar.

Deste modo podemos depreender que autonomia se refere à capacidade de decisão de cada um se auto-governar de tomar iniciativa de decidir o que fazer em cada momento e em cada circunstância. Por outro lado, independência significa ser capaz de cuidar de si, de satisfazer as necessidades de auto cuidado sem a ajuda de terceiros. Podemos ser autónomos mas dependentes, por exemplo quando fazemos uma fractura da bacia que nos impe de cuidar de nós, apesar da capacidade de sabermos e determinarmos o que queremos fazer. Pelo contrário, podemos ser independentes, mas não sermos autónomos, quando fruto de um AVC ou TCE, ficamos com alteração cognitiva que não nos permite tomar decisões razoáveis, apesar de funcionalmente sermos capazes de o fazer. Seja a etiologia física ou mental (ou ambas), a doença crónica que tende a aumentar à medida que aumenta a idade é uma das maiores causas de incapacidade funcional, levando por vezes à perda de independência, e outras até, da autonomia.

Autonomia é, segundo Preto (2003), *"a capacidade de fazer tarefas por si próprio, de tomar decisões evidenciando um sentido de auto-orientação"*.

Júnior (2006) classifica a autonomia em três níveis, segundo ele, distintos mas interligados: a *autonomia da acção*, que incorpora a noção de independência física que permite a satisfação das necessidades e desejos; a *autonomia de vontade*, ou seja, a capacidade de autodeterminação, de poder fazer as suas escolhas sem influências ou coerção; e a *autonomia do pensamento* que

representa a diferença entre a autonomia e a liberdade, pois permite julgar as situações.

Segundo a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), versão 1.0, autonomia é um direito do cliente com as características específicas: *"autónomo, ter autocontrolo e estar orientado, enquanto dependência ou dependente, caracteriza-se por estado de estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio."*

A maioria das pessoas idosas encontra-se funcional e não apresenta limitações a nível das diferentes actividades de auto cuidado. No entanto a investigação tem demonstrado existir uma relação estreita entre dependência e idade: ou seja, o número de pessoas que apresentam limitações funcionais aumenta, quando se têm em conta os idosos de idade mais avançada, sobretudo depois dos 75 ou 80 anos (Walker, 1999; Marín e Casasnovas, 2001; Sousa e Figueiredo, 2003).

À medida que se envelhece, a possibilidade de se manter a independência diminui progressivamente, por uma de duas razões, ou pelas duas em simultâneo: a presença de uma ou várias doenças crónicas, que geralmente surgem associadas à idade: tumores malignos, doenças cardiovasculares, doenças do foro músculo-esquelético (osteoporose e doenças reumáticas), ou ainda, doenças do foro mental. A outra razão prende-se, muitas vezes, com a perda de vitalidade orgânica, normalmente associada à idade avançada, que se agrava quando por alguma razão há deterioração da função cognitiva.

Ainda segundo Sousa e Figueiredo, a autonomia e a independência constituem bons indicadores de saúde e de qualidade de vida para as pessoas idosas. Se os idosos se mantiverem autónomos e independentes, terão menos dificuldades e serão menos dependentes da sua família e sociedade. No entanto, há muitos idosos que não são dependentes e há pessoas que não sendo idosas se tornaram dependentes, muitas vezes irremediavelmente, (Costa, 2002).

Para Salvage (1995), apesar de ainda não haver consenso, existem fortes probabilidades de que um aumento na esperança de vida possa significar períodos mais longos de incapacidade e dependência para as pessoas idosas, sobretudo se atingidas por uma ou várias doenças crónicas.

Paschoal (1996, p. 316) define autonomia como *"a capacidade de decisão, de comando"; independência como "a capacidade para realizar algo pelos seus próprios meios".* Fica assim a ideia reforçada de que a autonomia é mais útil para o idoso do que a independência, pois esta pode ser completamente recuperada.

As pessoas, quando atingem um determinado nível de desenvolvimento e de maturidade, são autónomas perante o seu cuidado e o cuidado de outros, mas em algum momento das suas vidas podem apresentar limitações para cuidar dos outros e cuidar de si mesmas. Dentro das possíveis causas para estas limitações incluem-se os processos de doença, ou porque produzem limitações para a realização dos cuidados habituais, ou porque mudam as necessidades, ou surgem outras novas, sendo então necessário voltar às formas habituais de cuidados.

Para Botelho (2000), apenas se pode classificar alguém como independente, quando há total independência, ou apenas a utilização de auxiliares mecânicos mediante o uso dos quais as limitações existentes são ultrapassadas; do mesmo modo pode definir-se dependência quando há necessidade de ajuda regular de terceiros, na execução de pelo menos uma das tarefas de funcionalidade, como o auto cuidado.

A dependência pode assim entender-se como o resultado de um processo que se inicia com o surgimento de um défice no funcionamento de parte do corpo em consequência de determinada maleita. Este défice comporta limitação na execução da actividade. Quando esta limitação não se pode compensar com recurso a meios, provoca restrição na participação que se concretiza no recurso a ajuda de terceiras pessoas para a realização de actividades de vida diária.

As tarefas de auto cuidado englobam habitualmente: o lavar-se, o vestir-se, utilizar o sanitário, transferir-se de posição, controlar os esfíncteres e comer/beber. Ao conjunto destas tarefas dá-se o nome de Actividades de Vida Diária (designadas internacionalmente por Activities Daily Living – ADL).

Para Virgínia Henderson (1988), Evelyn Adam (1994), Baltes e Sivelberg (1995) dependência significa um estado em que a pessoa é incapaz de existir de maneira satisfatória sem ajuda de outrem.

Muitos idosos adaptam as suas actividades em função das doenças crónicas de que padecem. Nas situações em que há um agravamento do seu estado de saúde e ficam impossibilitados de desempenhar as suas actividades de vida diárias, tornam-se dependentes, necessitando da ajuda dos outros.

De uma forma geral, a dependência pode traduzir-se na necessidade de apoio para a realização de actividades de vida diária, para que as pessoas se possam ajustar e relacionar com o meio em que vivem, podendo essa necessidade de apoio ser de pessoas e/ou de ajudas técnicas.

Por dependência, entende-se (Decreto-Lei nº 101/206, de 6 de Junho) *" a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável, em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária..."*

A dependência tanto pode ser causada por razões físicas, como psíquicas ou sociais, ou a combinação das várias (multidimensionalidade). Por outro lado, a dependência não é sinónimo de velhice: há pessoas dependentes que não são idosas e nem todos os idosos são dependentes (multicausalidade).

Segundo Garcia (1994), a dependência do idoso está muitas vezes associada à invalidez por doença incapacitante, que afecta a autonomia do idoso e é responsável pelo desequilíbrio bio-psico-social deste.

Em algumas situações como na artrite reumatóide, as ajudas técnicas, como canadianas, andarilho ou ortóteses, podem ser a solução para um certo nível de independência; na hipertensão arterial o tratamento medicamentoso e a dieta, podem ser benéficos, mas em determinadas patologias, nomeadamente na doença cérebro vascular, a capacidade funcional da pessoa só poderá ser melhorada através da reabilitação, sendo para tal vantajoso o acesso a um plano integral de medicina física e de reabilitação que contemple a enfermagem de reabilitação, a fisioterapia, a terapia ocupacional e a terapia da fala.

Roper, Logan e Tierney (1980) identificam, por seu turno, doze actividades de vida comuns a todos os indivíduos, situando-se cada uma delas num *continuum* independência/dependência.

Nas sociedades ocidentais, a dependência é conotada negativamente, apesar de muitas vezes a mesma ser transitória se a pessoa dependente for ajudada a adaptar-se (a criança ao longo do seu desenvolvimento passa por diversos estados de dependência; a pessoa vitima de AVC, muitas vezes consegue adaptar-se e ficar apenas dependente de meios, ou até voltar a ser independente).

O Conselho da Europa (1998) define a dependência como *"a necessidade de ajuda ou assistência importante para as actividades de vida diária" ou mais concretamente, como "um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas á perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar os actos correntes de vida diária e, de modo particular, os referentes ao cuidado pessoal".*

Esta perspectiva engloba a existência de três variáveis para se poder falar de dependência: a presença de uma limitação física, psíquica ou intelectual que compromete determinadas faculdades; a capacidade de realizar por si as actividades de vida diária; a necessidade de assistência ou cuidados por parte de terceiras pessoas.

De acordo com a WHO (2002), o conceito de autonomia está intimamente relacionado com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas. Alguém dependente necessita de ajuda de terceira pessoa para sobreviver. O grau de dependência refere-se à incapacidade da pessoa para cuidar de si própria no contexto em que vive.

Assim, entende-se por dependência a incapacidade da pessoa para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitada de adoptar comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda de terceiros.

Para Sequeira (2007), independência e autonomia são conceitos que definem situações que se complementam, mas não idênticas. A autonomia está relacionada com a capacidade da pessoa para gerir a sua vida, ou seja, tomar decisões sobre si próprio. A independência está relacionada com a capacidade de desempenho de actividades de vida diária e de auto cuidado.

O conceito de independência pode ser analisado a partir do seu oposto, a dependência. A dependência acompanha-nos ao longo da vida. A criança depende do adulto nos vários estádios do seu desenvolvimento, sendo esta dependência transitória e posteriormente substituída pela competência. No idoso, a dependência tem tendência a aumentar, resultando do próprio processo de envelhecimento.

Um dos aspectos que importa perceber é como é que uma pessoa é considerada dependente. Uma pessoa dependente será aquela que, durante um determinado período de tempo, mais ou menos longo, necessita de ajuda de outras pessoas para realizar determinadas actividades de vida diária.

A dependência é avaliada pelo método de avaliação funcional. Por sua vez, a funcionalidade é normalmente definida como a capacidade da pessoa para se adaptar às exigências do dia-a-dia e é avaliada com base na capacidade de execução das actividades de vida diária (AVD) que se podem dividir em actividades básicas de vida diária (higiene e arranjo pessoal, vestir/despir, alimentar-se, transferir-se, eliminar e actividades instrumentais de vida diária (usar telefone, ir ás compras, exercício físico, trabalhar, actividades de lazer).

Assim, desde os trabalhos de Katz (1963) e Lawton (1969), para se determinar se uma pessoa é ou não dependente, considera-se se ela necessita de ajuda para realizar dois grupos diferentes de actividades: actividades básicas de vida diária (AVD) e actividades instrumentais de vida diária (AIVD).

A avaliação da incapacidade funcional torna-se indispensável para se aferir o grau de dependência da pessoa e em função dessa mesma avaliação determinar quais os cuidados que se torna necessário prestar como resposta às suas necessidades.

Haverá naturalmente situações em que o que a pessoa necessita é apenas de ensino e treino, como refere M.Martins (2006, p. 28), *"durante o internamento os profissionais de saúde devem iniciar o ensino ao familiar que irá cuidar do doente no pós-alta. O plano de ensino deve integrar aspectos básicos como cuidados de higiene, atitude de prevenção de úlceras de pressão, prevenção de quedas, posturas correctas do doente no leito, ensino e técnicas de transferência do*

doente da cama para a cadeira, da cadeira para a sanita, da cadeira para o banho, etc."

Da nossa experiência, quer a acompanhar alunos em ensino clínico, quer ainda da prática clínica, os contextos em que decorrem os cuidados estão muito mais voltados para os cuidados de substituição, onde nem sequer é prática serem avaliados os graus de dependência. Por outro lado, as pessoas menos dependentes não são alvo de qualquer ensino, ficando os cuidados muito aquém do seria esperado deles; a família é muitas vezes esquecida, quando não posta à porta enquanto se prestam cuidados aos seus familiares, quando podia ser envolvida e assim ficar melhor preparada para lidar com os deficits residuais, ou até aprender estratégias contributivas para a independência da pessoa.

A propósito, refere Nogueira (2003; 2007), *"em contexto de internamento, onde se impõem, ainda, as rotinas e os cuidados físicos ao doente a família fica para um segundo plano de cuidados, quando não é esquecida ou, até, ignorada pelos profissionais de saúde em geral e pelos enfermeiros em particular".*

Apesar de em Portugal estar enraizada a ideia de que é á família que compete cuidar dos seus doentes, tal como os pais cuidam dos filhos, quando estes deles dependem, assim compete aos filhos cuidarem dos pais, quando estes adoecem e não são capazes de cuidar de si próprios, seja por limitações funcionais ou psíquicas. Esta "cultura" é transmitida intencionalmente de geração em geração, apesar de hoje, independentemente da vontade dos filhos, cada vez se torna mais difícil, os filhos terem disponibilidade, para cuidarem dos pais, atendendo à ocupação profissional do casal.

Segundo Figueiredo & Sousa (2007), a imagem da família solidária para com os seus familiares mais velhos e mais dependentes, cuidando deles no seu seio, está profundamente enraizada nos valores culturais das famílias portuguesas, apesar da evidência empírica nos demonstrar que há cada vez menos disponibilidade por falta de tempo por parte dos filhos para cuidarem dos seus familiares dependentes.

A evidência empírica coloca-nos hoje perante uma nova realidade. Aquelas que eram as reais cuidadoras, porque não tinham ocupação profissional fora de casa,

as mulheres, hoje estão ocupadas com a sua actividade profissional, com a sua carreira e com menos tempo disponível para cuidar dos familiares idosos e/ou dependentes (Nogueira, 2003; 2008).

A mulher moderna tem, hoje, pouca disponibilidade, para cuidar, pois a profissão mantém-na oito a dez horas fora de casa, onde chega cansada, e na maior parte das vezes ainda tem a casa para orientar e as refeições para concluir, em suma, a mulher de hoje vive a um ritmo de tal modo alucinante que mal tem tempo para cuidar de si e muito menos para cuidar dos outros, nomeadamente de pessoas dependentes.

Por outro lado, quando se tornam cuidadoras têm, muitas vezes, um acumular de tarefas que culminam com uma panóplia de sentimentos e uma sobrecarga física (Nogueira, 2003; 2008).

No momento da alta em hospitais de agudos os profissionais, deparam-se cada vez mais com situações difíceis, em que não há familiares disponíveis, ou capazes de assumirem o regresso a casa dos seus familiares, sobretudo se dependentes, por falta de disponibilidade, conhecimento, capacidade e apoios para lidarem com a situação.

Face a este panorama não muito animador da saúde dos idosos, a preocupação com a saúde dos mais velhos é tanto maior quando ainda escasseiam as camas de cuidados continuados de longa duração, ou se disponíveis, são a uma distância tal, que leva a que as visitas de familiares e de amigos, se tornem escassas o que contribui para o isolamento da pessoa; a assistência domiciliária é incipiente para as necessidades actuais e as famílias portuguesas, de acordo com um estudo de opinião de 1993 do Eurobarómetro Idosos, mostram pouca disponibilidade para acolher os seus idosos.

À afirmação *"as famílias estão cada vez menos dispostas a cuidar dos idosos do que anteriormente",* há 42,9% de portugueses inquiridos que estão em total acordo, 36,2% que concordam e apenas 12,6% estão em desacordo e 4,9% mostram-se em desacordo total, sendo que a percentagem dos que se mostram de acordo com esta afirmação é uma das mais elevadas da União Europeia (Paúl, 2001).

Torna-se, assim, imperativo criar espaços capazes de responder às novas necessidades de cuidados, assim como, alterar o paradigma de cuidados dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, desviando a sua atenção do modelo biomédico, essencialmente centrado nos processos fisiológicos, no diagnóstico, na doença, e no seu tratamento, para um modelo mais voltado para as pessoas, focado nos processos adaptativos, que se centre nas necessidades de auto cuidado, assim como, nos seus familiares, ajudando-os a obterem conhecimentos, a encontrar estratégias e a adquirirem capacidades, que lhes permitam lidar com os novos problemas de saúde de forma segura e competente; em suma, e segundo Nogueira (2008), a adquirirem competências cognitivas, psicomotoras e relacionais.

Para a mesma autora, o cuidador, para além destas competências, deve possuir competências emocionais, físicas e sobretudo ter motivação para iniciar o processo de cuidados ao doente em contexto domiciliário. A vontade em querer cuidar e saber o que necessita dominar para cuidar o doente são os principais e fundamentais elementos para que a prestação de cuidadosseja bem sucedida por parte do familiar.

Ao terminar este capítulo, parece-nos importante realçar o facto de que os doentes com hemiplegia são passíveis de se tornarem independentes dentro de um determinado padrão, desde que ensinados instruídos e treinados para lidarem com os deficits entretanto surgidos. Mas, independentemente do grau de dependência residual com que fiquem, ficarão certamente melhor preparados para ultrapassarem as situações de desvantagem com que se deparem, com melhor auto-estima e certamente com melhor qualidade de vida e bem-estar, ficando a sociedade mais rica e porque não dizer mais feliz. A indisponibilidade da família por excesso de ocupação pessoal e profissional, faz com que estejam pouco disponíveis para cuidarem dos seus dependentes, pelo que se torna um imperativo ético dos profissionais de saúde e de modo particular dos enfermeiros, desenvolverem todos os esforços, para tornarem as pessoas hemiplégicas o mais independentes possível, para que dessa forma elas sejam capazes de cuidar de si e poderem regressar a casa.

PARTE II – TRABALHO DE CAMPO

A criação, em Portugal, da rede de cuidados continuados de que fazem parte as unidades de convalescença, veio preencher uma lacuna existente em Portugal, no âmbito da saúde e do sistema de apoio social, promovendo a abertura organizacional para novos modelos de cuidados que incorporem novos paradigmas orientados para a prestação de cuidados numa óptica global e de satisfação de necessidades das pessoas que apresentam dependência e que exigem respostas de natureza multidisciplinar.

Estima-se que Portugal será um dos países da União Europeia (EU) com maior percentagem de idosos e menor percentagem de população activa em 2050 e que, entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos portugueses praticamente duplicará de 16,9% da população para 31,9%. Este fenómeno do envelhecimento em Portugal caracteriza-se por uma diminuição de 35,1% da população dos 0-14 anos e um aumento de 114% no grupo de indivíduos com 65 e mais anos. O número de pessoas com 80 e mais anos quadruplicou entre 1960 e 2004 (Portugal, INE, 2005). Em 2050, Portugal será o quarto país dos vinte e cinco da União Europeia com maior percentagem de idosos, só ultrapassado pela Espanha (35,6%), pela Itália (35,3%) e pela Grécia (32,5%) (Eurostat, 2001).

Se o envelhecimento é uma realidade que os números confirmam, torna-se necessário que os mais anos vividos sejam com saúde, independência e autonomia o mais tempo possível, mesmo após doença súbita ou descompensação de processos crónicos, sendo para tal necessária uma preparação do regresso a casa adequada, com o envolvimento sistemático dos prestadores de cuidados informais, de modo a que eles adquiram as competências necessárias para lidarem com os problemas de saúde dos respectivos conviventes.

Para que a pessoa vitima de doença súbita ou acidente, de que resultou, entre outros problemas, hemiplegia, se torne independente, afigura-se imperioso que a própria e/ou os prestadores de cuidados sejam capazes de assegurar o período de transição saúde doença, dando resposta aos deficits residuais da mesma, preservando a qualidade de vida e bem-estar de ambos, sendo para tal necessária a sua preparação de uma forma profissionalizada e sistemática.

A escassez de recursos económicos e os custos cada vez mais elevados dos cuidados de saúde obrigam a uma maior rentabilização dos tempos de demora

média em hospitais de agudos, o que tem como consequência que nem sempre se consiga efectuar uma preparação eficaz do regresso a casa, nomeadamente das pessoas que apresentam de algum tipo de dependência ou cuidados de maior complexidade, como é o caso daqueles cujo resultado da doença teve como consequência um quadro de hemiplegia e consequentes deficits.

Sendo os cuidados continuados a mais recente resposta do sistema nacional de saúde e social às novas necessidades de cuidados, parece-nos actual e pertinente que sejam feitos estudos de investigação sobre os diferentes aspectos que caracterizam as unidades de cuidados continuados, nomeadamente perceber se os modelos de cuidados aí implementados estão a contribuir para minorar os problemas de dependência das pessoas.

Segundo o Decreto-Lei nº 101, de 6 de Junho de 2006, *"os cuidados continuados incluem-se no serviço nacional de saúde e no sistema de segurança social, assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem:*

- *A reabilitação, a readaptação e a reintegração social;*
- *A continuidade de cuidados à pessoa doente;*
- *A qualidade de vida da família e/ou prestador de cuidados informal;*
- *Optimização de recursos hospitalares e comunitários".*

Diz ainda o mesmo diploma legal que *"as unidades de convalescença têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares agudos"* (art.º13, nº2, Dec-lei nº 101, de 6 de Junho de 2006).

O objectivo principal desta tipologia de cuidados continuados é a recuperação da independência funcional, tentando restabelecer, tanto quanto possível, as funções afectadas, total ou parcialmente.

Tendo a unidade em que decorre o estudo participado na experiência piloto da RNCCI, foi aí implementado um modelo de cuidados, centrado na reabilitação e na habilitação da pessoa, com a pretensão de romper com o paradigma de

cuidados centrado nos processos fisiológicos, substituindo-o pelo da capacitação, de modo a levar a pessoa a ser capaz de fazer por ela, e assim, readquirir a sua capacidade de auto cuidado.

A nossa motivação para este estudo surge como resultado da nossa inquietude pessoal, pois tendo nós, estado por trás da implementação do modelo de cuidados em uso neste espaço de cuidados, interessa-nos perceber se a intenção de mudar de um paradigma de cuidados centrado nos processos fisiológicos e nos cuidados de substituição, para outro, centrado nos processos adaptativos, aconteceu de facto, ou se, apenas se ficou pela intenção de mudar.

Deste modo, pretendemos analisar que contributos para a independência dos doentes com hemiplegia resultam do plano assistencial de enfermagem, implementado numa unidade de cuidados continuados de convalescença, ao nível do auto cuidado: higiene/arranjo pessoal, alimentar-se (comer/beber), usar sanitário, vestir/despir e transferir-se, assim como, pretendemos criar programas de reabilitação para aplicar a doentes que mantenham a capacidade de compreensão e aprendizagem, de modo a contribuir, para minorar os deficits residuais das pessoas que apresentam hemiplegia.

Neste capítulo, apresentamos a justificação, a pertinência do estudo e a sua finalidade e abordamos as questões metodológicas, tais como as perguntas de investigação e os objectivos que nos propomos atingir, assim como, as variáveis do estudo e a sua operacionalização, os instrumentos de recolha de dados e o seu tratamento.

1. DESENHO DO ESTUDO

Ao longo de um ano, analisámos os registos de enfermagem referentes a pessoas com hemiplegia, que após internamento em hospital de agudos, por doença súbita ou descompensação de processo crónico, foram transferidas para a Unidade de Convalescença em que de correu o estudo.

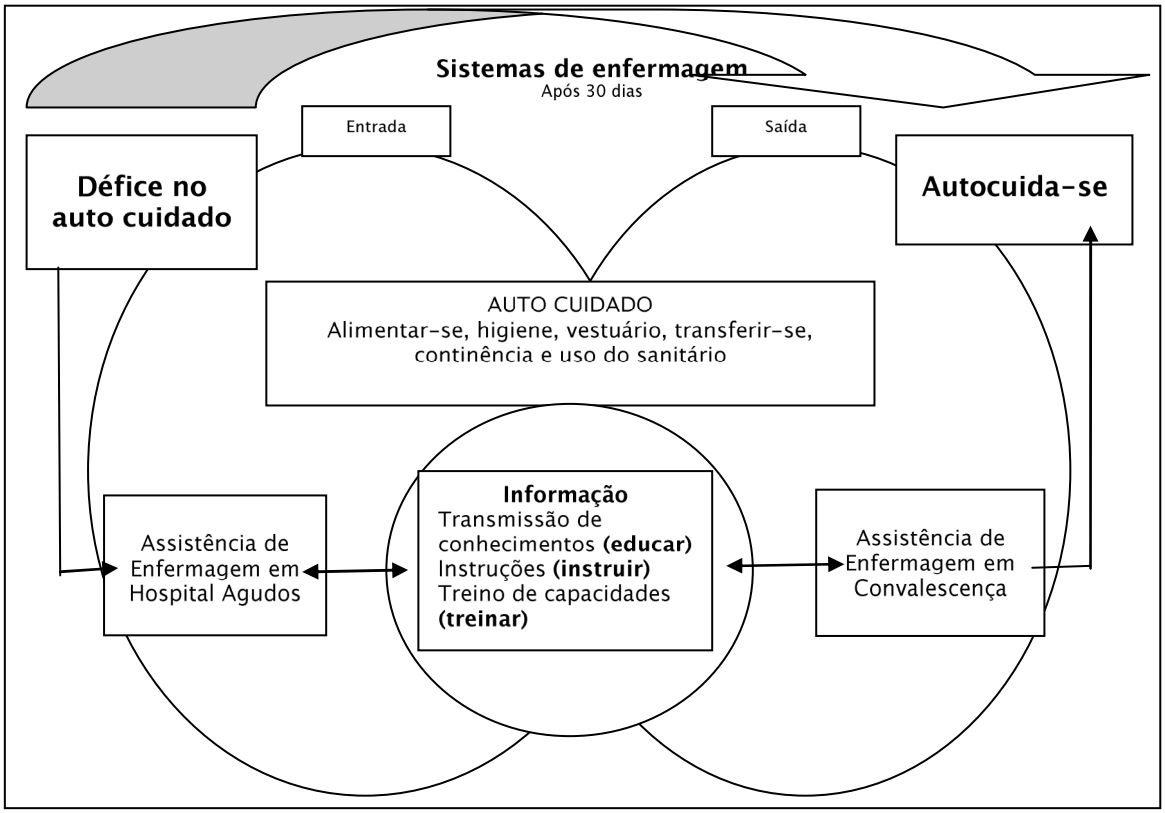
Consideramos que se trata de um estudo descritivo-correlacional que tem como finalidade descrever e explicar a natureza de algumas relações decorrentes do processo de cuidados de enfermagem implementados na Unidade de Convalescença de Valongo e tentar determinar a existência de associações e correlações existentes entre as variáveis: grau de dependência no auto cuidado, cuidados de enfermagem prestados e alguns factores sócio-demográficos, de modo a compreender de que forma o mesmo (processo de cuidados) contribui para a independência das pessoas com hemiplegia, ao nível do auto cuidado.

Fortin (2009, p.135-136) refere-se a estudos descritivos como os que "*fornecem uma descrição de dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos que visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população, quer seja para descrever fenómenos".* Define também que os estudos descritivos-correlacionais são os *que "têm por objectivo examinar as relações entre as variáveis e as suas covariações, de maneira a poderem fornecer explicações".* Segundo a mesma autora, nos estudos descritivos-correlacionais *"as variáveis não são aleatórias como no estudo descritivo simples, mas escolhidas de forma precisa, em função do quadro teórico".*

Ora, o que nos propomos efectivamente realizar é a descrição e a análise dos registos correspondentes à amostra definida e procurar compreender as relações existentes entre as variáveis e os ganhos em independência que se verificam ao nível do auto cuidado, nas pessoas com hemiplegia.

A figura1 pretende ilustrar as dimensões que pretendemos estudar e quese encontram na base do processo de cuidados implementado nesta unidade de convalescença e no modo como o mesmo pode ser determinante para ganhos de independência ao nível do auto cuidado.

Figura 1 – Dimensões presentes no modelo de cuidados implementado numa unidade de convalescença, assim como, os seus contributos para ganhos em independência no auto cuidado



1.1. Questões de investigação

Neste contexto de inquietude, partimos, para este estudo, com a seguinte questão: **"Que cuidados prestam os enfermeiros para a promoção da independência no auto cuidado ao doente hemiplégico, numa unidade de convalescença?"**

Este foi, sem dúvida, o ponto de partida da nossa investigação mas para chegarmos a ela outras questões foram surgindo e para as quais pretendíamos obter respostas. Assim formulámos as seguintes perguntas de investigação:

- Que avaliação inicial é feita pelos enfermeiros, relativamente ao grau de independência, no auto cuidado, à entrada na unidade de convalescença?
- Quais as actividades de auto cuidado, em que ganharam independência as pessoas que permaneceram na unidade de convalescença?

- Quais os cuidados efectuados pelos enfermeiros, na unidade de convalescença relativamente ao auto cuidado, que contribuem para a independência da pessoa?

- Que registos valorizam os enfermeiros, face à evolução da independência da pessoa durante o internamento, numa unidade de convalescença?

A essência desta pesquisa descritiva e correlacional é descrever os registos de enfermagem efectuados e tentar determinar a existência de relações entre as variáveis (grau de dependência no auto cuidado, cuidados de enfermagem prestados e alguns factores sócio-demográficos).

1.2. Objectivos

Para Fortin (2000), o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. *"É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo".*

Segundo Pais Ribeiro (2007), os objectivos da investigação representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação-

Estabelecemos assim os seguintes objectivos que irão orientar o rumo do estudo:

- Analisar o percurso desde a entrada até à saída da unidade, do nível dependência para o auto cuidado: banho.

- Analisar o percurso desde a entrada até à saída da unidade, do nível dependência para o auto cuidado: vestuário (vestir/despir).

- Analisar o percurso desde a entrada até à saída da unidade, do nível dependência para o auto cuidado: alimentar-se (comer/beber).

- Analisar o percurso desde a entrada até à saída da unidade, do nível dependência para o auto cuidado: uso do sanitário.

- Analisar o percurso desde a entrada até à saída da unidade, do nível dependência para o auto cuidado: transferir-se.

- Analisar o percurso desde a entrada até à saída da unidade, do nível dependência para o auto cuidado: continência.

- Relacionar a importância do género e da idade nos ganhos em independência no auto cuidado.

- Identificar os contributos da enfermagem para a independência dos doentes no auto cuidado.

- Analisar a relação entre o percurso da autonomia e os cuidados de enfermagem.

Com base nos resultados obtidos, é nossa intenção retirar algumas ilações que contribuam para melhorar o conhecimento sobre os cuidados, identificando novos ensinos e estratégias que enriqueçam as práticas cuidativas dos enfermeiros, de modo que, com as suas intervenções, possam aumentar a independência das pessoas com hemiplegia.

1.3. População e previsão da amostra

Segundo Beaud (2003, p.206), *"de uma população, diremos que se trata de uma colecção de indivíduos, de objectos, isto é, para retomar a definição de Christian Gourieroux, de um conjunto de unidades elementares sobre as quais recai a análise."*

O universo deste estudo é constituído pelos doentes com hemiplegia, internados em unidades de convalescença, da RNCCI. Segundo o relatório de monitorização do desenvolvimento da RNCCI em 2008, 18323 foi o número de doentes referenciados para a rede durante esse período, sendo que 30,1% (5515 doentes) foram referenciados para a tipologia de convalescença. Destes, 42% (2316 doentes) tinham como diagnóstico principal AVC, o que nos pode levar a valores próximos da população em estudo se tivermos em conta que as lesões motoras (hemiplegia) são a principal sequela desta patologia.

A população que gostaríamos de ter estudado teria sido a população portuguesa de pessoas com hemiplegia internadas em Unidades de Convalescença. Temos consciência que se trata de uma população dispersa por unidades de todo o país, de acesso difícil, até porque, não existe até ao momento uma base de dados destas pessoas a que pudéssemos recorrer para analisar todos os registos efectuados pelos enfermeiros.

Não sendo fácil estudar a população inteira (número total de doentes com hemiplegia internados em unidades de convalescença portuguesas), por razões práticas e financeiras, optámos por estudar todos os doentes com hemiplegia, internados na Unidade de Convalescença de Valongo, durante o ano de 2008, período em que decorria a colheita de dados.

Relativamente à dimensão da amostra, Finsterbusch, Liewellyn e Wolf (1983) referem que "*a menos que uma população alvo tenha menos de 2000 pessoas, deverá, sempre, ser decidido fazer um estudo por amostragem e tal princípio pode aplicar-se a muitas populações com menos de 2000 indivíduos*". Estes autores defendem ainda que "*a selecção do tamanho da amostra é uma questão de julgamento, que amostras de 40 ou 80 indivíduos podem fornecer características da população e que uma amostra de 100 é suficiente para ser tomada sério".*

Segundo Pais Ribeiro (2007, p.46), "*uma regra a seguir para se calcular uma amostra é considerar 10 ou 5 sujeitos, por variável em análise*". Ainda segundo este autor, *"quando o tamanho da amostra aumenta, o erro da medida tende a estabilizar e é menos importante aumentar a amostra, de tal modo que acima de 300 sujeitos a relação entre as variáveis e o número de sujeitos é menos crucial".*

A amostra deste nosso estudo é uma amostra não probabilística, intencional de conveniência, por se ter seleccionado de entre toda a população (número total de doentes com hemiplegia internados em unidades de convalescença portuguesas), um conjunto de pessoas que estavam mais acessíveis.

Segundo Hicks (2006,) e Dommermuth (1975), "*a recolha de amostras por conveniência envolve a selecção, de entre toda a população, das pessoas mais acessíveis, desde que o investigador conclua que para determinada*

característicaa população é homogénea e que, como tal, qualquer grupo com essa característica serve para a investigação".

Dentro das amostras não probabilísticas ou intencionais, podemos ainda segundo (Jama, 1996), designá-las por amostras sequenciais desde que se designe qual ou quais as características necessárias e um determinado período de tempo e a partir daí, o primeiro que aparece que corresponda é o primeiro escolhido e assim sucessivamente.

Outros autores definem ainda este tipo de amostras como amostra acidentais; designam-nas assim, quando uma amostra é constituída pelos indivíduos que estão mais a jeito para a investigação (Polgar e Thomas, 1988).

Fortin (1999, p.203) refere que "*uma amostra é representativa se as suas características se assemelham o mais possível às da população alvo".*

Assim, definimos que a característica necessária para poder participar no estudo seria apresentar hemiplegia e que o período de tempo em que o mesmo decorria seria desde o dia 1 de Janeiro de 2008, até perfazermos uma amostra de 100.

Face ao exposto, tomámos a opção de centrar a nossa investigação nos registos de enfermagem referentes às pessoas que apresentavam hemiplegia, não só por estas representarem a maior fatia de referenciações para a rede de cuidados continuados (42% em 2008, segundo a UMCCI), mas também por ser um dos grupos de pessoas, onde o trabalho de enfermagem pode ter relevância na conquista da independência funcional, nomeadamente o dos enfermeiros de reabilitação.

Segundo Einstein (2009, p.2),"*o papel do enfermeiro de reabilitação no doente com AVC abrange desde a terapia semi-intensiva até á unidade de reabilitação*". Ainda segundo o mesmo autor, as principais funções do enfermeiro de reabilitação no paciente com AVC são: reeducação da função vesical e intestinal, prevenção da trombose venosa profunda, prevenção e tratamento das úlceras por pressão, capacitação para o auto cuidado, prevenção de deformidades, percepção do corpo e suas possibilidades, manejo de estomas, transferências e movimentação:

"…cabe ao enfermeiro orientar o doente e estimulá-lo a fazer exercícios, assim como aconselhar quanto aos cuidados a ter com a pele, bexiga e intestinos e ajudá-lo na escolha e utilização de dispositivos e aparelhos de que necessita. Cabe-lhe também dar informações, apoio e orientações à família e a outras pessoas envolvidas na prestação de cuidados" (2009, p.3)

1.4. Variáveis em estudo

- Variável dependente: nível de dependência do doente hemiplégico (operacionalizada pelo índice de Katz) à entrada e saída do serviço.

- Variável independente: cuidados de enfermagem, operacionalizada:
    - Diagnósticos de enfermagem;
    - Intervenções de enfermagem;
    - Ensinos relativos ao auto cuidado.

- Variáveis de atributo: dados sócio-demográficos:
    - Idade;
    - Género;
    - Estado civil;
    - Nível de instrução ou escolaridade.

As restantes variáveis foram avaliadas através do número de registos efectuados pelos enfermeiros e documentados nos processos clínicos das pessoas internadas.

Utilizámos a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (Versão Beta 2, 2001) como instrumento de informação para a definição e operacionalização das variáveis: nível de dependência do doente no auto cuidado, **educar** (transmissão de conhecimentos), i**nstruir** (ensino de estratégias) e **treinar** (desenvolver competências e capacidades sobre auto cuidado).

Construímos os instrumentos de operacionalização das variáveis do estudo que posteriormente utilizámos.

Definimos o grau de independência no auto cuidado, como variável dependente, utilizando para a sua avaliação o índice de Katz, que seria aplicado no momento da admissão e no momento da alta, tendo-a operacionalizado de acordo com o quadro 5.

Quadro 5 – Nível de dependência no auto cuidado

DIMENSÕES/COMPONENTES	INDICADORES – SCORE
Auto cuidado: banho	Dependente – 1 Independente com ajuda – 2 Independente com supervisão – 3 Independente – 4
Auto cuidado: vestuário (vestir/despir)	Dependente – 1 Independente com ajuda – 2 Independente com supervisão – 3 Independente – 4
Auto cuidado: alimentar-se	Dependente – 1 Independente com ajuda – 2 Independente com supervisão – 3 Independente – 4
Auto cuidado: higiene pessoal (uso sanitário)	Dependente – 1 Independente com ajuda – 2 Independente com supervisão – 3 Independente – 4
Auto cuidado: transferir-se	Dependente – 1 Independente com ajuda – 2 Independente com supervisão – 3 Independente – 4
Auto cuidado: continência (controle esfíncteres)	Dependente – 1 Independente com ajuda – 2 Independente com supervisão – 3 Independente – 4

O estudo desta variável foi feito através da operacionalização do índice de Katz, no momento da admissão e da alta. Considerámos esta a variável dependente tendo em conta o que refere Freixo (2009, p.176): *"variável dependente é a variável cujos valores são em princípio o resultado de variações de uma ou mais variáveis independentes e respectivas condições."*

Tomando a variável independente como a que influencia, ou cujos efeitos possam ser observados na variável dependente (Freixo, 2009), as variáveis independentes do estudo são: os diagnósticos, as intervenções e os ensinos de enfermagem, relativos ao auto cuidado.

Quadro 6 – Focos de atenção da prática de enfermagem – Diagnósticos

Domínio	Diagnóstico diferencial
Respiração	Dispneia funcional
	Dispneia em repouso
	Ortopneia
	Expectorar ineficaz
	Tossir ineficaz
	Risco de broncoaspiração
Circulação	Hipertensão
	Risco de hipotensão
	Risco de hemorragia
Nutrição	Risco de ingestão nutricional insufi.
Metabolismo	Metabolismo energético alterado
Volume de líquidos	Edema
	Ascite
	Risco de desidratação
Eliminação	Incontinência fecal
	Incontinência urinária de esforço
	Incontinência urinária reflexa
	Incontinência urinária funcional
	Urgência urinária
	Risco de obstipação
Tegumento	Úlcera de pressão
	Risco de úlcera de pressão
	Ferida
Sensações	Dor por ferida
	Dor artrítica
	Dor isquémica
	Cólica
	Outra
Sistema imunitário	Infecção
	Susceptibilidade à infecção
Energia	Intolerância à actividade
Auto cuidado	1 Alimentar-se
	2 Banho
	3 Vestuário
	4 Transferir-se
	5 Posicionar-se
	6 Uso do sanitário (higiene pessoal)
	7 Risco de queda
	8 Deambular

Do processo de enfermagem, tido como ferramenta de tomada de decisão clínica dos enfermeiros, decorre a formulação de diagnósticos de enfermagem a que irá corresponder o correspondente planeamento de intervenções, de modo a dar resposta aos problemas de saúde identificados.

Segundo Meleis (2005), o processo de enfermagem "*visa padrões de avaliação, diagnóstico e intervenção, as terapêuticas de enfermagem dirigem-se para o conteúdo e objectivos das intervenções de enfermagem*".

Quadro 7 – Ensinos efectuados ao doente sobre auto cuidado

Categoria	Sub-categoria	Critérios Diagnósticos
Auto cuidado	Alimentação	• Ensino de estratégias adaptativas, para o auto cuidado: alimentação; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: alimentação.
	Higiene (Banho)	• Ensino de estratégias adaptativas, para o auto cuidado: higiene; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: higiene.
	Vestuário	• Ensino de estratégias adaptativas, para o auto cuidado: vestuário; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: vestuário;
	Transferir-se	• Ensino de estratégias adaptativas, para o auto cuidado: transferir-se; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: transferir-se;
	Continência (Controle dos esfíncteres)	• Ensino de estratégias adaptativas, para o auto cuidado: continência; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: continência;
	Uso do sanitário (Higiene pessoal)	• Ensino de estratégias adaptativas, sobre o auto cuidado: uso do sanitário; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: uso do sanitário;

Ao analisarmos o problema e as variáveis que poderiam ter a ver com ele, encontrámos outras que designámos por variáveis de atributo (dentro de uma classe), concorrente ou moderadora, tal como o faz Freixo (2009), Lakatos *et al* (1991). Estes autores definem-nas como segunda variável independente, ou dito de outra forma mais objectiva, diríamos que se trata de uma variável secundária, relativamente à variável independente.

No nosso estudo, este grupo de variáveis está descriminado no quadro 8.

Quadro 8 – Caracterização sócio demográfica do doente dependente

DIMENSÕES/COMPONENTES	INDICADORES
Idade/Grupo etário	Nº de anos ocorridos entre o nascimento e o dia de internamento na unidade
	≤ 25
	26 – 35
	36 – 45
	46 – 55
	56 – 65
	66 – 75
	76 – 85
	≥ 86
	Sub- Total
Dias de internamento	Nº de dias ocorridos entre a admissão na unidade de cuidados e o dia do regresso a casa
Sexo	1 – Masculino 2 – Feminino
Estado Civil	1 –Solteiro 2 – Casado 3 – Viúvo 4 – Divorciado 4 – Outro
Nível de instrução	0 –Sem frequência de ensino 1 – Ensino primário incompleto 2 – Ensino primário completo 3 – Ensino secundário 4 – Curso superior
Pessoa com quem vive	0 – Esposa/Marido (Companheiro) 1 – Filhos 2 – Sobrinhos 3 – Instituição (lar) 4 – Vive só 5 – Outros

Considerámos estas variáveis atendendo ao quadro conceptual a que nos reportámos neste estudo. Tendo em conta a opinião de Lakatos *et al.*, (1991) e Freixo (2009), todas as variáveis que podem afectar o objecto em estudo devem ser consideradas e devidamente controladas para evitar o comprometimento ou risco de invalidação da pesquisa. Assim, a partir destas variáveis, tentaremos estabelecer as ligações existentes entre as variáveis estabelecidas e o nível de dependência no auto cuidado.

O índice de Katz (Katz e col., 1963) é composto por seis actividades de vida diária: alimentação, banho, vestir/despir, higiene pessoal (uso do sanitário), transferir-se, controlo dos esfíncteres.

Quadro 9 – Índice de Katz operacionalizado

Indice de Katz	Independente	Independente com supervisão	Independente com ajuda	Dependente
Alimentação	4	3	2	1
Banho	4	3	2	1
Vestir/Despir	4	3	2	1
Higiene pessoal (Uso do sanitário)	4	3	2	1
Transferência	4	3	2	1
Controlo esfíncteres	4	3	2	1

Em cada item, podemos avaliar se a pessoa é independente, necessita de supervisão, necessita de ajuda ou é independente. Uma pessoa independente significa que não necessita de supervisão, orientação ou ajuda para o desempenho de cada uma das actividades. Pelo contrário uma pessoa dependente será aquela que, durante um determinado período de tempo, mais ou menos longo, necessita de ajuda total de outras pessoas para realizar determinadas actividades de vida diária.

- **Alimentação**

Independente – Consegue levar a comida á boca de forma adequada (excluem-se o cortar a carne, separar espinhas e preparar a comida).
Independente com supervisão - necessita da presença de alguém para ajudar apenas a cortar os alimentos e a retirar as espinhas do peixe.
Independente com ajuda - necessita de alguma ajuda técnica e de ajuda parcial de pessoas para se alimentar
Dependente – Necessita de ajuda total para o acto de se alimentar, ou necessita de alimentação enteral ou parenteral.

- **Banho**

Independente – quando toma banho sem ajuda, no chuveiro ou na banheira
Independente com supervisão – necessita da presença de alguém para ajudar apenas a lavar uma parte do corpo (costas ou das extremidades).
Independente com ajuda - necessita de ajuda para lavar a maior parte do corpo, ou entrar ou sair da banheira.
Dependente – necessita de ajuda total, necessitando de ajuda para lavar a totalidade do corpo, ou entrar ou sair da banheira.

- **Vestir/Despir**

Independente – É capaz de escolher a roupa, ordena-a e veste-a de forma adequada (exclui-se apertar sapatos).
Independente com supervisão - necessita da presença de alguém para ajudar apenas para a apertar aprimorar pormenores mais delicados.
Independente com ajuda - necessita de ajuda para escolher a roupa e para vestirem alguma parte do corpo.
Dependente – Necessita de ajuda total para escolherem a roupa e para se vestirem ajuda sem a qual, ficam completamente despidos.

- **Higiene pessoal** (uso do sanitário)

Independente – Desloca-se à casa de banho, limpa os órgãos excretores e arranja a roupa.
Independente com supervisão - Pode necessitar de utilizar ajudas técnicas ou suportes mecânicos, para o desempenho apenas de algumas etapas.
Independente com ajuda - necessita de ajuda de pessoas para o desempenho de algumas etapas desta actividade.

Dependente – Necessita de ajuda directa para se deslocar à casa de banho ou para a utilizar o urinol ou aparadeira.

- **Transferência**

Independente – Entra e sai da cama sem ajuda, senta-se e levanta-se da cadeira, desloca-se no serviço, podendo utilizar ajudas técnicas ou suportes mecânicos.
Independente com supervisão - necessita da presença de alguém para apenas minorar o risco de queda inerente ao acto de levantar.
Independente com ajuda - necessita de ajuda para o impulso do erguer.
Dependente – Necessita obrigatoriamente de ajuda para o desempenho de qualquer transferência, sem a qual não são capazes de a executar.

- **Continência** (controlo dos esfíncteres)

Independente – Controla micções e dejecções (controlo vesical e intestinal).
Dependente – Incontinência urinária ou fecal, parcial ou total (qualquer uso de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente).

1.5. Procedimentos e colheita de dados

Do enquadramento teórico e para efeitos do estudo que nos propusemos realizar, realçamos os estudos de André (2006), Foster & Janssens (1993), La Cuesta (2004), Martins (2002), Orem (1991), Sequeira (2007), Taylor (2004) que nos permitiram definir a centralidade em que devia assentar o processo de cuidados de enfermagem, de modo a que do mesmo pudessem resultar ganhos em independência ao nível do auto cuidado, para as pessoas com hemiplegia.

Quando comparamos estes estudos com os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros, relativamente aos Padrões de Qualidade, constatamos que os problemas apresentados pelas pessoas envolvidas, nesses como no nosso estudo, se enquadram na adaptação à situação de saúde, áreas nas quais os enfermeiros podem e devem intervir, no âmbito do mandato social que lhes foi conferido.

> *"Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste*

contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores: frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente" (Ordem dos enfermeiros, 2001, p.9).

Neste estudo, pretendíamos analisar de que modo o processo de cuidados implementado contribuía para a adaptação funcional aos défices, maximizando a independência nas actividades de auto cuidado, motivo pelo qual nos centramos:

- Na avaliação da situação de dependência à entrada e saída da unidade de cuidados (avaliação foi efectuada em dois momentos diferentes, com um intervalo de tempo aproximado de 30 dias);
- Na identificação de estratégias e conhecimentos postos em prática para que as pessoas sejam capazes de se adaptarem à sua nova condição de saúde.

1.5.1. Critérios de inclusão/exclusão

- Estar internado na unidade de convalescença de Valongo;
- Aceitar participar no estudo;
- Ter como diagnóstico médico AVC.

1.5.2. Instrumento de colheita de dados

As técnicas e os instrumentos escolhidos devem permitir uma recolha de dados que se coadune com os objectivos estabelecidos, assim como, com a grelha teórica a utilizar na sua leitura, tendo em atenção que os mesmos permitam a fidelidade e validade dos dados através deles obtidos.

"*A colheita de dados efectuou-se segundo um plano pré-estabelecido*" (Freixo, 2009, p.190).

Foi com base nestas premissas que construímos os instrumentos abaixo descritos.

- Grelha de observação documental – registos de enfermagem;

- Grelha de observação participada – acções ou focos da prática de enfermagem;
- Instrumento de avaliação do grau de dependência – Índice de Katz.

A grelha de observação documental construída para analisar os registos de enfermagem tinha a sua centralidade nos diagnósticos e intervenções de enfermagem dirigidos à dependência no auto cuidado, conforme o quadro 10.

Quadro 10 – Diagnósticos de Enfermagem a identificar nos registos dos processos clínicos

DEPENDÊNCIA NO AUTO CUIDADO
Conhecimento sobre auto cuidado higiene
Conhecimento sobre estratégias adaptativas no auto cuidado higiene
Aprendizagem de capacidades sobre auto cuidado higiene
Conhecimento sobre auto cuidado alimentação
Conhecimento sobre estratégias adaptativas no auto cuidado alimentação
Aprendizagem de capacidades sobre auto cuidado alimentação
Conhecimento sobre auto cuidado vestuário
Conhecimento sobre estratégias adaptativas no auto cuidado vestuário
Aprendizagem de capacidades sobre auto cuidado vestuário
Conhecimento sobre auto cuidado transferir-se
Conhecimento sobre estratégias adaptativas no auto cuidado transferir-se
Aprendizagem de capacidades sobre auto cuidado transferir-se
Conhecimento sobre auto cuidado uso do sanitário
Conhecimento sobre estratégias adaptativas no auto cuidado uso do sanitário
Aprendizagem de capacidades sobre auto cuidado uso do sanitário
Conhecimento sobre auto cuidado continência (controle dos esfíncteres)
Conhecimento sobre estratégias adaptativas no auto cuidado (controle dos esfíncteres)
Aprendizagem de capacidades sobre auto cuidado (controle dos esfíncteres)

A grelha de observação utilizada para registar as acções ou focos da prática de enfermagem identificados pelos enfermeiros (anexo 2) mostra-nos que, os dados colhidos dizem respeito aos domínios da respiração, circulação, nutrição, metabolismo, volume de líquidos, eliminação, tegumento/actividade motora, sensações, sistema imunitário, energia e auto cuidado.

A avaliação realizou-se através da aplicação do índice de Katz em dois momentos diferentes do estudo:

- Primeiro momento – à entrada na unidade;
- Segundo momento – à saída da unidade.

Este índice foi desenvolvido para ser usado em doentes institucionalizados sendo frequentemente utilizado para a avaliação das actividades de vida diária (AVD) em pessoas idosas.

1.6. Questões éticas

O estudo de investigação teve a apreciação favorável do Conselho de Administração do Hospital de Valongo (anexo 1) com a anuência da Comissão de Ética da instituição que facultou o acesso à informação, tendo sido garantido que a informação recolhida seria exclusivamente utilizada para o fim proposto.

No decorrer deste estudo, estiveram sempre presentes os respeito pelos princípios éticos: confidencialidade da informação a que tivemos acesso, a privacidade e o anonimato dos participantes a que a informação respeitava.

A confidencialidade implicou um entendimento claro entre o investigador e a instituição relativamente à utilização a dar aos dados colhidos no decurso do estudo, assim como ao anonimato dos sujeitos a que a informação respeitava.

Foi assumido um compromisso, em que, apesar do investigador saber a que sujeitos se referiam os dados recolhidos, ficava impedido de o revelar.

Para o efeito foi efectuado um pedido à instituição, para que a mesma permitisse contactar os doentes que se pretendiam incluir na amostra a fim de obter a sua anuência verbal para a participação no estudo. Da obtenção do consentimento não resultou qualquer objecção por parte dos doentes, pelo que, todos os que foram contactados anuíram participar no estudo.

PARTE III – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo, apresentaremos os resultados obtidos, e procederemos à descrição dos défices no auto cuidado verificados à entrada e saída da unidade.

Neste estudo, analisámos os registos de enfermagem referentes a 100 doentes, com hemiplegia, internados na unidade, no período em que decorreu a investigação. A mesma demorou mais tempo do que era expectável, atendendo a que a taxa de ocupação da unidade, durante o ano de 2008, foi de apenas 62,4%, o que implicou que, para conseguirmos a amostra a que nos havíamos proposto (100 doentes com hemiplegia), necessitámos de mais tempo do que o inicialmente previsto, quando planeámos o estudo.

1. CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado aos doentes com hemiplegia, internados em fase aguda nos hospitais da área do grande Porto e que foram posteriormente transferidos para uma Unidade de Convalescença, onde permaneceram em média trinta dias.

A Unidade de Convalescença em que decorreu o estudo foi inaugurada em Setembro de 2007 e está integrada num hospital de agudos. Faz parte da RNCCI, tem 23 camas (11 para senhoras e 12 para homens), distribuídas por sete quartos de 3 camas e dois quartos de 1 cama. Tem um ginásio com 60 metros quadrados, apoiando, exclusivamente, os doentes lá internados.
A equipa é constituída por: 13 enfermeiros generalistas e dois especialistas em enfermagem de reabilitação, apesar de um deles, apenas exercer funções de gestão (coordenador da unidade), dois médicos: uma internista e um fisiatra, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma terapeuta da fala, uma assistente social, uma psicóloga e dez assistentes operacionais.

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros da Unidade

	IDADE	TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
MÉDIA	36,1	12,7
MEDIANA	34	12
DESVIO PADRÃO	8,8	8,8
MÁXIMO	55	30
MINIMO	25	1

Da análise às características dos enfermeiros do serviço, verificámos que estes são predominantemente do sexo feminino (80%) e com uma média de idades de

36 anos, com um desvio padrão de 8,8 anos, em torno da média, sendo a idade máxima observada de 55 anos e a mínima de 25 anos.

Dos enfermeiros da unidade (N=15), todos são licenciados; dois têm o curso de pós-licenciatura em enfermagem de reabilitação, e um destes, tem ainda formação pós-graduada em *"gestão e administração hospitalar",* em *"supervisão clínica em enfermagem"* e em *"liderança e gestão da mudança".*

Em média, os enfermeiros da unidade têm 13 anos de experiência profissional, com um desvio padrão de 8,8 em torno da média, com um máximo de 30 anos e um mínimo de 1 ano.

Verifica-se ainda que 80% dos enfermeiros pertencem ao quadro da instituição e os restantes têm um contrato de trabalho por tempo determinado. Nesta unidade, utiliza-se a metodologia de trabalho individual, sujeito a algumas especificidades. No turno da manhã existe um enfermeiro especialista de reabilitação responsável por seis a sete doentes e dois enfermeiros generalistas responsáveis por oito doentes. No turno da tarde e da noite, existem dois enfermeiros generalistas responsáveis por onze a doze doentes respectivamente.

Nesta unidade, os enfermeiros documentam o plano de cuidados, recorrendo à classificação internacional para a prática de Enfermagem como taxonomia. É utilizado, na documentação dos cuidados de enfermagem, um sistema de informação em suporte informático denominado *"aplicativo da unidade para sistematização da informação".*

O tempo de demora média no ano de 2008, na unidade de convalescença de Valongo, foi de cerca de 30 dias, período que está consignado para a tipologia de convalescença, conforme regulamentação da RNCCI. Sabendo nós que o período de recuperação de um AVC, vai para além dos seis meses, não forçamos que nenhum utente regresse a casa antes dos 30 dias consignados, já que ao fazê-lo estaríamos a diminuir-lhe a oportunidade de maior recuperação. Segundo Umphred (2007), a recuperação motora, do indivíduo com AVC apesar de prosseguir até aos seis meses, em 82% dos casos, o status verificado ao fim de um mês permanece constante.

O número de doentes admitidos na unidade em 2008 e sujeitos ao processo de cuidados em uso foi de 177, sendo o diagnóstico médico principal AVC, com representação de 52,8%, seguido dos problemas musculo-esqueléticos com representação de 28,2%, e com menor significado as síndromes de desuso de diferentes causas com representação de 12%, e por fim as doenças degenerativas do sistema nervoso central (Esclerose múltipla, Doença de Parkinson, Doença de Guillan Barré), representando 7% do total de diagnósticos médicos.

É de salientar a taxa de mortalidade zero, atendendo a que nenhum doente morreu na unidade, neste período de tempo. Dois doentes vieram a perecer em hospital de agudos após transferência por agudização da sua situação de saúde para o hospital de proveniência.

Neste período de tempo não houve qualquer situação de reinternamento, nem pelo mesmo motivo, nem por episódios de diferente referenciação.

Quadro11 – Quadro anual estatístico da Unidade de Convalescença de Valongo

Estatística/Ano	Género	Soma Dias de internamento	Média Dias de internamento/mês	% por Género	Tempo demora média	Óbitos
Número de internamentos	Feminino	2327	211,55	42,14%	30,05	0
	Masculino	3195	290,45	57;86%	30,6	0
	Soma	5522	502,00	100,00%		
	% Ocupação	65%	71,75%			

2. AMOSTRA EM ESTUDO

Os doentes internados nestas unidades de cuidados são, maioritariamente, portadores de problemas crónicos geradores de diferentes dependências para o auto cuidado, nomeadamente aqueles que têm instalado um quadro de hemiplegia, resultante maioritáriamnete de AVC, muitas vezes consequente de outros problemas de saúde, não controlados, como a hipertensão arterial, a diabetes, as deslipidémias, ou ainda, a inadequada adesão a um regime dietético e terapêutico indicado, ou a não adesão a estilos de vida saudáveis.

Segundo T. Martins, (2006, p.15), *"muitos dos factores de risco estão ligados a comportamentos e a estilos de vida..."*.

A nossa amostra fica assim com um perfil onde a média de idades dos doentes, a que correspondem os registos analisados no estudo, é de 70, 5 anos, variando entre os 40 e 92 anos de idade, com uma média de 13 dias de internamento em hospital de agudos, resultados semelhantes aos estudos de Bonita (1992), Black et al., (1996), Bowles (2000) e McBride et al. (2004). Relativamente ao género podemos observar que a amostra é predominantemente masculina (n = 63) representando 63%, enquanto, o género feminino (n = 37) representando 37% do total, valores diferentes da população referenciada para a RNCCI, no mesmo período de tempo em que as mulheres correspondem a 52%, e os homens 48% do total de utentes referenciados.

Na tabela 2, apresentamos acaracterização sócio demográfica dos doentes dependentes no auto cuidado que apresentam os critérios de inclusão definidos: idade/grupo etário, sexo, estado civil, nível de instrução e pessoa com quem vive.

Tabela 2 – Caracterização sócio demográfica da amostra

DIMENSÕES/COMPONENTES	INDICADORES	n	%
Idade/Grupo etário	Nº de anos ocorridos entre o nascimento e o dia de internamento na unidade ≤ 25	0	0
	26 – 35	0	0
	36 – 45	8	8,0
	46 – 55	8	8,0
	56 – 65	13	13,0

	66 – 75	31	31,0
	76 – 85	29	29,0
	≥ 86	11	11,0
Sub- Total		**100**	**100**
Sexo	1 – Masculino	63	63,0
	2 – Feminino	37	37,0
Sub- Total		100	100
Estado Civil	1 –Solteiro	5	5,0
	2 – Casado	65	65,0
	3 – Viúvo	29	29,0
	4 – Divorciado	1	1,0
	4 – Outro	0	0,0
Sub- Total		100	100
Nível de instrução	0 –Sem frequência de ensino	4	4,0
	1 – Ensino primário incompleto	48	48
	2 – Ensino primário completo	32	32
	3 – Ensino secundário	12	12
	4 – Curso superior	4	4
Sub- Total		100	100
Pessoa com quem vive	0 – Esposa/Marido (Conjuge)	56	56
	1 – Filhos	12	12
	2 – Sobrinhos	6	6
	3 – Instituição (lar)	12	12
	4 – Vive só	11	11
	5 – Outros	3	3
Sub- Total		100	100

Média de Idade = 70,545; (Min=40 e Máx=92)

Relativamente à idade, o grupo etário predominante é o que se situa entre os 66 e os 75 anos (n = 31) que representa 31% do total da amostra, seguindo-se o grupo etário dos 76 aos 85 anos (n = 29), o que representa 29% do total, seguindo-se o grupo etário dos 56 aos 65 anos (n = 13) o que corresponde a 13%, seguindo-se o grupo dos maiores de 86 anos (n = 11), representando 11% do total. A amostra corresponde maioritariamente à população idosa (> de 65 anos) com n = 71 (71%) o que corresponde à população à qual se dedica a RNCCI (pessoas idosas em situação de fragilidade). A idade máxima observada foi de 95 anos e a mínima de 40 anos (tabela 2).

Relativamente ao género, podemos observar que a amostra é predominantemente masculina (n = 63), representando 63% enquanto o género feminino (n = 37) representa 37% do total.

Quando analisamos o estado civil constatamos que a maioria (n=65), ou seja 65% das pessoas que constituem a amostra se encontra casada, enquanto 29% são viúvos, 5% solteiros e apenas um dos elementos (1%) é divorciada.

Verificámos ainda que a maioria (n = 70) das pessoas que constituem a amostra tem baixas habilitações escolares, distribuídas 48% pelo ensino primário incompleto e 32% pelo ensino primário completo. Quatro (4%) das pessoas não frequentaram qualquer nível de escolaridade e apenas outras quatro (4%) tem formação superior. Doze (12%) das pessoas completaram o ensino secundário.

Relativamente à coabitação, constámos que a maioria das pessoas (n = 56) vive com o cônjuge (56%), enquanto 12% viviam com os filhos e igual número viviam em lar, previamente à hospitalização em agudos. Onze (11%) viviam sós e apenas 6% viviam com sobrinhos.

Os dados apresentados na tabela seguinte mostram-nos que na amostra em estudo as mulheres predominam na faixa etária dos [81-90] e [90-100], o que está de acordo com o facto de o tempo médio de vida ser superior no género feminino. Em todas as outras faixas etárias predominam os homens, podendo tal situação estar apenas relacionado com o facto de, na amostra em estudo, o género masculino predominar (63%).

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual da idade dos doentes com discriminação do género sexual

N = 100 Género	Idade 30-40	Idade 41-50	Idade 51-60	Idade 61-70	Idade 71-80	Idade 81-90	Idade 91-100	Total
Mulheres	0 (0,00%)	4 (10,80%)	3 (8,10%)	2 (5,40%)	7 (18,90%)	20 (54,0%)	1 (2,70%)	37 (100%)
Homens	2 (3,20%)	5 (8,00%)	10 (15,9%)	17 (27,0%)	14 (22,2%)	15 (23,8%)	0 0,00%)	63 (100%)
Total	2 (2%)	9 (9%)	13 (13%)	19 (19%)	21 (21%)	35 (35%)	1 (1%)	100 (100%)

Na amostra em estudo, (tabela 4) a maioria dos doentes é casado: 74,6% no género masculino e 48,6% no género feminino, seguindo-se os viúvos que no género feminino representam 45,9% e no masculino 19%, e muito mais abaixo os solteiros e divorciados, sendo que apenas um homem é divorciado.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual do estado civil doentes com descriminação do género sexual

Estado Civil Género	Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado	TOTAL
Mulheres	2 (5,40%)	18 (48,60%)	17 (45,90%)	0 (0,00%)	37 (100%)
Homens	3 (4,80%)	47 (74,60%)	12 (19,00%)	1 (1,60%)	63 (100%)
Total	5 (5,00%)	65 (65,00%)	29 (29,00%)	1 (1,00%)	100 100%

Avaliação inicial de Enfermagem

Da análise aos processos correspondentes à amostra em estudo, no que se refere à avaliação inicial de enfermagem, foram identificadas diferentes categorias respeitantes aos vários focos da prática de enfermagem.

De acordo com Phaneuf (2001), entendemos avaliação inicial como um processo organizado e sistemático de busca e recolha de informação feita a partir de diversas fontes a fim de descobrir as alterações na satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus problemas, de conhecer os seus recursos pessoais e de planificar intervenções de enfermagem susceptíveis de a ajudar. Ainda de acordo com a mesma autora, a avaliação inicial tem como objectivos a identificação de expectativas e necessidades mais imediatas da pessoa, identificação das suas reacções face ao seu problema de saúde, determinação de modificações do estado de saúde da pessoa, descoberta de factores de risco que podem constituir uma ameaça para ela, conhecimento de hábitos de vida e recolha de informação que permita elaborar diagnósticos de enfermagem.

Na apreciação inicial de enfermagem, referente aos doentes em estudo, foram identificados 1127 unidades de registo. Destes, 54,6 % (n=616) referiam-se à categoria de auto cuidado, seguindo-se a actividade motora com 6,6% (n=75) e a atitude terapêutica com 6,0% (n=68).

Tabela 5 – Distribuição das categorias de dados referentes à APRECIAÇÃO INICIAL

Ordem	**Categoria**	**Unidades de registo**	
		Nº f(x)	**%**
1ª	Auto cuidado	616	54,61
2ª	Actividade motora	**75**	6,6

3ª	Atitude terapêutica	68	6,0
4ª	Eliminação	66	5,8
5ª	Cognição	64	5,6
6ª	Metabolismo	58	5,1
7ª	Sensações	46	4,1
8ª	Circulação	39	3,4
9ª	Digestão	34	3,0
10ª	Reparação	17	1,5
11ª	Respiração	15	1,3
12ª	Temperatura corporal	12	1,1
13ª	Volume de líquidos	9	0,8
14ª	Dados gerais	8	0,7
Total		**1127**	**100**

Tal situação pode dever-se não só ao plano assistencial em vigor, mas também às necessidades de cuidados previamente identificadas nos hospitais de agudos, ou centros de saúde de onde provêm os doentes, relacionando-se tal facto com o principal critério de referenciação para a tipologia de convalescença da RNCCI: "*perda súbita de autonomia potencialmente recuperável*".

Perder autonomia implica limitação em algumas das actividades de auto cuidado, em função dos deficits motores, sensitivos ou outros, entretanto surgidos como consequência de episódio agudo, ou descompensação de processos crónicos.

Olhando para as restantes categorias identificadas na apreciação inicial de enfermagem (tabela 5) referentes a focos de atenção da prática, vemos que os diferentes focos de atenção que se centram nos processos fisiológicos são em percentagem pouco significativa se os compararmos com os focos de atenção referentes aos processos adaptativos (auto cuidado).

Na análise documental realizada aos 100 processos de doentes que apresentavam hemiplegia, identificámos 74546 focos da prática de enfermagem, sendo que, 57932 (77,6%) se referiam ao domínio do auto cuidado.

Tabela 6 – Focos da prática de enfermagem identificados na análise aos registos

FOCOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	Nº	%
Auto cuidado	57932	77,7

Eliminação	5819	7,80
Gestão e adesão ao regime terapêutico	3109	4,17
Respiração	3424	4,59
Tegumento	716	0,96
Sistema imunitário	462	0,61
Energia	436	0,58
Circulação	665	0,89
Volume de líquidos	579	0,77
Nutrição	559	0,74
Sensações	371	0,49
Metabolismo	474	0,63
TOTAL	**74546**	**100**

Dos restantes 16614 focos da prática, 5819 (7,80%) referiam-se ao domínio da eliminação, 3109 (4,3%) ao domínio da gestão e adesão ao regime terapêutico, 3424 (4,59%). Os restantes domínios apresentavam valores pouco representativos face ao auto cuidado.

Tabela 7 – Transmissão de conhecimentos, ensino de estratégias e treino de capacidades identificados na análise aos registos de enfermagem

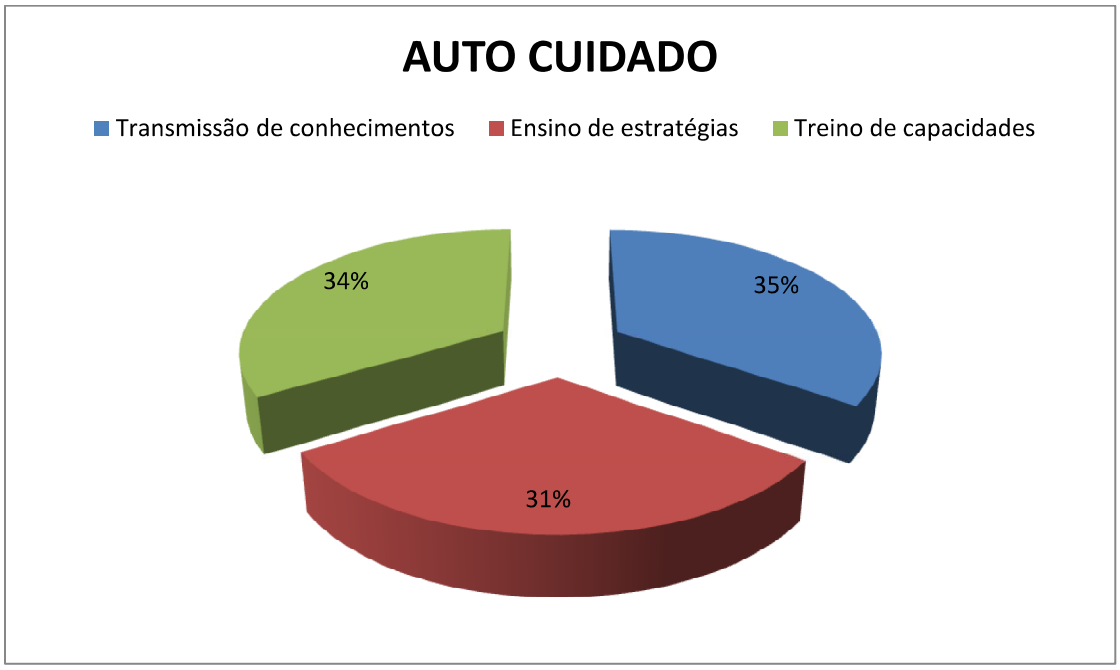
Categoria	Sub categoria	n	%
Transmissão de conhecimentos	Auto cuidado alimentar-se	14460	29,7
	Auto cuidado higiene (banho)	9044	16,6
	Auto cuidado vestir/despir	4587	9,4
	Auto cuidado transferir-se	3171	6,5
	Auto cuidado continência	15752	32,4
	Auto cuidado uso do sanitário	1536	3,1
Sub-total		***48550***	***34,5***
Ensino de estratégias	Auto cuidado alimentar-se	12757	28,9
	Auto cuidado higiene (banho)	8389	19,1
	Auto cuidado vestir/despir	4451	9,9
	Auto cuidado transferir-se	2966	6,6
	Auto cuidado continência	13588	30,3
	Auto cuidado uso do sanitário	2655	5,9
Sub-total		***44806***	***31,4***
Treino de capacidades	Auto cuidado alimentar-se	12561	26,7
	Auto cuidado higiene (banho)	9062	19,2
	Auto cuidado vestir/despir	4896	10,4
	Auto cuidado transferir-se	2991	6,3
	Auto cuidado continência	14902	31,6
	Auto cuidado uso do sanitário	2618	5,5
Sub-total		***47030***	***33,5***
Total		**140386**	**100**

Na análise à tabela 7, na dimensão transmissão de conhecimentos (educar), que segundo a CIPE é *" um tipo de ensino com as características específicas: transmitir a alguém conhecimentos sobre alguma coisa"*, relativa ao auto cuidado continência (n=15572), podemos verificar que este auto cuidado representa 32,4% de todos os conhecimentos transmitidos, relativos às diferentes actividades de auto cuidado, seguindo-se o auto cuidado alimentação (n=14460) correspondente a 29,7% do total de conhecimentos transmitidos. A actividade de auto cuidado que apresenta menor valor (n=1563) transmissão de conhecimentos é o auto cuidado uso do sanitário (1536), representa apenas 3,1% do total de conhecimentos transmitidos.

Relativamente à dimensão ensino de estratégias (instruir), que segundo a CIPE é *" um tipo de ensino com as características específicas: transmitir a alguém, informação sistematizada sobre como fazer alguma coisa"*, o auto cuidado uso sanitário (n = 2655) é aquele que apresenta menor percentagem, 5,9%, enquanto o auto cuidado continência (n = 13588) é o que apresenta maior percentagem de instruções efectuadas, 30,3% do total de estratégias ensinadas, logo seguida do auto cuidado alimentação sobre o qual foram ensinadas 12757 estratégias o que representa 28,9% do total de ensino de estratégias.

Quanto à dimensão relativa ao treino de capacidades (treinar), que segundo aCIPE é *"acção de instruir com as características específicas: desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa"* a continência (n = 14902) é aquela que representa maior percentagem, 31,6%, do total das actividades treinadas, seguindo-se o auto cuidado alimentação (n = 12561) que representa 26,7 do total de treinos efectuados. A actividade de auto cuidado menos treinada (n = 2618) é o uso sanitário, com uma representatividade relativa de 5,5%.

Gráfico nº 1 – Transmissão de conhecimentos, ensino de estratégias e treino de capacidades identificados na análise aos registos de enfermagem



Como se pode ver pelo gráfico nº 1, 35% das intervenções dos enfermeiros inerentes ao auto cuidado dirigem-se à transmissão de conhecimentos (educar), 34% ao treino de capacidades (treinar) e 31% ao ensino de estratégias (instruir).

Para as variáveis transmissão de conhecimentos sobre auto cuidado, ensino de estratégias e treino de capacidades sobre auto cuidado, definimos as suas dimensões e componentes, centrando-as em três focos da prática de enfermagem, o conhecimento, a instrução e a aprendizagem de capacidades.

A variável nível de dependência do doente foi operacionalizada pelos focos de atenção do índice de Katz, como o auto cuidado: **banho, vestuário, alimentação, uso do sanitário, transferência e continência**.

Tendo como ponto de partida estes focos da prática, definimos as dimensões/componentes e indicadores que operacionalizam a variável.

Para as dimensões que tinham por foco de atenção o auto cuidado, o score variava entre 1 (um) e 4 (quatro). O score 4 correspondia à melhor situação de

independência (independente) e o score 1 à situação de maior dependência (dependente).

Do exposto, pode-se concluir que o score que cada doente apresenta em cada uma das actividades de vida diária resulta dos scores que lhe foram atribuídos, sendo que, quanto mais elevado é o score em cada uma das actividades de auto cuidado, maior é o grau de independência. O score máximo possível de obter, é o valor 24 que traduz a independência em todas as actividades de auto cuidado, e o score mínimo é o valor 6 que condiz com a situação de maior dependência.

Considera-se evolução negativa da independência, quando o score da avaliação de entrada na unidade é inferior ao da avaliação de saída, no momento do regresso a casa.

Tabela 8 – Avaliação inicial (Katz)

INICIAL (Katz)	Banho	Vestuário	Alimentação	Uso do sanitário	Transferência	Continência
A	0	0	0	0	0	0
B	0	0	0	0	0	0
C	2	2	0	0	0	0
D	5	5	0	5	5	0
E	7	7	0	7	7	0
F	14	14	0	14	14	14
G	72	72	72	72	72	72

Chave:

A = Independente para todas as actividades.
B = Independente para todas as actividades menos uma (banho).
C = Independente para todas as actividades menos banho e mais uma adicional (vestir).
D = Independente para todas as actividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional (higiene pessoal).
E = Independente para todas as actividades menos banho, vestir-se, ir ao sanitário e mais uma adicional (transferência).
F = Independente para todas as actividades menos banho, vestir-se, ir ao sanitário, transferência e mais uma adicional (continência).
G = Dependente para todas as actividades

Fonte: Katz, 1976

Na tabela 8, verifica-se que 72% dos doentes se apresentam dependentes nas seis actividades, 14% apresentam-se independentes para todas as actividades menos banho, vestir-se, ir ao sanitário, transferência e mais uma adicional (continência), sendo que os mais independentes são apenas 2% mesmo assim apresentam-se dependentes no banho e no vestir. Nenhum doente se

apresentava independente nas seis funções, à entrada, pois tal tornar-se-ia critério de exclusão, ao abrigo dos critérios de referenciação para a RNCCI.

Tabela 9 – Avaliação final (Katz)

FINAL (Katz)	Banho	Vestuário	Alimentação	Uso do sanitário	Transferência	Continência
A	58	58	58	58	58	58
B	17	0	0	0	0	0
C	8	8	0	0	0	0
D	5	5	0	5	5	0
E	0	0	0	0	0	0
F	0	0	0	0	0	0
G	12	12	12	12	12	12

Na análise à tabela 9, verifica-se que à saída da unidade 58% dos doentes se encontram independentes para todas as actividades, 17% encontram-se independentes para todas as actividades menos uma (banho), 8% encontram-se independentes para todas as actividades menos banho e mais uma adicional (vestir), 5% encontram-se independentes para todas as actividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional (uso do sanitário) e apenas 12% se mantiveram dependentes nas seis actividades de vida diária.

Tabela 10 – Distribuição das categorias de dados referentes à avaliação inicial – Nível de dependência inicial no auto cuidado (variável dependente)

	Banho		Vestuário		Alimentação		Uso do Sanitário		Transferência		Continência	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dependente 1	71	71	50	50	45	45	55	55	53	53	64	64
Independente com ajuda 2	26	26	50	50	28	28	37	37	36	36	24	24
Independente com supervisão 3	3	3	0	0	26	26	7	7	11	11	6	6
Independente 4	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	6	6

Da análise à tabela 10, verificamos que relativamente ao auto cuidado banho nenhum elemento da amostra era completamente independente e apenas 3% das pessoas eram independentes com supervisão. Mais de um quarto dos elementos da amostra (26%) era independente mas para tal necessitavam de ajuda, sendo que a maioria dos elementos (71%) encontrava-se dependente nesta actividade de auto cuidado.

No auto cuidado vestuário, metade dos elementos da amostra (50%) encontravam-se dependentes, enquanto a outra metade (50%) se encontrava independente mas necessitavam de ajuda. Nenhum elemento era independente com supervisão, assim como nenhum elemento era completamente independente.

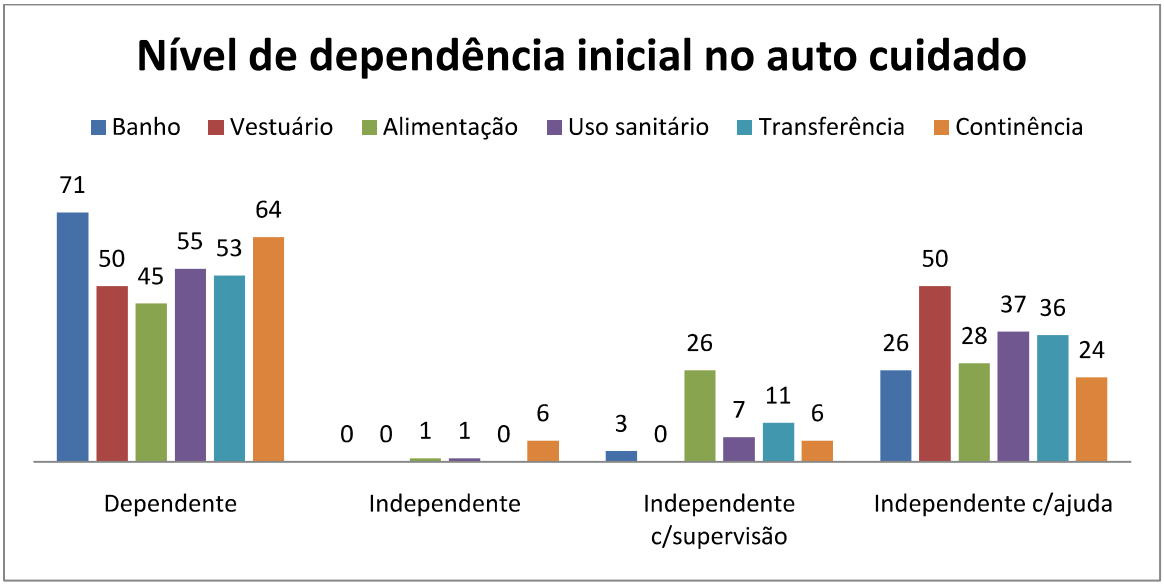
Relativamente ao auto cuidado alimentação, constatamos que apenas 1% das pessoas à entrada na unidade se apresentava independente, 26% apresentava-se independente com supervisão para se alimentar, enquanto 28% eram independentes na alimentação mas necessitavam da ajuda de pessoas e quase metade dos elementos da amostra (45%) encontrava-se dependente para este auto cuidado.

No uso do sanitário apenas 1% das pessoas eram independentes, 7% eram independentes necessitando apenas de supervisão, 37% eram independentes mas necessitavam de ajuda, sendo que, 53% eram dependentes.

Relativamente à transferência nenhuma pessoa da amostra em estudo era independente, 11% eram independentes mas necessitavam de supervisão, 36% eram independentes mas necessitavam de ajuda e mais de metade dos elementos da amostra (53%) eram dependentes.

No auto cuidado continência, 6% eram independentes, 6% eram independentes mas necessitavam de supervisão, 24% eram independentes mas necessitavam de ajuda e mais de metade dos elementos que constituíam a amostra (64%) eram dependentes.

Gráfico nº 2 –Distribuição das categorias de dados referentes à avaliação inicial – Nível de dependência inicial no auto cuidado (variável dependente)



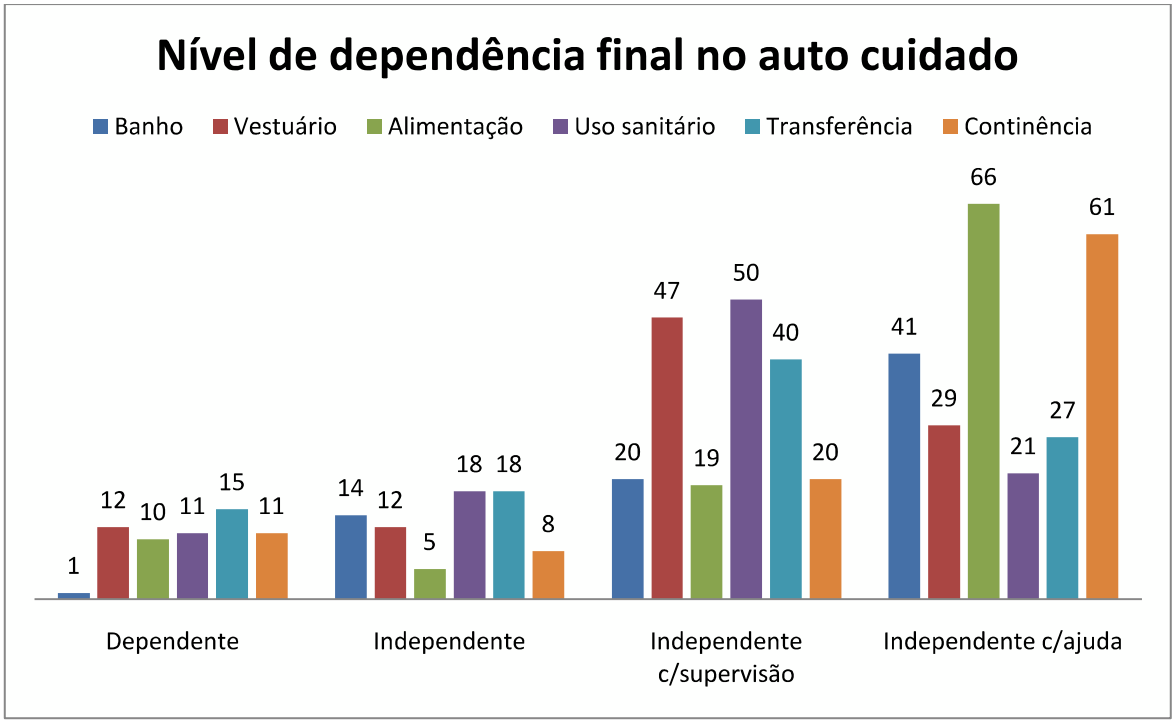
Da análise ao gráfico nº 2, verificámos que mais de metade dos doentes na entrada se apresentava dependente, nas seis actividades de auto cuidado e apenas dois doentes se apresentavam independentes na alimentação e no uso sanitário respectivamente. A outra metade dos doentes era independente mas maioritariamente necessitada de ajuda de pessoas para o efeito.

Tabela 11 – Distribuição das categorias de dados referentes à avaliação final – Nível de dependência final no auto cuidado (variável dependente)

	Banho		Vestuário		Alimentação		Uso do Sanitário		Transferência		Continência	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dependente 1	1	1	12	12	10	10	11	11	15	15	11	11
Independente com ajuda 2	14	14	12	12	5	5	18	18	18	18	08	08
Independente com supervisão 3	20	20	47	47	19	19	50	50	40	40	20	20
Independente 4	41	41	29	29	66	66	21	21	27	27	61	61

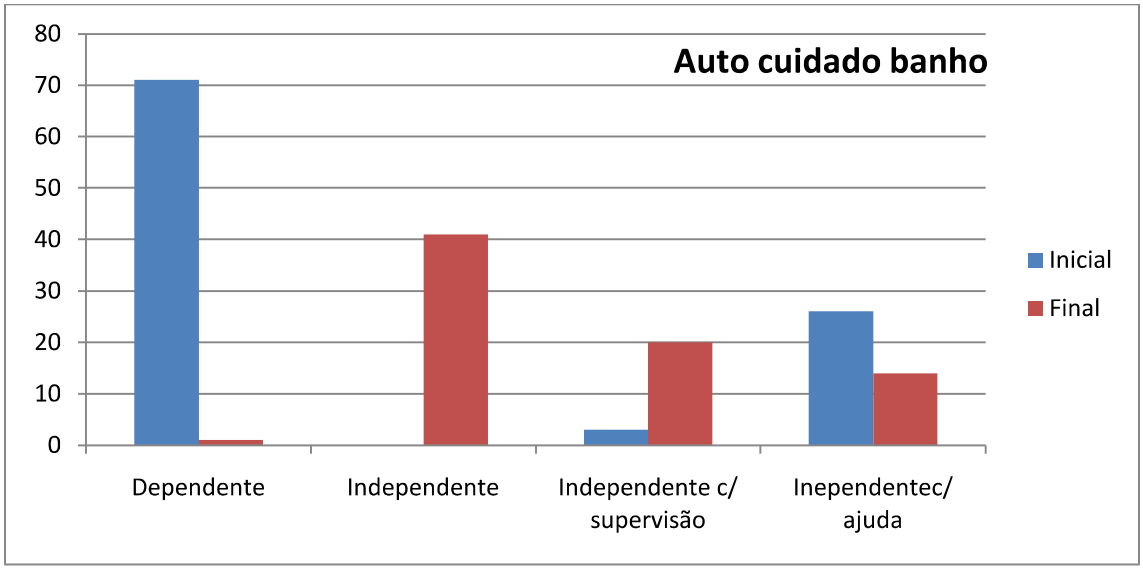
Da análise à tabela 11, verificamos que, no auto cuidado alimentação, 66% das pessoas à saída na unidade apresentavam-se independentes, 19% apresentavam-se independentes mas necessitavam de ajuda de pessoas, enquanto, 5% eram independentes se tivessem supervisão e apenas 10% das pessoas se encontravam dependentes para esta actividade de auto cuidado.

Gráfico nº 3 –Distribuição das categorias de dados referentes à avaliação final – Nível de dependência final no auto cuidado (variável dependente)



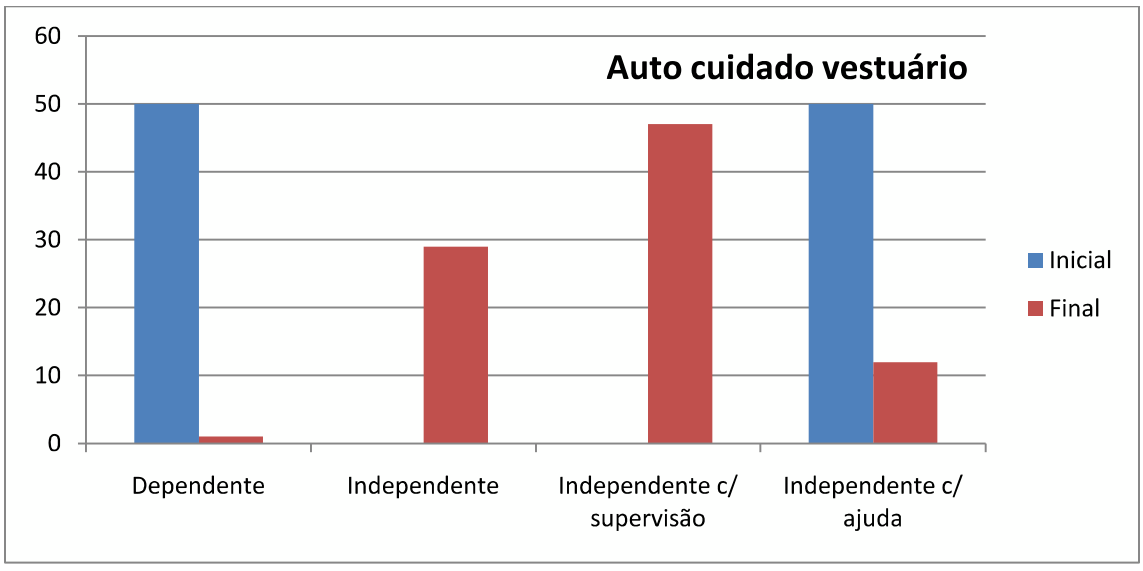
Da análise ao gráfico nº 3 referente ao nível de dependência final no auto cuidado, verifica-se que a percentagem de pessoas dependentes passou de cerca de 50% para próximo de 10% na maior partes das actividades de auto cuidado, sendo que a maior percentagem de pessoas se encontra independente necessitando para o efeito de supervisão.

Gráfico nº 4 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado banho



Da análise ao gráfico nº 4, verificámos que no auto cuidado banho o grau de dependência se inverte quase complectamente, sendo que o número de indivíduos que permanece dependente no final é praticamente nulo; 41% das pessoas apresentavam-se independentes, 20% eram independentes no banho, mas para tal necessitavam de supervisão; 14% necessitavam ainda de ajuda de pessoas para consumarem o banho, sendo que apenas 1% se apresentava dependente.

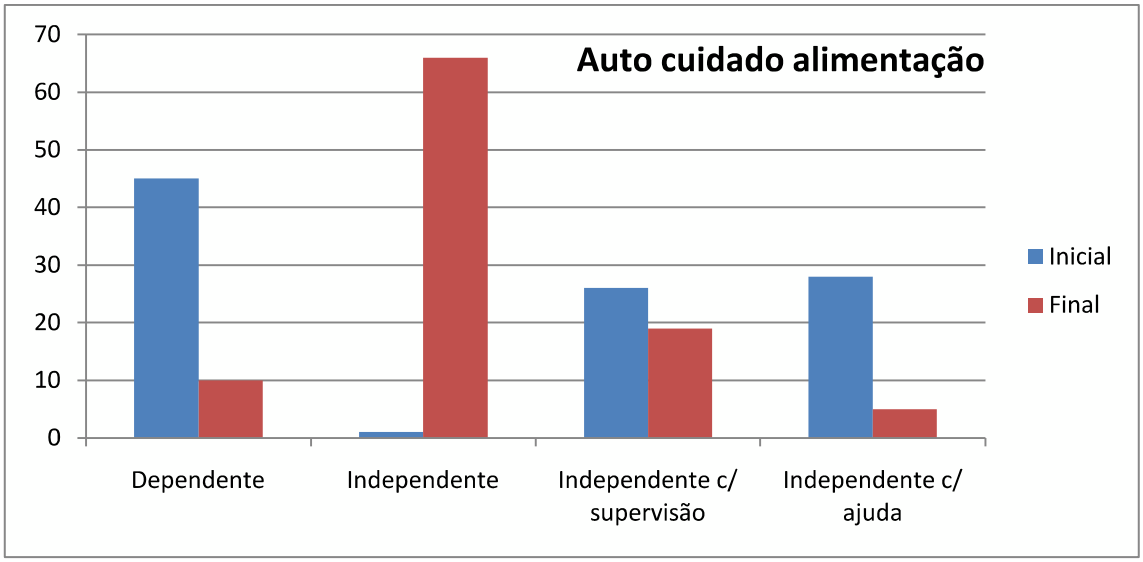
Gráfico nº 5 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado vestuário



Na análise ao gráfico nº 5, relativo ao auto cuidado vestuário, 29% apresentavam-se independentes, enquanto (47%) se encontravam independentes com

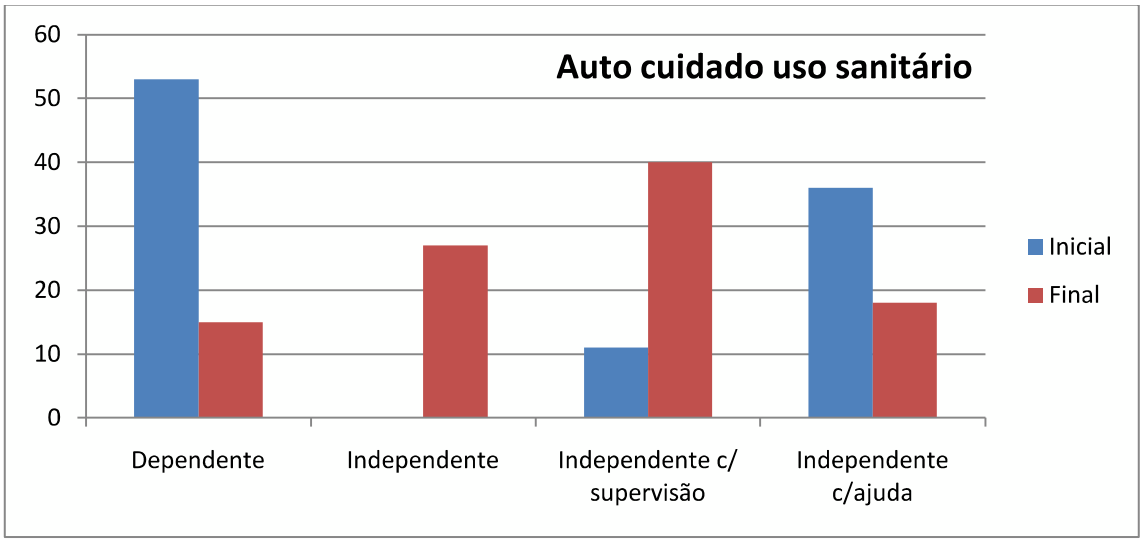
supervisão, 12% eram independentes mas para o efeito necessitavam de ajuda de pessoas, enquanto 12% se mantinham dependentes.

Gráfico nº 6 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado alimentação



Da observação do gráfico nº6, relativo ao auto cuidado alimentação, verificámos que, 66% das pessoas à saída na unidade apresentavam-se independentes, 19% apresentavam-se independentes mas necessitavam de ajuda de pessoas, enquanto, 5% eram independentes se tivessem supervisão e apenas 10% das pessoas se encontravam dependentes para esta actividade de auto cuidado.

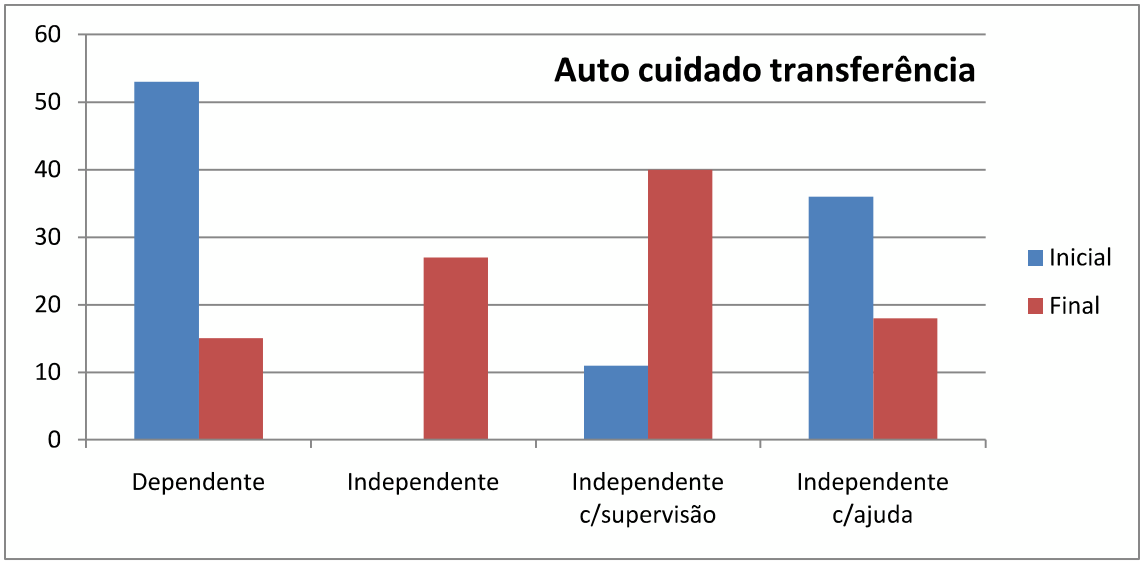
Gráfico nº 7 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado uso do sanitário



No gráfico nº 7, relativamente ao uso do sanitário, podemos observar que, à saída, 21% encontravam-se independentes, 50% eram independentes

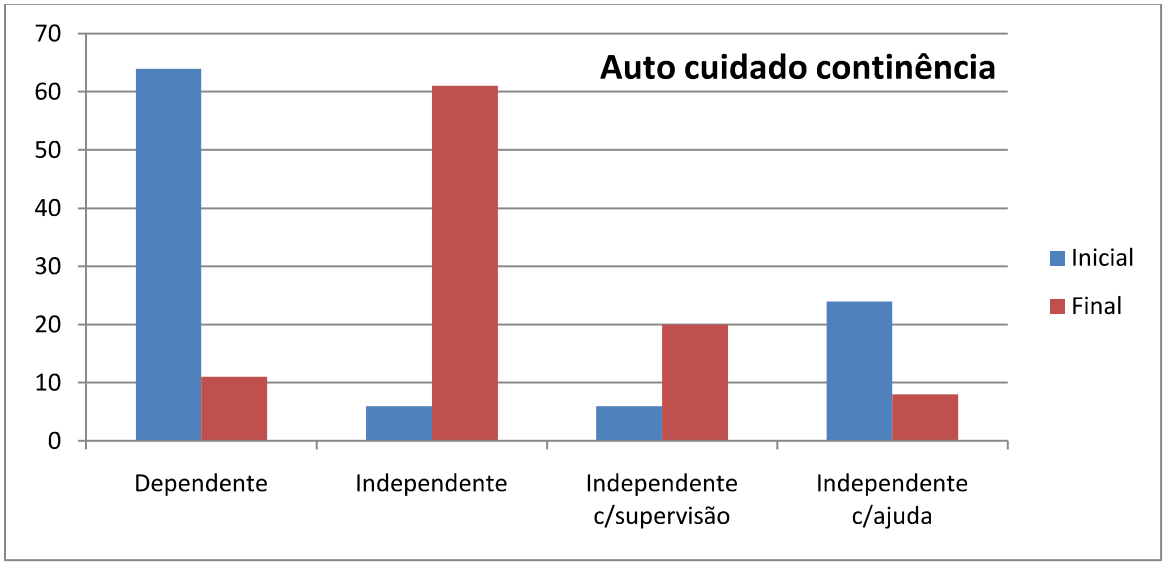
necessitando apenas de supervisão, 18% eram independentes mas necessitavam de ajuda, sendo que 11% permaneciam dependentes.

Gráfico nº 8 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado transferência



No que diz respeito ao gráfico nº 8, relativo à transferência, à saída da unidade, 27% apresentavam-se independentes, contrastando com o facto de à entrada nenhum indivíduo se encontrar independente. À saída, 40% dos indivíduos encontravam-se independentes necessitando para o efeito apenas de supervisão, enquanto 18% eram independentes mas necessitavam de ajuda e apenas 15% permaneciam dependentes.

Gráfico nº 9 – Grau de independência inicial e final relativa ao auto cuidado continência



No gráfico nº 9, podemos observar que, relativamente à continência (controle de esfíncteres), à saída da unidade mais de metade da amostra em estudo (61%) encontrava-se independente, 20% eram independentes necessitando apenas de supervisão, enquanto 8% eram independentes mas necessitavam de ajuda e apenas 11% permaneciam dependentes.

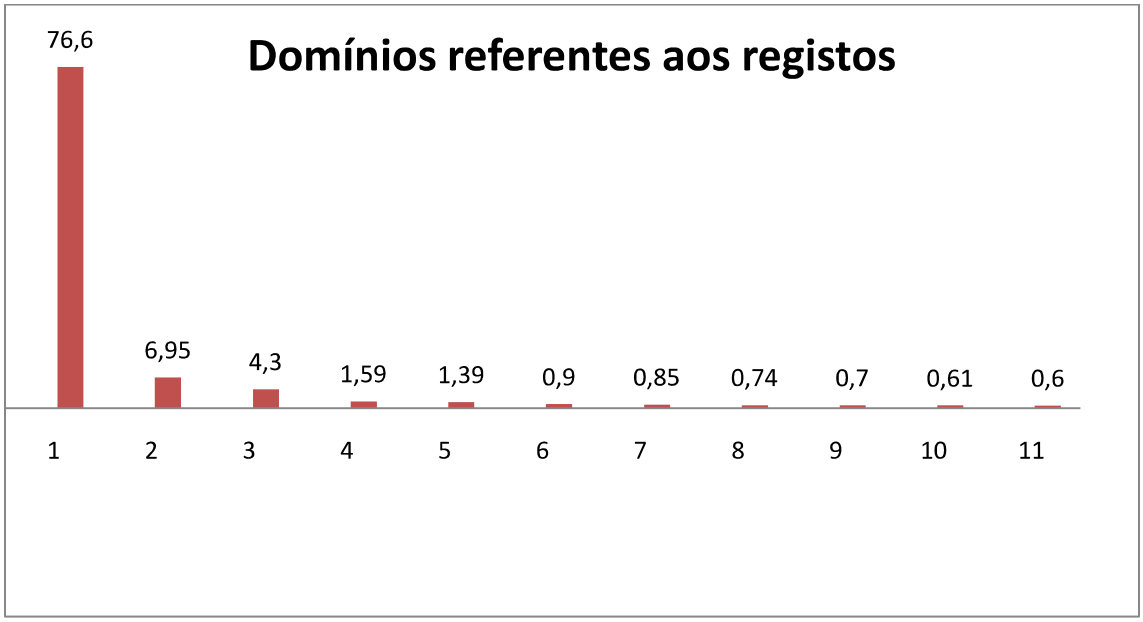
Tabela 12 – Focos de atenção da prática de enfermagem identificados na análise aos registos

Domínio	Diagnóstico diferencial	Registo	%
Respiração	Dispneia funcional	823	1,0
	Dispneia em repouso	912	1,1
	Ortopneia	640	0,8
	Expectorar ineficaz	140	0,2
	Tossir ineficaz	754	0,9
	Risco de broncoaspiração	155	0,2
Sub Total		3424	4,25
Circulação	Hipertensão	545	0,7
	Risco de hipotensão	107	0,1
	Risco de hemorragia	32	0,04
Sub Total		684	0,85
Nutrição	Risco de ingestão nutricional insufi.	573	0,7
Sub Total		573	0,7
Metabolismo	Metabolismo energético alterado	484	0,6
		484	0,6
Volume de líquidos	Edema	230	0,3
	Ascite	94	0,1
	Risco de desidratação	276	0,3
Sub Total		600	0,74
Eliminação	Incontinência fecal	1557	1,9
	Incontinência urinária de esforço	1246	1,5
	Incontinência urinária reflexa	116	0,1
	Incontinência urinária funcional	1058	1,3
	Urgência urinária	1257	1,6
	Risco de obstipação	720	0,9
Sub Total		5594	6,95
Tegumento	Úlcera de pressão	324	0,4
	Risco de úlcera de pressão	810	1,0
	Ferida	147	0,2
Sub Total		1281	1,59
Sensações	Dor por ferida	110	0,1
	Dor artrítica	122	0,2
	Dor isquémica	93	0,1
	Cólica	126	0,2
	Outra	47	0,05
Sub Total		498	0,61
Sistema imunitário	Infecção	976	1,2
	Susceptibilidade à infecção	148	0,2
Sub Total		1124	1,39
Energia	Intolerância à actividade	687	0,9
Auto cuidado	1 Alimentar-se	9.354	11,6
	2 Banho	8.547	10,6
	3 Vestuário	7.643	9,5
	4 Transferir-se	6.476	8,0

	5 Posicionar-se	4.889	6,0
	6 Uso do sanitário (higiene pessoal)	7.657	9,5
	7 Risco de queda	8.447	10,5
	8 Continência	8.632	10,7
Sub Total		61645	76,6
Gestão e adesão ao regime terapêutico		3.454	4,3
Total		80408	100

Da análise à tabela 12, verifica-se que a centralidade dos registos dos enfermeiros está nas actividades de auto cuidado, tal como se verificava na apreciação inicial, onde este era o foco principal de atenção (76,6%). Esta situação pode ficar a dever-se ao principal critério de referenciação para a rede ser a perda súbita de autonomia, em função de doença súbita ou descompensação de processo crónico. Tal situação implica que estas pessoas fiquem pelo menos temporariamente com deficit de auto cuidado. O segundo foco de atenção é a eliminação (6,95%), tal pode também ficar a dever-se ao facto de as pessoas com hemiplegia apresentarem por vezes alteração desta função. O foco de atenção de que há menos registos é o metabolismo energético alterado (0,6%).

Gráfico nº 10 – Focos da prática de enfermagem identificados na análise aos registos em %



1. Auto cuidado
2. Eliminação
3. Gestão e adesão ao regime terapêutico
4. Tegumento
5. Sistema imunitário
6. Energia
7. Circulação
8. Volume de líquidos
9. Nutrição
10. Sensações
11. Metabolismo

Da análise ao gráfico nº 10, verificámos que apesar de os focos da prática identificados pelos enfermeiros de dividirem por onze domínios, a fatia mais significativa refere-se ao auto cuidado (76,6%), seguida da eliminação (6,95%) e da gestão e adesão ao regime terapêutico (4,3%). Os restantes domínios são pouco representativos, oscilando entre 1,59% e 0,6%.

Neste estudo, analisámos os registos efectuados pelos enfermeiros, em 100 processos clínicos de doentes com hemiplegia, observando que focos da prática de enfermagem identificaram os enfermeiros, assim como os conhecimentos (ensinar), estratégias (instruir) e capacidades (treinar) que foram por eles efectuados, relativamente ao auto cuidado.

3. DISCUSSÃO DOS DADOS

Na apresentação dos dados, procederemos à descrição dos défices no auto cuidado, identificados à entrada e saída da unidade, tentando analisar de que modo as práticas de enfermagem em uso contribuíram para os minorar.

De acordo com André, 2006; Martins, R. 2004; Shepherd, 2008; Stroke 1994, o risco de AVC aumenta com a idade, tanto em homens, como em mulheres, apesar de poder acontecer em qualquer idade, sobretudo a partir dos 40 anos; na nossa amostra os indíviduos surgiram dos 40 aos 92 anos, sendo de salientar que três quartos dos elementos da amostra têm pelo menos 84 anos. Outros estudos revelam que a prevalência do AVC é de, 13,7% nos homens e 10,9% nas mulheres entre os 70-74 anos, 18% nos homens e 15,5% nas mulheres entre os 75-79 anos e 22,3% nos homens e 23,9% nas mulheres entre os 80-84 anos de idade (Stroke, 1994).

Ao contrário dos estudos de Stroke (1994), em que na faixa etária dos 80-84 anos a percentagem de homens e mulheres com AVC é práticamente igual, a nossa amostra é composta por 67 homens e 37 mulheres, o que nos permite concluir que a mesma se diferencia relativamente ao género sexual, com uma predominância no género masculino.

Se atendermos a que os registos a que se refere este estudo dizem respeito a um modelo assistencial cuja centralidade recai nos processos adaptativos, não será de estranhar que 77,6% dos mesmos registos se refiram às actividades de auto cuidado, onde em consequência da doença (AVC) surgiram défices que terão de ser treinados de modo a minorar a dependência ou então as pessoas terão de se adaptar de modo a conseguirem o máximo de qualidade de vida, de acordo com a sua nova situação de saúde

De acordo com M. Martins (2002, p. 216), *"...no tocante às incapacidades podemos concluir dois aspectos importantes: 1) estes doentes necessitam, quando saem do hospital, do auxílio de alguém para viver o seu dia-a-dia com um mínimo de qualidade".*

A avaliação inicial que é feita pelos enfermeiros, relativamente ao grau de independência, no auto cuidado, à entrada na unidade de convalescença com

base no índice de Katz, mostra que os doentes em estudo apresentaram graus de dependência muito variados como podemos constatar pela análise das tabelas abaixo apresentadas, não na globalidade, mas em cada um dos auto cuidados identificados.

De acordo com M. Martins (2002, p.216), *" no plano das incapacidades importa, desde já registar que apenas 1,75% dos sujeitos está, ao 7º dia, totalmente independente. Pelo contrário, 11,7% mostra-se totalmente dependente, apresentando os restantes graus variáveis de dependência".*

T. Martins (2000), refere em função de um estudo realizado no Porto, numa amostra comunitária de indivíduos com mais de 40 anos de idade, foi encontrada uma prevalência de 45,4% de pessoas afectadas por AVC, que apresentavam incapacidades ou limitações físicas que condicionavam as suas actividades de vida.

Em todas as actividades de auto cuidado, avaliadas pelo índice de Katz, verificaram-se ganhos em independência nas pessoas que permaneceram na unidade de convalescença; relativamente ao banho das 71% das pessoas que se apresentavam independentes à entrada, apenas 14% permaneceram dependentes à saída.

No que concerne ao vestuário, das 50% pessoas que se apresentavam dependentes e de outras tantas que necesitavam de ajuda de terceiros para se vestirem, apenas 12% permanece dependente e outras tantas ainda necessita de ajuda para se vestir.

Se analisarmos o grau de dependência inicial ao nível da alimentação podemos verificar que, dos 45% de indivíduos que se encontrava dependente inicialmente, apenas 10% das pessoas permanecem dependentes; no entanto, a percentagem de pessoas que obteve independência na alimentação passou de 1% para 66%.

Relativamente ao auto cuidado uso do sanitário, dos 55% de indivíduos que se aprentavam dependentes à entrada, apenas 11% se manteve dependente à saída, passando o número de independentes no uso do sanitário de 1% para 21%.

Já no que toca à transferência, dos 53% dependentes inicialmente, apenas permaneceu com este status à saída 15%, passando o número de independentes de zero para 27%.

Por fim no respeitante à continência, a percentagem de dependentes passou de 64% para 11% e a de independentes de 6% para 61%.

Ainda deacordo com M. Martins (2002, p.216), *" mais de metade dos doentes necessita de ajuda para se alimentar, para realizar a sua higiene e tomar banho complecto, para se deslocar ao quarto de banho, para se vestir, para se mover e levantar da cama,...,ao nível das incontinências a situação afigura-se um pouco melhor: 12, 87% é incontinente urinário e 40,94% é incontinente de fezes ou tem dejecções ocasionais".*

Dos cuidados efectuados pelos enfermeiros, na unidade de convalescença relativamente ao auto cuidado, que contribuiram para a independência das pessoas, salientamos a transmissão de conhecimentos (educar), o ensino de estratégias (instruir) e o treino de capacidades (treinar), como principais intervenções de enfermagem contributivas para a independência das pessoas.

Segundo Fontes (2000), "durante o internamento e logo que possível os profissionais de saúde devem iniciar o ensino ao indivíduo, vítima de AVC, e aos familiares que irão cuidar dele no pós-alta. O plano de ensino deve integrar aspectos como cuidados de higiene, atitude de prevenção de úlceras de pressão, posturas correctas do doente no leito, ensino sobre técnicas de transferência do doente da cama para a cadeira, da cadeira para a sanita, da cadeira para o banho", etc.

Os registos que mais valorizaram os enfermeiros, face à evolução da independência da pessoa durante o internamento, na unidade de convalescença, foram o conhecimento sobre auto cuidado, o conhecimento sobre estratégias adaptativas e a aprendizagem de capacidades sobre auto cuidado, representando 76,6% do total das categorias identificadas nos registos.

Dependência inicial no auto cuidado banho

À entrada na unidade, pela análise da tabela 13, verificamos que grande parte dos doentes (71%) apresentava-se dependente no auto cuidado banho e que mais de um quarto (26%) apresentava-se independente neste auto cuidado mas necessitava para o efeito de ajuda de terceiros. Uma pequena parte dos doentes (3%) apresentava-se independente mas necessitava ainda de supervisão. Nenhum doente se apresentava independente no auto cuidado banho.

Tabela 13 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado banho (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	71	71,0	71,0	71,0
	Independente c/ ajuda	26	26,0	26,0	97,0
	Independente c/ supervisão	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência inicial no auto cuidado vestuário

Pela análise da tabela 14, verificamos que metade dos doentes (50%) se apresentava dependente no auto cuidado vestuário e que outra metade dos doentes se apresentava independente mas necessitava de ajuda de terceira pessoa para conseguir vestir-se. Nenhum dos elementos da amostra em estudo se apresentava independente ou independente com supervisão no auto cuidado vestuário.

Tabela 14 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado vestuário (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	50	50,0	50,0	50,0
	Independente c/ ajuda	50	50,0	50,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência inicial no auto cuidado alimentação

Pela análise da tabela 15, podemos constatar que quase metade dos doentes (45%) apresentavam-se dependentes à entrada e mais de um quarto (28%) apresentavam-se independentes apenas com ajuda de terceira pessoa e cerca de outro quarto (26%) apresentava-se independente mas com necessidade de supervisão o que significa que a maioria dos doentes (73%), apresentavam-se muito limitados relativamente à alimentação. Apenas um elemento da amostra em estudo (1%) se apresentava completamente independente no auto cuidado alimentação.

Tabela 15 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado alimentação (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	45	45,0	45,0	45,0
	Independente c/ ajuda	28	28,0	28,0	73,0
	Independente c/ supervisão	26	26,0	26,0	99,0
	Independente	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência inicial no auto cuidado uso do sanitário

Como podemos verificar na tabela 16, os doentes da amostra em estudo, mais de metade (55%) apresentava-se dependentes e mais de um terço (37%) apresentava-se independente mas com recurso a pessoas. Menos de um quinto dos doentes (17%) apresentava-se independente mas ainda a necessitar de supervisão e apenas um doente se apresentava independente nesta actividade de auto cuidado.

Tabela 16 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado uso do sanitário (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	55	55,0	55,0	55,0

	Independente c/ ajuda	37	37,0	37,0	92,0
	Independente c/ supervisão	7	7,0	7,0	99,0
	Independente	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência inicial no auto cuidado transferência

A transferência adquire aqui uma grande importância, já que desta faculdade podem depender outras actividades de auto cuidado contributivas para independência das pessoas. Uma pessoa que não seja capaz de se transferir fica automaticamente dependente para parte das actividades de auto cuidado. Analisando a tabela 17, verificamos que mais de metade (53%) dos doentes se apresentava dependente e mais de um terço (36%) se apresentava independente mas dependia de pessoas para o efeito. Apenas 11% dos doentes se encontrava independente mas ainda necessitava de supervisão, sendo que nenhum doente se encontrava dependente no auto cuidado transferência.

Tabela 17 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado transferência (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	53	53,0	53,0	53,0
	Independente c/ ajuda	36	36,0	36,0	89,0
	Independente c/ supervisão	11	11,0	11,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência inicial no auto cuidado continência

De acordo com a tabela 18 e relativamente à continência cerca de dois terços da amostra em estudo, 64% dos doentes apresentava-se dependente e cerca de um quarto (24%) era independente mas com a ajuda de terceira pessoa. Nenhum elemento da amostra era independente com supervisão e apenas 6% das pessoas era independente na continência.

Tabela 18 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência inicial dos doentes no auto cuidado continência (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	64	64,0	64,0	64,0
	Independente c/ ajuda	24	24,0	24,0	88,0
	Independente c/ supervisão	6	6,0	6,0	94,0
	Independente	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência final no auto cuidado banho

Analisando a tabela 19, constatámos que à saída da unidade cerca de um quarto (24%) dos doentes encontra-se independente. O número dos doentes independentes com supervisão à saída é de 41%. O número de doentes independentes com ajuda de pessoas representa um quinto (20%) da amostra em estudo, enquanto o número de doentes dependentes no auto cuidado banho representa cerca de um quarto da amostra (24%).

Tabela 19 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado banho (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,0	1,0	1,0
	Dependente	14	14,0	14,0	15,0
	Independente c/ ajuda	20	20,0	20,0	35,0
	Independente c/ supervisão	41	41,0	41,0	76,0
	Independente	24	24,0	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência final no auto cuidado vestuário

Podemos verificar pela análise da tabela 20 que à saída da unidade o número de pessoas independentes é de 29%. O número de pessoas independentes com

supervisão representa quase metade da amostra (47%). O número de pessoas dependentes ou independentes com ajuda de pessoas divide-se harmonicamente por cerca de 12% respectivamente, no auto cuidado vestuário.

Tabela 20 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado vestuário (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	12	12,0	12,0	12,0
	Independente c/ ajuda	12	12,0	12,0	24,0
	Independente c/ supervisão	47	47,0	47,0	71,0
	Independente	29	29,0	29,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência final no auto cuidado alimentação

Pela análise da tabela 21, verificámos que, à saída da unidade, o número de pessoas independentes representa mais de metade dos elementos que constituem a amostra do estudo (66%), seguido pelo número de doentes que apenas necessitam de supervisão para serem independentes neste auto cuidado (19%). Constata-se ainda que 10% das pessoas permanecem dependentes à saída da unidade, enquanto 5% se tornaram independentes com supervisão.

Tabela 21 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado alimentação (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	10	10,0	10,0	10,0
	Independente c/ ajuda	5	5,0	5,0	15,0
	Independente c/ supervisão	19	19,0	19,0	34,0
	Independente	66	66,0	66,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência final no auto cuidado uso do sanitário

Da análise à tabela 22, verificámos que o grupo mais representado é o dos doentes que ficaram independentes com supervisão (50%), seguindo-se o grupo dos que se tornaram independentes (21%) e os que se tornaram independentes com ajuda das pessoas e por último os que continuam dependentes (11%).

Tabela 22 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado uso do sanitário (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	11	11,0	11,0	11,0
	Independente c/ ajuda	18	18,0	18,0	29,0
	Independente c/ supervisão	50	50,0	50,0	79,0
	Independente	21	21,0	21,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência final no auto cuidado transferência

Como se deduz da tabela 23, uma parte significativa de doentes (40%) apresenta-se independente com supervisão à saída da unidade, enquanto outra (27%) se encontra independente. O número dos que se apresentam independentes com ajuda é de 18%, enquanto uma pequena parte dos doentes da amostra se mantém dependente à saída da unidade.

Tabela 23– Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado transferência (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	15	15,0	15,0	15,0
	Independente c/ ajuda	18	18,0	18,0	33,0
	Independente c/ supervisão	40	40,0	40,0	73,0
	Independente	27	27,0	27,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Dependência final no auto cuidado continência

Relativamente ao nível de continência final, o número de pessoas que saiu independente é superior a metade da amostra do estudo (60%), seguido do número de pessoas que saíram independentes com supervisão. Por outro lado, o número de pessoas independentes com ajuda é o menos significativo (8%), sendo que 11% dos elementos que constituem a mostra continuaram dependentes.

Tabela 24 – Distribuição numérica e percentual do grau de dependência final dos doentes no auto cuidado continência (Índice de Katz)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dependente	11	11,0	11,0	11,0
	Independente c/ ajuda	8	8,0	8,0	19,0
	Independente c/ supervisão	20	20,0	20,0	39,0
	Independente	61	61,0	61,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Estudos levados a cabo por (Bonita, 2002; Umphred, D., 2007; Shepherd, 2008), demonstram que mais de 50% dos pacientes hemiplégicos recuperam a independência nas actividades de vida diária (AVD's), mais de 75% aprendem a caminhar e 30% a 60% permanecem sem função no braço.

Após a análise da variância dos graus de dependência, dos focos da prática de enfermagem identificados pelos enfermeiros, assim como a identificação dos conhecimentos transmitidos, as estratégias ensinadas e as capacidades treinadas, procedemos ao seu tratamento estatístico, com algumas das variáveis de atributo sócio-demográfico. Procedemos, assim, à aplicação de testes estatísticos; para efeito deste estudo apresentamos os resultados cujos valores de ***r*** encontrados permitem afirmar que existe correlação entre as variáveis estudadas, ou pelo contrário, que não existe qualquer correlação entre elas.

A análise da correlação foi realizada, recorrendo ao teste paramétrico de "*Correlação de Pearson*" ou *"r de Pearson*" que mede o grau da correlação (e a direcção dessa correlação – se positiva ou negativa) entre duas variáveis de escala

métrica (intervalar ou de rácio/razão). Este teste paramétrico está indicado em estudos que visam saber a grandeza da relação entre duas variáveis, ou seja, verificar se existe correlação significativa entre dois conjuntos de dados (Hicks, 2000).

Este coeficiente, normalmente representado por *"r"*, assume valores entre (-1 e +1).

- ***r* = 1 Significa uma correlação perfeita positiva entre duas variáveis.**
- ***r* = -1 Significa uma correlação negativa perfeita entre duas variáveis; isto é, se uma aumenta, a outra diminui sempre.**
- ***r* = 0 Significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra.**

No entanto, pode existir uma dependência não linear. Nesta circunstância, foi utilizada a regressão linear para comparar relações entre variáveis dependentes e independentes, após verificada a normalidade e homogeneidade das respectivas distribuições.

Quadro 12 - Interpretação do r de Pearson

Valor de r	Significância
]0,9; 1]	Indica associação linear muito alta
]0,7;0,89]	Para mais ou para menos, indica associação linear alta
]0,4;0,69]	Para mais ou para menos, indica associação linear moderada
]0,2;0,39]	Para mais ou para menos, indica associação linear baixa
]0;0.2]	Para mais ou para menos, indica associação linear muito baixa
0	Correlação nula

Fonte: (Adaptado de Pestana e Gageiro, 2005)

Como podemos verificar pela análise dos dados que se apresentam de seguida, é significativa a diferença verificada entre o grau de dependência que os doentes apresentavam à entrada e à saída da unidade, após 30 dias de permanência na mesma, o que está de acordo com os estudos levados a cabo por (Bonita, 2002; Umphred, D., 2007; Shepherd, 2008),

Tabela 25 - Variação média do grau de dependência no auto cuidado: banho, vestuário, alimentação, uso do sanitário, transferência e continência

Variação Média / Género	Média	Mediana	Variância	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
							25	50	75
Mulheres	1,56	1,66	0,66	3,5	-0,67	2,83	1,250	1,666	2,166

Homens	1,37	1,50	0,53	3	-0,17	2,83	1,166	1,500	1,833
Total	**1,44**	**1,50**	**0.58**	**3,5**	**-0,67**	**2,83**	**1,166**	**1,500**	**1,958**

Da análise à tabela 25, podemos verificar que a média dos ganhos de independência foi menor nos homens que nas mulheres, mas os ganhos máximos não fazem diferença quanto ao género. No entanto, relativamente ao mínimo, as mulheres foram as que atingiram o valor mais baixo (-0,67), contrastando com os homens que apresentaram o valor (-0,17).

O desvio padrão em torno da média foi superior nas mulheres que obtiveram ganhos em mais de três actividades de auto cuidado (3,5), comparando com os homens em que esse valor foi (3,0).

A média de ganhos foi superior nas mulheres que em média obtiveram ganhos em quase duas das actividades de auto cuidado (1,56) comparativamente aos homens que em média apenas apresentaram ganhos em pouco mais que uma (1,37) das actividades de auto cuidado, assim como a mediana que foi de 1,66 nas mulheres e 1,5 nos homens. A variação de ganhos também foi superior nas mulheres (0,66), comparativamente aos homens (0,53), o que está de acordo com estudos apresentados por: André, 2006; Martins, R. 2004; Shepherd, 2008; Stroke 1994 e ao contrário de Bowles et al. (2002), que sustentam que ser do sexo feminino aumenta as necessidades de cuidados no domicilio relativamente aos homens.

Atendendo a que a população que constitui a amostra do nosso estudo é predominantemente idosa ou muito idosa (tabela 2, p. 101), torna-se importante aferir que associação poderá existir entre este atributo sócio-demográfico e a variação do grau de dependência nas actividades de auto cuidado após a permanência e a sujeição ao modelo de cuidados instituído na unidade a que dizem respeito os dados analisados.

Correlação no auto cuidado *banho*

Tabela 26 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado banho

		Idade	Variação no Banho
Idade	Pearson Correlation	1	-,064
	Sig. (2-tailed)		,526
	N	100	100
Variação no Banho	Pearson Correlation	-,064	1
	Sig. (2-tailed)	,526	
	N	100	100

Observando a tabela 26, verificámos existir uma correlação negativa muito baixa (r = -0,064) entre a idade e os ganhos obtidos relativamente ao auto cuidado banho, o que pode significar que quanto maior a idade menos serão os ganhos conseguidos relativamente a este auto cuidado.

Correlação no auto cuidado *vestuário*

Tabela 27 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado vestuário

		Idade	Variação no Vestuário
Idade	Pearson Correlation	1	,012
	Sig. (2-tailed)		,907
	N	100	100
Variação no Vestuário	Pearson Correlation	,012	1
	Sig. (2-tailed)	,907	
	N	100	100

Observando a tabela 27, verificámos existir uma correlação positiva muito baixa (r = 0,012) entre a idade e os ganhos obtidos relativamente ao auto cuidado vestuário, o que pode significar que existe uma fraca associação entre a idade e os ganhos conseguidos ao nível deste auto cuidado.

Correlação no auto cuidado *alimentação*

Tabela 28 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado alimentação

		Idade	Variação na Alimentação
Idade	Pearson Correlation	1	-,003
	Sig. (2-tailed)		,979
	N	100	100
Variação na Alimentação	Pearson Correlation	-,003	1
	Sig. (2-tailed)	,979	
	N	100	100

Observando a tabela 28,constatámos existir uma correlação negativa muito baixa (r = -0,003) entre a idade e os ganhos obtidos relativamente ao auto cuidado vestuário, o que pode significar que quanto maior a idade menos serão os ganhos conseguidos relativamente a este auto cuidado.

Correlação no auto cuidado *uso do sanitário*

Tabela 29 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado uso do sanitário

		Idade	Variação no Uso do sanitário
Idade	Pearson Correlation	1	,039
	Sig. (2-tailed)		,697
	N	100	100
Variação no Uso do sanitário	Pearson Correlation	,039	1
	Sig. (2-tailed)	,697	
	N	100	100

Observando a tabela 29, verificámos existir uma correlação positiva muito baixa (r = 0,039) entre a idade e os ganhos obtidos relativamente ao auto cuidado uso do sanitário, o que pode significar que existe uma fraca associação entre a idade e os ganhos conseguidos ao nível deste auto cuidado.

Correlação no auto cuidado *transferência*

Tabela 30 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado transferência

		Idade	Variação na Transferência
Idade	Pearson Correlation	1	,122

	Sig. (2-tailed)		,225
	N	100	100
Variação na Transferência	Pearson Correlation	,122	1
	Sig. (2-tailed)	,225	
	N	100	100

Observando a tabela 30, verificámos existir uma correlação positiva muito baixa (r = 0,122) entre a idade e os ganhos obtidos relativamente ao auto cuidado transferência, o que pode significar que existe uma fraca associação entre a idade e os ganhos conseguidos ao nível deste auto cuidado.

Correlação no auto cuidado ***continência***

Tabela 31 – Correlação entre a idade e a variação do grau de dependência no auto cuidado continência

		Idade	Variação na Continência
Idade	Pearson Correlation	1	-,063
	Sig. (2-tailed)		,534
	N	100	100
Variação na Continência	Pearson Correlation	-,063	1
	Sig. (2-tailed)	,534	
	N	100	100

Da tabela 31, verifica-se existir uma correlação negativa muito baixa (r = -0,063) entre a idade e os ganhos obtidos relativamente ao auto cuidado continência, o que pode significar que quanto maior a idade menos serão os ganhos conseguidos relativamente a este auto cuidado.

Em síntese, da análise às tabelas 26-31, constámos existir baixa correlação entre a idade dos indivíduos que constituem a mostra do estudo e os ganhos de independência conseguidos ao nível do auto cuidado: banho, vestuário, alimentação, uso do sanitário, transferência e continência, situação que se pode ficar a dever ao facto de mais de três terços da amostra ter 84 anos ou mais.

Passemos agora a analisar a relação entre as variáveis do estudo, podendo observar-se nas tabelas seguintes uma representação esquemática final da

associação estatisticamente significativa entre as variáveis do estudo e a força de relação entre algumas dessas variáveis.

Tabela 32 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado banho e a educação, instruções e treino efectuadas relativamente a este auto cuidado

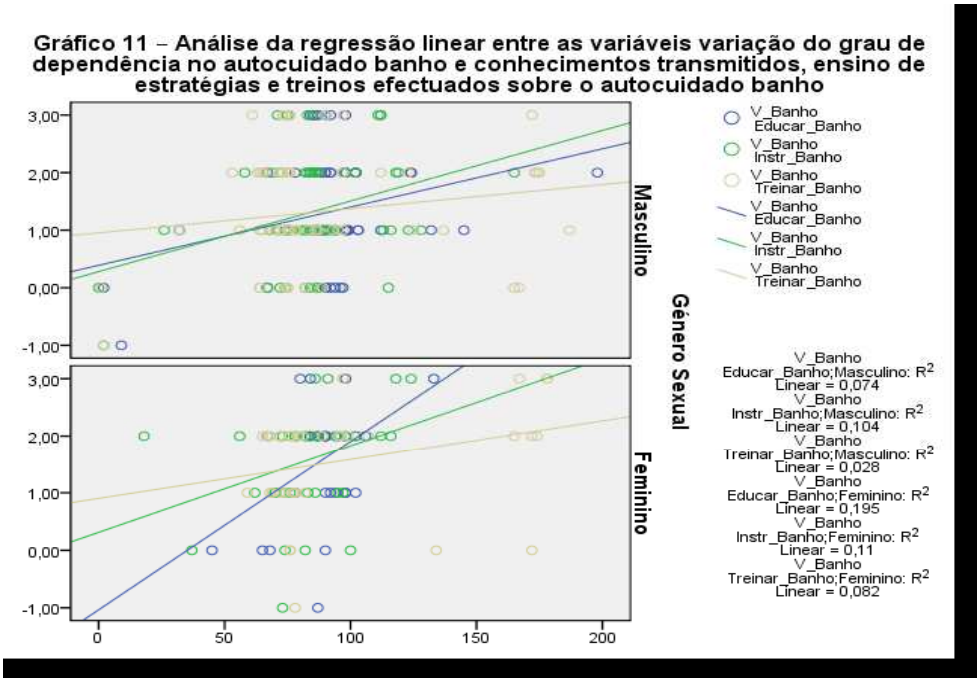
		Banho	Educar Banho	Instruir Banho	Treinar Banho
Banho	Pearson Correlation	1	,291**	,317**	,225*
	Sig. (2-tailed)		,003	,001	,024
	N	100	100	100	100
Educar Banho	Pearson Correlation	,291**	1	,729**	,477**
	Sig. (2-tailed)	,003		,000	,000
	N	100	100	100	100
Instruir Banho	Pearson Correlation	,317**	,729**	1	,582**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000		,000
	N	100	100	100	100
Treinar Banho	Pearson Correlation	,225*	,477**	,582**	1
	Sig. (2-tailed)	,024	,000	,000	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Da análise à tabela 32, verifica-se existir uma correlação muito baixa (r = 0,291), entre os conhecimentos transmitidos sobre o banho e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; constata-se também que existe uma baixa correlação (r = 0,317) entre as estratégias efectuadas e o grau de dependência obtido no auto cuidado banho; finalmente verifica-se existir também uma baixa correlação (r = 0, 225), entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguido no banho.

Gráfico 11 – Análise da regressão linear entre as variáveis variação do grau de dependência no autocuidado banho e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado banho



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva muito baixa (r = 0,195) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado banho e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado, o que pode significar que, quanto mais conhecimentos os enfermeiros transmitem sobre o banho às mulheres, maiores são os ganhos em independência que elas conseguem neste auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação praticamente nula (r = 0,074) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado banho e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,195; p = 0,01)

Homens (r = 0,074; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva muito baixa (r = 0,11) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado banho e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado, o que poderá mesmo assim significar que, quanto mais instruções os enfermeiros dão sobre o banho, às mulheres, maiores são os ganhos em independência que elas conseguem neste auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação muito baixa (r = 0,104)

estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado banho e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,11; p = 0,01)

Homens (r = 0,104; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação praticamente nula (r = 0,082) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado banho e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação praticamente nula (r = 0,104) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado banho e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,082; p = 0,01)

Homens (r = 0,104; p = 0,01)

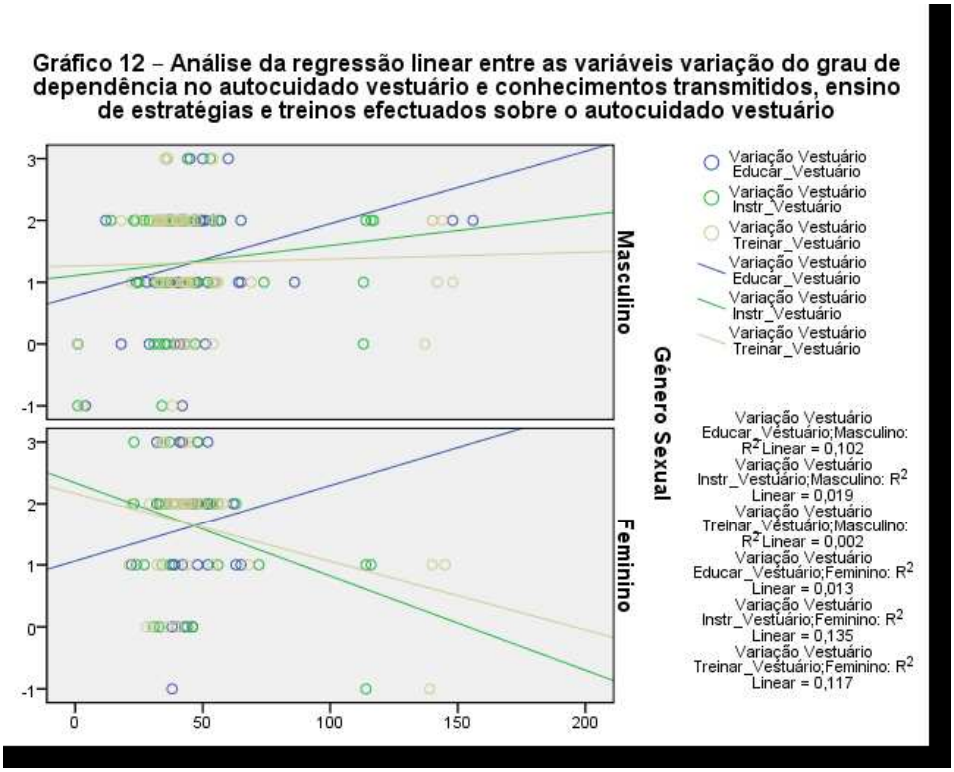
Tabela 33 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado vestuário e a educação, instruções e treino efectuadas relativamente a este auto cuidado

		Educar Vestuário	Instruir Vestuário	Treinar Vestuário	Variação Vestuário
Educar Vestuário	Pearson Correlation	1	,532**	,487**	,247*
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,013
	N	100	100	100	100
Instruir Vestuário	Pearson Correlation	,532**	1	,795**	-,040
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,692
	N	100	100	100	100
Treinar Vestuário	Pearson Correlation	,487**	,795**	1	-,099
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,326
	N	100	100	100	100
Variação Vestuário	Pearson Correlation	,247*	-,040	-,099	1
	Sig. (2-tailed)	,013	,692	,326	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Da análise à tabela 33, verifica-se existir uma baixa correlação (r = 0,247) entre os conhecimentos transmitidos sobre o vestuário e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; consta-se também que existe uma correlação praticamente nula (r = - 0,04) entre as estratégias efectuadas e o grau de dependência obtido no auto cuidado vestuário; finalmente verifica-se existir também uma correlação praticamente nula (r = - 0, 099) entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguido no auto cuidado vestuário.

Gráfico 12 – Análise da regressão linear entre as variáveis variação do grau de dependência no autocuidado vestuário e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado vestuário



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação praticamente nula (r = 0,013) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado vestuário e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, muito baixa (r = 0,102) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado vestuário e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,013; p = 0,01)

Homens (r = 0,102; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, muito baixa (r = 0,135) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado vestuário e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação praticamente nula (r = 0,019) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado vestuário e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,135; p = 0,01)
Homens (r = 0,019; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, muito baixa (r = 0,117) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado vestuário e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação praticamente nula (r = 0,002) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado vestuário e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,117; p = 0,01)
Homens (r = 0,002; p = 0,01)

Tabela 34 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado alimentação e a educação, instruções e treino efectuadas relativamente a este auto cuidado

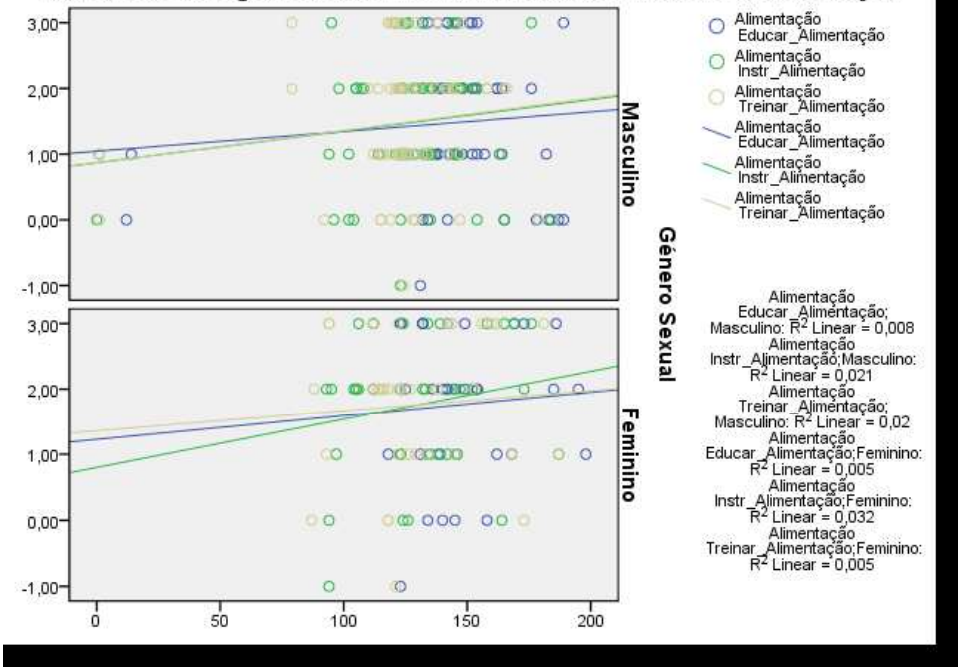
		Educar Alimentação	Instruir Alimentação	Treinar Alimentação	Variação Alimentação
Educar Alimentação	Pearson Correlation	1	,820**	,759**	,087
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,388
	N	100	100	100	100
Instruir Alimentação	Pearson Correlation	,820**	1	,870**	,163
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,105
	N	100	100	100	100
Treinar Alimentação	Pearson Correlation	,759**	,870**	1	,129
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,202

	N	100	100	100	100
Variação Alimentação	Pearson Correlation	,087	,163	,129	1
	Sig. (2-tailed)	,388	,105	,202	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Da análise à tabela 34, verifica-se existir uma baixa correlação (r = 0,291) entre os conhecimentos transmitidos sobre a alimentação e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; constata-se também que existe uma baixa correlação positiva (r = 0,317) entre as estratégias efectuadas e o grau de dependência obtido no auto cuidado alimentação; finalmente verifica-se existir também uma baixa correlação positiva (r = 0, 225) entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguido relativamente à alimentação.

Gráfico 13 – Análise da regressão linear entre as variáveis variação do grau de dependência no autocuidado alimentação e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado alimentação



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação praticamente nula (r = 0,005) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado alimentação e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação praticamente nula (r = 0,008) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado

alimentação e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,005; p = 0,01)
Homens (r = 0,008; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação praticamente nula (r = 0,032) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado alimentação e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação praticamente nula (r = 0,021) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado alimentação e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,032; p = 0,01)
Homens (r = 0,021; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação praticamente nula (r = 0,005) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado alimentação e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação praticamente nula (r = 0,002) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado alimentação e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,005; p = 0,01)
Homens (r = 0,02; p = 0,01)

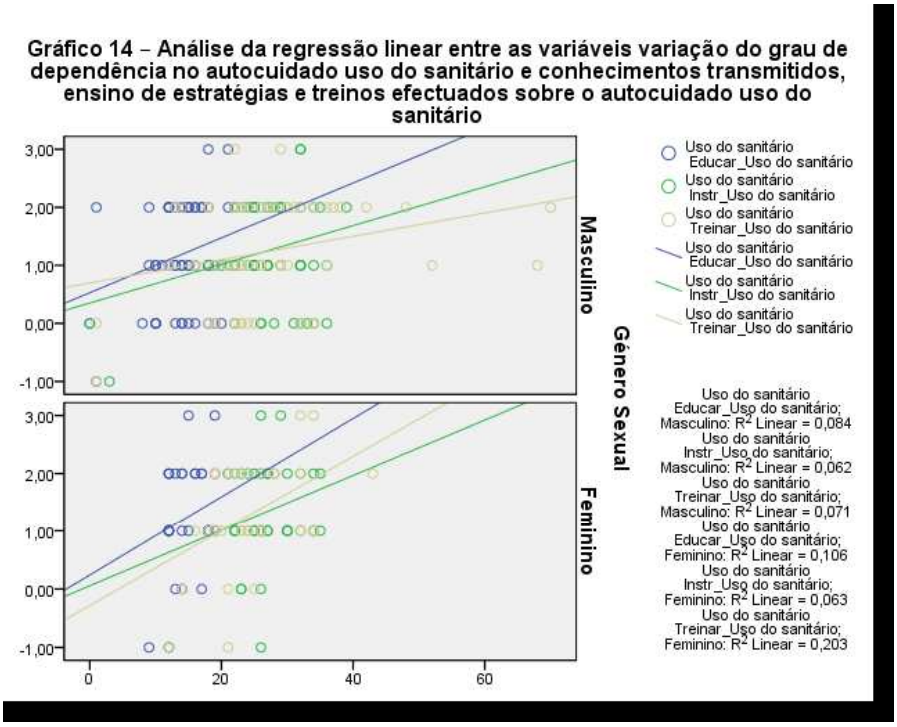
Tabela 35 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado uso do sanitário e a educação, instruções e treino efectuadas relativamente a este auto cuidado

		Educar Uso do sanit.	Instruir Uso do sanit.	Treinar Uso do sanit.	Variação Uso do sanit.
Educar Uso do sanitário	Pearson Correlation	1	,366**	,085	,302**
	Sig. (2-tailed)		,000	,401	,002
	N	100	100	100	100
Instruir Uso do sanitário	Pearson Correlation	,366**	1	,569**	,245*
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,014
	N	100	100	100	100
Treinar Uso do sanitário	Pearson Correlation	,085	,569**	1	,295**
	Sig. (2-tailed)	,401	,000		,003
	N	100	100	100	100
Variação Uso do sanitário	Pearson Correlation	,302**	,245*	,295**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	,014	,003	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Da análise à tabela 35, verifica-se existir uma baixa correlação (r = 0,302) entre os conhecimentos transmitidos sobre o uso do sanitário e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; constata-se também que existe uma baixa correlação positiva (r = 0,317) entre as estratégias efectuadas e o grau de dependência obtido no auto cuidado o uso do sanitário; finalmente verifica-se existir também uma baixa correlação positiva (r = 0, 225) entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguido no auto cuidado o uso do sanitário.

Gráfico 14 – Análise da regressão linear entre as variáveis variação do grau de dependência no autocuidado uso do sanitário e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado uso do sanitário



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma baixa associação positiva (r = 0,106) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado o uso do sanitário e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação praticamente nula (r = 0,084) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado o uso do sanitário e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,106; p = 0,01)

Homens (r = 0,084; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma baixa associação positiva (r = 0,135) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado uso do sanitário e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação praticamente nula (r = 0,019) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado uso do sanitário e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,063; p = 0,01)

Homens (r = 0,062; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma baixa associação positiva (r = 0,203) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado uso do sanitário e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação praticamente nula (r = 0,071) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado o uso do sanitário e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,203; p = 0,01)

Homens (r = 0,071; p = 0,01)

Tabela 36 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado transferência e a educação, instruções e treino efectuadas relativamente a este auto cuidado

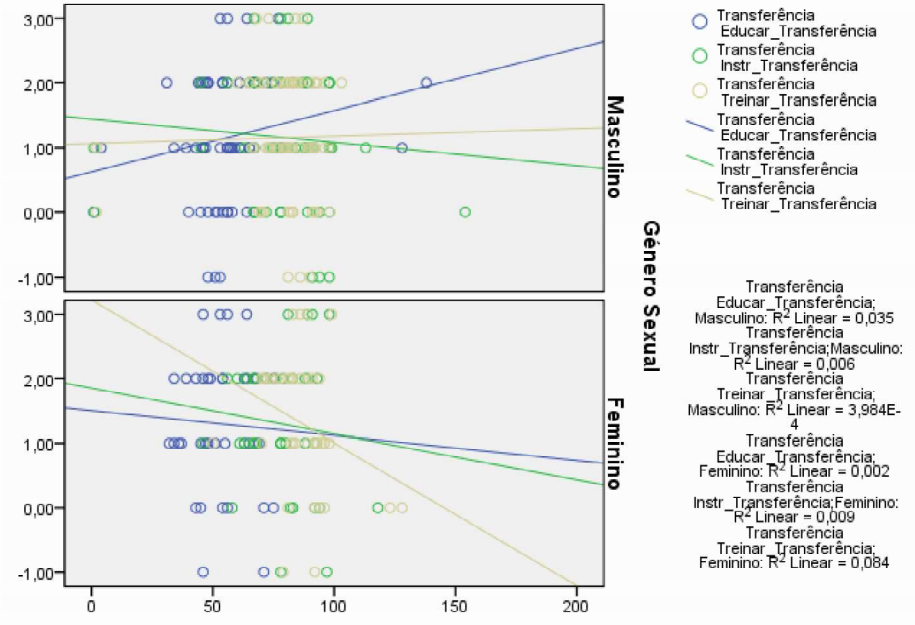
		Educar Transferênc.	Instruir Transferênc.	Treinar Transferênc.	Variação Transferênc.
Educar Transferência	Pearson Correlation	1	,698**	,558**	-,023
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,821
	N	100	100	100	100
Instruir Transferência	Pearson Correlation	,698**	1	,636**	-,093
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,358
	N	100	100	100	100
Treinar Transferência	Pearson Correlation	,558**	,636**	1	-,082
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,420
	N	100	100	100	100
Variação Transferência	Pearson Correlation	-,023	-,093	-,082	1
	Sig. (2-tailed)	,821	,358	,420	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Da análise à tabela 36, verifica-se existir uma correlação negativa praticamente nula (r = - 0,023) entre os conhecimentos transmitidos sobre a transferência e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; consta-se também que existe uma baixa correlação negativa (r = - 0,093) entre as estratégias ensinadas e o

grau de dependência obtido no auto cuidado transferência; finalmente verifica-se existir também uma correlação negativa praticamente nula (r = -0, 082) entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguida na transferência, com significância estatística de 0,01.

Gráfico 15 – Análise da regressão linear entre as variáveis variação do grau de dependência no autocuidado transferência e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado transferência



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva praticamente nula (r = 0,002) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado transferência e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva praticamente nula (r = 0,035) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado transferência e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,002; p = 0,01)

Homens (r = 0,035; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva praticamente nula (r = 0,009) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado transferência e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este

auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva praticamente nula (r = 0,006) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado transferência e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,009; p = 0,01)

Homens (r = 0,006; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma baixa associação positiva (r = 0,084) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado transferência e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação praticamente nula (r =0,0004) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado o transferência e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,084; p = 0,01)

Homens (r =0,0004; p = 0,01)

O facto de a correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado continência e a educação, instruções e treino, efectuadas relativamente a este auto cuidado ser praticamente nula, pode ter a ver com o facto de o objectivo principal, da assistência de enfermagem na UCV, ser levar a pessoa a ser capaz de deambular de novo, sendo a técnica de transferência mais utilizada quando as pessoas não têm potencial para voltarem a deambular.

Indivíduos com hemiplegia, de causa neurovascular (AVC), não necessitam de aprender a transferir a massa corporal de uma superfície para outra, como faz uma pessoa após uma lesão vertebro-medular. De preferência deve ser treinado o levantar e o sentar numa cadeira ou de uma superfície para outra com ambos os pés no chão (Shepherd, 2008).

Tabela 37 – Correlação entre a variação do grau de dependência no auto cuidado continência e a educação, instruções e treino efectuadas relativamente a este auto cuidado

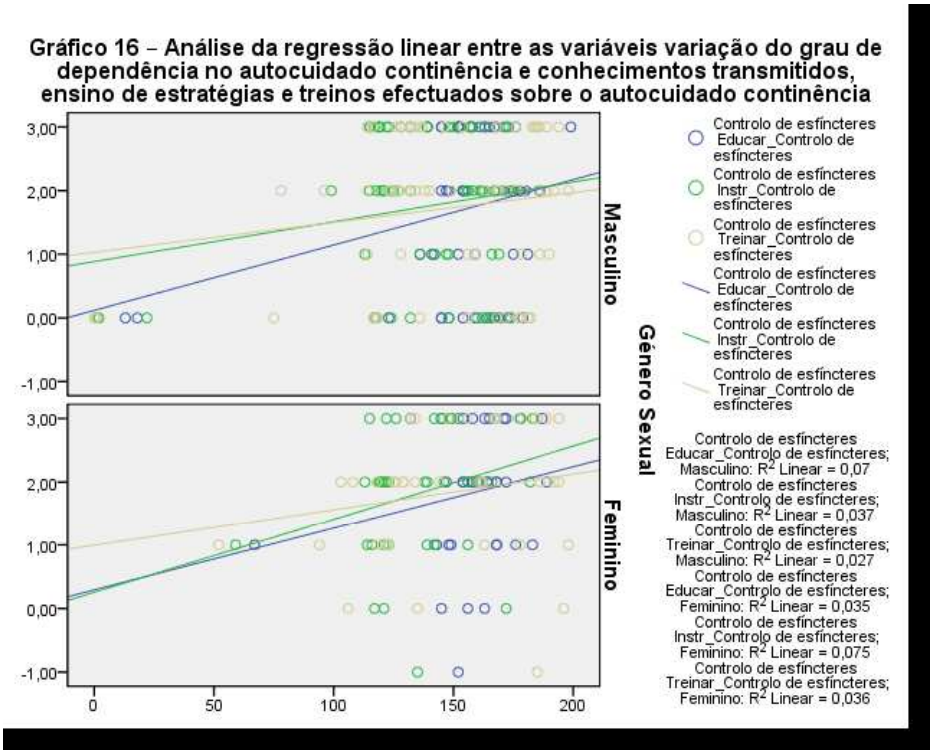
		Educar Continência	Instruir Continência	Treinar Continência	Variação Continência
Educar Continência	Pearson Correlation	1	,741**	,701**	,244*
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,014
	N	100	100	100	100
Instruir Continência	Pearson Correlation	,741**	1	,723**	,213*
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,033
	N	100	100	100	100
Treinar Continência	Pearson Correlation	,701**	,723**	1	,173
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,086
	N	100	100	100	100
Variação Continência	Pearson Correlation	,244*	,213*	,173	1
	Sig. (2-tailed)	,014	,033	,086	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Da análise à tabela 37, verifica-se existir uma baixa correlação positiva (r = 0,244) entre os conhecimentos transmitidos sobre a continência e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; consta-se também que existe uma baixa correlação positiva (r = 0,213) entre as estratégias ensinadas e o grau de independência obtido no auto cuidado transferência; finalmente verifica-se existir também uma muito baixa correlação positiva (r = 0,173) entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguida na continência, com significância estatística de 0,01.

Gráfico 16 – Análise da regressão linear entre as variáveis variação do grau de dependência no autocuidado continência e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado continência



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva praticamente nula (r = 0,035) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado continência e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r = 0,07) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado continência e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,035; p = 0,01)

Homens (r = 0,07; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, muito baixa (r = 0,075) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado continência e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, praticamente nula (r = 0,037) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado continência e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,075; p = 0,01)
Homens (r = 0,037; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r = 0,036) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado continência e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, praticamente nula (r =0,027) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis grau de dependência no auto cuidado continência e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,036; p = 0,01)
Homens (r = 3,027; p = 0,01)

Tabela 38 – Correlação entre o número de diagnósticos referentes a dependência no auto cuidado banho e o número de ensinos, instruções e treinos efectuados relativamente a este auto cuidado

		Diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado banho	Educar Banho	Instruir Banho	Treinar Banho
Diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado banho	Pearson Correlation	1	,636**	,441**	,230*
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,021
	N	100	100	100	100
Educar Banho	Pearson Correlation	,636**	1	,729**	,477**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	100	100	100	100
Instruir Banho	Pearson Correlation	,441**	,729**	1	,582**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	100	100	100	100
Treinar Banho	Pearson Correlation	,230*	,477**	,582**	1
	Sig. (2-tailed)	,021	,000	,000	
	N	100	100	100	100

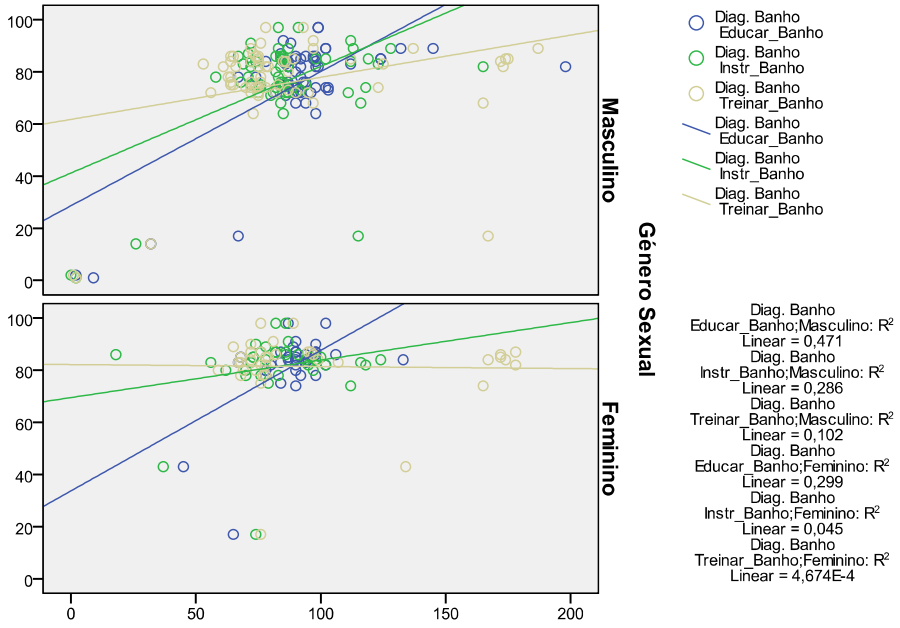
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Da análise à tabela 38, verifica-se existir uma correlação positiva moderada (r = 0,636) entre os conhecimentos transmitidos sobre o banho e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; consta-se também que existe uma correlação positiva moderada (r = 0,441) entre as estratégias ensinadas e o grau de independência obtido no auto cuidado banho; finalmente verifica-se existir também uma baixa correlação positiva (r = 0,230) entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguida no banho, com significância estatística de 0,01.

Esta actividade é aquela em que se verifica maior correlação entre os diagnósticos e as intervenções (educar, instruir e treinar) e onde se verificam maiores ganhos em independência. Estes dados vão ao encontro de Meleis (2005), quando refere que os enfermeiros são os actores com mais competências para ensinar e instruir o cliente, relativamente ao banho.

Gráfico 17 – Análise da regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre autocuidado banho e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado banho



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva baixa (r = 0,299) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado banho e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, moderada (r = 0,47) estatisticamente significativa (p =

0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado banho e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,299; p = 0,01)

Homens (r = 0,471; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r = 0,045) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado banho e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, baixa (r = 0,286) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado banho e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,045; p = 0,01)

Homens (r = 0,286; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação quase nula, (r = 0,0005) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado banho e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, muito baixa (r =0,102) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado banho e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,0005; p = 0,01)

Homens (r =0, 102; p = 0,01)

Em síntese o auto cuidado banho é aquele em que, maior é a correlação entre os ensinamentos (educar) efectuados pelos enfermeiros e a variação no grau de dependência. Tal situação pode ficar a dever-se ao facto de os enfermeiros serem os actores melhores preparados, para ensinarem esta actividade de auto cuidado.

Meleis (2005), refere que "... *os enfermeiros são dos profissionais de saúde que têm competências específicas adquiridas, sobre como ensinar o cliente/família, relativamente à técnica e estratégias a adoptar relativamente ao banho.*"

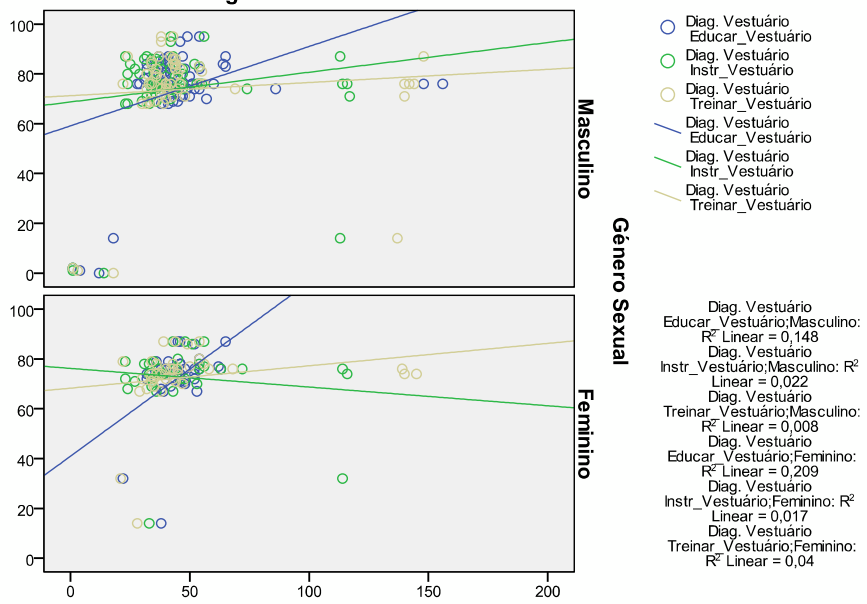
Tabela 39 – Correlação entre o número de diagnósticos referentes a dependência no auto cuidado vestuário e o número de ensinos, instruções e treinos efectuados relativamente a este auto cuidado

		Diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado vestuário	Educar Vestuário	Instruir Vestuário	Treinar Vestuário
Diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado vestuário	Pearson Correlation	1	,386**	,068	,117
	Sig. (2-tailed)		,000	,502	,247
	N	100	100	100	100
Educar Vestuário	Pearson Correlation	,386**	1	,532**	,487**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	100	100	100	100
Instr Vestuário	Pearson Correlation	,068	,532**	1	,795**
	Sig. (2-tailed)	,502	,000		,000
	N	100	100	100	100
Treinar Vestuário	Pearson Correlation	,117	,487**	,795**	1
	Sig. (2-tailed)	,247	,000	,000	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Da análise à tabela 39, verifica-se existir uma baixa correlação positiva (r = 0,386) entre os conhecimentos transmitidos sobre o auto cuidado vestuário e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; consta-se no entanto existir uma correlação positiva praticamente nula (r = 0,068) entre as estratégias ensinadas e o grau de independência obtido no auto cuidado vestuário; finalmente verifica-se que existe uma correlação positiva muito baixa (r = 0,117) entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguida no auto cuidado vestuário, com significância estatística de 0,01.

Gráfico 18 – Análise da regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre autocuidado vestuário e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado vestuário



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva baixa (r = 0,209) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado vestuário e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, muito baixa (r = 0,148) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado vestuário e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,209; p = 0,01)

Homens (r = 0,148; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r = 0,017) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado vestuário e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, praticamente nula (r = 0,022) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado vestuário e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,017; p = 0,01)
Homens (r = 0,022; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r =0,04) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado vestuário e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, praticamente nula (r =0,008) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado vestuário e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,04; p = 0,01)
Homens (r = 0,008; p = 0,01)

O ensino e o treino sobre o auto cuidado vestuário, são estratégias de intervenção, que advêm das competências dos enfermeiros, sendo eles, os actores melhor preparados para levarem as pessoas com hemilegia, a adoptarem estratégias que lhes permitam ser capazes de se vestirem de novo, seja por transferência destas competências para o membro contralateral à plegia, seja pela potenciação do membro afectado, (André, 2006).

Tabela 40 – Correlação entre o número de diagnósticos referentes a dependência no auto cuidado alimentação e o número de ensinos, instruções e treinos efectuados relativamente a este auto cuidado

		Diagnósticos enfermagem relativos ao auto cuidado alimentação	Educar Alimentação	Instruir Alimentação	Treinar Alimentação
Diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado alimentação	Pearson Correlation	1	,396**	,412**	,409**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	100	100	100	100
Educar Alimentação	Pearson Correlation	,396**	1	,820**	,759**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	100	100	100	100
Instruir Alimentação	Pearson Correlation	,412**	,820**	1	,870**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000

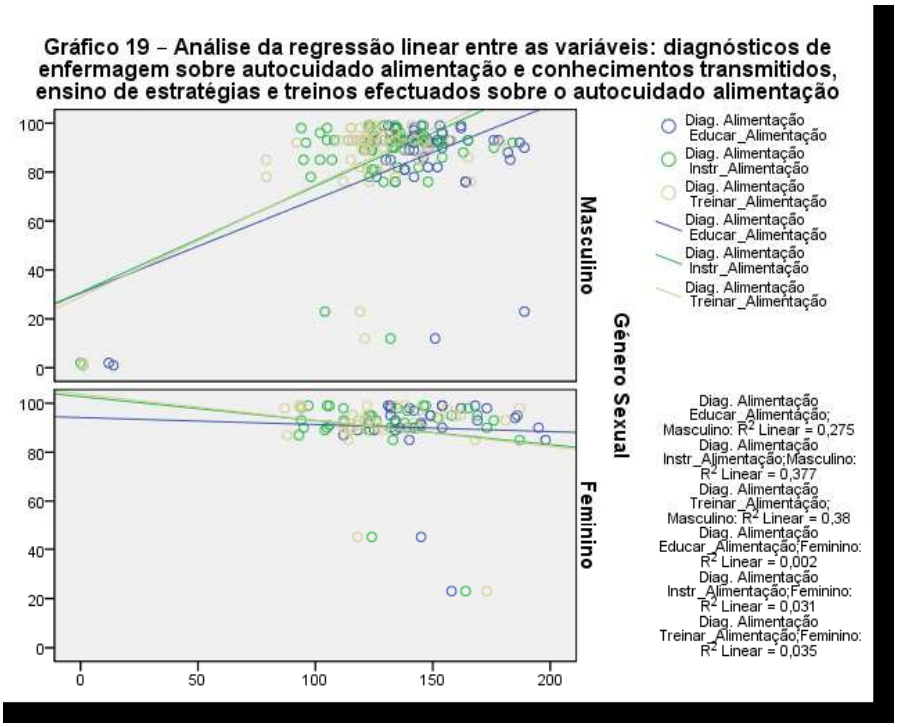
	N	100	100	100	100
Treinar Alimentação	Pearson Correlation	,409**	,759**	,870**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Da análise à tabela 40, verifica-se existir uma baixa correlação positiva (r = 0,396) entre os conhecimentos transmitidos sobre o auto cuidado alimentação e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; consta-se no entanto existir uma correlação positiva moderada (r = 0,412) entre as estratégias ensinadas e o grau de independência obtido no auto cuidado alimentação; finalmente verifica-se que existe também uma correlação positiva moderada (r = 0,409) entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguida no auto cuidado alimentação, com significância estatística de 0,01.

De acordo com os dados anteriormente expostos, parece-nos que o facto de a hora da refeição, ser o momento em que os enfermeiros se disponibilizam para estar junto dos doentes e com eles abordarem estratégias adaptativas relativamente a este auto cuidado, elas serem conotadas com aspecto mais prático (estratégias e treinos), porque estes ensinos e treinos acontecem em contexto real durante as refeições.

Gráfico 19 – Análise da regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre autocuidado alimentação e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado alimentação



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva praticamente nula (r = 0,002) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado alimentação e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, baixa (r = 0,275) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado alimentação e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,002; p = 0,01)

Homens (r = 0,275; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r = 0,031) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado alimentação e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, baixa (r = 0,377) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado alimentação e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,031; p = 0,01)

Homens (r = 0,377; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r =0,035) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado alimentação e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, baixa (r =0,38) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado alimentação e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,035; p = 0,01)

Homens (r = 0,38; p = 0,01)

De acordo com os dados anteriormente apresentados parece-nos que o facto de a amostra ser maioritáriamente masculina pode justificar uma correlação mais elevada nos homens relativamente às mulheres.

Tabela 41 – Correlação entre o número de diagnósticos referentes a dependência no auto cuidado uso do sanitário e o número de ensinos, instruções e treinos efectuados relativamente a este auto cuidado

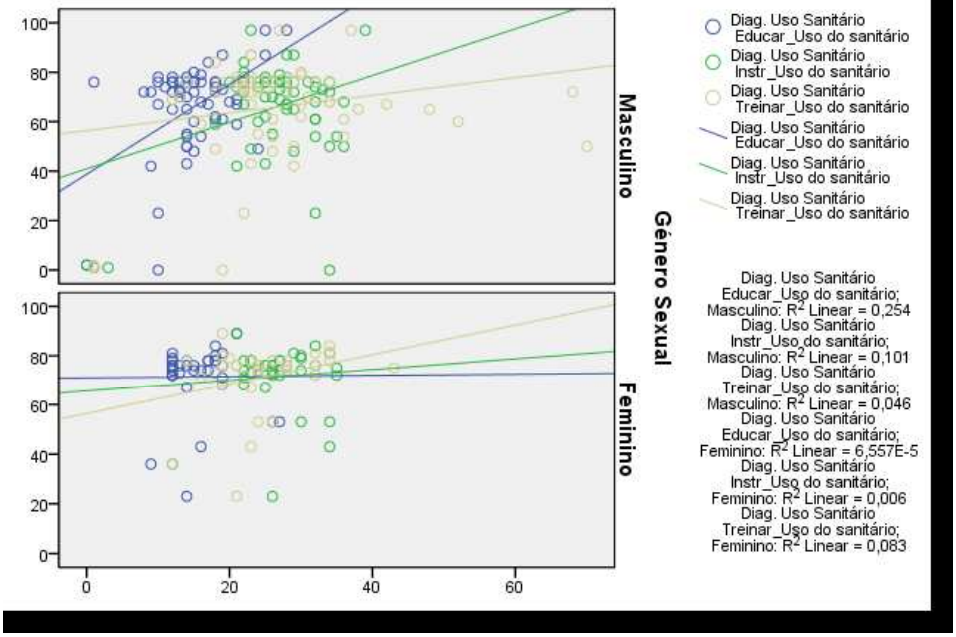
		Diagnósticos enfermagem relativos ao auto cuidado uso sanitário	Educar Uso do Sanitário	Instruir Uso do Sanitário	Treinar Uso do Sanitário
Diagnósticos de~ enfermagem relativos ao auto cuidado uso sanitário	Pearson Correlation	1	,389**	,260**	,209*
	Sig. (2-tailed)		,000	,009	,037
	N	100	100	100	100
Educar Uso do sanitário	Pearson Correlation	,389**	1	,366**	,085
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,401
	N	100	100	100	100
Instruir Uso do sanitário	Pearson Correlation	,260**	,366**	1	,569**
	Sig. (2-tailed)	,009	,000		,000
	N	100	100	100	100
Treinar Uso do sanitário	Pearson Correlation	,209*	,085	,569**	1
	Sig. (2-tailed)	,037	,401	,000	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Da análise à tabela 41, verifica-se existir uma baixa correlação positiva (r = 0,389) entre os conhecimentos transmitidos sobre o auto cuidado uso do sanitário e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; consta-se no entanto existir uma baixa correlação positiva (r = 0,260) entre as estratégias ensinadas e o grau de independência obtido no auto cuidado uso do sanitário; finalmente verifica-se que existe também uma baixa correlação positiva (r = 0,209) entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguida no auto cuidado uso do sanitário, com significância estatística de 0,01.

Gráfico 20 – Análise da regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre autocuidado uso do sanitário e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado uso do sanitário



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva nula (r =0) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado uso do sanitário e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, baixa (r = 0,254) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado uso do sanitário e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0; p = 0,01)

Homens (r = 0,254; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r = 0,006) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado uso do sanitário e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, muito baixa (r = 0,101) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis:

diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado uso do sanitário e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,006; p = 0,01)

Homens (r = 0,101; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r =0,083) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado uso do sanitário e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, praticamente nula (r =0,046) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado uso do sanitário e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,083; p = 0,01)

Homens (r = 0,046; p = 0,01)

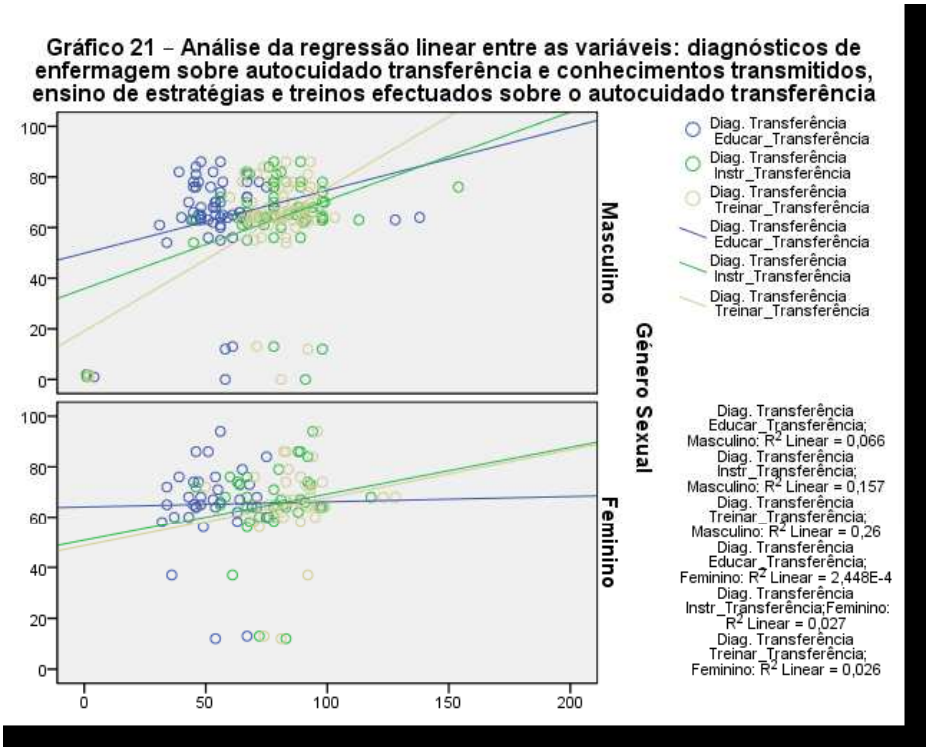
Tabela 42 – Correlação entre o número de diagnósticos referentes a dependência no auto cuidado transferência e o número de ensinos, instruções e treinos efectuados relativamente a este auto cuidado

		Diagnósticos enfermagem relativos ao auto cuidado transferência	Educar Transferência	Instruir Transferência	Treinar Transferência
Diagnósticos enfermagem relativos ao auto cuidado transferência	Pearson Correlation	1	,194	,334**	,407**
	Sig. (2-tailed)		,054	,001	,000
	N	100	100	100	100
Educar_Transferência	Pearson Correlation	,194	1	,452**	,432**
	Sig. (2-tailed)	,054		,000	,000
	N	100	100	100	100
Instr_Transferência	Pearson Correlation	,334**	,452**	1	,710**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000		,000
	N	100	100	100	100
Treinar_Transferência	Pearson Correlation	,407**	,432**	,710**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Da análise à tabela 42, verifica-se existir uma correlação positiva muito baixa (r = 0,194) entre os conhecimentos transmitidos sobre o auto cuidado transferência e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; consta-se no entanto existir uma baixa correlação positiva (r = 0,334) entre as estratégias ensinadas e o grau de independência obtido no auto cuidado transferência; finalmente verifica-se que existe uma correlação positiva moderada (r = 0,407) entre os treinos efectuados e o grau de dependência conseguida no auto cuidado transferência, com significância estatística de 0,01.

Gráfico 21 – Análise da regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre autocuidado transferência e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado transferência



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação quase nula (r = 0,0002) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado transferência e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, baixa (r = 0,275) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado transferência e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r =0,0002; p = 0,01)

Homens (r = 0,275; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r = 0,027) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado transferência e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva, muito baixa (r = 0,157) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado transferência e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,027; p = 0,01)

Homens (r = 0,157; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r =0,026) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado transferência e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver uma associação positiva baixa (r =0,26) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado transferência e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,026; p = 0,01)

Homens (r = 0,26; p = 0,01)

A transferência é ensinada sobretudo às pessoas que não voltam a caminhar (transferência da cama para a cadeira, para a sanita, para a banheira o para o chuveiro, ou para entrar ou sair do carro (André, 2006).

Relativamente à transferência verificou-se existir uma correlação praticamente nula, entre os conhecimentos transmitidos (r = - 0,02), as estratégias ensinadas (r = - 0,09), os treinos efectuados (r = -0, 08), sobre a transferência e o grau de dependência conseguida nesta actividade, o que pode dever-se ao facto de esta actividade não estar muito presente em convalescença, onde antes de tudo se ensina, instrui e treina a pessoa, para que a mesma se torne independente relativamente à deambulação, enquanto, a transferência está mais associada às

pessoas que irremediavelmente ficam dependentes de cadeira de rodas para se poderem locomover.

Verificámos também existir uma baixa correlação positiva (r = 0,24), os conhecimentos transmitidos (r = 0,24), as estratégias ensinadas (0,21), os treinos efectuados (r = 0,17) sobre o controlo de esfíncteres e o grau de dependência conseguido nesta actividade.

Tabela 43 – Correlação entre o número de diagnósticos referentes a dependência no auto cuidado continência e o número de ensinos, instruções e treinos efectuados relativamente a este auto cuidado

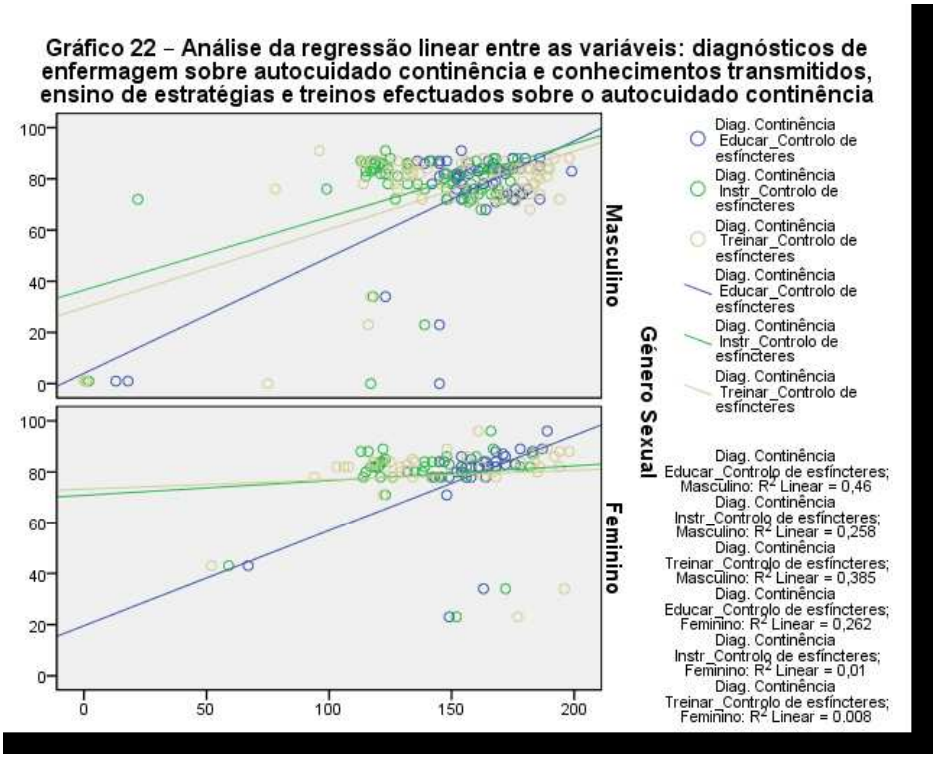
		Diagnósticos enfermagem relativos ao auto cuidado continência	Educar Continência	Instruir Continência	Treinar Continência
Diagnósticos enfermagem relativos ao auto cuidado continência	Pearson Correlation	1	,641**	,415**	,475**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	100	100	100	100
Educar Continência	Pearson Correlation	,641**	1	,741**	,701**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	100	100	100	100
Instruir Continência	Pearson Correlation	,415**	,741**	1	,723**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	100	100	100	100
Treinar Continência	Pearson Correlation	,475**	,701**	,723**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	100	100	100	100

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Da análise à tabela 43, verifica-se existir uma correlação positiva moderada (r = 0,641) entre os conhecimentos transmitidos sobre o auto cuidado continência e o grau de dependência obtido nesse auto cuidado; consta-se que existe também uma correlação positiva moderada (r = 0,415) entre as estratégias ensinadas e o grau de independência obtido no auto cuidado continência; finalmente verifica-se que existe também uma correlação positiva moderada (r = 0,475) entre os

treinos efectuados e o grau de dependência conseguida no auto cuidado continência, com significância estatística de 0,01.

Gráfico 22 – Análise da regressão linear entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem sobre autocuidado continência e conhecimentos transmitidos, ensino de estratégias e treinos efectuados sobre o autocuidado continência



Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver associação positiva, baixa (r = 0,262) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado continência e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, moderada (r = 0,46) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado continência e os conhecimentos transmitidos pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,262; p = 0,01)

Homens (r = 0,46; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r = 0,01) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado continência e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam

haver associação positiva, baixa (r = 0,258) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado continência e as estratégias ensinadas pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,01; p = 0,01)

Homens (r = 0,258; p = 0,01)

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação positiva, praticamente nula (r =0,008) estatisticamente significativa (p = 0,01) nas mulheres, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado continência e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado. Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam haver associação positiva, baixa (r =0,385) estatisticamente significativa (p = 0,01) nos homens, entre as variáveis: diagnósticos de enfermagem relativos ao auto cuidado continência e o treino efectuado pelos enfermeiros relativamente a este auto cuidado.

Mulheres (r = 0,008; p = 0,01)

Homens (r = 0,385; p = 0,01)

Os déficts identificados pelos enfermeiros através dos diagnósticos de enfermagem, na categoria do auto cuidado (77,6% do total de deficits identificados) apresentam valores aproximados com os estudos de Jewel (1993); Jaarsma et al. (2000); Shepherd (2008).

Em síntese:

A amostra do nosso estudo, diferencia-se relativamente ao género sendo predominantemente masculina (63%), sendo a maioria dos indivíduos casada ou vivendo com os filhos; verifica-se ainda que a maioria apresenta fraca literacia, o que pode condicionar a aprendizagem relativa ao auto cuidado.

Da análise à amostra do nosso estudo parece-nos existir uma associação positiva muito baixa, entre a idade e a variância do grau de dependência no auto cuidado, o que pode ficar a dever-se ao fato de a maioria pessoas que constituem a amostra serem muito idosas; três quartos da amostra tem pelo menos 84 anos e 10% da amostra tem mais de 85,9 anos, (tabela 11, p. 103).

Na análise efectuada identificámos 72 (72%) doentes que à entrada na unidade se encontravam dependentes nas seis funções avaliadas segundo o índice de Katz (alimentação, banho, vestir, higiene pessoal, continência e transferência), 14 (14%) eram independentes em todas as funções excepto numa (banho), 7 (7%) eram independentes para todas as actividades menos banho e mais uma adicional (vestuário), 5 (5%) eram independentes para todas as actividades menos banho, vestuário e mais uma adicional (uso do sanitário) e 2 (2%) eram independentes para todas as actividades menos banho, vestuário, uso do sanitário e mais uma adicional (transferência). Nenhum doente da amostra em estudo se apresentava dependente apenas em uma função. Assim como nenhum doente era completamente independente.

À saída da unidade, constatámos que, 58 (58%), das pessoas se encontravam independentes nas seis funções identificadas pelo índice de Katz (alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, continência e transferência), 17 (17%), encontrava-se independente para todas as actividades menos uma (banho), 8 (8%) encontrava-se independente para todas as actividades menos banho e mais uma adicional (vestuário), 5 (5%) dos elementos da amostra encontrava-se independente para todas as actividades menos banho, vestuário e mais uma adicional (uso do sanitário). Nenhum elemento da amostra se encontrava independente para todas as actividades menos banho, vestuário, uso do sanitário e mais uma adicional (transferência), assim como, também nenhum elemento da amostra se encontrava independente, para todas as actividades menos banho, vestuário, uso do sanitário, transferência e mais uma adicional (continência).

Apesar dos enormes ganhos em independência verificados constata-se que 12 (12%) dos elementos da amostra em estudo permaneciam dependentes nas seis funções.

"A grande maioria dos pacientes que sobrevivem no primeiro mês depois do AVC irá melhorar, muitos voltando aos níveis funcionais pré-AVC..." (Shepherd, 2008).

Em função dos focos da prática de enfermagem identificados na análise documental realizada aos 100 processos de doentes que apresentavam hemiplegia, salienta-se o facto de terem sido identificados 74546 focos da prática de enfermagem, sendo que, 57932 (77,6%) se referiam ao domínio do

auto cuidado, o que pode significar que a centralidade do modelo de cuidados em análise visa a identificação dos deficits na admissão e a capacitação das pessoas no domínio do auto cuidado, de modo a que, as pessoas possam ser melhor preparadas para regressarem a casa.

O trabalho realizado por Petronilho (2006, p. 181), refere que *"tendo os enfermeiros um papel central no processo de preparação do regresso a casa, parece-nos estarmos em condições de afirmar que, globalmente, no contexto em que se realizou o estudo, este fenómeno ainda não é assumido como uma prática profissionalizada pelos enfermeiros".* Parece-nos seguro afirmar que ao contrário, o nosso estudo revela-nos que estão dados alguns passos importantes, pelos enfermeiros do contexto em que o mesmo decorreu, no sentido de uma prática profissionalizada do regresso a casa, dirigida às pessoas hemiplégicas com diferentes deficits neurológicos que causem deficit no auto cuidado.

Analisando individualmente cada uma das actividades de auto cuidado avaliadas pelo índice de Katz, podemos verificar pelos resultados obtidos pelo coeficiente correlacional de Pearson, que existe uma correlação positiva baixa a muito baixa, entre a idade e a variação do grau de dependência, o que pode estar relacionado com o facto de três quartos da população da nossa amostra ter 84 anos ou mais.

Relativamente à variação média do nível de dependência nas seis actividades de auto cuidado, podemos verificar que a média dos ganhos de independência foi menor nos homens que nas mulheres, mas os ganhos máximos não fazem diferença quanto ao género. No entanto relativamente ao mínimo as mulheres foram as que atingiram o valor mais baixo (-0,67), contrastando com os homens que apresentaram o valor (-0,17). O desvio padrão em torno da média foi superior nas mulheres que obtiveram ganhos em mais de três actividades de auto cuidado (3,5), comparando com os homens em que esse valor foi (3,0). A média de ganhos, nas seis actividades de auto cuidado foi superior nas mulheres que em média obtiveram ganhos em quase duas das actividades de auto cuidado (1,56) comparativamente aos homens que em média apenas apresentaram ganhos em pouco mais que uma actividade de auto cuidado (1,37), assim como, a mediana que foi de (1,66) nas mulheres e (1,5) nos homens. A variação de ganhos também foi superior nas mulheres (0,66), comparativamente aos homens (0,53).

Relativamente ao auto cuidado banho, verificou-se existir uma baixa correlação linear entre a variação do grau de dependência e os conhecimentos transmitidos (r = 0,29), as estratégias ensinadas (r = 0,31) e os treinos efectuados (r = 0, 22) relativamente a esta actividade de auto cuidado.

No auto cuidado vestuário verificou-se existir uma baixa correlação linear entre os conhecimentos transmitidos (r = 0,24), uma correlação negativa praticamente nula (r = 0,04) e (r = 0,09) respectivamente entre as estratégias ensinadas e os treinos efectuados sobre vestuário e o grau de independência conseguido nesta actividade.

Por sua vez verificou-se existir também, uma correlação baixa entre os conhecimentos transmitidos (r = 0,29), as estratégias ensinadas (r = 0,31), os treinos efectuados (r = 0, 22) sobre alimentação e o grau de dependência conseguido nesta actividade.O facto de a hora das principais refeições coincidir com o momento em que os enfermeiros têm para proceder aos registos, permite-nos pensar que os enfermeiros, não têm registos que permitam demonstrar uma maior correlação entre os ganhos verificados e os ensinos e treinos efectuados relativamente a este auto cuidado, porque ocupados com a elaboração dos registos nem sempre estarão presentes, junto dos doentes no momento da refeição. Poderia ser interessante em futuros estudos aferir se tal pode de facto estar relacionado.

Uma outra actividade específica analisada é a higiene pessoal (uso do sanitário), verificando-se aqui uma correlação baixa, entre os conhecimentos transmitidos (r = 0,3), as estratégias ensinadas (r = 0,31), os treinos efectuados (r = 0, 22), sobre o uso do sanitário e o grau de dependência conseguido nesta actividade. Tal pode ficar a dever-se ao facto de muitos enfermeiros nos seus registos englobarem a actividade de higiene pessoal no banho e terem dificuldade em os separar ao nível da escrita, pois na prática o investigador pôde muitas vezes constatar que, este tipo de transmissão de conhecimentos é efectuado de forma sistemática aquando da eliminação, não havendo depois correspondência proporcional ao nível dos registos.

Com base na descrição e correlações verificadas procuramos retirar algumas ideias (implicações) para as práticas clínicas em uso na unidade de cuidados, em

que decorreu estudo, que sejam contributivas para a independência das pessoas e consequentemente para o seu bem-estar qualidade de vida.

Uma das implicações, resultante da análise, as baixas correlações encontradas entre o número de diagnósticos de enfermagem efectuados pelos enfermeiros e os ganhos em independência encontrados, as mesmas, podem dever-se ao sistema de informação (registos dos enfermeiros) em uso – texto corrido – que resulta da *"tradição Scripto"* e do facto deo sistema de informação em uso na unidade estar em construção e ser ainda incipiente e como tal, os enfermeiros não terem as ferramentas de registo facilitadoras, que dariam maior visibilidade às intervenções efectuadas.

Como diz Pereira (2009), "*…estamos perante um enorme obstáculo à agregação de dados e à geração de conhecimento em escala mais abrangente",* ou seja, sem a possibilidade de se poder afirmar categoricamente que, os ganhos significativos em independência, que objectivamente significam ganhos em saúde, obtidos pelos elementos da amostra, se devem às intervenções dos enfermeiros.

O incipiente aproveitamento dos dados documentados no sistema de informação, ou o ineficiente registo a que conduz o sistema de informação em uso, pode dever-se também, à fraca utilização de linguagem classificada, na nomeação e documentação dos dados, em particular aqueles que se referem à dimensão autónoma da prática profissional dos enfermeiros: diagnósticos, intervenções e resultados obtidos, relativamente ao auto cuidado.

Torna-se assim imperativo informar os enfermeiros da unidade em que decorreu o estudo para a importância da utilização de linguagem classificada, que evidencie as intervenções efectuadas inerentes aos diagnósticos levantados, que permitam afirmar que os ganhos em independência conseguidos pelos doentes hemiplégicos, ao nível do auto cuidado (matéria em análise no presente estudo), estão significativamente associados ao plano assistencial de enfermagem.

Por outro lado e não menos importante, é necessário alertar os responsáveis pela gestão da instituição, para a importância de se continuar a desenvolver o sistema de informação em uso, de modo a que o mesmo permita e conduza a informação mais rigorosa e efectiva, capaz de transmitir com rigor as práticas de cuidados

implementadas, de modo a se poderem extrair facilmente os dados que são importantes para analisar o trabalho efectuado na unidade e os seus contributos para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados prestados.

"…a qualidade dos produtos informacionais (o mesmo é dizer dos indicadores) depende da disponibilidade de dados, com requisitos de comparabilidade, que também lhe confiram fiabilidade" (Pereira, 2009).

CONCLUSÕES

A temática dos cuidados continuados assume hoje um protagonismo importante no panorama da saúde em Portugal, não só por ser uma nova tipologia de cuidados de saúde, mas por haver ainda muitas dúvidas sobre os modelos de cuidados em uso, nas mais diversas unidades de cuidados.

Para muitos, os cuidados continuados não representam mais que espaços criados para darem resposta a algumas situações que constrangem os indicadores de produtividade hospitalar, no entanto os seus principais objectivos vão muito para além, quando pensamos nas pessoas que lá podem ser reabilitadas funcionalmente e habilitadas para assim terem mais qualidade de vida.

Esta nova resposta de cuidados de saúde coloca grandes desafios aos enfermeiros; em primeiro lugar porque os coloca perante a ruptura com os modelos de cuidados praticados até esta data, cuja centralidade quando não exclusividade estava nos processos fisiológicos, na doença, no diagnóstico e no tratamento. Ao invés, os cuidados continuados colocam-nos perante a necessidade de uma ruptura paradigmática, cuja centralidade deve estar nos processos adaptativos e na forma de ajudarmos as pessoas a encontrarem respostas aos desafios de saúde causados por doença súbita que foi tratada, mas deixou marcas.

Estes novos espaços de cuidados cuja alta já não é determinada quase que exclusivamente pelo médico responsável pelo doente, pressionado pelos tempos de demora média, mas por uma equipa multidisciplinar, onde o momento do regresso a casa, não sofre pressões do tempo, mas ao invés permite que cada um dos actores envolvido no processo de cuidados, contribua com o seu saber para uma verdadeira preparação do regresso a casa, onde a pessoa tenha tempo de se adaptar á sua nova condição de saúde.

Os enfermeiros em função da sua preparação académica, da sua praxis e do mandato social que lhe foi conferido pelo regulamento do exercício profissional, são os actores melhor preparados para liderarem o processo de cuidados e darem o seu contributo para a independência das pessoas ao nível do auto cuidado.

A metodologia empregue permitiu fazer a descrição e análise dos registos dos enfermeiros e constatar que quando um modelo de cuidados tem a sua centralidade nos processos adaptativos ou processos intencionais, face à necessidade das pessoas reformularem os seus projectos de saúde e de vida, os ganhos em independência tornam-se visíveis e são um enorme contributo para o bem-estar das pessoas e dos seus conviventes, ficando assim cumprido o principal objectivo do trabalho.

O percurso desde a entrada até à saída da unidade do nível de dependência no auto cuidado banho, vestuário, alimentação, uso do sanitário, transferência e continência, demonstra que, se forem transmitidos conhecimentos, ensinadas estratégias e treinadas as capacidades das pessoas, com hemiplegia, as mesmas conseguem ganhos significativos de independência, tornando-se consequentemente mais autónomas.

Neste estudo, verificámos ainda que as pessoas desde a admissão até à alta são estimuladas a serem parte activa do processo de cuidados e não meros espectadores, tendo assim a oportunidade de adquirirem novos conhecimentos, de adoptarem estratégias e treinar capacidades que lhes permitam lidar com os efeitos residuais da doença.

Do exposto, podemos depreender que os ganhos de independência, ao nível do auto cuidado, obtidos durante o período que as pessoas passaram na unidade podem dever-se ao modelo assistencial de enfermagem em uso, dirigido à transmissão de conhecimentos, ao ensino de estratégias e treino de capacidades da pessoa dependente, tendo em vista a máxima autonomia.

No que concerne ao género, verifica-se que, os ganhos em independência são mais significativos nas mulheres, relativamente aos homens; podendo associar-se este facto à capacidade cuidativa das mulheres que tradicionalmente tiveram a seu cargo, o cuidado aos filhos, aos idosos e às pessoas dependentes o que lhes confere competências para serem capazes de cuidar de si próprias.

Relativamente à idade, as correlações encontradas foram muito baixas relativamente à variação do grau de dependência, o que se pode ficar a dever ao

facto de a maioria dos elementos da amostra serem idosos ou muito idosos (75% têm mais de 84 anos), o que não permite encontrar diferenças significativas.

Os modelos de cuidados de enfermagem em serviços de agudos estão sobretudo centrados nos processos fisiológicos e assentes nas necessidades que suportam o diagnóstico e o tratamento das doenças, ao invés este estudo mostra-nos que nesta unidade de cuidados continuados de convalescença, a centralidade dos cuidados de enfermagem está na transmissão de conhecimentos, no ensino de estratégias e no treino de capacidades da pessoa dependente e dos seus familiares, o que contribui significativamente para a independência das pessoas.

Estão, assim, dados passos importantes para uma verdadeira preparação do regresso a casa, nomeadamente quando estão presentes situações de dependência, capazes de provocar grandes constrangimentos à pessoa e aos seus familiares. Permitir à pessoa e aos seus cuidadores que readquiram as competências necessárias, para serem capazes de se adaptarem a novas situações e cuidarem de si de novo, é uma das prioridades que emerge do modelo de cuidados em análise.

A dotação da máxima independência nas actividades de vida diária, até ao limite que o corpo permite, assim como dos seus prestadores de cuidados informais, quando as limitações são grandes e os défices residuais se tornam irreversíveis, fazem parte do mandato social dos enfermeiros. Muitas vezes, os enfermeiros assumem esta vontade e determinação, sendo, no entanto, os modelos organizacionais em uso o maior obstáculo à sua concretização.

Do quadro teórico ressalta a importância da centralidade dos cuidados a pessoas dependentes, estar nos processos adaptativos que permitam à pessoa e à sua família adquirirem novos conhecimentos, adoptarem novos comportamentosque as ajudem a transitar para uma nova condição de saúde, onde o deficit para o auto cuidado seja minimizado e a pessoa adquira a máxima independência, o que está de acordo como Meleis & Trangenstein (1994), para quem os cuidados de enfermagem devem tomar como foco de atenção a ajuda às pessoas na gestão dos seus processos de transição ao longo do ciclo de vida.

Da análise documental aos registos dos enfermeiros, verifica-se, no entanto, a omissão de registos referentes à preparação efectuada aos prestadores de cuidados informais, assim como a falta de documentação, orientações ou procedimentos sobre esta dimensão dos cuidados. Constata-se, assim, que os prestadores de cuidados informais ainda são pouco envolvidos no processo de cuidados, podendo tal situação dever-se ao facto de os doentes provirem por vezes de áreas geográficas distantes, o que nem sempre permite que os mesmos possam estar presentes.

No entanto, verifica-se que os enfermeiros têm um documento específico para a identificação e respectivos contactos dos prestadores de cuidados informais que são preenchidos nas primeiras 48 horas após a admissão. Uma das dificuldades constatadas pelos enfermeiros nesta identificação é quando os doentes provêm de regiões distantes (Póvoa do Varzim, Espinho, Baião, M. de Canavezes) e os seus familiares apenas os visitam uma ou duas vezes durante todo o internamento, ou nem os chegam a visitar.

As constatações verificadas neste estudo relativamente ao modelo de cuidados em uso são semelhantes às encontradas em outros estudos onde se afirma que os cuidados de enfermagem devem visar a maximização das potencialidades das pessoas minimizando a sua independência, nas actividades de vida diária, na instrução do idoso/familiar, sobre técnicas facilitadoras do desempenho de algumas actividades, na informação entre outras (Melo, 2005; Sotto Mayor, Sequeira e Paúl, 2006, Nogueira, 2008)).

Os enfermeiros desta unidade documentam o plano de cuidados, num suporte informático próprio que tem vindo a ser construído ao longo do tempo e que ainda necessita ser enriquecido e completado com informação que contemple de forma mais específica os diagnósticos e intervenções dirigidos ao auto cuidado e à preparação do prestador de cuidados, de modo que evidencie que os enfermeiros fazem a preparação do regresso a casa de uma forma sistemática e profissionalizada.

Neste estudo, encontrámos algumas dificuldades, das quais realçamos o facto de não encontrarmos muitas publicações sobre cuidados continuados, pois, apesar de em outros países haver avanços significativos nesta matéria, os modelos

organizacionais são muito diferentes do implementado no nosso país que está sustentado em diferentes modelos, tornando assim difícil a comparação de informação.

Por outro lado, o modelo de registo em uso na unidade em que decorreu o estudo, por ser recente e estar ainda em evolução, não permite que todos os enfermeiros registem a informação com os mesmos critérios, o que nos veio dificultar a análise e nos colocou, algumas vezes, perante subjectividade na interpretação.

Propomos ainda como áreas merecedoras de atenção em futuras investigações:

- Sejam feitos estudos comparativos com outros modelos de cuidados que estão a ser implementados noutras unidades para se aferir qual trás mais ganhos de independência no auto cuidado.

- Desenvolver estratégias de ensino dirigidas aos prestadores de cuidados informais.

- Criar programas de reabilitação específicos para cada uma das actividades de auto cuidado.

- Realizar estudos centrados na continuidade de cuidados entre as unidades de internamento da rede e as equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados.

- Realizar estudos que demonstrem os ganhos em saúde que emergem desta nova tipologia de cuidados.

Por fim, analisando a metodologia utilizada, face às perguntas de partida que nos conduziram à elaboração deste estudo, constatámos que esta nos permitiu esclarecer conceitos e ideias e ainda fornecer-nos alguns dados importantes para reflectirmos sobre as práticas em uso na Unidade de Convalescença de Valongo, assim como para a identificação de alguns problemas reais que podem ser alvo de futuras pesquisas em outros trabalhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANDRÉ, C. (2006) – Manual de AVC. Rio de Janeiro. Livraria e Editora RevinterR Lta., 2ª Edição.

BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. (1995) – A dinâmica da dependência-autonomia do curso de vida; in A.L. Neri (ed), Psicologia do Envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso de vida. São Paulo; Papirus, pp. 349-377.

BEAUD, J. P. (2003) – Recherche Sociale: De la Problemátique à la collete des donnés: a amostragem.Presses de l'université du Québec.

BENJAMIN, A. E.; CLUFF, L. E. (2001) – A comparison of caretaking networks of caring. A challenge to helth professionals, families, communities, and society. Baltimore. The Jonhs Hopkins University Press.

BISHOP DS, et al. (1997) – Conference Proceedings: rehabilitation.

BLAKE, H., & LINCOLN, N. (2000) – Factors associated whit strain in co-resident spousesof patients following stroke . Clinical rehabilitation, 14, 307-314

BOBATH, B.(2001) – Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment,Elsevier Health Sciences; The third edition

BOBATH, B. (1998) – Hemiplegia no Adulto – Avaliação e Tratamento. Manole,SP

BOHANNON, R.W. (1998) – Relationship between shoulder pain and selected variables in patients with hemiplegia. Clinical Rheabilitation, 2, 111-117

BONITA, R. (1992) – The epidemiologia of the stroke. Lancet, 339, 342-344

BOTELHO, A. (2000) – Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em Idosos Utentes de um Centro de Saúde Urbano, Porto. Edições Bial

BOWLES, K. (2000) – Pacient problems and nurse interventionsduring actute care and discharge planning. Journal of Cardiovascular Nursing 14 (3), P. 29-41

BOWLES, K. (2002) – Pacient characteristic at hospital discharge and a comparison of home care referral deceisions. *American Geriatrics Societ.* JAGS. Nº 25, p. 541-547

BOWLING (1995) – The concept of quality of life in relation tho healt. Medicina Nei Secoli: Arte e Scienza, 7, 633-645

CARBONELL, A. (1986) – Revista Esp.Geriatriae Gerontologia, 21:309-315

CARR, J.; Shepherd R. B. (1988) – Programa de Reaprendizagem Motora para o Hemiplégico Adulto. Manole Editora

CASTELLS X (2002) – Envejecimiento y utilizatión hospitalaria. Informe SESPAS. Capítulo 23: 496-510

CAVANGH, S. (1993). Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson

CIPE (2005) – Classificação Internacional para a Pratica de Enfermagem. ICN. Ordem dos Enfermeiros 2005

CONSELHO DA EUROPA (1998) – Recomendação nº R (98) 9 do Comité de Ministros aos Estados Membros sobre a dependência.

CORREIA M., et al. (2004) – Prospective Community – basead Study of Stroke in Northern Portugal: Incidence and Case Fatality in Rural and Urban Populations; 35: 2048-2053

COSTA, M. (2002) – Cuidar Idosos – Formação, prática e competências dos Enfermeiros. Lisboa. Lusociência

COSTA, M. (2003) – Enfermagem geriátrica: a arte de aprender a cuidar cuidando. Mundo Médico. 29, p.68

CRAMER (1994) – Quality of life for people whit epilepsy.Neurologic Clinics, 12, 1-13

DE LA CUESTA, C. (2004) – Construir un mundo para el cuidado. Revista Rol de Enfermeria, 27, 12, p. 51-59.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008 – Morrer em Portugal; DGS

DOENGUES, M., MOORHOUSE, M., F. (1992) – Aplicação do processo de Enfermagem e do diagnóstico de Enfermagem. Lisboa. Lusociência

DOMBOVY, M.L. (1986) – Rehabilitation for stroke: a review. Stroke, 17, 363-369

DOMMERMUTH, K. (1975) – The useof sampling in marketing research. Chicago: American Marketing Association.

EINSTEIN, A., (2009) – Directrizes assistenciais para a enfermagem de reabilitação da pessoa com AVC. Israel.

EUROPEAN UNION, (2008) – Long-term care in the Europe. European Comission – Directorate- Generale for Employement, Social Affairs and Equal Opportunities.

FIGUEIREDO, D. & SOUSA, L. (2002) – Cuide (Cuidadores de idosos na Europa): avaliar as necesidades dos prestadores informais de cuidados. Geriatria, 15 (144), p. 15-19.

FINSTERBUSCH,K., et al (1983) – Social impact assessment methods. Beverly Hills: Sage Publications.

FONTES, N. (2000) – Unidades de AVC – Fisatria. Geriatria, 129 (13), 31-42.

FORTIN, M.F. (2009) – Fundamentos e etapas do proceso de investigação. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.

FORTIN, M.F. (2003) –O proceso de investigação: da concepção à realização. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.

FOSTER, P. C.; JANSSENS, N. P. (1993) - In: George J., B., et al. Teorias de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, Cap. 7, p. 90-107

GARCÉS, M., et al. (2001) – Fundamentos de Enfermería. Madrid. Difusión Avances de Enfermería (DAE, S.L.)

GELBER, D. A., GOOD, D. C., LAVEN, L. J. et al. (1993) – Causes of urinary incontinence after acute stroke. Stroke, 24, 378-382

HAYES, S.H. AND CARROLL, S.R. (1986) – Early intervention care in the acute stroke patient. *Archives of physical Medicine and Rehabititation, 67, 319-321*

HARTMEG, Donna L. (1991) – Dorothea Orem Self-Care Déficit – Theory – Notes on Nursing Theories: Sage Publications

HENDERSON, V. (1982) – The Nursing Process – Is the Title Right? Journal of Advanced Nursing, 7, 103-109

HESBEEN, Walter (2002) – A Reabilitação – Criar novos caminhos. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures

HIBBARD, M., R.; et al (1993) – A multimodal approach to the diagnosisnof post-stroke depression.In Advances in Stroke Rehabilitation (ed. W. A. Gordon), Andover Medical Publishers. Boston. P. 185-214

HICKS, Carolyn M. (2000) – Research Methods for Clinical Therapists – Applied project design and analysis.Harcourt Publishers Limited. Birmingham, R.U.

HOMEAN, Shirley P. (2000) – Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures

HONORÉ, B. (2004) – Cuidar: Persistir em conjunto na existência. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures

HONORÉ, B. (2002) – A saúde em projecto. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures

JAARSMA, T. et al. (2000) - Self-care behavior of patients with Heart failure.*Scand. J. Caring. Sci* Nº 14, p. 112-119

JAMA (1996) – JAMA instructions for international authors. The Journal of the American Medical Association, 275 (1), 5-9

JEWELL, Sarah E. (1993) – Discovery of the discharge process: a study of pacient discharge from a care unitfor elderly people*. Journal of Advanced Nursing*. Nº 18, p. 1288-1296

JOHNSTONE, M. (1980) – Função motora do paciente hemiplégico: vivendo dentro de um esquema. S. Paulo – Atheneu Editora São Paulo Ltdª

KANDEL, E., R. (1991) – Disorders of mood: depression, mania, and anxiety disorders. *In principles f Neural Sience* (eds Kandel, J.H.). Appeleton and Lange, Norwalk, CT, p 869-883

Katz S, Akpom CA. (1976) – A measure of primary sociobiological functions. Int J Health Serv.; 6(3):493-508

Katz S. (1983) – Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living, Journal of American Geriatric Society, 31, pp. 721-727

Katz S, Stroud III MW. (1989) – Functional assessment in geriatrics: a review of progress and directions. J Am Geriatr Soc.37(3): 267-7

Khan, Z., Starer, P., et al (1990) – Analysis of voiding disorders in patients whith cerebrovascular accidents. Urology, 35, 265-270

LOPES, C. L. R. (1994) – Percepção dos pacientes, sem capacidade para auto cuidar-se, sobre a operacionalização do banho no leito. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.49, n. p. 259-266, Abril/Junho

LOPEZ, AD, et al., (2006) – Global and regional burden of disease and risk factors: systematic analisysof population health data. The Lancet, 367: 1747-1757

LUCE, M. et al. (1990) – A preparação para o auto cuidado do doente diabético e família. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol. 1, nº 1/2/3/4, p. 36-49, Dez/Jan

MARIN, D. C.; CASASNOVAS, G. L. (2001) – Vejez, dependência y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro, Fundatión "la Caixa"

MARTINS, M. (2002) – Uma crise acidental na família: o doente com AVC. Coimbra. Formasau

MARTINS, T. (2002) – Prevalência dos acidentes vasculares cerebrais. Escola Superior de Enfermagem de S. João. Edição da autora

MARTINS, T. (2006) – Acidente vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde Lda

MATTHEWS, DA. Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. J Am Geriatr Soc *1984*;32 (4):253-8)

McCOURT, A.E. (Ed). (1993). – The speciality practice of rehabilitation nursing: A core curriculum (3 ed.). Rehabilitation: Nursing Foundation. Skokie, IL.

Mc BRIDE, K., WHITE, C., C., SOURIAL, R., & MAYO, N. (2004) – Post Discharge Nursing, 47 (2), p. 225-259

MELEIS, A. & TRANGENSTEIN, P (1994) – Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. Nursing Outloock, 42 (6), p. 225-259

MELEIS, A. (2005) – Theoretical Nursing: development and progress (3ª ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

MÉTAYER (1988) – Técniques hospitalieres; nº 509: 19-22

NIGHTINGALE, F. (2005) – Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures

NAYLOR, M. D.; BOWLES, H. K.; BROOTEN, D. (2000) – Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care.*Public health nursing.* Vol. 17, nº2, p. 94-102

NOGUEIRA, A. (2003). Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro. Tese de Mestrado apresentada ao ICBAS

NOGUEIRA, A. (2008). Competências dos cuidadores principais: perspectiva dos enfermeiros comunitários. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Portucalense Infante D. Henrique

O'Donnell, M.P. (1986). Definition of Health Promotion.*American Journal of Health Promotion, 1*, 4-5

OREM Dorothea (1991) – Nursing: Concepts of practice (4 th ed.). St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc. Taylor, S.G

OREM Dorothea (1985) – E. concept of self care for the rehabilitation client – Rehabiliation Nursing; May-Jun; 33-36

OREM Dorothea (1980) – Nursing: concepts of practice. New York: McGraw-Hill. Pág. 35-54: Nursing and self-care

PADILHA, M. (2006) – Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

PEREIRA, A. (2006) – SPSS Guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia. 6ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo

PEREIRA, F. (2009) – informação e qualidade: do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra. Formasau

PESTANA, M., 6 GAGEIRO, J. (2005) – Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS. 4ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo

PETCH, A. (2003) – Intermediate Care: What do we know about older people´s experiences? – York Joseph Rowntree Foundation

PETRONILHO, F. (2007) – Preparação do regresso a casa. Coimbra. Formasau – Formação e Saúde Lda

PINTO, Ricardo R. (2009) – Introdução à analise de dados com recurso ao SPSS. Edições Sílabo Lda. 1ª Edição. Lisboa

POLGAR, S.; THOMAS, S. (1988) – Introduction to reserch in the helth sciences. Melbourne: Churcil Livingstone

PRICE, T., R. (1990 – Affective disorders after stroke. Stroke,. 21 (Suppl 11), 12.13

RIBEIRO, P. (2007) – Investigação e avaliação em psicologia da saúde. Lisboa; Climepsi Editores

RIBEIRO, P. (2007) – Introdução à Psicologia da Saúde. Coimbra. 2ª Edição

RIBEIRO, P. (1999) – Metodologia de Investigação em psicologia da saúde. Porto: Legis Editora.

RIBEIRO, P., (1998). Psicologia e Saúde. Lisboa: ISPA

ROPER, N., LOGAN, W.W., TIERNEY, A.J. (1980) – The Elements of Nursing, Edimburgo, Churchill Livingstone

ROY, C.W: (1994) – Shoulder pain in acutely admitted hemiplegics. Clinical Rehabilitation, 8, 334-330

SALVAGE, A. (1995) – Who will care? Future prospects for family care of older people in the European Union, European. Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

SCHMIT, J., et al (1994) – Videofluroscopic evidence of aspiration predicts pneumonia and death but not dehydration following stroke. Dysphgia, 9, 7-11

SEQUEIRA, C. (2007) – Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções. Coimbra; Editora Quarteto

SHEPHERD R. (2008) – Reabilitação Neurológica – Optimizando o desempenho motor. Barueri. Editora Manole, Lda

SOTTO MAYOR, M., SEQUEIRA, C., PAÚL, C. (2006) – Um espaço de intervenção como os cuidadores, num serviço de psicogeriatria – A consulta de enfermagem In I. Leal, J. P. Ribeiro e S. N. Jesus (Eds.), Actas do 6º Congresso Nacional da Psicologia da Saúde – Saúde e bem-estar e Qualidade de vida. Lisboa: Edições ISPA

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D. (2003) – (In)dependência na população idosa: Um estudo exploratório na população portuguesa; Psycologia, 33, p. 109-122

SMITH, R.G., et al. (1998) – Malalignment of the shoulder following stroke. British Medical Journal, 284, 1224

TAUB, E., MILLER, N.E. (1993) – A technique for improving chronicmotor deficit after stroke.Archives of Phisical Medicine of Rehabilitation, 74, 347-354

TAYLOR, S. (2004) – Teoria do défice do auto cuidado de enfermagem. In A. Tomey & M. Alligood, Teóricas de Enfermagem e sua Obra (5ª ed.). Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures

VICTOR, Christina R.; THOMAS, Anna (2000) – Older patients and delayed discharge from hospital. Health and Social care in the Community. *Blackwell Science ltd.* Vol. 8, nº 6, p. 443-452

VON STENBERG (1997) – J Am Geriatric, Soc.; 45: 87-91

WALKER, A. (1999) – Attitudes to population ageing in Europe. A comparasion of the 1992 and 1999.Eurobarometer Surveys. URL: http//www. Shef.uk/socst/staff_page_elements/a:_walker/attiutudes.pdf [05-01-2006]

YURA, H. & M. B. WALSH, (1973) – The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluation, Nova Yorque, Appleton-Century Crofts, 2ª Edição

WHO (2002) – Active ageing a policy framework: contribution of the WHO to the second United Nations world assembly on ageing. Madrid: WHO

WHO (2003) – Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva. WHO, 2003

WHO (2005) – Healthy ageing. Practical pointers on keeping well .Manila: WHO 2005

UMPHRED,A. (2010) – Neurological Rehabilitation. London. Mosby Elsevier; 5ª edition

ANEXOS

Anexo 1 – Aurorização do Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Valongo, para a recolha de dados por análise documental aos processos clínicos e respectivo parecer da Comissão de Ética.

Administração Regional de Saúde do Norte

Hospital de Nossa Senhora da Conceição Valongo

Ministério da Saúde

Nota de Serviço Interno
- Informação

PARECERES	DESPACHO
	Deliberou aprovar o CA e emitir o parecer solicitado Presidente do CA José Luís Catarino 13/12/2007

DE: Comissão de Ética	**PARA**: Conselho de Administração
Assunto: Parecer da CESHV ao pedido de Manuel Barnabé Moura Pinto de Melo aluno do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar	**Data**: 2007/12/07

Parecer sobre a realização de um estudo de investigação documental no âmbito de uma dissertação de Mestrado sobre " O Processo de Cuidados de Enfermagem e Autonomia dos Doentes numa Unidade de Cuidados Continuados Convalescença" da autoria de Manuel Melo, Enfermeiro Responsável da Unidade de Convalescença deste Hospital.

A CESHV, reunida no dia 07/12/2007, deliberou que nada tem a opor, uma vez que são cumpridos os requisitos habituais de confidencialidade e conhecimento prévio por parte da Administração do Hospital Nª Srª da Conceição de Valongo.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Registo N.º 1799 12 XII 2007
Rubrica Rosa Sousa
Presidente do CA X
Vogal Executivo
Enf.º Director

Pela CESHV, o Presidente

Maria Alexandra Corte-Real

Anexo 2 – Grelha de registo dos focos de atenção identificados pelos enfermeiros

Domínio	Diagnóstico diferencial	Registo	%
Respiração	Dispneia funcional		
	Dispneia em repouso		
	Ortopneia		
	Expectorar ineficaz		
	Tossir ineficaz		
	Risco de broncoaspiração		
Sub Total			
Circulação	Hipertensão		
	Risco de hipotensão		
	Risco de hemorragia		
Sub Total			
Nutrição	Risco de ingestão nutricional insufi.		
Sub Total			
Metabolismo	Metabolismo energético alterado		
Volume de líquidos	Edema		
	Ascite		
	Risco de desidratação		
Sub Total			
Eliminação	Incontinência fecal		
	Incontinência urinária de esforço		
	Incontinência urinária reflexa		
	Incontinência urinária funcional		
	Urgência urinária		
	Risco de obstipação		
Sub Total			
Tegumento	Úlcera de pressão		
	Risco de úlcera de pressão		
	Ferida		
Sub Total			
Sensações	Dor por ferida		
	Dor artrítica		
	Dor isquémica		
	Cólica		
	Outra		
Sub Total			
Sistema imunitário	Infecção		
	Susceptibilidade à infecção		
Sub Total			
Energia	Intolerância à actividade		
Sub Total			
Auto cuidado	1 Alimentar-se		
	2 Banho		
	3 Vestuário		
	4 Transferir-se		
	5 Posicionar-se		
	6 Uso do sanitário (higiene pessoal)		
	7 Risco de queda		
	8 Deambular		
Sub Total			
Gestão e adesão ao regime terapêutico			

Sub Total		
Total		

Anexo 3- Ensinos efectuados ao doente sobre auto cuidado, subcategorias e critérios diagnósticos

Categoria	Sub-categoria	Critérios Diagnósticos
Auto cuidado	Alimentação	• Ensino de estratégias adaptativas, para o auto cuidado: alimentação; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: alimentação.
	Higiene (Banho)	• Ensino de estratégias adaptativas, para o auto cuidado: higiene; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: higiene.
	Vestuário	• Ensino de estratégias adaptativas, para o auto cuidado: vestuário; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: vestuário;
	Transferir-se	• Ensino de estratégias adaptativas, para o auto cuidado: transferir-se; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: transferir-se;
	Continência (Controle dos esfíncteres)	• Ensino de estratégias adaptativas, para o auto cuidado: continência; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: continência;
	Uso do sanitário (Higiene pessoal)	• Ensino de estratégias adaptativas, sobre o auto cuidado: uso do sanitário; • Ensino de actividades inerentes à consecução do auto cuidado: uso do sanitário;

Anexo 4 – Ensinos efectuados ao doente sobre o regime medicamentoso, subcategorias e critérios diagnósticos

Categoria	Sub-categoria	Critérios Diagnósticos
Gestão do regime terapêutico	Regime medicamentoso	Ensino sobre: • Aparência do medicamento; • A administração correcta dos fármacos; • As acções do medicamento;
	Prevenção de complicações	Ensino sobre: • Como prevenir complicações decorrentes do regime medicamentoso;
	Respostas aos medicamentos	Ensino sobre: • Efeitos secundários dos medicamentos; • Actividades de auto-monitorização;
	Hábitos alimentares	Ensino sobre: • Dieta recomendada; • Alimentos permitidos na dieta; • Alimentos a serem evitados; • Orientações para a preparação dos alimentos; • Interacções entre alimentação e medicamentos; • Consequências da utilização do sal; • Benefícios da eliminação ou redução do uso do sal;
	Doença	Ensino sobre: • Nome da doença; • Medidas a adoptar para minimizar a progressão da doença; • Sinais e sintomas de complicações;
	Hábitos de exercício	Ensino sobre: • Actividade física prescrita; • Objectivos da actividade proposta; • Restrições á actividade;
	Auto vigilância	Ensino sobre: • Actividades a realizar na auto-vigilância; • Interpretação de sinais e valores; • Sintomas de agravamento da situação clínica;
	Uso de substâncias: álcool	Ensino sobre: • Consequências da utilização; • Benefícios da eliminação ou redução do uso da substância;
	Uso de substâncias: tabaco	Ensino sobre: • Consequências da utilização; • Benefícios da eliminação ou redução do uso da substância;

Anexo 5 – Ensinos efectuados ao doente sobre prevenção de complicações associadas à condição de saúde da pessoa, subcategorias e critérios diagnósticos

Categoria	Sub-categoria	Critérios Diagnósticos
Prevenção de complicações	Prevenção de úlcera de pressão	Ensino sobre: • Procedimentos a adoptar, para prevenir a úlcera por pressão; • A importância nutricional, para prevenir a úlcera por pressão;
	Técnicas respiratórias	Ensino sobre: • Procedimentos técnicos a implementar e as vantagens da sua utilização (exercícios de tosse e tempos respiratórios);
	Técnicas de conservação de energia	Ensino sobre: • Técnicas que permitem conservarem a energia;
	Auto controlo da continência urinária	Ensino sobre: • Procedimentos para o controlo sobre a emissão de urina; • Equipamentos a utilizar para o controlo da emissão de urina; • Hábitos de eliminação urinária;
	Infecção urinária	Ensino sobre: • Procedimentos para minorar a infecção urinária; • Ingestão hídrica adequada; • Utilização e manipulação adequada de equipamentos apropriados;
	Prevenção da rigidez articular	Ensino sobre: • Factores concorrentes para a rigidez articular; • Procedimento para o posicionamento; • Procedimentos para prevenir a rigidez articular;
	Prevenção de queda	Ensino sobre: • Procedimentos para prevenir as quedas; • Factores concorrentes para as quedas; • Adaptações ambientais contributivas para a prevenção das quedas;
	Prevenção da bronco-aspiração	Ensino sobre: • Técnica de utilização dos alimentos na boca; • Técnica da utilização; • Posicionamento a adoptar durante e após a refeição; • A posição a adoptar na presença de náusea ou vómito;

Anexo 6- Tabela de análise aos registos dos enfermeiros

DIMENSÕES	COMPONENTES	Indicadores	UNIDADES DE TEXTO IDENTIFICATIVO
Transmissão de conhecimentos		Presente 95	Ensino sobre prevenção da rigidez articular D39 Realizado ensino sobre padrão anti-espástico D39 Iniciado ensino sobre vestir/despir D19 Ensinada a despir e vestir pela ordem correcta; D99 Ensinada a deglutir, para o lado não afectado; D98 Realizado ensino da ponte D19 Efectuado ensino sobre o vestuário e calçado mais adequado; D87 Ensinado a técnica de passar a roupa pela cabeça; D87
Ensino de estratégias		Presente 93	Instruída relativamente á quantidade e consistência dos alimentos a deglutir; D98 Ensinada a usar talher modificado com velcro para segurar o talher ma mão afectada; D87 Instruída a utilizar a calçadeira de cabo longo; D98 Instruída relativamente á posição da perna cruzada para poder calçar o sapato.
Treino de capacidades		Presente 94	Treinada a fazer algumas mobilizações D39 Treinada nas transferências cama cadeira e cadeira/cama; D39 Treinada a mudar de posição e a manter o corpo alinhado (nos posicionamentos) D39 Treinada nas transferências da cadeira para a sanita D19 Treino de vestir/despir D19 Assistida na higiene D36 Estimulada no controle de esfíncteres, já controla no e utiliza o WC D39 Assistida no banho no chuveiro e nas transferências D39
Prevenção de úlcera de pressão		Presente 34	Colocado colchão de pressão alterna D35 Posicionada a cada duas horas, marca com muita facilidade; D56
Prevenção de rigidez articular		Presente 23	Colocado suporte para prevenir posição viciosa da articulação tíbio társica; D43 Estimulado a efectuar exercícios activos do tornozelo dt°; D85 Colocada bota anti-equino; D43 Foi alertada a fam´lia para a importância da posição do tornozelo; D43
Prevenção de desidratação		Presente 22	Estimulada a ingestão hídrica D35 Incentivada a ingestão hídrica D37 Administrada água gelidificada, que deglute sem se engasgar; D56

Auto cuidado banho/arranjo pessoal		Presente 76	Estimulado a participar na sua higiene; D23 Necessita apenas de ajuda para lavar o dorso e as extremidades dos membros inferiores; D45 Assistido nos cuidados de higiene, mas já lava grande parte do corpo sem ajuda;D91 Foi auxiliado nos cuidados de higiene no chuveiro, apenas com pequena ajuda; D92 Cuidados d higiene no WC. Com a colaboração da esposa; D81 Autocuidou-se no Wc, apenas com supervisão da esposa; D81
Auto cuidado comer/beber		Presente 67	Estimulada a alimentar-se por mão própria D39 Alimentou-se pela sua própria mão, tendo conseguido alimentar-se na totalidade;D91 Já se alimenta por mão própria, apenas não consegue cortar os alimentos; D90 Alimenta-se sozinha apenas necessita que lhe cortem os alimentos; D 97
Auto cuidado vestir/despir		Presente 78	Já se veste e despe, apenas com pequena ajuda D36 Estimulada e ensinada a vestir-se mas continua a recusar participar; D97 Necessita de ajuda parcial para vestir os membros inferiores; D99 Já tem conhecimento demonstrado sobre Qual a ordem de despir e vestir; D99 Efectuado treino de vestir e despir, já o consegue, sem ajuda; D 82
Auto cuidado transferir		Presente 64	Dependente em grau elevado nas transferências D37 Assistida nas transferências D37 Auxiliada nas transferências D37 Ensinada e assistida nas transferências D37 Dependente em grau reduzido nas transferências D37 Já só necessita de supervisão para se transferir; D91 Colabora muito pouco nas transferências; D84 Ainda necessita de ensino e treino nas transferências; D98 Já se transfere sozinho e em segurança; D100 Já se transfere sem dificuldade; D87 Necessita de supervisão nas transferências, pois ainda apresenta algum desequilíbrio ortostático; D89
Auto cuidado rodar-se		Presente 34	Dependente em grau moderado no rodar-se, pelo que necessita de estímulo a cada duas horas para treinar o posicionamento; D67 Consegue rodar-se sem ajuda; D79 Consegue posicionar-se e rodar com ajuda do trapézio; D71 Já se roda e ergue apenas com uso do trapézio; D57

Auto cuidado uso sanitário		Presente 68	Estimulada a utilizar o WC D36 Incentivada a pedir a aparadeira para urinar D38 Após apresentar eliminação vesical e intestinal, foi capaz de se arranjar sozinho; D92 Já se consegue limpar após apresentar eliminação intestinal D84 Já toma a iniciativa de se limpar ap+os apresentar eliminação D84 Já foi a doente que se arranjou antes de sair do WC após ter uma dejecção;
Autocuido continência		Presente	Controla micções no urinol, quando está no leito; D91 Controlou esfíncter vesical e anal no W.C.; D90 Ainda continua a urinar na fralda; D84 Apresenta perda urinária esporádica; D84 Controla esfíncteres no W.C D86 Teve micções na sanita, mas torna-se necessário solicitá-la,, por sua iniciativa urina na fralda; D95 Já solicita a ida ao WC para eliminar; D96 Ainda não controla esfíncteres, necessita ser solicitada, pois se for ela tem micções no WC. D97 Incentivada a pedir para ir ao WC quando tiver vontade; D97 Tem controle de esfíncteres 98
Auto cuidado deambular		Presente 82	Deambulou com supervisão D 36 Assistida na deambulação no percurso para o WC D36 Deambula com recurso a bengala sem ajuda D36 Iniciou marcha com tripé e supervisão D37 Deambulou com andarilho sob supervisão D38 Deambulou com apoio de canadianas e com supervisão D40 Deambula só apenas com recurso ao andarilho; D91
Emoções		Presente 22	Apresenta labilidade emocional D34

Prevenção de quedas		Presente 67	Apresenta score de Henrich II, maior que 5, pelo que, foi instituído protocolo de quedas; D49 Instruído prestador de cuidados sobre técnica e medidas de prevenção de quedas; D83 Prestador de cuidados tem conhecimento demonstrado sobre prevenção de quedas; D64 Foi reforçado o ensino relativamente à prevenção de quedas D95; Tem risco elevado de queda; D98
Prevenção de infecção		Presente 76	Urina concentrada, aumentada a ingestão hídrica D35
Prevenção de bronco-aspiração		Presente 12	Apresenta risco elevado de bronco aspiração D31 Instruído prestador de cuidados sobre técnica de prevenção de bronco aspiração D56
Prevenção de maceração da pele		Presente 32	Sacro ruborizado; posicionado, massajado e aplicado protector da pele D35
Prevenção da obstipação		Presente 30	Não apresenta transito intestinal há três dias, administrado Laevolac, alterada a dieta e aumentada a ingestão hídrica D 36
Regime medicamentoso		Presente 56	Reforçado ensino sobre os malefícios do sal e do açúcar D36 Estimulada a cumprir o regime terapêutico D36 Reforçado ensino sobre a importância de respeitar o horário da toma do Varfine D40
Glicemia capilar/Admin. insulina		Presente 61	Reforçado ensino sobre a auto administração da insulina

Inaloterapia		Presente 13	Cumpre nebulização D24 Efectuado ensino sobre benefício da nebulização D63 Ensino ao prestador de cuidados sobre técnica da nebulização D32
Alimentação por sonda nasogástrica		Presente 7	Efectuado ensino ao prestador de cuidados, sobre técnica de administração de alimentação por sonda nasogástrica D71 Prestador de cuidados apresenta conhecimento demonstrado sobre medidas para prevenir broncoaspiração D71
Alterações da comunicação		Presente 44	Apresenta disartria D72 Apresenta afasia sensitiva D44 Apresenta afasia mista D62 Apresenta afasia motora D84
Referência aos familiares		Presente 33	Teve visita de familiares D 37 Ficou contente com visita de familiares D40
Edema		Presente 46	Colocados membros inferiores em drenagem postural para redução de edemas D36
Perturbação do sono		Presente 25	Dorme apenas por curtos períodos D 37

Anexo 7 – Nível de dependência inicial no auto cuidado (variável dependente)

DIMENSÕES/COMPONENTES	INDICADORES – SCORE	FREQUÊNCIA
Auto cuidado: alimentar-se	Independente – 4	12
	Independente com supervisão – 3	28
	Independente com ajuda – 2	36
	Dependente – 1	24
Auto cuidado: banho	Independente – 4	13
	Independente com supervisão – 3	17
	Independente com ajuda – 2	33
	Dependente – 1	37
Auto cuidado: vestir/despir	Independente – 4	16
	Independente com supervisão – 3	16
	Independente com ajuda – 2	32
	Dependente – 1	36
Auto cuidado: continência (controle esfíncteres)	Independente – 4	14
	Independente com supervisão – 3	35
	Independente com ajuda – 2	26
	Dependente – 1	35
Auto cuidado: transferir-se	Independente – 4	10
	Independente com supervisão – 3	25
	Independente com ajuda – 2	30
	Dependente – 1	36
Auto cuidado: higiene pessoal (uso sanitário)	Independente – 4	08
	Independente com supervisão – 3	20
	Independente com ajuda – 2	35
	Dependente – 1	37

Anexo 8 – Nível de dependência final no auto cuidado (variável dependente)

DIMENSÕES/COMPONENTES	INDICADORES – SCORE	FREQUÊNCIA
Auto cuidado: alimentar-se	Independente – 4	30
	Independente com supervisão – 3	34
	Independente com ajuda – 2	28
	Dependente – 1	8
Auto cuidado: banho	Independente – 4	27
	Independente com supervisão – 3	35
	Independente com ajuda – 2	28
	Dependente – 1	10
Auto cuidado: vestir/despir	Independente – 4	30
	Independente com supervisão – 3	33
	Independente com ajuda – 2	27
	Dependente – 1	10
Auto cuidado: continência (controle esfíncteres)	Independente – 4	31
	Independente com supervisão – 3	33
	Independente com ajuda – 2	24
	Dependente – 1	12
Auto cuidado: transferir-se	Independente – 4	33
	Independente com supervisão – 3	31
	Independente com ajuda – 2	27
	Dependente – 1	9
Auto cuidado: higiene pessoal (uso sanitário)	Independente – 4	30
	Independente com supervisão – 3	30
	Independente com ajuda – 2	28
	Dependente – 1	12

Anexo 9 – Destino pós-alta da Unidade de Convalescença

Destino	Nº	%
0 – Domicílio sem indicação cuidados domiciliários	34	34
1 – Domicílio com cuidados domiciliários	22	22
2 – Domicílio com apoio centro de dia	18	18
3 – Casa de filhos	8	8
4 – Lar	12	12
5 – Família de acolhimento	4	4
6 – Outros	2	2
Total	**100**	**100**