

Universidade Católica Portuguesa

CONTRIBUTOS PARA UM MODELO DE GESTÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS  
DE ENFERMAGEM NAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

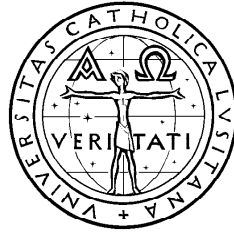
Por

Maria Joana Alves Campos

Instituto de Ciências da Saúde

Abril, 2019





Universidade Católica Portuguesa

CONTRIBUTOS PARA UM MODELO DE GESTÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS  
DE ENFERMAGEM NAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Tese apresentada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Por Maria Joana Alves Campos

Sob a orientação do Professor Doutor Abel Avelino Paiva e Silva

Este estudo foi cofinanciado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, ao abrigo do programa PROTEC

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

Instituto de Ciências da Saúde

Abril, 2019



Dedico o trabalho a todos aqueles que o tornaram possível e me fizeram acreditar...



Agradeço,

Ao Professor Doutor Abel Paiva e Silva, pela disponibilidade, mestria da orientação, qualidade da reflexão proporcionada, paciência e o que muito me tem ensinado. Muito obrigada.

Ao Conselho de Administração e Direção de Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE.

Aos Enfermeiros das Unidades de cuidados continuados integrados da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE.

Às famílias clássicas do concelho de Matosinhos que nos proporcionaram conhecer os seus membros dependentes.

À ESEP por tornar mais fácil este percurso.

Aos amigos da ESEP, em especial à Alice, Ana, Fernanda, Filipe, Inês, Natália, Paulo, Paulino, Regina e Zé Lumini, que em momentos diferentes, me ajudaram. Ao Carlos, Fernando e Margarida Filipe pela partilha de uma parte do percurso, reflexão e apoio.

Aos familiares, entre os quais, mãe, marido, filhas e aos amigos que sempre me apoiaram e incentivaram.

À Francisca e à Sofia, pelo tempo e paciência, pelos primeiros trabalhos de casa que não acompanhei, pela(s) festa(s) de Outono que tanto queriam ir comigo e, tantas outras! E essencialmente pela nova perspetiva de olhar o mundo...

Muito obrigada!



## Resumo

Nos países da OCDE assiste-se a um crescimento da população idosa, pelo que urge encontrar novas formas de providenciar cuidados às pessoas com doenças crónicas e em situação de dependência, bem como às suas famílias. Será imperioso encontrar novas métricas para avaliar o impacto destes cuidados na saúde e bem-estar das pessoas dependentes e familiares cuidadores, bem como também avaliar o desempenho dos serviços prestadores de cuidados. Os cuidados continuados de longa duração terão tendência a aumentar e conseqüentemente os gastos com os mesmos.

A investigação teve como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, através da construção de contributos para um modelo de gestão da qualidade dos cuidados baseado em resultados.

Inicialmente tentámos perceber quem seriam os potenciais clientes das equipas de cuidados continuados integrados, para usar esta informação válida no início do processo de investigação-ação, levando a cabo um estudo de base populacional no concelho de Matosinhos.

No sentido de contribuir para um modelo de melhoria contínua da qualidade neste contexto de cuidados, partiu-se de informação válida traduzida em indicadores de resultado dos cuidados de enfermagem enquanto forma para repensar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Para tal, foi desenhado um ciclo de investigação-ação.

A reflexão acerca das oportunidades de desenvolvimento, a partir do modelo II de Argyris & Schon (1982), sobre a informação válida levou a mudanças.

No concelho de Matosinhos, 9,5% das famílias clássicas integram dependentes no autocuidado. Os dependentes são mulheres (58%), a instalação da dependência foi gradual (52%), apresentam alterações dos processos corporais (80,2%), como a rigidez articular e verifica-se que 42,15% são grandes dependentes, ou seja, acamados.

Os familiares cuidadores são mulheres (81%) que coabitam com a pessoa dependente (78%), irmãs ou filhas, casadas e sem ocupação profissional nem escolaridade. Quanto aos

cuidados que prestam são maioritariamente os de manutenção da sobrevivência como o alimentar.

Foi possível obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem em oito domínios – tegumento, autocuidado, movimento muscular, equilíbrio corporal, limpeza das vias aéreas, dor, movimento articular e respiração, relacionados com a pessoa dependente, mas também com o familiar cuidador mais concretamente com a sua preparação para tomar conta.

Percebeu-se que a reflexão conduziu a uma mudança de paradigma na prestação dos cuidados. Da tónica centrada nos tratamentos das úlceras de pressão ou na administração da medicação, passou para a ênfase nas transições vividas pelas pessoas e famílias, emergindo novos conceitos centrais, como a consciencialização, a atitude face ao cuidado.

A reflexão sobre os cuidados em torno das necessidades básicas dos clientes que exigem cuidados complexos, como posicionar, transferir, executar movimentos músculo articulares, com a intenção de substituir a pessoa quando ela não é capaz e promover a independência quando é possível, mas também, da capacitação do familiar cuidador para o desempenho do papel e a consciencialização das mudanças e implicações na vida individual e familiar, foram uma constante.

Conseguir produzir indicadores relevantes para a prática de enfermagem na vertente da tomada de decisão autónoma é, por si só, muito relevante. O facto de os mesmos se referirem ao core da disciplina, torna-os ainda mais relevantes.

Realçamos a informação válida que traduz modificações positivas no domínio do autocuidado e também nas capacidades e conhecimentos da pessoa dependente, bem como da capacitação do familiar cuidador para o desempenho de papel.

A reflexão-ação, como pilar do processo de melhoria contínua da qualidade, leva a mudanças importantes e novas perspetivas de ação dos enfermeiros.

**Palavras-chave:** Autocuidado; Familiar Cuidador; Equipas de cuidados continuados integrados; Exercício profissional; Indicadores de resultado; Qualidade dos cuidados.

## Abstract

In the OECD countries, the elderly population is growing. Therefore, there is very important to find new ways to provide care for people with chronic diseases, self-care dependency and their families.

It will be imperative to find new metrics to measure the impact of this care on health and well-being of dependent persons and family caregivers. It is important monitoring the health professional's performance in this context. Long-term care will tend to increase, and consequently, the costs will increase.

The purpose of the research was to improve the quality of nursing care provided to families who take care of a dependent family member by contributing to build a nursing care model in this context.

Initially, we tried to understand who the potential patients of long-term care services would be. To use this valid information as the beginning of the action-research process, carrying out a population-based study in Matosinhos municipality.

The study focused on reflection based on valid information translated into nursing care outcome to rethink the quality of nurses' professional practice in this context. For this, an action-research cycle was designed. The reflection about the opportunities, from Argyris & Schon's (model II) based on valid information conduct to changes and modifications.

In Matosinhos, 9.5% of the classic families have a person with dependency on self-care. The dependents were women (58%), the installation of dependency was gradual (52%), have body processes commitment (80.2%), such as joint stiffness, and 42.15% were highly dependent or bedridden. Family caregivers are women (81%) who cohabit with the dependent person (78%), sisters or daughters, married, without professional occupation, and lower education levels. They provide survival care, as feeding, to his family member.

It was possible to obtain sensitive nursing outcomes in eight domains - tegument, self-care, muscle movement, body balance, airway clearance, pain, joint movement and respiration, related to the dependent person and the family caregiver about preparation for taking care.

It was noticed that the reflection led to a paradigm shift in the provision of care from the focus on the treatment of pressure ulcers or medication administration to an emphasis on the transitions experienced by people and families, with new central concepts emerging, such as awareness and attitude towards care.

Reflection about the basic needs of patients who require complex nursing care, such as positioning, transferring, performing joint muscle movements, with the intention of replacing the person when he is unable and promoting independence when possible, is a reality. In addition, the family caregiver's empowerment to perform their role and the awareness of the changes and implications in the individual and family life were a constant.

Achieving relevant nursing outcomes in the area of nursing decision-making is very suitable. The fact that results refer to the core of the nursing knowledge makes them even more relevant.

We highlight the outcomes that reflect positive changes in the area of self-care and in the capacity and knowledge of the dependent person, as well as the training of the family caregiver to perform their role. Action-reflection as a pillar of the improvement of quality care leads to significant changes and new nurses' action perspectives.

Keywords: Self-care; Family caregiver; Long-term care; Professional nursing care; Outcomes; Quality of care.

## Abreviaturas e siglas

AC – Autocuidado

AE – Autoeficácia específica

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AICc – Akaike Information Criterion correction

ANOVA – Análise de variância

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BGRI – Base Geográfica de Referenciação de Informação

CAOP – Carta Administrativa Oficial de Portugal

CCI – Cuidados continuados integrados

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSI – Complemento Solidário para Idosos

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Equip. – Equipamento

FC – Familiar Cuidador

FD – Familiar Dependente

ICN – International Council of Nursing

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

n.º – número

NIC - Nursing Intervention Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

NUTS – Unidade Territorial Estatística de Portugal

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAE – Perceção de Autoeficácia Específica

PCHI – Programa Conforto Habitacional para Idosos

PD – Pessoa Dependente

PSP – Polícia de Segurança Pública

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSI – Rendimento Social de Inserção

SASU – Serviço de Atendimento de Situações Urgentes

SI – Sistema de Informação

SNS – Sistema Nacional de Saúde

Tx. – Taxa

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCCI – Unidades de Cuidados Continuados Integrados

USF – Unidade de Saúde Familiar

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

## Índice de figuras

FIGURA 1 - PROCEDIMENTO DE AMOSTRAGEM COM RECURSO AO SOFTWARE ARCGIS® ..	86
FIGURA 2 – DISTRIBUIÇÃO DE AGREGADOS FAMILIARES QUE INTEGRA PELO MENOS UMA PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO, POR FREGUESIA.....	111
FIGURA 3 - PERFIL DE COESÃO E SEPARAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS .....	131
FIGURA 4 - DIMENSÃO DOS AGRUPAMENTOS.....	132
FIGURA 5 - IMPORTÂNCIA DOS PREDITORES DO PROCESSO DE AGRUPAMENTO .....	132
FIGURA 6 - IMPORTÂNCIA DOS PREDITORES POR AGRUPAMENTO.....	133
FIGURA 7 - COMPARAÇÃO ENTRE CLUSTERS .....	134
FIGURA 8 - SUMÁRIO E PRECISÃO DO MODELO .....	135
FIGURA 9 - PREDITORES DOS CUIDADOS DE INCENTIVO .....	135
FIGURA 10 - EFEITO NOS CUIDADOS DE INCENTIVO.....	136
FIGURA 11 - COEFICIENTE DOS CUIDADOS DE INCENTIVO .....	136
FIGURA 12 - ESTIMATIVA DOS CUIDADOS DE INCENTIVO FACE À VARIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA, DA CONDIÇÃO DE SAÚDE E DA PAE PARA O DESEMPENHO DO PAPEL .....	137
FIGURA 13 - ESQUEMA SÍNTESE: DA DEPENDÊNCIA À EXCLUSÃO .....	147
FIGURA 14 - NÚMERO ESTIMADO DE FAMÍLIAS (2011) QUE INTEGRA UM DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO.....	153
FIGURA 15 - PROJEÇÃO (2011) DA DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAS DEPENDENTES QUE NÃO SAEM DA CAMA POR FREGUESIA.....	154
FIGURA 16 - ESQUEMA SÍNTESE DA REFLEÇÃO-AÇÃO .....	189
FIGURA 17 - ESQUEMA SÍNTESE DO PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO .....	217
FIGURA 18 - PERFIL DE COESÃO E SEPARAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS FENÓMENOS MAIS GRUPO DE STATUS ASSOCIADOS À CONDIÇÃO DE SAÚDE (COMPROMISSO DOS PROCESSOS CORPORAIS E DEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO E CONSCIENCIALIZAÇÃO) .....	233

FIGURA 19 - DIMENSÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS FENÓMENOS E GRUPO DE STATUS ASSOCIADOS À CONDIÇÃO DE SAÚDE.....	233
FIGURA 20 - IMPORTÂNCIA DOS PREDITORES DO PROCESSO DE AGRUPAMENTO .....	234
FIGURA 21 - PERFIL DE COESÃO E SEPARAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS FENÓMENOS ASSOCIADOS AOS CONHECIMENTOS E CAPACIDADES DO CLIENTE .....	234
FIGURA 22 - DIMENSÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS FENÓMENOS ASSOCIADOS AOS CONHECIMENTOS E CAPACIDADES .....	235
FIGURA 23 - IMPORTÂNCIA DOS PREDITORES DO PROCESSO DE AGRUPAMENTO .....	235
FIGURA 24 - COMPARAÇÃO DE CLUSTER DOS FENÓMENOS ASSOCIADOS AOS CONHECIMENTOS E CAPACIDADES .....	236
FIGURA 25 - PERFIL DE COESÃO E SEPARAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS FENÓMENOS ASSOCIADOS FC.....	237
FIGURA 26 - DIMENSÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS FENÓMENOS ASSOCIADOS AOS CONHECIMENTOS E CAPACIDADES DO FAMILIAR CUIDADOR. ....	237
FIGURA 27 - IMPORTÂNCIA DOS PREDITORES DO PROCESSO DE AGRUPAMENTO .....	238
FIGURA 28 - COMPARAÇÃO ENTRE CLUSTERS .....	239
FIGURA 29 - PERFIL DE COESÃO E SEPARAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS FENÓMENOS ASSOCIADOS À CONDIÇÃO DE SAÚDE (PROCESSOS CORPORAIS, AUTOCUIDADO E CONSCIENCIALIZAÇÃO) .....	240
FIGURA 30 - DIMENSÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS FENÓMENOS ASSOCIADOS À CONDIÇÃO DE SAÚDE (AUTOCUIDADO, CONSCIENCIALIZAÇÃO, PROCESSOS CORPORAIS) .....	240
FIGURA 31 - CLASSIFICAÇÃO DAS ENTRADAS DOS PREDITORES POR IMPORTÂNCIA DENTRO DOS CLUSTERS .....	241
FIGURA 32 - PERFIL DE COESÃO E SEPARAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS FENÓMENOS AGRUPADOS EM 12 DIMENSÕES .....	242
FIGURA 33 - DIMENSÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS DOMÍNIOS .....	243
FIGURA 34 - IMPORTÂNCIA DOS PREDITORES DO PROCESSO DE AGRUPAMENTO .....	243

FIGURA 35 - CLASSIFICAÇÃO DAS ENTRADAS DOS PREDITORES POR IMPORTÂNCIA DENTRO DOS CLUSTERS .....	244
FIGURA 36 - PERFIL DE COESÃO E SEPARAÇÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	266
FIGURA 37 - DIMENSÃO DOS AGRUPAMENTOS DOS GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	267
FIGURA 38 - IMPORTÂNCIA DOS PREDITORES DO PROCESSO DE AGRUPAMENTO .....	267
FIGURA 39 - COMPARAÇÃO ENTRE CLUSTERS .....	268
FIGURA 40 - ESQUEMA SÍNTESE DO CAPÍTULO 6.....	276
FIGURA 41 - CONTRIBUTOS PARA UM MODELO DE ENFERMAGEM PARA AS ECCI .....	293



## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES DA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE LEÇA DA PALMEIRA .....	78
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES DA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE S. MAMEDE DE INFESTA .....	79
TABELA 3 - CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES DA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE MATOSINHOS .....	79
TABELA 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES DA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DA SENHORA DA HORA .....	80
TABELA 5 - NÚMERO DE FAMÍLIAS CLÁSSICAS POR LOCAL DE RESIDÊNCIA, NO CONCELHO DE MATOSINHOS (INE, 2001).....	83
TABELA 6 – NÚMERO DE FAMÍLIAS CLÁSSICAS QUE INTEGRAM A AMOSTRA POR LOCAL DE RESIDÊNCIA, NO CONCELHO DE MATOSINHOS .....	84
TABELA 7 - TABELA SÍNTESE DA POPULAÇÃO, AMOSTRA E FAMÍLIAS CLÁSSICAS A CONTACTAR.....	86
TABELA 8 - CARACTERIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO POR DOMÍNIO E POR ITEM.....	114
TABELA 9 - PERCENTAGEM DE DEPENDENTES PARA SE TRANSFERIR OU POSICIONAR OU ELEVAR POR FREGUESIA E ECCI.....	117
TABELA 10 - FREQUÊNCIA DAS ALTERAÇÕES DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA DEPENDENTE POR ITEM.....	119



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1 - PERCENTAGEM DE DEPENDENTES COM NECESSIDADE DE AJUDA DE PESSOAS, PARCIAL OU TOTAL, POR TIPO DE AUTOCUIDADO .....</b>	<b>115</b>
<b>GRÁFICO 2 – PERCENTAGEM DE DEPENDENTES COM SINAIS APARENTES DE ALTERAÇÃO/DÉFICE NA CONDIÇÃO DE SAÚDE .....</b>	<b>120</b>
<b>GRÁFICO 3 - PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA PARA O DESEMPENHO DO PAPEL POR DOMÍNIO DO AUTOCUIDADO .....</b>	<b>122</b>
<b>GRÁFICO 4 - PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA ESPECÍFICA PARA O DESEMPENHO DO PAPEL POR "PROCESSOS DO CUIDAR" .....</b>	<b>123</b>
<b>GRÁFICO 5 - PERCEÇÃO DE AUTOEFICÁCIA DO PC POR CATEGORIAS, FACE AO SCORE GLOBAL DE PAE.....</b>	<b>124</b>
<b>GRÁFICO 6 - FREQUÊNCIA DOS CUIDADOS DIÁRIOS PRESTADOS PELO FC AO DEPENDENTE .....</b>	<b>127</b>
<b>GRÁFICO 7 - FREQUÊNCIA DOS CUIDADOS SEMANAIS PRESTADOS PELO FC AO DEPENDENTE .....</b>	<b>127</b>
<b>GRÁFICO 8 - TAXA DE UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CONSIDERADOS NECESSÁRIOS POR DOMÍNIOS DO AUTOCUIDADO, FACE À TAXA GLOBAL .....</b>	<b>129</b>
<b>GRÁFICO 9 - PERCENTAGEM DE RECURSOS - ECONÓMICOS, INSTITUCIONAIS, NÃO PROFISSIONAIS E PROFISSIONAIS, UTILIZADOS POR MAIS DE 10% DAS FAMÍLIAS. ....</b>	<b>130</b>
<b>GRÁFICO 10 – FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM POR FOCO DE ATENÇÃO.....</b>	<b>164</b>
<b>GRÁFICO 11 - FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM POR TIPO DE AÇÃO .....</b>	<b>166</b>
<b>GRÁFICO 12 - FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM POR VERBO DE AÇÃO .....</b>	<b>166</b>
<b>GRÁFICO 13 - FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES POR CLIENTE .....</b>	<b>167</b>
<b>GRÁFICO 14 - FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES DIRIGIDAS À PESSOA DEPENDENTE POR TIPO DE AÇÃO .....</b>	<b>167</b>

<b>GRÁFICO 15 - FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES DIRIGIDAS AO FAMILIAR CUIDADOR POR TIPO DE AÇÃO.....</b>	<b>168</b>
<b>GRÁFICO 16 – FREQUÊNCIA DE DOENTES POR DOMÍNIO DE NECESSIDADES EM CUIDADOS DOCUMENTADO .....</b>	<b>220</b>
<b>GRÁFICO 17 - FREQUÊNCIA DE DOENTES POR DOMÍNIO DAS NECESSIDADES E EQUIPA .....</b>	<b>221</b>
<b>GRÁFICO 18 - FREQUÊNCIA DAS SINTAXES DIAGNÓSTICAS, NO DOMÍNIO DOS TEGUMENTOS, DESCRITAS EM MAIS DE 5% DOS CLIENTES .....</b>	<b>223</b>
<b>GRÁFICO 19 – FREQUÊNCIA DAS SINTAXES DIAGNÓSTICAS, NO DOMÍNIO DO AUTOCUIDADO, DESCRITAS EM MAIS DE 5% DOS DOENTES .....</b>	<b>225</b>
<b>GRÁFICO 20 - FREQUÊNCIA DAS SINTAXES DIAGNÓSTICAS, NO DOMÍNIO DO MOVIMENTO MUSCULAR, DESCRITAS EM MAIS DE 5% DOS DOENTES.....</b>	<b>228</b>
<b>GRÁFICO 21 - FREQUÊNCIA DAS SINTAXES DIAGNÓSTICAS, NO DOMÍNIO DO EQUILÍBRIO CORPORAL, DESCRITAS EM MAIS DE 5% DOS DOENTES .....</b>	<b>230</b>
<b>GRÁFICO 22 - PERCENTAGEM GLOBAL DOS FOCOS DOCUMENTADOS EM MAIS DE 5% DOS CASOS .....</b>	<b>231</b>
<b>GRÁFICO 23 - PERCENTAGEM GLOBAL DE IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES POR TIPO DE AÇÃO .....</b>	<b>245</b>
<b>GRÁFICO 24- FREQUÊNCIA DE CLIENTES BENEFICIÁRIOS DE INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DO TIPO DE AÇÃO OBSERVAR .....</b>	<b>246</b>
<b>GRÁFICO 25 - FREQUÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DO TIPO DE AÇÃO OBSERVAR.....</b>	<b>247</b>
<b>GRÁFICO 26 - FREQUÊNCIA DE CLIENTES BENEFICIÁRIOS DE INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DO TIPO DE AÇÃO INFORMAR .....</b>	<b>248</b>
<b>GRÁFICO 27 - FREQUÊNCIA DE DOENTES BENEFICIÁRIOS DE INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DO TIPO DE AÇÃO ATENDER (CUIDAR) .....</b>	<b>249</b>
<b>GRÁFICO 28 - FREQUÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DO TIPO DE AÇÃO ATENDER (CUIDAR).....</b>	<b>250</b>

<b>GRÁFICO 29 - FREQUÊNCIA DE CLIENTES BENEFICIÁRIOS DE INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DO TIPO DE AÇÃO EXECUTAR.....</b>	<b>251</b>
<b>GRÁFICO 30 - FREQUÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES DO TIPO DE AÇÃO EXECUTAR.....</b>	<b>252</b>
<b>GRÁFICO 31 - FREQUÊNCIA DE DOENTES BENEFICIÁRIOS DE INTERVENÇÕES NO ÂMBITO DO TIPO DE AÇÃO GERIR .....</b>	<b>253</b>
<b>GRÁFICO 32 - INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO TEGUMENTO .....</b>	<b>256</b>
<b>GRÁFICO 33 - INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO AUTOCUIDADO .....</b>	<b>256</b>
<b>GRÁFICO 34 - INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO MOVIMENTO MUSCULAR.....</b>	<b>257</b>
<b>GRÁFICO 35 - INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO DOR .....</b>	<b>257</b>
<b>GRÁFICO 36 - INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO .....</b>	<b>258</b>
<b>GRÁFICO 37 - INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS .....</b>	<b>258</b>
<b>GRÁFICO 38 - INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO EQUILÍBRIO CORPORAL.....</b>	<b>258</b>
<b>GRÁFICO 39- INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS.....</b>	<b>259</b>
<b>GRÁFICO 40 - INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO ELIMINAÇÃO INTESTINAL .....</b>	<b>259</b>
<b>GRÁFICO 41 - INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO CONSCIENCIALIZAÇÃO .....</b>	<b>259</b>
<b>GRÁFICO 42 – INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO MOVIMENTO ARTICULAR .....</b>	<b>260</b>
<b>GRÁFICO 43 - INDICADORES GERADOS NO DOMÍNIO RESPIRAÇÃO .....</b>	<b>260</b>
<b>GRÁFICO 44 - CLIENTES COM GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM OS TEGUMENTOS .....</b>	<b>261</b>
<b>GRÁFICO 45 - CLIENTES COM GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADO COM O AUTOCUIDADO.....</b>	<b>261</b>
<b>GRÁFICO 46 - CLIENTES COM GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADO COM O MOVIMENTO MUSCULAR .....</b>	<b>262</b>
<b>GRÁFICO 47 - CLIENTES COM GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADO COM O EQUILÍBRIO CORPORAL.....</b>	<b>262</b>

<b>GRÁFICO 48 -CLIENTES COM GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADO COM A LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS .....</b>	<b>263</b>
<b>GRÁFICO 49 - CLIENTES COM GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADO COM O MOVIMENTO ARTICULAR .....</b>	<b>263</b>
<b>GRÁFICO 50 - CLIENTES COM GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS COM A RESPIRAÇÃO.....</b>	<b>264</b>
<b>GRÁFICO 51 – PERCENTAGEM DE GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO DOMÍNIO DO AUTOCUIDADO: FOCO, DIMENSÃO E ESPECIFICAÇÃO .....</b>	<b>264</b>
<b>GRÁFICO 52 - FREQUÊNCIA DOS CASOS QUE TIVERAM GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR ÁREA .....</b>	<b>265</b>

## ÍNDICE

<b>Capítulo 1: Introdução .....</b>	<b>29</b>
<i>1.1. A dependência no autocuidado .....</i>	<i>31</i>
1.1.1. O autocuidado como conceito central da disciplina (Orem).....	33
1.1.2. Conceito de autocuidado e de dependência no autocuidado.....	34
1.1.3. Ficar dependente no autocuidado – uma transição saúde-doença (Meleis)..	37
1.1.4. Os conceitos relacionados com o familiar cuidador.....	40
1.1.5. A transição para o papel de familiar cuidador .....	41
1.1.5.1. A mestria: avaliação direta e a autoeficácia específica.....	44
1.1.5.2. Os cuidados prestados pelo membro da família: intensidade, incentivo à autonomia e recursos utilizados .....	47
1.1.6. A necessidade de conhecer a dimensão do problema.....	49
<i>1.2. A estrutura do Serviço Nacional de Saúde e a capacidade para responder a estas necessidades .....</i>	<i>51</i>
1.2.1. A Rede de Cuidados Continuados Integrados.....	54
1.2.2. Os modelos de funcionamento das Equipas de Cuidados Continuados Integrados e a qualidade em saúde.....	58
<i>1.3. Desafios colocados pela dimensão do problema.....</i>	<i>66</i>
<i>1.4. Problemática da investigação.....</i>	<i>68</i>
<i>1.5. Finalidade.....</i>	<i>70</i>
<i>1.6. Perguntas de partida.....</i>	<i>70</i>
<i>1.7. Visão geral da tese .....</i>	<i>70</i>
<b>Capítulo 2: Enquadramento metodológico .....</b>	<b>73</b>
2.1. <i>Objetivos gerais da investigação .....</i>	75
2.2. <i>Contexto.....</i>	75
2.2.1. A Unidade Local de Saúde de Matosinhos.....	76
2.2.2. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.....	77
2.3.1. Fase 1 – Identificação do problema.....	80

2.3.1.1. Objetivos específicos da fase 1.....	81
2.3.1.2. Estudo de base populacional .....	82
2.3.1.2.1. Universo, amostra e plano de amostragem.....	82
2.3.1.2.2. Instrumento para a recolha de dados.....	87
2.3.1.2.3. Variáveis e sua operacionalização .....	88
2.3.1.2.4. Recolha e tratamento dos dados.....	95
2.3.1.3. Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (M1) .....	96
2.3.1.3.1. Análise à documentação dos cuidados de enfermagem (M1) .....	97
2.3.1.4. Identificação das oportunidades de desenvolvimento .....	97
2.3.2. Fase 2 – Planeamento e implementação da mudança.....	98
2.3.2.1. Objetivos da fase 2.....	99
2.3.2.2. Atividades e cronograma.....	99
2.3.3. Fase 3 – Identificação do adquirido e redução teórica .....	100
2.3.3.1. Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (M2) ....	100
2.3.3.2. Análise à documentação dos cuidados de enfermagem (M2) .....	102
2.3.3.3. Variáveis diretas e computações.....	102
2.3.4. As reuniões com os enfermeiros .....	106
2.3.5. Aspectos éticos.....	107

**Capítulo 3: Famílias que integram dependentes no autocuidado - Estudo exploratório de base populacional no concelho de Matosinhos..... 109**

3.1. Famílias que integram pessoas dependentes - Distribuição por freguesias .....	110
3.2. O grau de dependência no autocuidado.....	112
3.3. A condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado.....	117
3.4. A autoeficácia específica dos familiares cuidadores no exercício do papel.....	120
3.5. Os cuidados prestados pelos familiares cuidadores.....	124
3.6. Os recursos utilizados .....	128
3.7. Dois casos padrão.....	130
3.7.1. Clientes mais dependentes e com mais alterações na condição de saúde...	137
3.7.2. Os Familiares cuidadores que incentivam mais e têm maior perceção de autoeficácia .....	139

3.8. <i>Seleção de casos – Da dependência à exclusão</i> .....	139
3.9. <i>As necessidades da população de Matosinhos em cuidados continuados integrados e a resposta das ECCI</i> .....	148
<b>Capítulo 4: Diagnósticos, intervenções e ganhos em saúde dos doentes das ECCI – Momento 1</b> .....	<b>159</b>
4.1. <i>Modelo de funcionamento das ECCI</i> .....	160
4.2. <i>Diagnósticos de enfermagem mais frequentes</i> .....	162
4.3. <i>Intervenções de enfermagem mais frequentes</i> .....	165
4.4. <i>Ganhos em saúde dos clientes das ECCI – M1</i> .....	169
4.5. <i>Os resultados obtidos e a apreciação dos enfermeiros</i> .....	170
4.5.1. <i>Categorias de análise sobre o problema</i> .....	171
4.5.2. <i>Identificação das oportunidades de desenvolvimento</i> .....	185
<b>Capítulo 5: Planeamento e implementação dos desenvolvimentos</b> .....	<b>191</b>
5.1. <i>Categorias de análise sobre o planeamento da ação de desenvolvimento</i> .....	192
5.1.1. <i>Focadas na documentação dos cuidados</i> .....	192
5.1.2. <i>Focadas na ação profissional</i> .....	203
5.2. <i>A implementação das mudanças e as contingências</i> .....	207
<b>Capítulo 6: Diagnósticos, intervenções e ganhos em saúde dos doentes das ECCI – Momento 2</b> .....	<b>219</b>
6.1. <i>Diagnósticos de enfermagem mais frequentes</i> .....	220
6.1.1. <i>Clusters de doentes face às necessidades documentadas</i> .....	232
6.2. <i>Intervenções de enfermagem mais frequentes</i> .....	244
6.3. <i>Ganhos em saúde dos clientes das ECCI – M2</i> .....	253
6.3.1. <i>Clusters de ganhos em saúde dos Clientes</i> .....	266
6.4. <i>Os resultados obtidos em M2 e a apreciação dos enfermeiros</i> .....	269
<b>Capítulo 7: Redução teórica e Conclusão</b> .....	<b>277</b>
<b>Capítulo 8: Referências bibliográficas</b> .....	<b>297</b>

<b>Anexos .....</b>	<b>323</b>
<i>Anexo 1 – Formulário utilizado no estudo de base populacional .....</i>	<i>325</i>
<i>Anexo 2 – Pedido de autorização ao conselho de administração da ULS Matosinhos, EPE .....</i>	<i>349</i>
<i>Anexo 3 – Análise de conteúdo aos casos .....</i>	<i>353</i>
<i>Anexo 4 – Análise de conteúdo das reuniões com os enfermeiros .....</i>	<i>359</i>
<i>Anexo 5 – Subset para os cuidados continuados em contexto das ECCI .....</i>	<i>369</i>

---

---

# Capítulo 1: Introdução

---

---

A tese que aqui se apresenta decorre na sequência de um estudo de investigação realizado no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e pretende retratar o percurso de investigação-ação realizado.

Nos países da União Europeia e, especificamente em Portugal, assiste-se a um crescente envelhecimento da população e à diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade. Em 2050, Portugal será o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos. Entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos portugueses aumentará de 16,9% para 31,9%. Os países mediterrâneos continuarão a ter uma baixa taxa de natalidade associada a uma longa esperança de vida (Direcção-Geral da Saúde, 2005, OPSS, 2015).

O aumento da esperança média de vida, devido à evolução tecnológica na área da saúde, aliada à melhoria das condições socioeconómicas da população em geral, tem-se traduzido num aumento significativo de pessoas com doenças crónicas que vivem mais anos e em situação de dependência. Aproximadamente um quinto dos idosos precisa de ajuda e suporte para realizar as atividades de autocuidado e para continuarem a estar integrados na sociedade (Magnusson *et al.*, 2004; OPSS, 2015, WHO, 2015).

A família representa o pilar fundamental das sociedades. No apoio aos seus elementos, funciona como um efetivo suporte às pessoas dependentes, promovendo a permanência da pessoa em casa. A família “...representa para a pessoa dependente o melhor

*enquadramento para a vivência do processo de reabilitação...*” (Pinto, 1994 cit. por Imaginário, 2004; p. 64).

Hoje, colocam-se grandes desafios às famílias, pois o facto de um membro da família desencadear um processo de dependência, altera a dinâmica familiar, acarretando uma mudança de papéis, gerando impacto negativo na economia familiar e na saúde dos seus membros (Caldas, 2003).

Desde sempre que os enfermeiros se preocupam com estes aspetos relevantes, uma vez que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Na atualidade, a qualidade em saúde é um tema que tem vindo a assumir uma importância crescente nas agendas políticas mundiais, em consequência do desenvolvimento de orientações centradas na responsabilidade dos profissionais perante os cidadãos, nos programas de melhoria contínua da qualidade e nos resultados obtidos (Sousa *et al.*, 2008).

Os programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem implicam o envolvimento dos enfermeiros no planeamento, implementação e monitorização de mudanças que têm como finalidade uma melhoria efetiva de modo a oferecer os cuidados de enfermagem que satisfaçam as expectativas dos clientes (Machado, 2013).

As intenções de mudar no sentido da obtenção de padrões mais elevados de cuidados de enfermagem, bem como a reflexão, tornam-se etapas relevantes do processo de melhoria contínua da qualidade. A reflexão possibilita a compreensão dos aspetos a otimizar, do processo de implementação e do efeito que as mudanças provocam no contexto da ação. Assim, a melhoria contínua da qualidade implica e exige uma reflexão dinâmica, ou seja, a reflexão na, sobre e para ação (Argyris & Schön, 1982; Schön, 2000).

Importa por isso conhecer as mudanças que se têm operado nas necessidades em saúde das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, e de que forma se pode promover a melhoria contínua dos cuidados prestados aos clientes neste âmbito.

## 1.1. A dependência no autocuidado

Ao longo dos últimos 50 anos, em todos os países da OCDE, a esperança média de vida aumentou drasticamente e as taxas de natalidade caíram significativamente (OCDE, 2010). Este facto deveu-se a melhorias substanciais nos cuidados de saúde, em aspetos relacionados com a nutrição bem como outros fatores (Costa-Font *et al.* de 2008). Esta mudança na estrutura da sociedade levanta questões sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde, da assistência social e do sistema de pensões que foram criados para uma sociedade com uma estrutura muito diferente (Stauner, 2008).

A par destes factos, na União Europeia, assiste-se ao declínio da fertilidade, sendo também importante notar que o aumento da participação feminina no mundo de trabalho e as famílias de menor dimensão, contribuem para que a disponibilidade de cuidadores familiares esteja afetada (Costa-Fonte *et al.*, 2008; Stauner, 2008; WHO, 2015).

Os sistemas de saúde no século passado viveram uma mudança, centravam-se nas doenças infecciosas e mudaram o seu foco para as doenças agudas, mas o desafio de mudança continuou com o aumento da prevalência de doenças crónicas e co morbilidades, os custos associados e os fracos ganhos em saúde das populações. As doenças crónicas são agora a razão mais comum pela qual as pessoas procuram assistência médica nos países da OCDE. O custo e a prevalência de pessoas com múltiplas doenças crónicas são muito significativos. Nos Estados Unidos, por exemplo, dois terços de todos os gastos no programa Medicare (programa que as seguradoras têm para pessoas com mais de 65 anos ou que têm alguma incapacidade) são imputados a pessoas com mais de cinco doenças crónicas (Robert Wood Johnson Foundation and the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2010).

A OCDE no documento “*Reforma da Saúde: Enfrentando o Desafio do Envelhecimento e das múltiplas morbilidades*” afirma que o desafio é

*“in the coming years will be to design a new delivery system and quality metrics that measure how well a person with a chronic disease is treated over an extended period of time and how well the care systems meets the wide array of needs for the person with multiple chronic conditions experiences. Most of the current metrics are for an individual episode of care.”* (2011, p.33).

Todas estas mudanças levam a que haja cada vez pessoas mais velhas, com doenças crônicas e comorbidades, cuja condição de saúde é caracterizada pela dependência no autocuidado, passando a necessitar do suporte da família. Tudo isto sugere-nos refletir que os cuidados em contexto domiciliário serão o futuro, pois são menos dispendiosos para os Estados, do que os internamentos e, também, são um aspeto muito valorizado pelas famílias (Parente, 2013).

Com recurso aos trabalhos no âmbito de doutoramentos realizados em Portugal, que o relatório do Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS) referencia, nos concelhos de Lisboa, Porto, Maia, Matosinhos e Paços de Ferreira “*estima-se que nos 3869188 agregados familiares existentes em Portugal, haverá 110355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48454 serão pessoas dependentes “acamadas”*” (OPSS, 2015; p.87).

O relatório do OPSS é perentório quando afirma que “*fazer face à crescente necessidade em cuidados de saúde associados à dependência no autocuidado constitui-se, no presente, como um dos desafios mais significativos à inteligência coletiva dos portugueses.*” (OPSS, 2015;p.85).

Vários fatores interferem com a permanência das pessoas em suas casas enquanto envelhecem, nomeadamente a condição de saúde, associada ao desempenho autónomo das suas atividades de vida diárias, a vontade em permanecer em casa, o apoio informal, sobretudo da família, e o suporte formal de instituições e profissionais de saúde, bem como as condições económicas.

Com tudo isto, os governos sentiram necessidade de repensar os seus sistemas de saúde e o Departamento da Saúde do Reino Unido, desenvolveu estratégias e documentos de referência com iniciativas de apoio ao autocuidado, tais como: ações que têm um forte foco na prevenção e no papel do indivíduo e da família no seu autocuidado, um programa intitulado “*The Supporting People with long Term Conditions*” onde o autocuidado tem um papel central, entre outras.

Em Portugal, começamos a ter noção da magnitude deste problema. No concelho de Lisboa 7,95% (Costa, 2013) das famílias clássicas integram pelo menos uma pessoa

dependente no autocuidado e no conselho do Porto essa percentagem é de 10,41% (Parente, 2013).

#### 1.1.1. O autocuidado como conceito central da disciplina (Orem)

Quando pensámos no autocuidado enquanto foco de atenção dos enfermeiros na sua prática diária, os trabalhos desenvolvidos por Dorothea Orem continuam a ser uma referência. Segundo Meleis (2007), Orem é a teórica de enfermagem mais referenciada. O autocuidado é, de acordo com Orem (1991), uma função humana reguladora que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios ou que alguém a executa por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar.

Ao longo da vida as pessoas vão adquirindo a habilidade, os conhecimentos e as competências para se autocuidar. O autocuidado pode ser influenciado por fatores intrínsecos e extrínsecos aos sujeitos, quer através da interação com o ambiente, quer através da mobilização do seu repertório de recursos internos. Sendo o autocuidado um conjunto de ações intencionais reguladoras do funcionamento e do desenvolvimento da própria pessoa, ou dos seus dependentes, Orem aponta como necessários vários requisitos, tais como os *Requisitos universais de autocuidado*, *Requisitos para o autocuidado de desenvolvimento*, *Requisitos para o autocuidado nos desvios da saúde*. Estes requisitos são diferentes ao longo do ciclo vital. Os requisitos universais de autocuidado relacionam-se com os elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais essenciais à vida, ligados a aspetos das funções corporais e manutenção de vida, da interação social, de prevenção de perigos para a sua própria vida e bem estar. O segundo tipo de requisitos diferencia circunstâncias especiais da vida, e o terceiro tipo refere-se à pessoa perante situações de doença (Orem, 1991).

A ação de autocuidado (Self-care agency) influencia os requisitos do autocuidado. Para Orem (2001, p.245), esta *ação de autocuidado* está relacionada com capacidade que a própria pessoa tem ou desenvolve. Assim, a capacidade para o autocuidado vai-se desenvolvendo através de diferentes estilos de aprendizagem, que estão associadas a habilidades como a curiosidade intelectual, os processos de instrução, a supervisão dos outros e as próprias experiências de autocuidado (Orem, 2001).

Para a mesma autora existem ainda condicionantes básicos, como a idade, as crenças, a força física, a memória, o estado de saúde, os padrões de vida, a disponibilidade de recursos, o sistema familiar de suporte, aspetos sociais e ambientais que condicionam as capacidades cognitivas, físicas, emocionais e psicossociais dos indivíduos para o autocuidado e como tal as ações de autocuidado.

De acordo com os pressupostos da teoria do défice de autocuidado de Orem e citando Parente (2013, p. 41)

*“O défice de autocuidado tem por base a diferença entre as capacidades (e as ações) de autocuidado demonstradas e as necessidades de cuidados. Esta diferença é notória, ou seja, a pessoa está num quadro de défice de autocuidado quando em resultado das limitações decorrentes, por exemplo, de uma doença ou do processo de envelhecimento, as capacidades de autocuidado do indivíduo não satisfazem todos, ou alguns, dos respetivos requisitos”.*

Quando as capacidades (e ação) do indivíduo não são suficientes para as necessidades que apresentam, torna-se necessária a ajuda de um enfermeiro, no sentido de diagnosticar os problemas, prescrever intervenções ajustadas à situação e avaliar os resultados.

#### 1.1.2. Conceito de autocuidado e de dependência no autocuidado

A Organização Mundial de Saúde define autocuidado como um conjunto de atividades tomadas pelos indivíduos, família ou comunidade com a intenção de melhorar a saúde, prevenir ou limitar a doença e restaurar a saúde, derivando estas atividades do conhecimento e competências obtidas através de profissionais e da experiência de vida.

Refinando o conceito da OMS, entendemos o autocuidado como *“(...) tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (ICN, 2002; p.46 ). Neste domínio estão incluídas as atividades: tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto-elevar, usar o sanitário, transferir-se, rodar-se, lavar-se e usar a cadeira de rodas (ICN, 2005).

De acordo com o Dec.-Lei nº 101/2006, *“dependência”* refere a

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

Para o ICN (2005), “dependência” é um dos conceitos que permite qualificar ou caracterizar as áreas de atenção dos enfermeiros e significa “*estar dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda e apoio*”. Este conceito, embora mais restrito, traduz a ideia anteriormente descrita.

Importa salientar que, a dependência no autocuidado é um diagnóstico de enfermagem com grande dimensão e relevância na prática de enfermagem (Brito, 2012; Machado, 2013; Pereira, 2007; Petronilho, 2013; Silva, 2001).

A Comissão Europeia (European Commission, 1998), define dependência como um estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes, com o fim de realizar as suas atividades de vida diárias, mais concretamente, as que dizem respeito aos cuidados pessoais. Esta definição amplamente aceite exige três fatores em simultâneo: 1) a existência de uma limitação física, psíquica ou intelectual que diminua determinadas capacidades da pessoa; 2) a incapacidade da pessoa para realizar por si mesma as atividades de vida diária (autocuidado e instrumentais); 3) a necessidade de cuidados por parte de outra pessoa.

Outros autores partilham o conceito, ao afirmarem que a dependência está relacionada com a perda de capacidade em empreender comportamentos ou realizar tarefas sem ajuda de outros ou de dispositivos de apoio, traduzindo-se na incapacidade de a pessoa alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. Tem intrínseca relação com a autonomia física, psicológica e social, interferindo com todas as dimensões da vida da pessoa (Ennuyer, 2001; Joel, 2001; Puijalón & Trincas, 2000).

Esta incapacidade para realizar as suas atividades de autocuidado pode ser total ou não e pode ser alterada em função de modificações na condição de saúde da pessoa dependente assim como de fatores externos. Este continuum de dependência, em que num extremo se

é completamente dependente e no oposto, se é independente, tem sido uma preocupação quer na investigação, quer nas agendas políticas. Espanha, por exemplo, tem legislado, por real decreto (Decreto RD 504/2007) os graus de dependência. Grau I refere-se a situações em que a pessoa necessita de ajuda pelo menos uma vez por dia; grau II significa que a pessoa precisa de ajuda pelo menos três vezes por dia mas não precisa de presença constante de um cuidador e grau III quando necessita de presença constante de um cuidador, pois precisa de cuidados várias vezes por dia. Cada grau de dependência tem ainda dois níveis em função da autonomia da pessoa e da intensidade de cuidados que necessita.

Podem ainda ser atribuídos três fundamentos à dependência, são eles a multidimensionalidade, pois a dependência engloba e combina vários domínios (mental, físico, económico e social); a multicausalidade, uma vez que há um conjunto de fatores associados que podem desencadear dependência, sendo que a dependência e velhice não são sinónimos, embora andem muitas vezes associadas; e a multifuncionalidade, uma vez que a dependência normalmente não afeta uma única função nem tão pouco é irreversível (Jezaun & Salanoya, 2001).

A investigação tem demonstrado que as situações de dependência prendem-se com alterações a nível do aparelho respiratório, osteoarticular e cardiovascular. E também que, o efeito incapacitante aumenta muito com a idade, concentrando-se nas idades mais avançadas o aumento das despesas de saúde e a necessidade de cuidados. A dependência é nos idosos a principal manifestação de doença, quer esta tenha origem no aparelho locomotor, quer tenha origem em doenças sistémicas (Jani-Le-Bris, 1994; Rodriguez-Mañas L. & Fried L.P., 2015).

Mas, se por um lado, as doenças e as respostas corporais às mesmas levam à dependência, por outro lado, a dependência pode levar a múltiplas alterações dos processos corporais (ICN, 2011) e complicações, como o caso das alterações dos tegumentos, mais concretamente o aparecimento de úlceras de pressão. Estas complicações podem assumir uma grande complexidade tanto para a pessoa dependente no autocuidado como para o familiar cuidador que se vê confrontado com manifestações como a desnutrição, a desidratação, a obstipação, a rigidez articular, as alterações dos processos mentais e outras.

Tal como Petronilho (2013, p.135) refere, há “*focos de atenção no domínio das funções do corpo com maior impacte no fenómeno da dependência no autocuidado*”, também Parente (2013, p.50) afirma que se justifica “*agregar à caracterização do tipo e nível de dependência no autocuidado este tipo de aspetos da saúde*”.

### 1.1.3. Ficar dependente no autocuidado – uma transição saúde-doença (Meleis)

O autocuidado tem sido estudado em Enfermagem, na Medicina, na Sociologia, na Psicologia e noutras disciplinas do conhecimento (Billek – Sawbney & Reicherter, 2004; Grindley & Zizzi, 2005; Brito, 2012; Pereira, 2007; Silva, 2001; Teel & Leenerts, 2005). Particularmente na Enfermagem, a aplicação da teoria do autocuidado de Orem (1991) tem sido amplamente utilizada na prática clínica e na investigação, com diferentes populações, pessoas com doenças diversas, diferentes tipos de intervenções e avaliação de programas de intervenção no sentido da promoção do autocuidado (Backman & Hentinen, 1999; Blair, 1999; Brito, 2012; Dellasega, 1990; Esposito, 1995; Kääriäinen & Kyngäs; Lukkarinen & Hentinen, 1997; Moore, 1990; Petronilho, 2013; Söderhamn *et al.*, 1996; Sonninen, 1997; Teel & Leenerts, 2005; William, 2004; Whedstone & Reid, 1991).

As transições vivenciadas pelas pessoas, relacionadas com a dependência no autocuidado e com o desenvolvimento do exercício do papel de familiar cuidador estão, inquestionavelmente, enquadrados no domínio da enfermagem (Bastos, 2012; Brito, 2012; Campos, 2008; Costa, 2013; Meleis 2007; Orem, 2001; Schumacher, 1995; Schumacher *et al.*, 2000; Shyu, 2000b; Parente, 2013; Petronilho, 2007; Petronilho, 2013; Rocha, 2015). O grande desafio que hoje se coloca aos enfermeiros é como podem ajudar as pessoas a viver de forma saudável transições que ocorrem ao longo do ciclo de vida de cada um e das próprias famílias (Meleis, 2010; Pereira, 2007; Petronilho, 2013; Silva, 2001).

Os resultados dos censos de 2011 indicam que cerca de 19% da população residente em Portugal pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade (INE, 2012). Todo este processo de envelhecimento tem associado um aumento da importância da chamada velhice frágil, pessoas que devido à idade, doença crónica, incapacidade, necessidade de ajuda várias vezes ao dia para realizarem as suas atividades de autocuidado, tais como, tomar banho, vestir, comer, andar, e outras, como por exemplo

manter uma vida social, tornam-se, por isso dependentes. De acordo com a Comissão Europeia (European Commission, 1998) apesar da maior incidência da dependência ser nos idosos, é preciso considerá-la em todas as idades.

Ficar dependente no autocuidado está associado ao processo de envelhecimento, mas também, a eventos críticos relacionados com doenças de instalação gradual ou súbita, assim como acidentes. A transição das pessoas nestas situações, são encaradas como um desafio para a enfermagem. A perda de habilidades para as diferentes atividades de autocuidado tem implicações na vida pessoal, interferência nos hábitos de vida, nos papéis familiares e sociais. De acordo com Brito (2012) as pessoas que encaram esta transição como uma situação, mais facilmente são tendentes, com ajuda profissional de enfermagem a reconstruir a sua autonomia, mas se por outro lado, encaram a transição como uma condição, vista como uma “fatalidade”, mesmo com ajuda profissional têm dificuldade no percurso de reconstrução da autonomia.

Segundo Bastos (2012, p.365) a vivência de transições saúde/doença é um processo *“tanto mais difícil quanto maior for a vulnerabilidade pessoal, familiar e social do doente”*, pois as pessoas debatem-se com

*“a condição de doença, os efeitos da mesma sobre os seus processos corporais, a forma como estes interferem com a capacidade de manterem a sua vida tal como a conheciam antes da doença e até com um regime terapêutico, por vezes, limitador dos prazeres desejados”.*

As transições são *“resultado e resultam em modificações nas vidas, saúde, relações e ambientes”* (Meleis *et al.*, 2000; p. 13). Segundo Meleis (2005) existem quatro tipos de transições, que não são mutuamente exclusivas, as de desenvolvimento (associadas a mudança no ciclo vital), as situacionais (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), as relacionadas com situações de saúde/doença e as organizacionais.

De acordo com Meleis (2005) os clientes em transição partilham as mesmas experiências, tais como, perceção de desconexão à rede social habitual e dos sistemas de suporte, perda temporária de pontos de referências familiar ou coisas ou pessoas significativas, novas

necessidades que possam surgir ou velhas necessidades que ficam desajustadas, e expectativas antigas que não são congruentes com a mudança de situação.

Os eventos que propiciam variações nos comportamentos e papéis de cada indivíduo são encarados como momentos de transição.

Ao pensarmos na pessoa que fica dependente para realizar o seu autocuidado temos invariavelmente que aceitar que ela está a viver uma transição. Os enfermeiros deveriam ser uma mais-valia profissional, no sentido de ajudar as pessoas a enfrentarem as mudanças e desenvolver mestria para lidar com a transição.

São inúmeros os fatores, intrínsecos e extrínsecos aos sujeitos, que afetam o autocuidado. Os externos estão relacionados com as condições de vida, diferentes serviços e suporte, este último sendo provavelmente um dos fatores mais significativos, pois de acordo com alguns estudos, o suporte promove as atividades de autocuidado (Norburn *et al.*, 1995; Petronilho, 2007; Campos, 2008; Bastos, 2012; Brito, 2012). O contexto social condiciona a atitude geral das pessoas perante o autocuidado (Backman & Hentinen, 1999; Bastos, 2012). Outro aspeto que tem sido estudado é o ambiente físico e a segurança do mesmo, especialmente do ponto de vista da prevenção de quedas e acidentes essencialmente nos idosos, pois como já referido anteriormente, com o envelhecimento é natural que haja um declínio da condição de saúde e das habilidades para o autocuidado (Elias, 2012).

Segundo Grindley & Zizzi (2005) o autocuidado tem uma grande influência na qualidade de vida e, o seu estudo, evidencia relações entre capacidade funcional e autocuidado, satisfação com a vida e autocuidado, e autoestima e autocuidado. Como fatores internos destaca-se a condição de saúde e um estado de funcionalidade suficiente como pré-condições para o autocuidado. Outros fatores, tais como estratégias de coping (Burke & Flaherty 1993) e resiliência (Haase, 2004) têm um impacto sobre o autocuidado e a condição de saúde.

A natureza dos eventos críticos, a maneira de reagir/encarar os desafios, os recursos/suporte, o significado atribuído ao autocuidado e à dependência, bem como a experiência do envelhecimento são também apontados como fatores que influenciam o autocuidado (Backman & Hantinen, 1999; Bastos, 2012; Brito, 2012).

Segundo Backman & Hentinen (1999), o autocuidado não é uma parte separada das vidas das pessoas, mas sim, está fortemente associado ao seu passado e também ao futuro. Enquanto atividade, o autocuidado não é apenas uma forma racional de manter a saúde, mas reflete, acima de tudo, a atitude das pessoas perante os cuidados de saúde, a doença e a forma de viver.

Face ao exposto, o desafio para a enfermagem é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem a recuperar a estabilidade e o bem-estar, consonantes com o projeto de saúde individual (Schumacher & Meleis, 1994).

#### 1.1.4. Os conceitos relacionados com o familiar cuidador

Não podemos falar de familiar cuidador sem antes clarificar o conceito de família.

Família clássica de acordo com o INE (2002, p. XXIV) é definida como

*“conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento. Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupe uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento”.*

Ao encarar a família como um sistema, e de acordo com Martins (2002), os comportamentos de um elemento da família interferem com todos os outros, ou seja, têm implicações na família no seu conjunto.

A entrada na família de um membro dependente no autocuidado implica a necessidade de reorganizar as interações familiares. Segundo Hanson (2005) o processo familiar está relacionado com as conexões que se estabelecem entre os membros da família por forma a conseguirem realizar as tarefas familiares. Se pensarmos em famílias com estruturas e funções semelhantes, o que as distingue e as torna únicas, são as diferentes interações que se estabelecem. Estas conexões e interações parecem ter maior impacto na saúde da família, do que propriamente a sua estrutura e funções. *De acordo com o ICN (2005, p.77) o processo familiar consiste nas “(...) interações positivas ou negativas que se vão desenvolvendo e padrões de relacionamento entre os membros da família”.*

Ainda segundo o ICN (2005, p.172), familiar cuidador é uma pessoa “*responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família*”. E papel de prestador de cuidados pode definir-se como

*“interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família”* (ICN, 2002; p.63).

#### 1.1.5. A transição para o papel de familiar cuidador

A integração de uma pessoa na família após um evento gerador de dependência no autocuidado influencia profundamente o processo familiar. As famílias reportam uma pobre dinâmica familiar após o evento face à desorganização provocada pelas modificações. Sabe-se que a otimização do processo familiar está associada a melhores resultados a longo prazo e melhor satisfação do dependente com a reabilitação (Clark & Smith, 1999; Clark *et al.*, 2003).

Aquando da assunção do papel de prestador de cuidados pela primeira vez e imediatamente a seguir ao evento gerador de dependência, o processo familiar é interrompido e conseqüentemente os membros da família têm poucas escolhas. Mesmo que temporariamente, este assumir do papel é percebido como uma fonte de stress, pois para além dos seus papéis habituais, o membro da família tem que assumir o papel de familiar cuidador (Brereton & Nolan, 2002). A assunção do papel pela família difere de caso para caso, e com o tempo, os familiares cuidadores revelam que é por obrigação que o fazem, em oposição aos que assumem por vontade própria. De facto, os membros da família que se sintam preparados para cuidar e que assumam o papel voluntariamente têm menos níveis de stress e maior satisfação no desempenho do papel (Brereton & Nolan, 2002; Campos, 2008, Petronilho, 2013).

Pelo percurso realizado anteriormente, dissertação de mestrado (Campos, 2008), percebemos que a dependência no autocuidado, que resulta dum evento não normativo,

tem um grande significado e exige aos membros da família uma organização no sentido de prestarem cuidados essencialmente instrumentais. Quando confrontados com esta situação, a família vê-se quase sempre, sem alternativa. Esta transição complexa vai modificando ao longo do tempo. Há uma tendência para o aumento da consciencialização por parte dos membros da família, quer da pessoa dependente, quer dos familiares cuidadores acerca da situação, o que facilita o envolvimento da família, facilitando por sua vez a transição. A mudança e diferença são marcadas pela dependência dum membro da família, impossibilitando-o de assumir os seus papéis familiares e sociais e dificultando as atividades de autocuidado. Face à mudança num dos elementos, os outros sentem-se implicados, começam a surgir alterações no seu dia-a-dia, como consequência da focalização em torno da pessoa dependente e respetivas atividades de prestação de cuidados. O que fica diferente para os membros da família acentua-se com o tempo e passa pelo compromisso na interação social, cansaço, deterioração da condição de saúde do prestador de cuidados. Também se verifica a alteração da condição do dependente, que se for positiva, facilita a transição, mas que, se pelo contrário, for uma deterioração da condição, dificulta a transição, porque interfere na interação dependente/familiar cuidador.

No que se reporta às dificuldades em casa, as pessoas experimentam défices de informação e défices de preparação instrumental, ou seja, treino de competências, que por um lado, as obriga frequentemente a aprenderem por tentativa e erro, e por outro lhes produz falta de confiança e baixa perceção de eficácia.

As exigências dos cuidados à pessoa dependente, aliado ao facto dos prestadores de cuidados terem muitas vezes que interromper a sua atividade profissional ou serem reformados, dificulta a transição. Os cuidados são dispendiosos, as famílias passam a ser confrontadas com novas exigências, ou as antigas tornam-se mais onerosas. Gastam muito dinheiro “*com ajudas técnicas, com medicamentos e com a melhoria de conforto da habitação*” (DGAS, 1996, p.22), o que se revela um

*“peso nos orçamentos familiares pelo que estas famílias dependem em muito dos serviços de iniciativa pública ou privada não lucrativa através dos quais é possível obter ajuda financeira bem como serviços e equipamentos a preços compatíveis com os respectivos rendimentos” (Idem).*

Os prestadores de cuidados experienciam cansaço, ansiedade devido à incerteza do decurso da situação. Associada à morbilidade psicológica também sofrem de sobrecarga económica e ocupacional. Esta sobrecarga pode levar ao declínio da condição de saúde da pessoa dependente, o que explica o significativo número de pessoas dependentes que recorrem ao serviço de urgência e que são (re)hospitalizadas por fenómenos que traduzem uma prestação de cuidados menos adequada, como por exemplo: desidratação, desnutrição, aspiração e rigidez articular (Hendriksen *et al.*, 1984 cit. por Hallberg & Kristensson, 2004, Petronilho, 2013).

Quando o evento gerador de dependência requer hospitalização, são disponibilizados às famílias dispositivos de ajudas técnicas. As famílias com recursos económicos vão adquirindo mais equipamentos, serviços e procuram profissionais que as ajudam no desempenho do papel. Existe também uma procura de apoio financeiro, mas normalmente é um processo demorado.

Os recursos são facilitadores da transição, assumindo uma posição de destaque, pelo que seria importante que os profissionais de saúde criassem uma parceria com as famílias de forma a providenciarem suporte consistente com as necessidades específicas dos familiares cuidadores e da pessoa dependente. É reconhecido que a parceria deveria ser criada o mais cedo possível, para que os profissionais entendessem que caminhos cada família percorreu e os seus papéis.

Estudos apontam para o facto de as necessidades sentidas pelos familiares cuidadores serem o suporte informacional de forma a reforçarem os conhecimentos e habilidades, suporte emocional e orientações sobre os recursos da comunidade (Shyu, 2000b). De acordo com Nolan & Grant (1989) desejam receber informação sobre variados tópicos, tais como, a doença, os serviços prestadores de cuidados, treino de habilidades como lidar com a incerteza, técnicas de enfermagem, suporte emocional a vários níveis, ser reconhecido e valorizado pelo seu trabalho, ter alguém para falar sobre os problemas, ajuda para reconhecer e lidar com as emoções (culpa, raiva, depressão, esperança, ajuda, ...), apontar os limites do seu próprio cuidado, negociar responsabilidades com a pessoa dependente e alguma forma regular de descanso do seu papel de prestador de cuidados. É igualmente claro que estes aspetos são os que frequentemente faltam nos serviços prestadores de cuidados e que verificamos que são facilitadores da transição.

O familiar cuidador não deve ser visto apenas como recurso para tomar conta da pessoa dependente, nem por sua vez, o dependente deve ser visto como alguém sem potencial de autonomia, mas como clientes, com necessidades, alvos e beneficiários de terapêuticas de enfermagem dirigidas à promoção da mestria na vivência da transição.

Para Meleis (2005) uma função fundamental da enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as transições deste tipo. A razão para considerar esta área importante para a enfermagem é o facto das pessoas que vivenciam transições tenderem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar a saúde e o bem-estar. O desafio para a enfermagem é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efetivas que ajudem a recuperar a estabilidade e o bem-estar, consonantes com o projeto de saúde individual (Schumacher & Meleis, 1994).

#### 1.1.5.1. A mestria: avaliação direta e a autoeficácia específica

Quando falamos numa transição saudável e bem-sucedida, temos que nos reportar aos padrões de resposta e aos indicadores de resultado que incluem: a mestria e a integração fluida da identidade (Meleis *et al.*, 2000). A integração fluida da identidade está associada ao fato de as pessoas que vivenciam transições integrarem novos comportamentos, experiências e competências que transformam a sua identidade levando a uma melhor adaptação à realidade após a transição (Chick & Meleis, 1986; Meleis *et al.*, 2000). A pessoa demonstra mestria quando o desenvolvimento das suas capacidades é de tal ordem que lhe permite viver a transição com sucesso e os novos comportamentos traduzem o fim da experiência de transição.

A adoção de novos comportamentos, o desenvolvimento de novas competências traduzidas em ações promotoras da autonomia do dependente ou por outro lado, do desenvolvimento do exercício de papel de prestador de cuidados ajustado à realidade e com o menor impacto negativo nos membros da família, transformam a sua identidade e criam melhores condições para que a transição seja saudável.

Quando nos reportamos ao exercício de papel de prestador de cuidados pensamos em alguns indicadores que, de acordo com Schumacher e seus colaboradores (2000), nos podem evidenciar mestria no exercício do papel, tais como:

Monitorizar: processo de observação da condição de saúde do familiar, detetando as mudanças que eventualmente possam ocorrer;

Interpretar: processo de atribuir um sentido ao que se observa;

Decidir: processo de optar por uma determinada ação tendo por base a observação e a interpretação da situação concreta;

Agir: processo de concretizar as decisões e as instruções;

Ajustar: processo de aperfeiçoamento gradual das ações até obter o melhor resultado;

Aceder a recursos: processo de obter o que é necessário para assegurar os cuidados (inclui a informação, os equipamentos, a assistência de serviços da comunidade, a ajuda nas lides domésticas e no cuidado pessoal);

Providenciar cuidados: processo de executar diretamente os cuidados ao familiar, associado a técnicas utilizadas pelos profissionais de saúde;

Trabalhar com a pessoa cuidada: processo de envolvimento com o familiar;

Negociar com o sistema de saúde: processo que visa garantir, junto dos serviços de saúde, a satisfação adequada das necessidades do familiar.

Mas como podemos avaliá-los? De facto, a avaliação direta do desempenho do papel de prestador de cuidados não é tão simples como à partida poderíamos pensar. Apesar de os indicadores, nos evidenciarem concretamente ações do cuidador familiar, estas atividades têm uma regularidade e intensidade muito elevada. Quando se é cuidador familiar, este é um papel a tempo inteiro, o que requeria que o enfermeiro estivesse 24h em casa da família para avaliar como o prestador de cuidados executa as atividades que são inerentes ao seu papel. Por outro lado, a presença de uma pessoa condicionaria a ação da outra, pois os familiares cuidadores agiriam de acordo com a “desejabilidade social”, ou seja, aquilo que seria esperado fazerem ao seu familiar dependente, no sentido de apresentarem uma imagem destacadamente positiva de si próprios com o propósito de atingirem um determinado objetivo (Jiménez, Sánchez, & Tobón, 2009).

Esta tendência sistemática das pessoas para dar respostas socialmente aceitáveis, ou consideradas mais corretas (Andrews & Meyer, 2003; Paulhus & Reid, 1991; Oliveira, 2004; Schermer & MacDougall, 2013) quando questionadas sobre alguma coisa ou agirem em conformidade com aquilo que se espera delas tem sido um fator dificultador para a avaliação direta da mestria no exercício do papel de prestador de cuidados.

Na tentativa de ultrapassar esta dificuldade, alguns autores têm-se debruçado sobre a autoeficácia específica para o desempenho do papel de prestador de cuidados (Fortinsky, Kercher, Burant, 2002; Huang *et al.*, 2003; Marks & Allegrante, 2005; Schumacher *at al.*, 1998; Schumacher *at al.*, 2000, Parente, 2013; Petronilho, 2013; Rocha, 2015).

Autoeficácia percebida está relacionada com as crenças das pessoas na sua capacidade de influenciar os acontecimentos que afetam as suas vidas. Esta crença central é a base da motivação humana, desempenho, realização pessoal e bem-estar emocional (Bandura, 1997, 1999). Há vários fatores que interferem na motivação e incentivo para a ação, mas a crença central de que se pode fazer a diferença através das próprias ações é a chave para o sucesso.

De facto, a autoeficácia percebida ajuda a explicar fenómenos tão diversos como, mudanças no comportamento, níveis de reações fisiológicas ao stresse, a autorregulação do comportamento, resignação e desânimo perante o fracasso, crescimento do interesse intrínseco pelos objetivos de carreira, entre outros (Bandura, 1982). Uma característica da autoeficácia é que a sua natureza está ligada a tarefas específicas, ao contrário da autoestima e da autoconfiança, que são de natureza mais global (Ritter & Lorig, 2014).

De acordo com Schumacher e seus colaboradores (2000, p.193) referindo-se ao trabalho de Haley e colaboradores (1987) *“a autoeficácia é definida como a confiança do familiar cuidador sobre o seu desempenho na prestação de cuidados e a forma como está a gerir os problemas do recetor de cuidados. Como tal, constitui uma auto percepção”*. Os achados de uma investigação anterior de Schumacher e colaboradores (1998) revelaram que os familiares cuidadores precisam de avaliação profissional e orientação para complementar a auto percepção, principalmente em períodos críticos na prestação de cuidados. Assim, a autoeficácia, embora importante, não é suficiente para um completo entendimento e avaliação do exercício do papel de prestador de cuidados.

De acordo com Parente (2013), apesar de a percepção de autoeficácia ser influenciada fortemente por aquilo que socialmente é desejável, e como tal, em geral os familiares cuidadores se sentem muito competentes, há aspetos como o aceder, decidir e ajustar que os familiares cuidadores se sentem menos competentes. Ainda segundo Parente (2013, p. 141) *“A percepção de autoeficácia é menor para as competências menos usuais, como aceder e para competências cognitivamente mais exigentes e que requerem o*

*controle de múltiplas variáveis num quadro de maior incerteza, como é o caso de decidir e ajustar”.*

#### 1.1.5.2. Os cuidados prestados pelo membro da família: intensidade, incentivo à autonomia e recursos utilizados

A definição de “*familiar cuidador*” inclui o tipo de cuidados prestados, a quantidade, o volume, a intensidade, duração, as alterações da vida quotidiana e a relação entre o dependente e o cuidador (Malonebeach & Zarit, 1991 *in* Kramer & Thompson, 2002). Os familiares cuidadores, particularmente as mulheres, estão sob um nível de stresse considerável para providenciar um volume avultado de cuidados, a maior parte das vezes, sem suporte dos profissionais de saúde (Navaie-Waliser, Spriggs & Feldman, 2002). Torna-se fundamental, refletirmos sobre a intensidade dos cuidados prestados, mas também sobre o incentivo à autonomia e os recursos utilizados pelas famílias.

Os recursos que as famílias têm à disposição são vários, os equipamentos, os profissionais e instituições de apoio, e também recursos financeiros.

Os equipamentos, referem-se aos meios e aos dispositivos de suporte (ICN, 2011) que a pessoa dependente ou o familiar cuidador utilizam para colmatar algumas das suas dificuldades ou para suportar e facilitar a prestação de cuidados, são também designadas de ajudas técnicas, e são legislados pelo Despacho n.º 2027/2010 de 29 de janeiro de 2010. São objeto de financiamento a 100%, ou dependendo do subsistema de saúde do cliente, pode variar a percentagem de financiamento. Neste Despacho estão descritos os procedimentos associados à sua aquisição, como o nível de prescrição, o impresso próprio e a explicação do pedido de três orçamentos, entre outros.

Vários estudos (Brito, 2012; Campos, 2008; Meleis e colaboradores, 2000; Petronilho, 2000, Petronilho, 2013) têm demonstrado a importância dos recursos enquanto condições externas aos clientes em transição que são absolutamente decisivos e facilitadores de uma transição saudável. Associado aos equipamentos, também os recursos da comunidade, como os serviços de suporte, ou seja, as instituições e também os profissionais de saúde são reconhecidos como um fator facilitador. Os profissionais podem influenciar a preparação e conhecimento dos clientes para a aquisição e uso/manuseio dos equipamentos, bem como de outras ajudas. A procura de recursos bem como a sua

utilização não é igual nas pessoas dependentes nem nos familiares cuidadores. Petronilho (2007) refere mesmo que, os cuidadores que mobilizam mais recursos, e por isso procuram adquiri-los são aqueles que estão melhores preparados para o exercício do papel.

Também os recursos financeiros são muito importantes nesta transição complexa, pois sabemos, segundo as famílias, que os cuidados são dispendiosos (Campos, 2008).

Neste sentido o legislador, em Portugal, apresenta vários apoios às famílias, como o complemento de dependência, o subsídio por assistência de 3ª pessoa e também outros, que não sendo diretamente relacionados com a dependência e prestação de cuidados, ajudam as famílias, por exemplo a fazer obras na casa para adaptação à nova condição de saúde do dependente, bem como reparações na habitação, etc.

Todos estes recursos são importantes para ajudar as famílias, mas um dos fatores decisivos no desempenho do papel e também na promoção de autonomia é a condição de saúde da pessoa dependente e o perfil de prestação de cuidados, isto é, se o membro da família incentiva a autonomia ou se por outro lado substitui o dependente mesmo nas atividades que este consegue fazer.

Cada vez mais, os prestadores de cuidados são frequentemente chamados a usar equipamentos e tecnologia complexa em casa e a lidar com a coordenação e integração de muitos cuidados incluindo gestão de sinais e sintomas de doença, mobilização dos familiares, tais como posicionar, transferir, vestir, dar banho e todos estes cuidados são realizados várias vezes ao dia (Lim & Zebrak, 2004).

Num estudo realizado na Austrália por Abernethy e colaboradores (2009) constataram que os prestadores de cuidados podem ser agrupados em função da intensidade dos cuidados que prestam. Dos 18224 entrevistados, 5302 relataram que prestaram cuidados a um familiar nos últimos cinco anos. Destes, 502 (10%) prestaram cuidados diariamente (5-7 dias / semana), 619 (12%) prestaram cuidados de forma intermitente (2-4 dias / semana) e 425 (8%) prestaram raramente cuidados. As características sociodemográficas variam em função da intensidade de cuidados. Os prestadores com maior intensidade de cuidados são normalmente mulheres, viúvas e têm 60 ou mais anos. Os que prestam

cuidados de menor intensidade são normalmente filhos ou outros parentes, têm um melhor nível de educação e são ativos na sua relação com o trabalho.

Todas estas componentes interferem na transição e na recuperação da pessoa dependente no sentido da sua autonomia, e por outro lado, influenciam o exercício do papel de prestador de cuidados.

#### 1.1.6. A necessidade de conhecer a dimensão do problema

Face ao exposto é absolutamente decisivo conhecermos a realidade deste fenómeno no nosso país.

Antes mesmo de pensar no financiamento dos cuidados continuados é importante perceber as potenciais necessidades desta tipologia de cuidados, pois terá um impacto muito significativo nos diferentes modelos de cuidados.

Em 2014, existiam 6642 lugares de internamento nas unidades de CCI do país. Relativamente às ECCI, o relatório do Grupo de Trabalho sobre a Capacidade Instalada, Necessidades, Tipologias e Referenciação dos CCI, sugere que todos os ACES têm ECCI (7206 doentes podem ser acompanhados), o que pode não ser correto, como na página 12 o admitem *“estes números estão aparentemente inflacionados face aos recursos efetivamente existentes no terreno”*.

Sem conhecermos a proporção de famílias que integram dependentes no autocuidado, que têm necessidade de cuidados continuados integrados no domicílio e continuando a especular sobre a capacidade instalada, como vamos conseguir definir o modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados? Como podemos avaliá-lo? Como podemos financiá-lo?

O relatório atrás citado reconhece também como limitação *“a ausência de informação mais precisa sobre a dependência”* (2014, p.17) usando como referência para a necessidade de CCI a percentagem de idosos. Para lugares de internamento há estimativas, mas para os CCI na comunidade não.

Sabemos também que os gastos nos países da OCDE com os cuidados continuados de longa duração têm vindo a aumentar e que é esperado que passem de 1,5% do GDP (PIB) para mais do dobro até 2050 (Colombo *et al.*, 2011).

Teremos que ter bem definido os cuidados e tipologias para conseguirmos ser racionais na utilização dos recursos. Daí ser fundamental conhecer a proporção de famílias que integram dependentes, agilizar a referenciação e definir um modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados para as ECCI ajustando as vagas e os recursos alocados.

Assegurar cuidados de longa duração com qualidade, para além da questão de prestar contas (accountability) deste tipo de cuidados, está relacionado com a crescente responsabilização dos cidadãos pelas suas próprias vidas e, por fim, com a responsabilização dos governos em proteger os mais vulneráveis (OECD/EU, 2013).

Hoje sabemos também que entre 50 a 75% dos cuidados continuados de longa duração nos países da OCDE são prestados em contexto domiciliário (Colombo *et al.*, 2011). No entanto, continuamos em Portugal (como vimos no relatório de 2014 dos cuidados continuados) a apostar no aumento de camas de internamento, em conhecer bem a realidade do contexto institucional e a não conseguirmos mensurar os CCI no contexto domiciliário.

O suporte às famílias que integram dependentes no contexto da OCDE tem sido meramente simbólico. No entanto, de acordo com Colombo e seus colaboradores (2011), ajudar os familiares cuidadores e os dependentes de forma profissional é uma solução ganhadora por três motivos, tem benefícios para os familiares pois a intensidade de cuidados está associada a inúmeros fatores negativos com impacto nos cuidados e nos cuidadores familiares, como o aumento da prevalência de doenças e o aumento do risco de pobreza. Tem também benefícios para o dependente, pois este prefere permanecer em casa junto dos seus familiares e ser cuidado por eles; e por fim, para as finanças públicas, pois diminui os custos dos cuidados comparando com a institucionalização.

Ainda de acordo com os mesmos autores há três formas dos governos apoiarem efetivamente estas famílias, a primeira é providenciando dinheiro, o que pode ser contraproducente, a segunda é promover um melhor equilíbrio entre a vida familiar e

profissional, com flexibilização no trabalho através de licenças para assistência a familiares e por fim, fornecer serviços de apoio.

Na nossa opinião, estes serviços de apoio podem ter a sua expressão máxima com a implementação das ECCI com um modelo de melhoria da qualidade dos cuidados baseado em resultados.

## **1.2. A estrutura do Serviço Nacional de Saúde e a capacidade para responder a estas necessidades**

Em todo o mundo, e Portugal não é exceção, a organização dos serviços de saúde foi influenciada pelos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época no sentido de dar resposta às doenças que iam surgindo.

Até à criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a saúde da população ficava a cargo da família, de prestadores privados e dos serviços médico-sociais da Previdência.<sup>1</sup>

A organização dos serviços de saúde em Portugal começou em 1899 através da estruturação dos serviços de saúde pública pela mão do Dr. Ricardo Jorge, cabendo ao Estado apenas a assistência aos pobres. O reconhecimento da necessidade de uma resposta do Estado para a população em geral surgiu em 1945 com a criação dos institutos para problemas específicos, como a tuberculose e a saúde materna. A partir de 1963 percebe-se que determinados cuidados não podem ser atribuídos às instituições privadas, em 1968 os hospitais e as carreiras da saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia) são objeto de uniformização e de regulação com o aparecimento de um primeiro esboço do SNS em 1971. Mas verdadeiramente, as condições sociais e políticas para o aparecimento do SNS apenas surgiram em 1974.

Em 1976 é aprovada nova Constituição, que no artigo 64º no ponto um afirma que todos os cidadãos têm “*direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover*” (Constituição da República Portuguesa, 2005) incumbindo ao estado a organização, prestação e acessibilidade aos serviços de saúde.

---

<sup>1</sup> <https://www.sns.gov.pt/> As informações acerca do SNS foram retiradas do portal do SNS.

Finalmente em 1979 com a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, cria-se o Serviço Nacional de Saúde. Muitos avanços se sucederam desde então, como a criação da carreira de enfermagem pelo Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de Novembro, e ano seguinte, a carreira médica de Clínica Geral surge por via do Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto. Em 1983 é criado o Ministério da Saúde.

Em 1989 a tónica coloca-se na justiça social e racionalização de recursos quando na 2.ª Revisão Constitucional, a alínea a) do n.º 2 do artigo 64.º altera o direito à saúde para “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, aprova a Lei de Bases da Saúde. De acordo com a Lei de Bases da saúde, o Sistema de Saúde Português é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e por todas as entidades públicas, privadas e por profissionais liberais que exerçam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde (Lei de bases da Saúde). O SNS abrange todas as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde sob a égide do Ministério da Saúde.

O SNS assegura que deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados, mas o Sistema de Saúde assenta nos cuidados de saúde primários, junto das comunidades.

O SNS caracteriza-se por:

Ser universal quanto à população abrangida;

Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;

Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;

Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

(Lei n.º 48/90 bases da saúde)

O SNS está na tutela do Ministério da Saúde e está dividido por administrações regionais de saúde. As administrações regionais de saúde por sua vez têm responsabilidade por

todos os serviços prestadores de cuidados de saúde da sua área, hospitais, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde (ACES). Os ACES surgiram com a necessidade de se criar uma gestão mais flexível e mais próxima dos cidadãos após a extinção das sub-regiões de saúde.

Importa referir que em 2006, tomando como referência as “*carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes*”, do facto de se necessitar de “*respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida*”, respostas estas que devem ter em consideração os

*“diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar”.*

O Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (DIÁRIO DA REPÚBLICA—I SÉRIE-A, N.109, 6 de Junho de 2006; p. 3856)

O Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas, relativo ao ano de 2013, divulgado pelo Ministério da Saúde, mostra que houve um crescimento de 11,3% face ao ano anterior na realização de consultas de enfermagem no domicílio, sendo o total de 1,8 milhões. Ao nível dos cuidados continuados integrados, o número de utentes referenciados para a Rede, em 2013, foi de 39896, o que representa um acréscimo significativo face a 2012, com 27107 utentes referenciados para as respostas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (+33,9%).

Ora estes dados mostram que há uma tendência para os cuidados no domicílio, mas paralelamente, a carência identificada nesta tipologia de cuidados de longa duração é real e a procura tem vindo a aumentar.

#### 1.2.1. A Rede de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, promovendo a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

A RNCCI tem como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, centrando-se na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. São clientes da RNCCI todos os cidadãos que necessitem de cuidados de convalescença, recuperação, reintegração ou paliativos, nomeadamente as pessoas com dependência funcional, independentemente da idade, com doença crónica ou incurável em estado avançado e em fase final de vida.

Para prestar tais cuidados existem unidades de internamento e de ambulatório com equipas hospitalares e domiciliárias. Tais como, unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção e unidades de cuidados paliativos. Existem também equipas hospitalares, nomeadamente equipas de gestão de altas, equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e também equipas domiciliárias, como as equipas de cuidados continuados integrados, as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. Outras unidades integrantes da rede são as unidades de dia e de promoção de autonomia.

Os cuidados prestados na rede assentam na garantia do direito da pessoa em situação de dependência:

À dignidade;

À preservação da identidade;

À privacidade;

À informação;

À não discriminação;

À integridade física e moral;

Ao exercício da cidadania;

Ao consentimento informado das intervenções efectuadas

(DIÁRIO DA REPÚBLICA—I SÉRIE-A, N. 109—6 de Junho de 2006; p. 3858)

A referenciação para a RNCCI é feita através das equipas de gestão de altas (EGA) nos hospitais e também através dos centros de saúde. Quando a referenciação é iniciada no hospital, os enfermeiros ou médicos do serviço reportam à EGA a eventual necessidade de cuidados continuados e esta fará uma avaliação e reencaminha o caso. Quando a pessoa dependente se encontra no domicílio, lar ou outra instituição da comunidade, a equipa de saúde familiar, nomeadamente o enfermeiro, médico e assistente social avaliam a situação e fazem uma proposta de integração à Equipa de Coordenação Local (ECL) que fará a integração da pessoa na unidade da rede que melhor se adequa às suas necessidades.

O Decreto-Lei aponta como destinatários da Rede as pessoas em situação de *“Dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro”*, as pessoas com *“Dependência funcional prolongada”*, os Idosos *“com critérios de fragilidade”*, as pessoas com *“Incapacidade grave, com forte impacte psicossocial”* ou com *“Doença severa, em fase avançada ou terminal”* (DIÁRIO DA REPÚBLICA—I SÉRIE-A, Nº 109, 6 de Junho de 2006; p. 3862 e 3863). Através dos ofícios da RNCCI e esclarecimentos ao próprio Decreto-Lei, pode-se verificar que o *“descanso do cuidador familiar”* também é um critério para referenciação das famílias para as unidades de longa duração.

Os cuidados de saúde são assegurados sem custos para o cliente nos internamentos nas unidades de convalescença e em unidades de cuidados paliativos. Os custos relativos ao apoio social e com o internamento em unidades de média e de longa duração dependem da capacidade económica de cada utente e família, sendo calculados de acordo com os rendimentos.

## As Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Como já referido anteriormente, em Portugal, com a aprovação da lei dos cuidados continuados foi aberto um novo campo de atuação para os cuidados de saúde e sociais, até então inédito, que pressupõe uma ampla cobertura nos cuidados às pessoas dependentes, até à data, a descoberto.

Dois anos mais tarde, surgem as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). A UCC

*“presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados”* (artigo 11.º do Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Tais unidades constituem-se como o pivô de articulação entre os Agrupamentos do Centros de Saúde (ACES) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e integram a Equipa Coordenadora Local (ECL).

Aqui se enquadram as equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que fazem parte integrante da rede e simultaneamente são equipas que pertencem às UCC.

As ECCI são constituídas por profissionais de saúde, na sua maioria, enfermeiros, tendo apoio de outros profissionais tais como médico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo secretario clínico, e prestam cuidados domiciliários às famílias que integram pessoas dependentes.

O ingresso na ECCI, à imagem das outras unidades da rede, pode ser despoletado pelo hospital ou centro de saúde. Em Setembro de 2007, as unidades de missão para os cuidados de saúde primários e para os continuados lançaram um documento no sentido de clarificar os critérios para a inclusão nas ECCI, que acaba por ser contraditório, uma vez que afirma que as ECCI deverão funcionar *“todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados, com garantia mínima das 9 às 17h”* (p.12), mas mais adiante ao

especificar quais os cuidados que ultrapassam a carteira de serviços das USF e por isso devem ser encaminhados para as ECCI, fala na *“necessidades de cuidados domiciliários, para além dos dias úteis ou fora do horário compreendido entre as 8 h e as 20 h”* o que deixa em aberto os cuidados noturnos para a ECCI. Acrescentam ainda como critérios os cuidados que sejam necessários prestar mais do que uma vez por dia ou que excedam *“1h e 30 minutos por dia e pelo menos três dias por semana”*, e ainda os que requeiram profissionais que normalmente não fazem parte das USF/UCSP tais como, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc.

A acrescentar aos critérios gerais e também aos cuidados que ultrapassem a carteira básica de serviços das USF já mencionados são também encaminhadas as pessoas em situação de dependência, mais especificamente

*“pessoas acamadas a maior parte do tempo e que dependam maioritariamente de terceiros para a realização das AVD’s, não abrangidas pelas USF ou outra unidade funcional do CS (por exemplo sem médico de família atribuído) ou que, por doença, apresentem marcada impossibilidade (transitória/permanente) de se deslocar, autonomamente, para fora dos seus domicílios”*

e os familiares cuidadores que necessitem de cuidados de *“suporte psicológico, formativo ou outro, prestado no domicílio do doente acima identificado.”*

Os profissionais desenvolvem um plano de cuidados onde identificam as necessidades do dependente e familiar cuidador, prescrevem intervenções de acordo com os objetivos estabelecidos e avaliam os resultados, onde evidenciam claramente

*“as tarefas e responsabilidades de cada profissional, pelo que se considera conveniente a designação de um Gestor de Caso, que deverá ser o profissional que, num determinado momento, gere e responde melhor às necessidades da pessoa dependente e lhe serve de suporte na comunidade, identificado de entre os que constituem a ECCI”* (UMCSP, 2007; p. 13).

De acordo com o artigo 28º do Decreto-Lei 101/2006, cabe às ECCI prestar os seguintes serviços:

*“cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa; cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas; apoio no desempenho das atividades da vida diária; apoio nas atividades instrumentais da vida diária; coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais”.*

#### 1.2.2. Os modelos de funcionamento das Equipas de Cuidados Continuados Integrados e a qualidade em saúde

Acerca do funcionamento das equipas, e apesar das diretivas do decreto-lei que cria os cuidados continuados, bem como dos relatórios, ofícios, normas emanadas pela UMCCI e, mais tarde pela RNCCI, podemos afirmar que as equipas se organizaram cada uma à sua maneira, munidas dos recursos que até então tinham disponíveis nos centros de saúde. Sem saberem como começar, para onde ir e o que esperar. De fato, os documentos foram sendo orientadores do caminho a percorrer e, com os profissionais disponíveis, as equipas foram tentando dar resposta ao solicitado.

Três anos após a implementação dos cuidados continuados integrados, a rede, no seu relatório (2010), mostra-nos esta realidade díspar, pouco planeada e ainda, à data, sem uma orientação clara para os cuidados continuados integrados.

Através de um *“Inquérito realizado via web a todas as ECCI do país, entre Outubro e Novembro de 2009”* (RNCCI, 2010), na rede constatou-se que existiam 88 ECCI, 6 em Lisboa e Vale do Tejo, 9 no Norte, 10 no Alentejo e 40 no Centro, sendo que quatro destas não estavam em funcionamento e que uma no norte, embora tendo respondido ao inquérito, a rede não a reconhecia como prestadora da sua lista.

Um dos dados que mais desperta a atenção e que com certeza justifica em grande parte os dados relativos ao modelo de funcionamento, aos próprios cuidados prestados e ao referido anteriormente relativamente à falta de visão sobre os cuidados continuados, é o

facto de “*algumas ECCI afirmaram não distinguir as visitas das ECCI e visitas domiciliárias dos Centros de Saúde*” (RNCCI, 2010).

De seguida apresentamos de forma sucinta os dados que nos permitem compreender o modelo de funcionamento das ECCI, fazendo referencia ao relatório dos três anos de atividade da RNCCI.

Relativamente à cobertura assistencial as ECCI referiram atender “*7,6 utentes, por cada 1.000 habitantes com idade igual ou superior a 65 anos*”. A maioria das ECCI dispõe da equipa básica completa (Enfermeiro, médico e assistente social) e relativamente aos recursos humanos, têm em média, 9,8 profissionais, o que corresponde a 3 ETC/ 35h semana. A destacar que 63% têm um carro disponível para as deslocações e que 70% referem ter acesso muito fácil ou fácil às ajudas técnicas de que necessitam.

Passando para o funcionamento e organização propriamente ditos, apenas metade refere seleccionar um gestor de casos para cada cliente e nem todos os utentes têm um plano de cuidados individual.

Em média, “*as ECCI trabalham 308 dias por ano, 36 horas semanais. Mais de metade das ECCI não assegura a cobertura mínima diária (das 8h às 20h), todos os dias úteis*” embora “*mais de metade das ECCI trabalha aos Sábados, Domingos e Feriados*” o que nos faz refletir sobre a natureza dos cuidados de que as pessoas precisam. Será que depois das 20h e até às 8h os clientes, tanto pessoa dependente como familiar cuidador, não precisam de cuidados, nem em cerca de 60 dias por ano, bem como aos sábados, domingos e feriados? Como se assegura a continuidade?

Os enfermeiros visitam 95% dos dependentes sendo os profissionais mais representativos quando falamos em visitas domiciliárias. Médico, Fisioterapeuta e Assistente social posicionam-se em segundo plano em níveis relativamente equilibrados (29%, 20% e 19% respetivamente).

Apesar de 95% dos dependentes serem visitados por um enfermeiro, a periodicidade das visitas, em 65% dos casos é de duas vezes por semana e apenas 13% dos clientes são visitados diariamente. O tempo que os profissionais passam com cada dependente nas visitas é, em média, de 25 minutos.

Ora, outras reflexões se impõem. Em função dos critérios para integração na rede, será que estes dependentes precisariam de estar na ECCI ou poderiam ser visitados pelo enfermeiro de família, uma vez que com exceção dos 13% de clientes que são visitados diariamente, os outros são, no máximo duas vezes por semana, e as visitas duram em média 25 minutos.

Das 56 ECCI que responderam ao inquérito, durante o ano de 2009, afirmam ter prestado cuidados, em média a 9.807 utentes, num total de 147.908 visitas domiciliárias, cada cliente foi visitado 22 vezes, e o tempo médio de internamento foi de 85 dias (3 meses) (RNCCI, 2012). *“Em números absolutos, o Norte e LVT, atendendo à sua população, assistem 61,3% dos utentes a nível nacional (60,3% no ano de 2015)”* (RNCCI, 2017).

A esmagadora maioria das pessoas está satisfeita com os cuidados. Apesar disso, a demora média nas ECCI está nos 166 dias a nível nacional. A região com valor mais elevado é o Algarve com 224 dias.”

Os cuidados prestados, caracterizavam-se em 2012, por tratamentos de feridas/úlceras (67%) seguindo-se os cuidados de monitorização e vigilância, tais como sinais vitais, glicemia capilar, etc. As intervenções do tipo ensino e educação para a saúde representam apenas 5% do total.

Uma vez que os cuidados nas ECCI têm por base a parceria saúde/social, parece importante referir que 97% das intervenções domiciliárias são devidas às necessidades das pessoas em cuidados de saúde. Atendendo à representatividade das visitas dos enfermeiros, podemos arriscar dizer que, o que os dependentes precisam, nesta tipologia de cuidados, são de cuidados de enfermagem. Apenas 7% dos clientes recebem apoio social para a preparação de refeições, limpeza da casa, etc.

À data do último relatório de monitorização da RNCCI a que tivemos acesso, de 2016, existiam 279 ECCI, o número decresceu 2% em relação ao final de 2015 e as vagas diminuíram 4,9% a nível nacional, perfazendo um total de 6.264 lugares. Os motivos pelos quais as pessoas são referenciadas para as ECCI são vários, sendo os principais a dependência nas atividades de vida diárias e a preparação/capacitação do dependente/cuidador. Importa referir também que as ECCI têm um papel importante na prestação de cuidados paliativos evidenciado por praticamente ser igualitário o número

de utentes das equipas intra-hospitalares e comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

Estes dados parecem contraditórios, uma vez que o relatório do OPSS (2015) aponta para o reforço dos cuidados continuados com foco nas ECCI, *“a necessidade de aumentar a capacidade global da rede, parece-nos óbvio que deveria assumir-se a ECCI como o núcleo central da mesma”*. Assim como se exige aos ACES que a centralidade *“nos cuidados aos cidadãos e que funcionem 365 dias/ano com profissionais que executem cuidados de acordo com um plano de intervenção pré-estabelecido”* (OPSS, 2015; p.95).

As ECCI em 2015 atenderam 15582 casos, sendo a tipologia que mais utentes assistiu a nível nacional (29,7%). Relativamente à taxa de ocupação, existe uma baixa taxa de ocupação em todas as regiões, sendo o Alentejo que melhor taxa de ocupação apresenta (70%), o Norte apresenta uma taxa de ocupação de 68% (RNCCI, 2016). Mais uma vez refletimos, será que não há pessoas dependentes em casa que precisem de ajuda profissional mais do que uma vez por dia ou que ultrapasse a carteira de serviços da USF, para satisfazer as suas atividades de autocuidado? O que necessitam, os dependentes e os cuidadores familiares, de cuidados de enfermagem de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação ou paliativos?

Pelos indicadores apresentados pela rede também podemos ter ideia dos cuidados que as pessoas necessitam. Indicadores como a *“a incidência de úlceras de pressão”* e de *“quedas”* reporta-nos para cuidados mais intensos e regulares. Como prevenir o aparecimento de úlceras de pressão sem responsabilidades pelo posicionamento dos dependentes? Razão primeira do seu aparecimento, associada a aspetos da condição de saúde como a desidratação, desnutrição, etc. Ou será que de facto, o que se pretende é aumentar a intensidade, regularidade e até mesmo alterar a visão tradicional e os cuidados prestados de forma a irem ao encontro das reais necessidades dos clientes?

Neste modelo de funcionamento, torna-se fundamental para os profissionais o desafio de melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Para tal, deverão ser assegurados os seguintes atributos ou componentes: eficácia (capacidade da ciência e da tecnologia dos cuidados para promover melhorias na saúde), efetividade (relação estabelecida entre os resultados obtidos e aqueles que os *standards*

apontam com base na evidência científica), eficiência (capacidade de obter a maior melhoria da saúde ao menor custo), otimização (o equilíbrio mais favorável entre custos e benefícios), acessibilidade (facilidade com que os clientes acedem aos cuidados em tempo útil, a disponibilidade dos cuidados de saúde tendo em consideração se estes são os mais indicados, a relação interpessoal que se estabelece entre cliente e profissional de saúde que incorpora os princípios de respeito pelos valores, crenças e desejos do cliente e onde o cliente é o centro da atenção), legitimidade (conformidade com que os cuidados são aceites pela sociedade) e equidade (conformidade com os princípios de justiça na distribuição dos cuidados de saúde e os benefícios para a população) (Donabedian, 2003).

Todos os modelos de avaliação da qualidade têm regularidades, nomeadamente a introdução de melhorias centradas na exigência de responsabilidade perante os clientes, efectividade, análise de resultados e segurança dos clientes (Catsambas *et al.*, 2002).

A necessidade de reunir e divulgar os resultados estatísticos dos hospitais, de forma a perceber as diferenças existentes tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, teve início com Florence Nightingale.

Os resultados podem ser entendidos como mudanças no estado de saúde, favoráveis ou adversas, das pessoas/grupos/comunidades, que resultam dos cuidados prestados (Donabedian, 1985).

De acordo com Donabedian (1990), a avaliação da qualidade centrada nos resultados deve ter presente os outros dois aspectos (processo e estrutura), pois a identificação de um resultado menos positivo pode indicar a existência de problemas ao nível do processo (conjunto de atividades que os profissionais realizam e as respostas dos clientes) ou da estrutura (instalações, equipamentos, profissionais, modelo de organização do trabalho), pelo que é decisiva uma visão holística.

A qualidade em saúde implica que os diferentes intervenientes potenciem ao máximo o seu contributo e nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2001), recomenda a construção de indicadores de produtividade e de qualidade dos cuidados de enfermagem tendo por base os padrões de qualidade definidos. Importa aos enfermeiros definir indicadores que desafiem o exercício profissional no sentido de melhorarem a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos de acordo com a sua responsabilidade e mandato social.

A disponibilidade de informação fundamentada em dados válidos e fiáveis é essencial para a tomada de decisões baseadas em evidência e para a definição de acções estratégicas em saúde tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados prestados aos clientes. Para levar a cabo programas de melhoria contínua da qualidade são indispensáveis indicadores.

Os indicadores são ferramentas que permitem “medir a performance (...) objectivando descobrir certas informações básicas para a tomada de decisões visando a melhoria da qualidade” (Mezomo, 2001, p. 135).

Os trabalhos que têm vindo a ser desenvolvidos em Portugal (Silva, 2001; Pereira, 2007) demonstram que são necessários indicadores centrados no trabalho dos enfermeiros, capazes de traduzir aquilo que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem. No entanto, estas métricas “*mais finas*”, relacionadas com “... *novos ganhos de saúde...*” (Campos & Ramos, 2005, p. 235), deverão ser uma parte integrante da qualidade em saúde.

Pereira (2007) afirma a existência de dimensões dos cuidados e focos de atenção mais significativos nos diferentes contextos, nomeadamente, dimensões como a promoção da independência no *Autocuidado* e a preparação dos familiares cuidadores para o desempenho de atividades de *Tomar conta*. Importa agora, em cada uma destas áreas, encontrar um maior refinamento dos indicadores definidos.

No seguimento das ideias anteriores, e tal como Silva (2001) e Pereira (2007) defendem, o primeiro requisito para o estabelecimento de ambientes promotores da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é a criação de condições para, de forma sistemática e regular, “*serem feitas comparações internas do desempenho, desafiando à (re) engenharia das estruturas e processos que não se mostrem capazes de promover a qualidade*” (Pereira, 2009, p.129).

A informação enquanto matéria-prima para a produção de indicadores é um recurso nuclear no processo da organização. Silva (2001) afirma que os indicadores podem constituir uma óptima oportunidade para reflectir a prática a partir de informação válida extraída da documentação de enfermagem.

De acordo com Donabedian (2003), os elementos principais de um sistema de promoção, melhoria e desenvolvimento contínuo da qualidade são: os sistemas de informação, os

serviços de formação e aperfeiçoamento profissional e a unidade de coordenação e liderança.

De salientar que a qualidade dos cuidados é vista neste contexto como “um processo organizacional estruturado para envolver as pessoas no planeamento e execução de um fluxo contínuo de melhorias nos sistemas, de modo a oferecer cuidados de saúde que atendam e excedam as expectativas dos clientes” (Curtis, 1994 cit. por Mezomo, 2001, p.183). Este processo deverá ser acompanhado por uma liderança forte e participativa que implique o envolvimento global de todos os seus membros no processo de mudança. Esta mudança implica uma perspectiva de reflexão e aprendizagem.

Diversos autores apontam o caminho para o sucesso das organizações e, como tal, dos processos de melhoria contínua, através da valorização do capital humano. As organizações devem ser o palco privilegiado para a reflexão e aprendizagem, para que as pessoas que a constituem possam pôr em prática todo o seu potencial e ao mesmo tempo tornar as organizações mais eficazes (Senge, 1990; Schön, 2000; Mezomo, 2001; Argyris, 2005; Carvalho, 2008). Nestas

*“organizações de aprendizagem as pessoas expandem continuamente a sua capacidade de criar os resultados que realmente desejam, onde surgem novos e elevados padrões de raciocínio, onde a aspiração colectiva é libertada e onde as pessoas aprendem continuamente a aprender em grupo” (Senge; 1990, p.11).*

De acordo com Senge (1990), são cinco as componentes centrais para desenvolver a capacidade de uma organização atingir os resultados desejados:

- Raciocínio sistémico, pois todos os acontecimentos que dizem respeito a uma organização, embora distantes no tempo e no espaço, estão interligados. Cada um deles influencia os outros, estão por isso inter-relacionados;
- Domínio pessoal, através da reflexão constante aprendemos a esclarecer, aprofundar e objetivar a realidade;
- Modelos mentais que são ideias, generalizações ou mesmo imagens que influenciam a nossa forma de encarar o mundo, pelo que exige reflexão;
- Aprendizagem em grupo, que deverá começar por conversas em grupo no sentido de os membros identificarem ideias preconcebidas e participarem num raciocínio em grupo. O

facto é que as organizações só terão capacidade para evoluir se os grupos tiverem capacidade para aprender;

- Objetivo comum, quando existe um objetivo concreto e legítimo, as pessoas dão tudo de si e aprendem, não por obrigação, mas por livre e espontânea vontade, através do comprometimento interno.

No seguimento destas ideias, também Argyris & Schön (1982), consideram que as pessoas se orientam por modelos mentais que guiam a sua ação. Quando estes modelos orientam a ação e se expressam através de comportamentos publicamente observáveis são designados por teoria em uso, o conhecimento na ação. Independentemente da linguagem, o ato de descrever a ação é sempre uma construção que justifica o comportamento – teoria exposta.

Para os mesmos autores, o processo de mudança pode ocorrer de duas formas, através de aprendizagem de circuito simples (Modelo I) ou de circuito duplo (Modelo II). A maioria das teorias em uso enquadram-se no Modelo I, sendo ambientes improváveis de alterar as suas variáveis. O sujeito aprende corrigindo a ação, não havendo incorporação de novos conhecimentos.

Por outro lado, no Modelo II, as variáveis que o orientam são: a informação válida, escolha livre e informada e o comprometimento interno. O sujeito face a uma situação imprevista aprende pondo em causa os seus objetivos, baseado em informações o mais completas e válidas possíveis e constrói posições com as quais as pessoas envolvidas se comprometem.

A melhoria contínua da qualidade implica uma necessária mudança fora da rotina, por etapas e criativa. Deve levar as pessoas a interrogarem-se sobre os seus modelos mentais, de forma a atingirem o objetivo comum, através da reflexão na ação e sobre a ação. Esta reflexão sobre a ação em grupo permitirá aproximar os modelos expostos dos modelos em uso, promovendo o envolvimento individual na mudança da organização como um todo sistémico, a partir de informação válida e relevante.

No âmbito multiprofissional e multidisciplinar da saúde, “... *nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços*

*para obter qualidade em saúde” (OE, 2003, p. 140). De acordo com Leprohon (2001, p. 130) a qualidade do exercício profissional diz respeito a “um conjunto de atributos dos cuidados de enfermagem definidos a partir dos resultados verificados nos clientes e de elementos organizacionais, que contribuem para a adequação dos cuidados prestados pelos enfermeiros numa óptica de melhoria contínua”.*

No documento “Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspetivando o futuro”, que integra o Plano Nacional de Saúde (2011-2016) podemos ler que

*“Uma vertente importante da qualidade é a avaliação dos ganhos em saúde proporcionados pelo sistema. As dimensões actualmente medidas na RNCCI são a autonomia física, a utilização de cadeira de rodas, a prevalência de úlceras de pressão, as quedas, a avaliação da dor e os registos dos óbitos” (2010, p.29).*

Claro está, que sendo o trabalho das ECCI maioritariamente realizado por enfermeiros, ou seja, as pessoas precisam maioritariamente de cuidados de enfermagem, deve-se repensar e refinar estas métricas. Pois, como fomos expondo ao longo desta introdução, a transição que vivenciam as pessoas dependentes no autocuidado é complexa e está estritamente relacionada com a condição de saúde. Indicadores que procurem exprimir aquilo que os doentes ganham com os cuidados de enfermagem nestes domínios devem ser uma prioridade. Relativamente à “Prevalência de Úlceras de Pressão” deve-se ter em atenção o contexto de cuidados e o motivo de referência, pois um dos motivos é mesmo o facto do dependente ter úlceras de pressão. Do referido documento fica a lacuna de métricas associadas ao exercício do papel de familiar cuidador, que também deverão ser incluídas.

### **1.3. Desafios colocados pela dimensão do problema**

O aumento da população idosa e da prevalência de doenças crónicas, faz com que haja, cada vez mais, um aumento da procura e das necessidades em cuidados continuados.

Outros fatores que influenciam a necessidade de cuidados de longa duração incluem a disponibilidade de familiares que tomem conta dos seus parentes, a evolução dos custos dos serviços e as alterações dos níveis de saúde das populações.

Sabemos que as pessoas dependentes “*ficam circunscritas ao quarto vendo deteriorar-se a sua condição de saúde, frequentemente, por falta de suporte e assistência*” (OPSS, 2015; p.88).

O suporte que as pessoas dependentes precisam, por exemplo para se alimentarem, tomar banho, vestir/despir, posicionar, etc... envolve um número elevado de recursos humanos, seja familiar, seja profissional.

Os recursos profissionais a oferecer às pessoas de acordo com o relatório do OPSS (2015, p.96) deveriam ser através das ECCI e deveriam funcionar

*“365 dias/ano e 24h/dia. Que os profissionais, para além das ações tendentes ao desenvolvimento da mestria dos doentes e dos familiares cuidadores, têm, eles próprios, de executar cuidados de acordo com um plano de intervenção pré-estabelecido”.*

Aliado a estes factos, temos no terreno um número incerto de vagas em ECCI e uma taxa de ocupação, das conhecidas, que ronda os 65%, associada a problemas de referenciação.

Não obstante, verifica-se que 33,2% (30,1% em 2012 e 31% em 2013) dos utentes assistidos a nível nacional em cuidados continuados, no primeiro semestre de 2014, foram no âmbito da ECCI, sendo esta a tipologia que tem a maior percentagem de utentes assistidos, com crescimento ao longo dos anos (ACSS, 2014).

Há três aspectos que relevam para esta discussão, por um lado, o número de enfermeiros está bastante abaixo da média da OCDE (2014) e de acordo com a ACSS (2014) no SNS tem vindo a diminuir. Por outro lado, “*há fatores a perturbar a equidade no acesso dos doentes dependentes “acamados” que, com condições de saúde semelhantes, têm à sua disposição diferentes (e menos adequados) modelos assistenciais, sendo uns referenciados para a RNCCI e outros não*” e ainda o facto de sabermos que “*a população de pessoas dependentes no autocuidado em Portugal representa cerca de 53 mil episódios de internamento e cerca de 129 mil episódios de recurso aos serviços de urgência, por ano*” (OPSS, 2015; p.89 e 150).

Com um problema desta magnitude surgem grandes desafios para todos: Quem são os clientes dos cuidados continuados integrados e quanto custam ao governo e às famílias?

Qual o efeito que terá o aumento de procura de cuidados continuados integrados? Como é que os familiares que tomam conta de dependentes podem ser ajudados de forma profissional? Qual o modelo de melhoria da qualidade dos cuidados que garante que as pessoas possam manter-se em suas casas a receber cuidados profissionais e com resultados positivos para os clientes (familiares cuidadores e pessoa dependente)? Como se financiam estes cuidados?

Num contexto de crise económica, em que as despesas relacionadas com a idade avançada e a dependência (pensões e cuidados de saúde) tendem a crescer, vai ser difícil de sustentar a expansão dos serviços de cuidados de longa duração, sem a prova de que são um valor acrescentado para o dinheiro que custam.

Hoje (Filipe, 2015) sabemos que o custo médio de um doente por dia na ECCI (ECCI da Unidade Local de saúde de Matosinhos) é de 17,79 euros correspondendo 53,5% ao tempo gasto pelo conjunto dos profissionais, 25% relativos aos materiais usados na prestação de cuidados, 16,7% custos indiretos e 4,8% transportes.

Podemos afirmar que os *“cuidados prestados pelas ECCI são menos onerosos que os prestados em qualquer unidade de internamento, para além de salvaguardarem a comodidade e bem-estar dos doentes”* (OPSS, 2015; p. 148).

#### **1.4. Problemática da investigação**

Tem havido um aumento da implicação da família para tomar conta dos seus membros dependentes e conseqüentemente tem sido dada atenção crescente ao reconhecimento do papel vital da família enquanto prestadora de cuidados. Ao mesmo tempo têm sido enfatizados os cuidados na comunidade, e mais especificamente os cuidados no domicílio, porque muitas pessoas desejam permanecer o mais independente possível, nas suas próprias casas (Magnusson *et al.*, 2004; Stoltz *et al.*, 2004).

Num tempo de exclusão, é na família que subsistem os laços de coesão social e de cooperação, o espaço em que os indivíduos reencontram o seu lugar insubstituível, o abrigo onde restauram a sua dignidade perdida. A família, constitui, deste modo, um instrumento de promoção ética e personalizada de cada membro, aliás a consciência do papel fundamental da família no desenvolvimento individual e na sustentação da justiça social, fundamentou a afirmação de que a família é o elemento natural e fundamental da

sociedade e tem direito à proteção do Estado, consagrada no Artigo 67º da Constituição da República Portuguesa (Martins, 2002).

Neste contexto, a família como prestadora de cuidados coloca grandes exigências tanto a nível individual como familiar. O familiar cuidador confronta-se com um conflito de papéis, por um lado as exigências de tomar conta de alguém, por outro as alterações inevitáveis à sua vida e bem-estar.

A integração de pessoas com défices no autocuidado no contexto familiar perspectiva-se como uma transição importante e complexa. Hoje é comum aceitar que a família é o melhor meio para a integração destes indivíduos. No entanto, temos que ter em consideração a disponibilidade, o envolvimento e a capacidade que a família tem para assumir este desafio. Uma vez que, esta decisão vai ter implicações em todos os intervenientes, quer seja a pessoa dependente/cuidada, quer seja a pessoa que cuida.

A capacidade que a família tem em perspetivar este desafio e os conhecimentos e habilidades para viver a crise que decorre desta transição vai interferir na forma como a família integra a pessoa, reorganiza os seus papéis e vivencia a transição (Sousa *et al.*, 2004; Meleis, 2005).

A par desta problemática, com a criação em 2006 da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, outros desafios foram colocados aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros, para reconceitualizar e reestruturar os cuidados oferecidos a estas famílias no sentido de as manter nas suas casas de acordo com a sua vontade, e também, de diminuir os dias de internamento hospitalar, bem como reduzir os custos associados aos cuidados de saúde. No entanto, as equipas foram criando os seus próprios modos de funcionamento sem saberem ao certo a dimensão do problema da dependência no autocuidado e dos familiares cuidadores nas suas áreas de abrangência.

Ora, para ajudar as famílias, temos que criar condições para que, tanto a pessoa dependente como os familiares cuidadores, vivam com dignidade e tenham acesso a todos os cuidados que precisam para gerirem as exigências em cuidados de saúde nas suas casas.

Para tal, seria importante ter dados válidos, capazes de ajudar os profissionais a prestarem melhores cuidados a estes clientes, olhando para resultados da população, ou seja, para

aquilo que as pessoas poderiam beneficiar com os cuidados de enfermagem neste contexto.

Importa acrescentar que, o desenvolvimento do conhecimento e da teoria de enfermagem, uma vez que a Enfermagem é uma disciplina orientada para a prática, “*deve ir para além do progresso do conhecimento em si mesmo e fornecer uma base sólida que ajude a conhecer as diferentes necessidades em cuidados de enfermagem e as melhores formas de cuidar das pessoas, famílias e comunidades*” (Pereira, 2007, p. 21).

### **1.5. Finalidade**

Delimitamos a área problemática do estudo, à promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, enquanto domínio de interesse crescente no âmbito da enfermagem. Assim, o estudo tem por finalidade:

*Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, através da construção de um modelo de gestão da qualidade dos cuidados baseado em resultados.*

### **1.6. Perguntas de partida**

A nossa pergunta de partida, em função do exposto anteriormente - qual o modelo de gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem nas ECCI que contribui para assegurar cuidados com qualidade às famílias que integram pessoas dependentes?

### **1.7. Visão geral da tese**

A tese que aqui se apresenta está organizada em sete capítulos e finaliza com as referências bibliográficas. Inicia-se com esta introdução, que contextualiza a tese e a sua problemática terminando com a finalidade e a pergunta de investigação. O segundo capítulo diz respeito ao enquadramento metodológico, onde são apresentados os objetivos, o contexto do estudo, a investigação-ação enquanto a metodologia utilizada, as considerações éticas, as diferentes fases do estudo, as variáveis diretas e computações, e os métodos de recolha de dados. No terceiro capítulo, apresentam-se os resultados, e está

centrado no conhecimento da dimensão do problema das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. Seguem-se os diagnósticos, intervenções e ganhos em saúde dos clientes das ECCI no momento um, apresentados no capítulo quatro. No capítulo cinco, apresentam-se o planejamento e a implementação dos desenvolvimentos, bem como, as contingências.

No capítulo 6, correspondente à fase de avaliação, são apresentados os diagnósticos, intervenções e ganhos em saúde, bem como a nova forma do problema.

Finalizamos com a redução teórica em jeito de conclusão, e por fim, surgem as referências bibliográficas. Os anexos serão apresentados em formato digital, por forma à tese ser de mais fácil manejo e apresentação.



---

---

# Capítulo 2: Enquadramento metodológico

---

---

Neste capítulo surgem as questões metodológicas, apresentando os objetivos da investigação, o contexto e a descrição das três fases do estudo. Por fim, descrevemos considerações éticas que guiaram o desenvolvimento da investigação.

A razão mais válida para escolher uma metodologia qualitativa é a natureza do problema e a forma como olhamos para o mesmo. *“O trabalho qualitativo é, portanto, essencial para o desenvolvimento das disciplinas de cuidados de saúde”* (Morse, 2007; p.13).

Tendo por base a finalidade do estudo, evoluímos para um modelo de investigação que implicou analisar e conhecer a realidade, diagnosticar e encontrar resoluções para a prática de enfermagem no contexto definido, e que, por um lado, contribuisse para a produção de conhecimento novo para a disciplina de Enfermagem e, por outro, para a introdução de mudanças nos processos de ação da prática.

Relativamente ao trabalho interpretativo de produção teórica utilizamos os princípios propostos por Strauss e Corbin (2008).

A Grounded Theory é induzida do estudo do fenómeno que representa e pretende descobrir as relações entre os conceitos que o retratam para os transformar em conhecimento empírico para a disciplina, passível de ser utilizado para esclarecer, por analogia,

situações contextuais da prática de enfermagem substantiva ou formalmente semelhantes. A teorização a partir dos dados sistematicamente recolhidos, analisados e comparados através do processo de investigação permitem construir teorias que foram desenhadas a partir dos dados. Estas teorias aumentarão o entendimento e providenciarão um guia com maior significado para a ação (Strauss & Corbin, 1998, 2008).

Por outro lado, tendo em conta o carácter duplo do envolvimento do investigador na investigação e nos processos de mudança, consideramos que a investigação-ação se apresentou como a opção metodológica mais adequada para ilustrar a forma como o investigador esteve no terreno.

Há quatro características comuns na IA:

- um problema identificado;
- uma ação e uma orientação para a mudança;
- um processo orgânico envolvendo etapas sistemáticas e por vezes iterativas;
- colaboração entre os participantes (Baskerville, 1999).

Na opção pela investigação-ação *“três efeitos são inevitáveis: a adopção de um ponto de vista interpretativo na investigação; a adopção de um ponto de vista ideográfico e a análise qualitativa dos dados”* (Silva, 2006, p. 42).

A investigação-ação (IA) é um tipo de metodologia que possui um conjunto de características adequadas a esta investigação por ser representada por um processo duplo e cíclico, em que um está relacionado com a resolução do problema (mudança) e o outro com a investigação (compreensão) (McKay & Marshall, 1999; Silva, 2006).

Este processo cíclico é composto por cinco etapas: diagnóstico, plano de ação, implementação da ação, avaliação e identificação do adquirido, onde as infra-estruturas do sistema e a ação do investigador mantêm e regulam todas as fases do processo (Susman & Evered, 1978; Baskerville, 1999).

Neste processo de mudança optámos pelas estratégias da ação definidas por Silva (2006): a criação de um ambiente onde os participantes pudessem ser originais e pudessem experimentar o sucesso e controle da situação; o controlo partilhado dos processos e a proteção de cada participante orientada para o desenvolvimento e para a produção direta de categorias observáveis.

Posicionámo-nos face ao processo de mudança de um modo que permitiu a reflexão como meio de aprendizagem (Schön, 2000), nomeadamente a reflexão na ação que aconteceu no momento em que se realizou a atividade, a reflexão sobre a ação que teve um carácter retroativo, situando-nos de novo na atividade que ocorreu para que se analisasse todo o processo.

## **2.1. Objetivos gerais da investigação**

Sentimos a necessidade de nos centrar nos aspetos relevantes e como tal, face às inúmeras possibilidades de investigação com esta finalidade, organizamos os objetivos da investigação em gerais e específicos. Em seguida apresentamos os objetivos gerais e ao longo das fases especificamos a sua descrição:

- Caracterizar as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, no concelho de Matosinhos.
- Caracterizar o dependente no autocuidado integrado na família, no concelho de Matosinhos.
- Caracterizar o prestador de cuidados principal nas famílias que integram dependentes no autocuidado no exercício do seu papel.
- Caracterizar a natureza dos recursos que se constituem como suporte para a prestação de cuidados a familiares dependentes em casa.
- Identificar os indicadores de ganhos em saúde para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados.
- Identificar o sistema de monitorização sobre os indicadores definidos que deverá ser implementado.
- Contribuir para a definição um modelo da gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem baseado na reflexão para/sobre a informação válida (a partir do modelo II de aprendizagem de Argirys & Schön, 1982).

## **2.2. Contexto**

O estudo foi desenvolvido na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, no contexto das Unidades de Cuidados na Comunidade, mais concretamente nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados. Para a nossa opção foi fulcral o facto de a ULSM ter iniciado o percurso que levou às ECCI em Abril de 2010, e também a constatação, por parte dos

enfermeiros, da necessidade de introdução de programas de melhoria da qualidade com base em indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

#### 2.2.1. A Unidade Local de Saúde de Matosinhos

A ULSM foi a primeira Unidade Local de Saúde do país, criada em 1999 pelo decreto-lei nº 207/99, de 9 de Julho, tendo como objetivo a prestação global de cuidados de saúde à população da sua área de influência, integrando numa única entidade os vários serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde. Passou, em 2005 a entidade pública empresarial (EPE), pelo Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro.

A ULSM tem como atribuições a prestação global de cuidados de saúde à população da sua área de influência (concelho de Matosinhos), através dos seus serviços ou da contratação com outras entidades, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica de influência. O concelho de Matosinhos tem 63,2 Km<sup>2</sup> e 175478 habitantes, sendo que 175441 estão inscritos na ULSM (INE, 2011). Serve também de referência aos concelhos de Vila do Conde e Póvoa de Varzim, cuidando de uma população de cerca de 318 mil habitantes.

De acordo com a informação da ULSM a sua missão é

*“identificar as necessidades em saúde da população da sua área de influência. Prestar um serviço global, integrado e personalizado, com acesso em tempo útil, de excelência técnica e científica ao longo do ciclo vital, criando um sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos clientes”* (ULSM, 2010).

A Unidade Local de saúde de Matosinhos é constituída pelo agrupamento dos Centros de Saúde de Matosinhos (ACESM), que integra as unidades funcionais dos Centros de Saúde de Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora e S. Mamede Infesta, bem como a Unidade de Saúde Pública (USP), o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e o Serviço de Atendimento a Situações Urgentes (SASU); e pelo Hospital Pedro Hispano (HPH).

Relativamente ao ACESM (quadro 1) as suas atividades são desenvolvidas através das unidades funcionais e no domicílio dos clientes. O agrupamento é constituído por quatro

centros de saúde e cada um deste dispõem de um número variável de unidades funcionais, conforme preconizado na reforma dos cuidados de saúde primários.

Centro de Saúde	Unidade funcional
Centro de Saúde - Leça da Palmeira	UCSP Leça
	USF Maresia USF Leça UCC Leça/ ECCI Leça USF Dunas UCSP Perafita UCSP de Santa Cruz Bispo
Centro de Saúde - Matosinhos	CDP
	SASU
	UCSP Matosinhos UCC Matosinhos/ECCI Matosinhos USF Oceanos
	USF Horizonte
Centro de Saúde - S. Mamede Infesta	USF Infesta UCSP S. Mamede UCC S. Mamede/ ECCI S. Mamede USF Porta do Sol
	USF Lagoa
Centro de Saúde – Senhora da Hora	UCSP Senhora da Hora
	UCC Senhora da Hora/ECCI Senhora da Hora

**Quadro 1 - Unidades Funcionais do ACESM**

**Fonte: Plano atividades da ULSM- 2010 - 2012**

#### 2.2.2. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

As ECCI da ULSM iniciaram a sua atividade em Abril de 2010, após a aprovação do seu projeto de candidatura pela RNCCI, tendo sido inauguradas em Junho de 2010 pela Ministra da Saúde.

Conforme a carteira de serviços definida na Carta de Compromisso da ULSM com a RNCCI (2010) as ECCI

*“asseguram cuidados domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, a pessoas com perda de autonomia, portadores de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social. Similarmente as ECCI prestam apoio na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária, apoio psicossocial e intervêm no sentido de dotar os doentes, familiares e cuidadores de competências e habilidades para responder às necessidades detetadas. Por último, as ECCI intervêm na coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.”*

As ECCI são constituídas maioritariamente por enfermeiros (de várias especialidades e formação complementar na área dos cuidados paliativos e tratamento de feridas) mas são uma equipa multiprofissional, constituída também por assistentes operacionais, médico, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. Sendo a média de idades dos seus colaboradores de 38 anos e a média de tempo de serviço de 11 anos.

De seguida apresentaremos uma análise mais detalhada das quatro equipas, segundo os dados dos relatórios anuais das ECCI de 2012. Importa referir que, as equipas desde o início da sua criação até ao final da investigação, foram sofrendo alterações quanto aos recursos humanos. Estas alterações estiveram relacionadas com a saída e entrada de novos enfermeiros, saída de assistentes operacionais sem substituição e também mudança no perfil de formação dos enfermeiros, por exemplo substituição de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, ou com novas pós graduações nomeadamente em cuidados paliativos.

A ECCI de Leça da Palmeira é constituída por 13 profissionais dos quais seis são enfermeiros representando um total de 140h/semana, ou seja, há enfermeiros que apenas têm distribuídas algumas horas do seu trabalho semanal na ECCI. Como podemos analisar na tabela seguinte, apenas um enfermeiro tem o seu horário completo alocado à ECCI. Se os enfermeiros se dedicassem apenas à ECCI, esta equipa teria 4 enfermeiros em permanência. Apresentamos de seguida a caracterização da equipa quanto à idade, tempo de serviço e horas contratualizadas.

Categoria profissional	Idade (anos)	Tempo de serviço (anos)	N.º de Horas semanais Contratualizadas
EESC	43	19	8
EESC	31	8	40
EER	47	21	20
EESC	32	12	27
EER com PGCP	34	13	20
EESC	38	11	25
Médico	57	33	8
Fisioterapeuta	30	8	20
Assistente Social	35	11	3
Nutricionista	37	12	3
AO	41	17	17,5
AO	36	12	17,5
AT	46	25	10

**Tabela 1 - Caracterização dos colaboradores da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Leça da Palmeira**

Fazem parte da ECCI de S. Mamede Infesta 19 profissionais, dos quais 11 são enfermeiros que dedicam 145,2h/semana à ECCI (4,15 enfermeiros), como podemos ver na caracterização da equipa quanto à idade, tempo de serviço e horas contratualizadas. Nesta equipa nenhum enfermeiro está as horas todas semanais na ECCI, pois têm horas em outros projetos da UCC.

Categoria profissional	Idade (anos)	Tempo de serviço (anos)	N.º de Horas semanais Contratualizadas
EESMO	34	8	1,3
EER	34	10	22
EESIP	45	23	24
EER	30	7	22
Enf. com PGCP	32	9	14
EESMP	26	3	7
EESIP	29	7	1,3
Enfermeira	30	6	35
Enf. com PGAFS	34	8	16
ESSC	31	7	1,3
ESSMP	32	7	1,3
Médica com PGCP	34	4	5
Médica MGF	59	28	3
Assistente Social	44	11	3
Nutricionista	41	11	3
Fisioterapeuta	31	7	20
AO	42	2	17,5
AO	42	6	17,5
AT	38	6	5

**Tabela 2 - Caracterização dos colaboradores da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de S. Mamede de Infesta**

A ECCI de Matosinhos é constituída por 16 profissionais, dos quais 10 enfermeiros, que dispensem no total por semana de 117 horas de trabalho (3,34 enfermeiros), como verificamos na tabela seguinte.

Categoria profissional	Idade (anos)	Tempo de serviço (anos)	N.º de Horas semanais Contratualizadas
EESC	39	15	3
EESC	41	13	3
Enf. com PGCP	34	12	5
Enf.	63	17	5
Enf.	29	3	30
EESIP	32	10	3
EER	44	22	34
EER	38	13	28
ESSMP	35	13	3
EESMP	43	18	3
Fisioterapeuta	43	15	20
AO	28	8	17,5
AO	35	10	17,5
Nutricionista	27	2	3
Assistente Social	36	12	19
Médico	57	33	8

**Tabela 3 - Caracterização dos colaboradores da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Matosinhos**

Por fim, a equipa da Senhora da Hora, que foi a que, no decurso da investigação, menos alterações sofreu. É constituída por 19 profissionais, dos quais 11 são enfermeiros, com um número de horas de enfermagem por semana de 175,5 (5,01 enfermeiros). Apenas um enfermeiro tem o horário completo na ECCI.

Categoria profissional	Idade (anos)	Tempo de serviço (anos)	N.º de Horas semanais Contratualizadas
EESC	47	21	7
EESIP	41	17	1,3
EESC	35	12	28
EESC	43	18	1,3
EESC	33	10	35
EESIP	32	9	1,3
EER	34	13	32
EER	32	10	32
EESC	33	20	35
EESIP	48	28	1,3
EESMO	39	16	1,3
Médico com PGCP	35	5	5
Médica MGF	43	17	2
Assistente Social	40	3	3
Nutricionista	36	12	3
Fisioterapeuta	30	3	20
Ajudante de Saúde	33	15	35
Ajudante de Saúde	51	16	7,5
Ajudante de Saúde	51	10	7,5

**Tabela 4 - Caracterização dos colaboradores da Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Senhora da Hora**

### 2.3.1. Fase 1 – Identificação do problema

A fase de identificação do problema, corresponde à primeira etapa do processo de investigação-ação. Iniciámos todo o processo com a revisão da situação problemática.

Esta primeira fase teve um carácter exploratório e descritivo relacionado com a necessidade de conhecer, compreender e descrever a realidade e o contexto em que se desenvolveu o estudo. Nesta fase diagnóstica identificámos o problema, tendo por base o interesse da investigação e da resolução do problema identificado. Este conhecimento da realidade, aliado à revisão da literatura e à reflexão sobre a prática (modelo em uso) permitiu (re)orientar a investigação.

Importa referir que, quando as ECCI foram criadas, mais propriamente a estimação da sua dimensão, foi feita sem recurso a dados empíricos, resultando por isso a questão: quantas pessoas verificam os requisitos prescritos na Lei para integrarem esta tipologia de cuidados?

Mesmo na ULSM, a implementação das ECCI não teve por base dados empíricos, mas sim a sensibilidade dos profissionais que as constituíram.

Pareceu-nos que este percurso apenas faria sentido se começasse do início e se contribuísse para que, pelo menos na ULSM, se pudesse responder à questão anterior.

Assim, por meio da identificação dos potenciais clientes da ECCI e das suas necessidades e através das entrevistas com os enfermeiros das ECCI, foi possível a identificação de oportunidades de desenvolvimento da prática de Enfermagem centrada na melhoria da assistência prestada às famílias que integram pessoas dependentes e a definição das estratégias de mudanças das referidas práticas.

#### 2.3.1.1. Objetivos específicos da fase 1

Esta primeira abordagem, para identificar os potenciais clientes das ECCI, teve como objetivos gerais e específicos, os seguintes:

- Caracterizar as famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado, no concelho de Matosinhos.

Identificar a proporção de famílias clássicas que integram dependentes no autocuidado;

Descrever as famílias que integram dependentes no autocuidado quanto: ao tipo de família; ao tipo de alojamento, às condições socioeconómicas.

- Caracterizar o dependente no autocuidado integrado na família, no concelho de Matosinhos.

Identificar o ano de início e o modo de instalação da dependência no autocuidado;  
Identificar o grau de dependência e a condição de saúde dos dependentes no autocuidado;

Identificar os atributos do sujeito dependente no autocuidado;

Identificar as necessidades mínimas em cuidados que devem ser garantidas aos dependentes no autocuidado;

Identificar, de entre as necessidades mínimas em cuidados, as que são realizadas habitualmente pelo prestador de cuidados;

Identificar, de entre as necessidades mínimas em cuidados, as que não são asseguradas aos dependentes no autocuidado.

- Caracterizar o prestador de cuidados principal nas famílias que integram dependentes no autocuidado no exercício do seu papel.

Identificar, na família, o prestador de cuidados principal;

Identificar os atributos do familiar cuidador;

Identificar a perceção de autoeficácia específica do prestador de cuidados principal;

Identificar as lacunas/dificuldades no exercício do papel.

- Caracterizar a natureza dos recursos que se constituem como suporte para a prestação de cuidados a familiares dependentes em casa.

Identificar os recursos utilizados na prestação de cuidados a familiares dependentes;

Identificar os recursos necessários à prestação de cuidados a familiares dependentes.

Paralelamente, as entrevistas com os enfermeiros e a análise feita aos registos de enfermagem tiveram como objetivos gerais e específicos os seguintes:

- Identificar os indicadores de ganhos em saúde para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Identificar os diagnósticos de enfermagem;

Identificar as intervenções de enfermagem;

Identificar os resultados de enfermagem.

#### 2.3.1.2. Estudo de base populacional

Para conhecermos o contexto de abrangência da população em estudo e os potenciais clientes recorreremos a um estudo de carácter eminentemente exploratório - correlacional, transversal e quantitativo, englobando a recolha, o tratamento, a análise e a difusão de dados respeitantes a características de uma população, através de um inquérito amostral (INE, 2005). Procedemos à identificação das famílias com dependentes no autocuidado e a sua caracterização, quer ao nível da dependência, quer da competência dos familiares cuidadores para tomar conta, através de um formulário.

##### 2.3.1.2.1. Universo, amostra e plano de amostragem

A população representa o conjunto de indivíduos com características comuns (Polit *et al.*, 2004). No estudo que se efetuou, a população foi composta pelas famílias clássicas do concelho de Matosinhos. Face à dimensão das famílias clássicas neste concelho (Tabela 1) e ao conhecimento da proporção do fenómeno em estudo (famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado) no concelho do Porto (13,7%; tivemos acesso aos dados preliminares) (Parente, 2013), tivemos a necessidade de construir uma amostra, que fosse representativa da população que se pretendia estudar (Gil, 1999).

Sabemos que das 2314 famílias clássicas estudadas no concelho do Porto, 10,41% integram, pelo menos, uma pessoa dependente no autocuidado, variando de acordo com a localização geográfica com valores mais altos na zona mais antiga da cidade (13,77%) e valores mais baixos no litoral atlântico (5,89%) (Parente, 2013). Mas à data de início da investigação tivemos que avançar com os dados preliminares do estudo do Porto que apontavam para que 13,7% das famílias clássicas integravam um dependente.

**Tabela 5 - Número de Famílias Clássicas por Local de Residência, no concelho de Matosinhos (INE, 2001)**

Local de residência	N.º
Custóias	5688
Guifões	3288
Lavra	3017
Leça do Balio	5284
Leça da Palmeira	6128
Matosinhos	10324
Perafita	4201
Santa Cruz do Bispo	1913
São Mamede de Infesta	8632
Senhora da Hora	9296
TOTAL	57771

Para isso tivemos que efetuar uma correta técnica de amostragem. Importa referir que, não existem métodos para garantir que a amostra seja representativa, mas sim, técnicas de amostragem que têm menor probabilidade de resultarem em amostras parciais, sendo que o investigador tem um papel importante no controle dos erros (Polit *et al.*, 2004).

Para que a amostra fosse representativa das características da população em estudo, teria que ser constituída por um número suficiente de elementos. Desta forma, para determinar a dimensão da amostra, utilizamos a fórmula publicada pela OMS de Lwanga e Lemeshow (1991) em que  $n = Z^2 p (1-p)/d$  (Lwanga e Lemeshow, 1991; Naing, Winn, Rusli, 2006). O **p** (proporção esperada de prevalentes), uma vez que a prevalência do fenómeno no concelho do Porto era conhecida = 13,7%, então assumiu o valor de 0,137; para IC de 95% **z** assume o valor de 1,96 e o erro de precisão amplamente aconselhado é o 5%, logo **d** assume o valor de 0,05. Aplicando a fórmula, a amostra foi de 182 famílias clássicas. No entanto, como pretendíamos estudar com maior propriedade as famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado e o formulário que utilizamos, validado por Costa e por Parente (2013) trabalhava conceitos diferentes, onde para cada conceito o número máximo de itens era de 20, então necessitámos de pelo menos 100 famílias que integram pessoas dependentes (Pais-Ribeiro, 1999). Como  $p = 0,137$  e em função do

formulário, estimou-se que a amostra teria que ser de 782 famílias clássicas/unidades de alojamento. No entanto, através do trabalho desenvolvido no concelho do Porto por Parente (2013), sabíamos que 38% (resultados preliminares) das famílias com pessoas dependentes não aceitaram participar no estudo, como tal estimou-se que a nossa amostra teria que ser de 1079 famílias clássicas. Mais uma vez usamos os dados preliminares do estudo, pois à data do início da presente investigação ainda não sabíamos os resultados definitivos do concelho do Porto, “*as não respostas ao formulário principal*” representam “*34,85% do total de famílias que tinham pelo menos um membro dependente*” (Parente, 2013; p.275).

A técnica de amostragem que foi utilizada foi a areolar, probabilística, estratificada, proporcional. A amostragem probabilística tem a vantagem de “*reduzir o erro de amostragem e de aumentar a representatividade*” (Fortin, 2009, p.315). Cada elemento da população tem igual probabilidade de ser ou não selecionado (Gil, 1999; Polit *et al.*, 2004). Através da amostra probabilística estratificada, o potencial de representatividade da amostra é fortalecido ( Polit *et al.*, 2004). Os subconjuntos – estratos, que foram utilizados neste estudo, foram as freguesias do concelho de Matosinhos. O facto de ser proporcional, assegurou a representatividade relativamente às propriedades adotadas como critérios de estratificação. A amostragem areolar é um tipo de amostragem probabilística “*onde as unidades da amostra são pequenas áreas geográficas cuja probabilidade de selecção é proporcional à área da unidade (...) podem ser pontos, linhas ou área (segmentos)*” (Schoenmakers & Caetano, 2002). Apresentamos de seguida a amostra, por freguesia (Tabela 2).

**Tabela 6 – Número de Famílias Clássicas que integram a amostra por Local de Residência, no concelho de Matosinhos**

Local de residência	N.º
Custóias	106
Guifões	61
Lavra	56
Leça do Balio	99
Leça da Palmeira	115
Matosinhos	193
Perafita	79
Santa Cruz do Bispo	36
São Mamede de Infesta	161
Senhora da Hora	174
TOTAL	1080

Os critérios de inclusão definidos para esta fase do estudo foram:

- A pessoa dependente e o familiar cuidador serem maiores de 18 anos;
- A pessoa dependente e o familiar cuidador pertencerem a uma família clássica;
- A família clássica residir no concelho de Matosinhos;
- Aceitar participar no estudo.

A seleção das unidades familiares que integraram a amostra foi efetuada com recurso à Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI, 2001), o que permitiu conhecer a distribuição geográfica das famílias, sendo a seleção geográfica aleatória estratificada de subsecções territoriais realizada através de um Sistema de Informação Geográfico. A BGRI é um *“instrumento inovador para suporte às metodologias de recolha, gestão, controle e difusão da informação, eliminando diversos constrangimentos existentes, aumentando a eficiência e qualidade dos processos de produção estatística”* (INE, 2001). A estratégia que foi adotada para contactar a nossa amostra prendeu-se com a deslocação do investigador principal e de colaboradores (enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados) às seleções geográficas definidas anteriormente. Foi aplicado o formulário às famílias clássicas, que se enquadravam na amostra e que aceitaram voluntariamente participar até perfazer o número da nossa amostra.

A metodologia adotada através de um sistema de informação geográfico (ArcGIS®) seguiu catorze etapas, nomeadamente, 1) extração das subsecções do concelho de Matosinhos da Base Geográfica de Referenciação de Informação (BGRI) 2001; 2) *“join”* dos centroides das subsecções do concelho de Matosinhos com a Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP); 3) *“join”* das subsecções do Concelho de Matosinhos com a Base de Dados (BD) Famílias da BGRI2001; 4) exclusão das subsecções com Total de Famílias Clássica (TTFC)=0 do processo de amostragem; 5) cálculo de estatísticas descritivas do TTFC por freguesia; 6) cálculo da dimensão da amostra por freguesia; 7) estimativa do número de subsecções a amostrar por freguesia para recolher nh (número de famílias clássicas a amostrar por freguesia); 8) desagregação do concelho de Matosinhos por freguesias; 9) primeira etapa de amostragem aleatória simples, por freguesia; 10) cálculo de verificação do TTFC observados na amostra; 11) lançamento sucessivo de amostras aleatórias simples por freguesia até que, o total de famílias clássicas resultantes de todas as etapas de amostragem a que a freguesia foi submetida (TTFC\_eT), atingisse um valor igual ou superior a nh; 12) transformação de coordenadas

das amostras de Datum Lisboa para WGS84; 13) exportação do formato .shp para o formato .kml; 14) introdução e partilha dos ficheiros .kml no Bing Maps®.

Apresentamos de seguida uma figura com a síntese com os procedimentos de amostragem.

Freguesia	Nh	μh	σh	mh	Wh	nh	nhs	Ne	TTFC_e1	nh2	nhs2	TTFC_e2	nh3	nhs3	TTFC_e3	TTFC_eT
CUSTODIAS	5688	43	45	27	0.10	106	4	1	143	-37	-1	NA				143
GUIFOES	3288	36	39	25	0.06	61	2	1	81	-20	-1	NA				81
LAVRA	3017	32	28	24	0.05	56	2	1	106	-50	-2	NA				106
LEÇA DA PALMEIRA	6147	50	50	25	0.11	115	5	1	205	-90	-4	NA				205
LEÇA DO BALIO	5284	40	44	28	0.09	99	4	3	91	8	0	11	-3	0	70	172
MATOSINHOS	10324	72	73	52	0.18	193	4	1	640	-447	-9	NA				640
PERAFITA	4183	34	44	18	0.07	78	4	1	86	-8	0	NA				86
S. MAMEDE DE INFESTA	8632	66	65	44	0.15	161	4	2	86	75	2	173	-98			259
SANTA CRUZ DO BISPO	1912	40	46	24	0.03	36	2	1	175	-139	-6	NA				175
SENHORA DA HORA	9296	82	85	44	0.16	174	4	1	484	-310	-7	NA				484
<b>TOTAL</b>						<b>1 1080</b>										<b>2351</b>
<b>Legenda</b>																
<b>N</b>	Total de famílias clássicas no concelho de Matosinhos															
<b>n</b>	Amostra aleatória de famílias clássicas do concelho de Matosinhos (2% de N no presente estudo)															
<b>Nh</b>	Total de famílias clássicas por freguesia															
<b>Wh</b>	Fracção de amostragem por freguesia															
<b>nh</b>	Número de famílias clássicas a amostrar por freguesia															
<b>μh</b>	Média do TTFC por freguesia															
<b>σh</b>	Desvio padrão do TTFC por freguesia															
<b>mh</b>	Mediana do TTFC por freguesia															
<b>nhs</b>	Número de subsecções estimadas a amostrar na freguesia, calculado com base na mediana, para atingir <b>nh</b>															
<b>Ne</b>	Número de etapas do processo de amostragem necessárias para atingir uma amostra de dimensão igual ou superior a <b>nh</b>															
<b>TTFC_e1</b>	Total de famílias clássicas a amostrar após a primeira etapa de amostragem															
<b>nh2</b>	Número de famílias clássicas a amostrar por freguesia após a 1ª etapa de amostragem															
<b>nhs2</b>	Número de subsecções estimadas a amostrar na freguesia, calculado com base na mediana, para atingir <b>nh2</b>															
<b>TTFC_e2</b>	Total de famílias clássicas a amostrar após a segunda etapa de amostragem															
<b>nh3</b>	Número de famílias clássicas a amostrar por freguesia após a 3ª etapa de amostragem															
<b>nhs3</b>	Número de subsecções estimadas a amostrar na freguesia, calculado com base na mediana, para atingir <b>nh3</b>															
<b>TTFC_e3</b>	Total de famílias clássicas a amostrar após a terceira etapa de amostragem															
<b>TTFC_eT</b>	Total de famílias clássicas resultantes de todas as etapas de amostragem a que a freguesia foi submetida															
<b>NA</b>	Não Aplicável															

Figura 1 - Procedimento de amostragem com recurso ao software Arcgis®

A tabela seguinte ilustra a síntese da população e amostra e unidades de alojamento que contactámos após realizarmos os procedimentos de amostragem.

Tabela 7 - Tabela síntese da população, amostra e famílias clássicas a contactar

Local de residência	População	Amostra	Total de famílias clássicas de todas as etapas de amostragem a que a freguesia foi sujeita
Custóias	5688	106	143
Guifões	3288	61	81
Lavra	3017	56	106
Leça do Balio	5284	115	205
Leça da Palmeira	6128	99	172
Matosinhos	10324	193	640
Perafita	4201	78	86
Santa Cruz do Bispo	1913	161	259
São Mamede de Infesta	8632	36	175
Senhora da Hora	9296	174	484
<b>TOTAL</b>	<b>57771</b>	<b>1080</b>	<b>2351</b>

### 2.3.1.2.2. Instrumento para a recolha de dados

Como já referido anteriormente, nesta fase do estudo, utilizamos o formulário validado por Costa (2013) e Parente (2013). O que esteve na base da escolha deste formulário foi o facto de estes autores utilizarem os mesmos itens que pretendíamos e também porque, achámos que o melhor instrumento de recolha de dados para este tipo de estudo era o inquérito sob a forma de formulário, uma vez que ao serem preenchidos pelo investigador, têm vantagens como a observação e juízos clínicos do investigador, que nesta fase era o que se pretendia. E, também, porque os formulários permitem quantificar múltiplos dados e proceder a numerosas análises.

Os formulários foram elaborados e estruturados numa plataforma informática denominada TELEFORM<sup>®</sup>. O facto de permitir registar os dados no formulário através do preenchimento de espaços (círculos) minimizando a escrita em texto livre, ajudou na diminuição do tempo de recolha de dados e na introdução automática dos mesmos na base de dados.

O formulário foi codificado com uma chave numérica unívoca com sete dígitos (o primeiro para distinguir a cidade, os dois seguintes para a freguesia e os últimos para o número do entrevistador).

Encontra-se dividido em duas partes autónomas: Parte I – Inquérito preliminar/caracterização e a Parte II - Formulário PCD (Prestador de cuidados/dependente) (Anexo 1).

Do inquérito preliminar faziam parte quatro questões simples. A primeira no sentido de perceber se o respondente aceitava participar no estudo. As seguintes, para aferir se havia pessoas dependentes no autocuidado (dependentes de pessoas e/ou de equipamentos) que moravam naquele alojamento. A última questão avaliava a disponibilidade das pessoas para continuarem a responder ao formulário, depois de as informar sobre o tempo estimado e os procedimentos.

Ainda no inquérito preliminar, por uma questão de rentabilização de espaço no formulário, e caso a quarta questão tivesse resposta afirmativa, passámos ao preenchimento de outras secções onde se fazia uma breve caracterização do alojamento (tipo de edifício, condições de habitação); da família (tipo, número de membros, etc.); e,

se fosse o caso, do familiar cuidador (idade, estado civil, parentesco, profissão, etc.). Após, nos casos em que se aplicava, continuávamos para a parte II.

A parte II dizia respeito à caracterização das pessoas dependentes no autocuidado, da situação de dependência e condição de saúde, assim como, dos cuidados garantidos pelo familiar cuidador, dos equipamentos/dispositivos e dos recursos considerados necessários e utilizados na assistência ao familiar dependente. Por fim, caracterizava-se a autoeficácia percebida no desempenho do papel de cuidador.

Achámos pertinente selecionar casos exemplificativos da problemática para realizarmos entrevistas abertas no sentido de perceber com propriedade as experiências das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado. Assim, através das comunalidades dos casos, fomos construindo um discurso de resposta sobre a experiência de transição destas famílias.

Os casos foram sendo selecionados à medida que se analisavam os anteriores e se ia explorando o fenómeno da transição vivida pelas famílias que integram uma pessoa dependente. Foi realizada uma entrevista não estruturada com o intuito de perceber esta experiência de transição.

O processo de análise começou com a primeira entrevista que levou à entrevista seguinte, sendo o processo de recolha, codificação e análise de dados realizado em simultâneo.

Foram realizadas 15 entrevistas, pois foi o momento em que após análise, não surgiram novas propriedades, dimensões ou relações (Strauss & Corbin, 2008).

Relativamente aos dados das entrevistas abertas aos casos selecionados, as mesmas foram analisadas, de acordo com os pressupostos teóricos de Strauss & Corbin (2008).

#### 2.3.1.2.3. Variáveis e sua operacionalização

Nesta fase do estudo, foram identificadas inúmeras variáveis tanto de atributo como de caracterização dos diferentes casos que constituíram a amostra. Na tentativa de uma melhor compreensão e maneabilidade das mesmas, foram agregadas/computadas, por critérios teóricos. Nomeámos de “variáveis centrais” para a identificação e caracterização dos potenciais clientes das ECCI a dependência no autocuidado, condição de saúde da pessoa dependente, a percepção de autoeficácia do membro da família prestador de

cuidados, recursos (inclui equipamentos, profissionais, financeiros, não profissionais, institucionais), perfil de prestação de cuidados (intensidade e incentivo).

Estas variáveis correspondem ao resultado de um conjunto de procedimentos de agregação de conjuntos de variáveis originais, tentando simplificar e tornar mais compreensível a resposta aos objetivos desta fase do estudo. Apresentamos de seguida a sua operacionalização.

Relativamente à dependência no autocuidado, esta foi avaliada através dos itens específicos para cada domínio do autocuidado. Como exemplo, para o domínio “Tomar banho” foi avaliada a dependência para os seguintes aspetos: obtém objetos para o banho, consegue água, abre a torneira, regula a temperatura da água, regula o fluxo da água, lava-se no chuveiro, lava o corpo, seca o corpo.

A cada um destes itens foi associada uma escala ordinal com quatro *scores*: 1 – “dependente, não participa”; 2 – “necessita de ajuda de pessoa”; 3 – “necessita de equipamento”; 4 – “completamente independente”.

No sentido de ter uma visão mais global da dependência ainda foram computadas nove novas variáveis ordinais, uma por cada domínio do autocuidado resultantes da agregação das respetivas variáveis originais: Alimentar-se (11 originais), Andar (7 originais); Arranjar-se (10 originais); Tomar banho (8 originais); Usar a cadeira de rodas (2 originais); Usar o sanitário (6 originais); Tomar a medicação (3 originais); Transferir-se (2 originais); Vestir-se e despir-se (15 originais). A cada uma destas variáveis, foi ainda atribuído um valor determinado com base no cálculo da média dos valores das variáveis enquadradas nesse mesmo domínio do autocuidado. Se a média dos respetivos valores fosse igual a 4, então poderíamos afirmar que, nesse domínio, a pessoa era independente (ou seja, não precisava de qualquer tipo de ajuda ou apoio). No outro extremo, se a média dos valores das variáveis relativas a uma dimensão fosse igual a 1, então considerávamos que a pessoa seria totalmente dependente nesse domínio (dependente, não participa no autocuidado). Se para um determinado domínio houvesse um valor inferior 3 (a pessoa dependente não participa no autocuidado ou necessita de ajuda de outra pessoa) considerámos que essa pessoa dependente necessita sempre de ajuda de uma pessoa para realizar o seu autocuidado. Por exclusão, os casos restantes mostram as pessoas que são dependentes de equipamentos para o seu autocuidado.

Por fim, para caracterizar a dependência global num mesmo sujeito, computou-se a variável intervalar “Dependência”. Foi-lhe atribuído um valor que resultou da média das nove variáveis ordinais transformadas referentes aos domínios do autocuidado, podendo assumir qualquer valor entre 1 e 4 (4 = independente no autocuidado).

Relacionada com esta variável foi calculada uma nova variável “Alectoado”, se a dependência para transferir-se, elevar-se e posicionar-se fosse menor que 3.

No que se refere à variável condição de saúde da pessoa dependente, atendeu-se a aspetos das respostas corporais às doenças, tradicionalmente avaliados pelos enfermeiros e que se relacionam com os quadros de dependência. Para tal, demos atenção a sinais que indicassem alterações da alimentação, hidratação, eliminação, mobilidade, integridade cutânea, limpeza das vias aéreas, higiene pessoal e asseio. Pareceu-nos importante também atender aos aspetos do estado mental e do número de quedas ocorridas no último mês.

Foram utilizadas escalas nominais dicotómicas (“sim/não”), na avaliação da generalidade dos itens com exceção das variáveis contínuas “número de úlceras de pressão”, “peso que perdeu nos últimos três meses” e “número de quedas” onde foi atribuído um valor numérico.

Em seguida, as variáveis relacionadas com a mesma dimensão da condição de saúde, foram agregadas numa nova variável nominal dicotómica, à qual foi atribuído o *score* 2 há presença de sinais ou manifestações indesejáveis (resposta: “sim”) e *score* 3 quando estas não estavam presentes (resposta: “não”). O estado mental não segue a mesma lógica uma vez que “não” traduzia um aspeto indesejável e a resposta “sim” um aspeto positivo. A partir das cinco variáveis que se reportam à condição mental da pessoa dependente, foi calculada uma nova variável intervalar, denominada “consciência”, atribuído o valor resultante da média dos valores das variáveis de origem. A nova variável poderia assumir valores entre 1 e 2. Em relação às restantes dimensões, procedeu-se de forma similar. Os valores variavam entre 1 (pior condição) e 2 (melhor condição). Resultaram oito novas variáveis intervalares: “desidratação”, “desnutrição”, “anquilose”, “pele” (alterações da integridade cutânea); “respiração” (dificuldade na limpeza das vias aéreas); “higiene” (alterações na higiene pessoal); “vestuário” (alterações no asseio pessoal); “consciência” (estado mental).

Foi também transformada a variável intervalar “número de quedas” na variável nominal dicotómica “quedas no último mês” com valores de “não” ou “sim”.

Em paralelo com a dependência, na tentativa de ter uma visão abrangente e global deste fenómeno, calculou-se uma nova variável global intervalar denominada “condição de saúde”, a partir do conjunto das oito variáveis agregadas. O valor da nova variável variou de 0 (melhor condição de saúde) a 8 (presença de todas as condições negativas avaliadas) e resultou da soma, em cada sujeito, do número de valores “sim”, ou seja, de presença de sinais aparentes de alteração da condição de saúde nas variáveis de origem.

Relativamente à variável perceção de autoeficácia do membro da família prestador de cuidados, esta teve por base os pressupostos de Schumacher e colaboradores (2000) relativos às dimensões dos cuidados: monitorizar; interpretar; decidir; agir; ajustar; aceder a recursos; providenciar cuidados; trabalhar com a pessoa cuidada; negociar com o sistema de saúde. Os 104 enunciados, que constituem a avaliação da autoeficácia do cuidador familiar, foram reunidos em torno de oito domínios de competências e associados aos diferentes domínios do autocuidado. No nosso contexto e na realidade portuguesa, fez-nos sentido aglutinar os processos de monitorizar e interpretar, num só, que designámos apenas como monitorizar. Esta junção deveu-se ao facto de, para interpretar um valor em casa, o familiar cuidador tem que monitorizar algum aspeto dos cuidados. Os dois, não estão isolados.

Ao resultado do cruzamento dos onze domínios do autocuidado e dos oito processos de cuidar (dimensões da competência) definidos por Schumacher e colaboradores (2000) fizemos corresponder uma escala ordinal de 1 a 4, em que 1 – “incompetente”, 2 – “pouco competente”, 3 – “medianamente competente” e 4 – “muito competente”.

Para agilizar o processo de análise dos dados calculámos variáveis, umas com base nas dimensões das competências propostas por Schumacher e colaboradores (2000) e outras a partir dos onze domínios do autocuidado estudados.

Assim, a partir de cada item computaram-se 8 novas variáveis intervalares: monitorizar/interpretar, decidir, agir, ajustar, aceder, providenciar, trabalhar, negociar às quais foi atribuído o valor resultante da média dos valores das variáveis originais consideradas nessa dimensão (ignorando os *missing values*), ou seja, a cada nova variável

poderia ser atribuído qualquer valor entre 1 e 4, a que correspondiam, na escala original, “incompetente” e “muito competente”, respetivamente.

Cada uma destas variáveis agregadas foi transformada numa nova variável ordinal às quais se atribuiu os *scores* da escala original. Como os valores se distribuíam no intervalo entre 1 e 4, dividiu-se o mesmo em quatro classes iguais de 0,75, se o valor da variável intervalar anterior se situasse no intervalo entre [1 e 1,75] era atribuído o *score* 1 – “incompetente”; se o valor estivesse entre ]1,75 e 2,5], o *score* 2 – “pouco competente”; se estivesse entre ]2,5 e 3,25], o *score* 3 – “medianamente competente”; e se estivesse entre ]3,25 e 4], o *score* 4 – “muito competente”, resultando em oito novas variáveis.

O mesmo procedimento foi feito agrupando os itens pelos diferentes domínios do autocuidado resultando em 8 novas variáveis.

Tivemos mais uma vez necessidade de caracterizar globalmente a autoeficácia do familiar cuidador e como tal, transformaram-se as oito variáveis intervalares, referentes às respetivas dimensões, numa nova variável intervalar, “perceção de autoeficácia”, à qual atribuímos o valor correspondente à média dos valores das variáveis que lhe deram origem, podendo assumir qualquer valor entre 1 e 4 (PAE mais elevada).

Relativamente aos recursos, existiam inúmeras variáveis. A lista exaustiva de equipamentos foi agrupada em função da respetiva associação aos diferentes domínios do autocuidado e, para cada um dos equipamentos, foi avaliado em função da necessidade para a pessoa dependente ou para o cuidador familiar, quanto à sua efetiva utilização, quanto ao interesse na sua posse, utilizando escalas dicotómicas “sim/não” e, ainda, quanto às razões na base da sua não utilização, utilizando uma escala nominal: “desconhece acesso”; “económicas”; “desconhece funcionamento”; “limitações residência”; e, “outras”. Em relação aos equipamentos integrados como “outros recursos” procedeu-se da mesma forma.

Os recursos a que a pessoa dependente ou o familiar cuidador podiam ter acesso foram organizados em: profissionais, não profissionais, serviços (de saúde e de apoio), e financeiros (fontes de rendimento), surgindo numa lista fechada e a sua utilização foi avaliada através de uma escala dicotómica do tipo “sim/não”.

Sentimos necessidade de computar novas variáveis em quatro grandes áreas: equipamentos considerados necessários, equipamentos utilizados, taxa de utilização dos equipamentos, e razões da não utilização dos equipamentos considerados necessários.

Em cada uma destas áreas, foram considerados onze domínios; dez referentes ao autocuidado (alimentar-se; andar; arranjar-se; tomar banho; posicionar; regime terapêutico; uso do sanitário; transferir; vestir; virar) e um que engloba todos os equipamentos complementares não avaliados nos domínios do autocuidado e não incluídos como recursos: financeiros; institucionais; não profissionais ou profissionais.

Na área dos equipamentos considerados necessários, transformaram-se as variáveis nominais numa nova variável intervalar por cada um dos domínios do autocuidado. Deste processo resultaram dez novas variáveis às quais foi atribuído o valor corresponde à contagem do número recursos identificados como necessários. O mesmo aconteceu para as restantes variáveis.

Em relação à taxa de utilização de equipamentos considerados necessários, criaram-se, para cada um dos domínios do autocuidado, dez novas variáveis intervalares. A cada uma das novas variáveis, foi atribuído um valor que resulta da razão entre os valores da variável relativa aos recursos utilizados (numerador) e da variável relativa aos recursos considerados necessários (denominador), que lhe deram origem, a multiplicar por 100.

Para ter uma visão global da taxa de utilização de equipamentos, calculou-se uma nova variável intervalar que resultou da transformação de todas as variáveis referentes a taxas de utilização dos recursos nos diferentes domínios considerados, à qual foi atribuído o valor resultante da média dos valores das variáveis que lhe deram origem.

Para calcular o valor global (relativo ao conjunto dos domínios do autocuidado) das razões para a não utilização dos recursos considerados necessários, foi atribuída a cada uma das razões para a não utilização o valor corresponde ao somatório do número de casos que no conjunto de todos os domínios do autocuidado apresentavam essa mesma razão para a não utilização de recursos considerados necessários, variando entre zero e o número máximo de recursos considerados necessários no conjunto dos domínios do autocuidado.

No que se refere ao perfil de prestação de cuidados (intensidade e incentivo) foram avaliadas em três dimensões: as atividades que o familiar faz pelo dependente, substituindo-o; uma segunda, que tem que ver com o incentivo às capacidades que o dependente possui, estimulando a participação deste e por fim, alguns aspetos que o familiar cuidador realizava de forma incorreta ou alguns cuidados que estavam omissos. A maior parte das questões foi avaliada segundo uma escala ordinal com três *scores*: 1 – “sempre”; 2 – “às vezes”; e, 3 – “nunca”. Existiam ainda variáveis intervalares, que diziam respeito à regularidade (dia, semana, mês) com que o familiar executava determinado cuidado, avaliadas através de um valor numérico.

Outro tipo de variáveis reportava-se a aspetos sobre os quais queríamos saber quem decidia determinado cuidado ou ação.

A análise dos dados deixou clara duas dimensões, a intensidade e o incentivo. A primeira centrada na execução dos cuidados e outra no estímulo e no incentivo à pessoa dependente, transversais aos diferentes domínios do autocuidado, pelo que foi feita a transformação das variáveis nessas duas principais.

Para criar a variável intensidade, as diferentes variáveis intervalares referentes aos cuidados executados foram transformadas em novas variáveis nominais dicotómicas, em que 1 foi atribuído aos casos em que os cuidados eram menos frequentes e 2 quando os cuidados eram mais frequentes, criando-se assim vinte e seis novas variáveis.

Para tal, quando a variável de origem avaliava a frequência absoluta dos cuidados através de um número, procedeu-se ao cálculo do percentil 50 da variável em questão, e sempre que o valor fosse inferior ou igual ao referido percentil o valor da nova variável seria 1, o valor seria 2 nos restantes casos. Depois, agregaram-se todas estas variáveis numa única à qual foi atribuído o valor igual à média dos valores das variáveis de origem já computadas, variando entre 1 e 2, sendo que 2 representa a maior intensidade de cuidados.

Relativamente ao incentivo, transformou-se a ordenação dos *scores* das variáveis para 1 – nunca; 2 – às vezes; 3 – sempre; e, foi atribuído à nova variável o valor correspondente à média dos valores das variáveis que lhe deram origem, podendo variar entre 1 e 3, em que 3 representa o valor máximo possível nos cuidados de estímulo e de incentivo à pessoa dependente.

#### 2.3.1.2.4. Recolha e tratamento dos dados

A estratégia adotada para contactar a nossa amostra prendeu-se com a deslocação do investigador principal e de oito colaboradores (dois enfermeiros de cada Equipa de Cuidados Continuados Integrados do concelho de Matosinhos) às áreas geográficas definidas anteriormente. Para tal, após termos conhecimento da amostra e dos mapas de localização de cada subsecção estatística, iniciámos a preparação dos entrevistadores.

Foram realizadas duas reuniões onde foram explicados os procedimentos de recolha de dados e o preenchimento dos formulários. Após, agendámos a recolha de dados, para que o investigador principal estivesse presente em todos os momentos e partimos para o terreno.

O trabalho de campo foi realizado entre junho e outubro de 2010. Os entrevistadores dirigiram-se a 2351 alojamentos clássicos distribuídos pelo concelho de Matosinhos, conforme procedimento de amostragem.

Destes 2351 alojamentos, 1745 (74,22%) tinham alguém que no momento da recolha de dados abriu a porta.

Terminada a recolha de dados a equipa realizou uma verificação geral dos formulários, no sentido de detetar alguns erros, como falta de codificação, mas que foi possível corrigir. De seguida, o investigador principal fez a leitura ótica dos formulários através do TELEFORM<sup>®</sup> reader. Nos que suscitaram dúvidas na leitura, que foram poucos, cerca de 10, foram consultados os originais.

Os dados foram exportados para uma base de dados *Access da Microsoft*<sup>®</sup>. Nesta fase foram feitos testes para assegurar a robustez dos dados e colmatar algumas lacunas e incongruências, recorrendo novamente aos formulários originais.

Os dados foram analisados através do programa *IMB – SPSS*. Foi ainda realizada uma análise dos dados que permitiu caracterizar a amostra através de uma análise estatística descritiva e inferencial (Polit & Hungler 1995; Gil, 1999). Também foi realizada análise de clusters.

### 2.3.1.3. Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (M1)

No sentido de ter um ponto de partida acerca daquilo que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem foi realizada uma análise à documentação que os enfermeiros fizeram no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem®. A análise, em primeira instância, tinha a intenção de caracterizar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, que não foi possível realizar.

De acordo com Pereira (2007) para gerar sínteses informativas centradas em resultados, temos que ter uma sequência de contactos, para visualizar a evolução do estado dos diagnósticos de enfermagem. A comparação entre o primeiro e o último juízo clínico num determinado período, em relação a um determinado problema, na presença de intervenções de enfermagem, traduz-se numa síntese informativa reveladora de um ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem.

Antes mesmo de proceder ao cálculo de indicadores que traduzissem os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, foi necessário fazer a extração dos dados, a sua preparação e organização.

Para extrair os dados são necessárias inúmeras “consultas” no sentido de clarificar os dados pretendidos. Após, tivemos necessidade de recodificar os mesmos, no sentido de anonimizar os dados. Seleccionamos os dados necessários e procedemos à “limpeza dos dados” (Schoech *et al.*, 2000), através de consultas de eliminação dos dados duplicados e daqueles que se encontravam fora do período de análise, facto relevante no contexto das ECCI, pois os clientes poderiam ter documentados aspetos em datas anteriores à seleccionada, fruto de visitas ao centro de saúde.

Fizemos análise de conteúdo à documentação para depurar os dados até ter os que pretendíamos. Excluimos os focos de atenção, respetivos diagnósticos e intervenções associadas, tais como o amamentar, entre outros, que ainda se mantinham documentados de algum contacto anterior no centro de saúde/USF.

#### 2.3.1.3.1. Análise à documentação dos cuidados de enfermagem (M1)

No primeiro momento do estudo, a análise à documentação produzida pelos enfermeiros foi importante para compreender quais os clientes das ECCI, a(s) metodologia(s) de trabalho utilizadas e os aspetos a otimizar.

Para tal, após a seleção dos dados, os mesmos foram exportados para uma base de dados *Access da Microsoft*. Nesta fase, foram feitos testes para assegurar a robustez e colmatar algumas lacunas e incongruências, e foram analisados recorrendo à estatística descritiva.

#### 2.3.1.4. Identificação das oportunidades de desenvolvimento

Recorremos a entrevistas de grupo com os enfermeiros que faziam parte das ECCI, com o intuito de refletir, discutir e explanar, a partir da sua experiência e conhecimento pessoal, assuntos de interesse para a investigação, nomeadamente a definição das áreas de atenção relevantes para a prática de enfermagem neste contexto e a identificação de indicadores (diagnósticos, intervenções e resultados). Neste sentido, tomámos como ponto de partida o Resumo Mínimo de Dados de enfermagem proposto por Pereira em 2007. Fizemos uma primeira análise onde depuramos o que não fazia sentido no nosso contexto e evoluímos para a clarificação das atividades diagnósticas e alguns instrumentos que apoiariam a recolha de dados no sentido de ajudar na fase diagnóstica. Tentamos ainda, explorar áreas que neste contexto faziam sentido e que não estava incluído no RMDE (Pereira, 2007).

Associado a este facto, pareceu-nos importante dar forma a um catálogo de cuidados, enquanto síntese dos aspetos mais relevantes a documentar nas ECCI, em função das necessidades de cuidados. O catálogo contemplou dados, diagnósticos, intervenções, resultados e respetivas relações entre as partes constituintes.

No decorrer das entrevistas foram apresentados os resultados do estudo de base populacional realizado, uma vez que se constituiu como informação válida sobre os potenciais clientes das ECCI e aos quais diziam respeito os indicadores a definir. Foi também apresentada a análise feita à documentação que serviu de ponto de partida à discussão.

Também importante, nesta fase, foi o facto de nos debruçarmos nos objetivos desta tipologia de cuidados e na visão dos cuidados que deveriam ser prestados aos clientes neste contexto.

A metodologia de trabalho, bem como aspetos que os enfermeiros tinham que lidar no dia-a-dia, para conseguir prestar os melhores cuidados possíveis foram também discutidos, bem como as condições do próprio trabalho.

Foram gravadas as reuniões de grupo com os enfermeiros e analisadas, no sentido de dar forma ao problema.

### 2.3.2. Fase 2 – Planeamento e implementação da mudança

Após a fase diagnóstica, foram apresentadas aos enfermeiros os principais resultados e consequentemente iniciou-se a reflexão dos caminhos a seguir, o que nos permite afirmar que, de facto, o planeamento da mudança surgiu a partir das perspetivas dos sujeitos. Após, houve uma nova análise e revisão de todos os dados na tentativa de gerar consensos a partir dos quais se determinou o plano de ação com a descrição das mudanças e as suas implicações, bem como a clarificação das orientações do processo de implementação.

Embora, de acordo com Silva (2006, p.36), “*transmitir informação, ou dar conhecimento não provocam, só por si, mudanças (...)*”, a constatação da realidade dos dados apresentados foi, em si mesma, geradora de reflexão que provocou uma mudança de atitude e, consequentemente, a necessidade de se implementar mudanças no sentido de acrescentar valor aos cuidados de enfermagem; isto é, consciencializar a necessidade de mudança.

Examinar a realidade da enfermagem naquele contexto e a reflexão de que a mesma diferia da noção de qualidade subjetiva percecionada pelos enfermeiros, confrontou os enfermeiros com o fosso entre as teorias expostas e as teorias em uso.

Outro fator importante foi o conhecimento dos dados do estudo de base populacional, pois permitiu aos enfermeiros conhecerem quem é a população alvo e direcionarem os cuidados nesse sentido.

A implementação teve períodos de estabilização, de dúvidas e de acertos, em função da realidade e de nova reflexão. A reflexão nesta fase foi crucial para a compreensão de todo o processo e do efeito da mudança nos atores envolvidos. Como a IA é colaborativa, a interdependência entre o sistema cliente e o investigador é essencial. A direção do processo de investigação é obtida, em parte, em função das necessidades e das competências de ambos (cliente/investigador).

A mudança é fruto do querer coletivo e das capacidades individuais para a mesma e assenta no “*desenvolvimento das pessoas, pela capacidade que elas têm e querem disponibilizar para compreender e internalizar os valores da mudança, transformando-os em práticas organizacionais que concretizem o desejo de transformação*” (Fischer, 2002, p. 154).

### 2.3.2.1. Objetivos da fase 2

Na fase dois do estudo tivemos como objetivos:

Implementar as mudanças necessárias;

Identificar o sistema de monitorização sobre os indicadores definidos;

Contribuir para a definição de um modelo da gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem baseado na reflexão para/sobre a informação válida (a partir do modelo II de aprendizagem de Argirys & Schön (1982).

### 2.3.2.2. Atividades e cronograma

Nesta fase da investigação, pareceu-nos pertinente apresentarmos o cronograma das atividades desenvolvidas, pelo que se apresenta de seguida:

Descrição	2011		2012	
	Trimestre		Semestre	
	3º	4º	1º	2º
Planeamento e implementação da mudança:				
Reuniões com os enfermeiros				
Parametrização do SAPE®				
Formação em aspetos pontuais				
Reuniões com os coordenadores				

**Quadro 2 – Cronograma das atividades planeadas para a fase de implementação**

### 2.3.3. Fase 3 – Identificação do adquirido e redução teórica

A identificação do adquirido resultou dos dados obtidos com a avaliação de todo o processo de investigação-ação. A teoria gerada é induzida da ação e providencia um guia, bem como, gera possíveis caminhos para a ação no sentido de lidar com os problemas dos membros das organizações (Susman & Evered, 1978).

A avaliação e a identificação do adquirido decorreram entre Setembro de 2012 e Julho de 2013. A informação válida que serviu de matéria-prima para a avaliação foi a informação documentada pelos enfermeiros nos processos clínicos, entre Setembro e Dezembro de 2012; bem como, os dados resultantes das reuniões de grupo com os enfermeiros.

Como observador participante de todo o processo fomos realizando notas de campo acerca das observações mais significativas e pertinentes de forma a acrescentar valor à resposta aos objetivos da investigação. Também produzimos notas de campo das entrevistas de grupo que traduzem a reflexão sobre/para a ação. Os dados das notas de campo fizeram parte da análise constante na redução teórica.

Estas reuniões finais, em primeira instância, tiveram um carácter retrospectivo de análise do adquirido e do ciclo de mudança que estava a terminar, mas por outro lado, levou os intervenientes a análises para o futuro onde surgiram novas oportunidades de desenvolvimento. A melhoria da qualidade não é um processo estático, estas novas oportunidades de desenvolvimento podem servir de base a um novo ciclo de investigação-ação desejada nestes processos de melhoria contínua da qualidade. A investigação termina, mas os processos de mudança organizacional são cíclicos e em espiral.

#### 2.3.3.1. Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (M2)

As sínteses informativas que retratam a *prevenção de complicações* e as *modificações no estado dos diagnósticos de enfermagem*, careciam de uma sequência de passos que retratassem a evolução no *status* dos diagnósticos de enfermagem. Deste percurso resultou a atribuição de um valor final entre 1 e 6. Do valor 1 ao 3 não está associada nenhuma intervenção de enfermagem, enquanto do 4 ao 6 está associada uma intervenção de enfermagem sensível para o respetivo diagnóstico:

Valor 1 – Diagnóstico de enfermagem com evolução negativa ao qual não foi associada a documentação de nenhuma intervenção de enfermagem.

Valor 2 – Diagnóstico de enfermagem que mantém o seu “status” e sem intervenções documentadas.

Valor 3 – Diagnóstico de enfermagem resolvido ou com melhor resultado desejado, e sem intervenções documentadas.

Valor 4 – Diagnóstico de enfermagem com evolução negativa e que foram documentadas intervenções.

Valor 5 – Diagnóstico de enfermagem que mantém o seu “status” e com intervenções documentadas.

Valor 6 – Diagnóstico de enfermagem resolvido ou com melhor resultado desejado, e com intervenções documentadas.

Ainda para a atribuição deste valor, tivemos que fazer, à priori, a análise de conteúdo às intervenções de enfermagem, uma vez que estas eram muito diversas e nem sempre tinham integridade referencial de dados com o diagnóstico. A análise de conteúdo realizada às intervenções de enfermagem teve como objetivo agrupar as mesmas em: intervenções sem integridade referencial com o diagnóstico e, intervenções com integridade referencial com o diagnóstico. Estas foram classificadas em intervenções sensíveis para o diagnóstico de enfermagem apresentado, tendo em vista atingir um resultado. Depois de realizada a análise procedemos à organização dos dados para a atribuição do valor final. Este procedimento foi essencial para o cálculo dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, interessam as sínteses informativas, às quais foi atribuído o valor 6.

O cálculo dos ganhos em saúde relativos aos diagnósticos de risco, por exemplo o caso do Risco de úlcera de pressão, tem por base a comparação entre o momento final do registo e o momento inicial. Para tal, comparámos a “data de início do problema real” com a “data de início do diagnóstico de risco” num mesmo cliente. Após, calculámos a diferença e, se a “data de início do problema real” fosse posterior à “data de início do diagnóstico de risco” independentemente de ter ou não ter associadas intervenções, não havia ganho. Se, por outro lado, se mantivesse o diagnóstico de risco sem que em algum momento tivesse acontecido o “problema real”, quer se tivesse dado termo ou se mantivesse o “diagnóstico de risco”, na presença de intervenções sensíveis, existia ganhos em saúde, no caso do exemplo apresentado, o ganho em saúde concretizava-se na prevenção de úlceras de pressão.

O número de dados elevado levou-nos a fazer opções. Assim, foram selecionados, após uma primeira análise descritiva dos mesmos, aqueles que estavam documentados em mais de 5% dos clientes.

Após, foram agrupados por domínios para ser de mais fácil compreensão a apresentação dos resultados.

#### 2.3.3.2. Análise à documentação dos cuidados de enfermagem (M2)

A primeira estratégia de organização dos dados teve por objetivo garantir a produção da informação relativa às frequências dos diagnósticos de enfermagem. Para as frequências relativas dos diagnósticos de enfermagem, foi necessária a contabilização dos casos que tinham documentado o diagnóstico de enfermagem em causa, independentemente da sua evolução, estabelecendo a relação com o número total de utentes atendidos na ECCI, durante o período a que se reportava a análise.

Às inúmeras intervenções também foi feita análise de conteúdo de forma a agrupar as que queriam dizer a mesma coisa, as que estavam fora do âmbito de registo das ECCI e também atribuídas codificações. Foram agrupadas por termo de ação e foco e divididas nas dirigidas ao cliente dependente e ao familiar cuidador.

A análise foi realizada através do programa *IMB – SPSS*. Foi ainda realizada uma análise dos dados que permitiu caracterizar a amostra através de uma análise estatística descritiva e inferencial (Polit & Hungler 1995; Gil, 1999). Também foi efetuada análise de clusters.

#### 2.3.3.3. Variáveis diretas e computações

Nesta fase do estudo foram identificadas diversas variáveis, tanto de atributo, como de caracterização dos diferentes casos que constituem a amostra. Para uma melhor compreensão foram calculadas/computadas, por critérios teóricos.

Designámos de “variáveis centrais” para a identificação e caracterização dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem a “Percentagem de ganhos na prevenção (riscos)”, “Percentagem de ganhos nos conhecimentos globais do dependente”, “Percentagem de ganhos nas capacidades globais do dependente”, “Percentagem de ganhos em independência (autocuidado + capacidade para o AC)”, “Percentagem de

ganhos na condição global final do dependente (AC+Cond+ GRT+CapAC )”, “Percentagem de ganhos nos conhecimentos do prestador de cuidados”, “Percentagem de ganhos nas capacidades do prestador de cuidados”, “Percentagem de ganhos na condição do prestador de cuidados”.

Estas variáveis correspondem ao resultado de um conjunto de procedimentos de agregação de conjuntos de variáveis originais, tentando facilitar e tornar mais inteligível a resposta aos objetivos desta fase do estudo. Apresentamos de seguida a sua operacionalização, tomando como exemplo a “Percentagem de ganhos em independência (autocuidado + capacidade para o AC)”.

As restantes variáveis foram tratadas da mesma forma. Até chegarmos a esta variável final, tivemos que transformar e computar as que lhe deram origem.

Como já referimos anteriormente, foi atribuído um valor de 1 a 6 aos diagnósticos, neste caso do domínio do autocuidado, por exemplo “AlimDep” (dependência para alimentar-se) foi atribuído o valor 6, o que significava que naquele caso houve melhoria do estado do diagnóstico com a presença de intervenções sensíveis. Nos casos em que não havia registo nesse domínio atribuiu-se o valor 0 de não aplicável (N/A).

De seguida, calculou-se uma variável “Autocuidado” (indicadores relacionados com a dependência no autocuidado) que contava o número de itens do autocuidado onde foi atribuído um valor de 1 a 6. Esta variável podia assumir os valores entre 0 e 11, de acordo com os 11 domínios do autocuidado estudados, entre os quais tomar banho, andar, andar com auxiliar de marcha, etc.

Após, esta foi computada numa variável “Autocuidado\_1” em que era atribuído o valor 1 (Sim) se a variável “Autocuidado” fosse maior que 0, ou seja traduzia os casos em que se podia gerar indicadores sobre a dependência no autocuidado.

De seguida foi calculada a variável “Autocuidado1\_1” que assumia o valor 0 (Não) e 1 (Sim) consoante houvesse ganhos numa das onze variáveis originais, isto é, se numa variável tal como “AndDep” (dependência para andar), o valor atribuído tivesse sido 6, respondendo por isso à pergunta teve ganhos de independência no autocuidado?

Foi ainda computada uma nova variável que contava os ganhos em independência “Autocuidado1” que traduzia o número de ganhos (valor 6) que cada caso teve em função dos indicadores das variáveis que lhe deram origem. Em seguida, foi transformada a variável de forma a recodificar os zeros para *missing value*, para não interferir com o cálculo seguinte.

Para finalizar esta primeira série de computações foi calculada a variável “Autocuidado3” que traduzia a percentagem de ganhos de independência que o cliente teve no universo dos que poderia ter tido, que poderia variar entre 0 e 100%. Até este ponto, apenas chegamos aos indicadores e ganhos do domínio do autocuidado e não ao indicador final “percentagem de ganhos em independência”.

Para chegar à variável GRT3 (gestão do regime terapêutico) foi atribuído um valor de 1 a 6 aos diagnósticos, neste domínio da gestão do regime terapêutico, quando foi atribuído o valor 6, significava que naquele caso houve melhoria do estado do diagnóstico com a presença de intervenções sensíveis. Nos casos em que não havia registo nesse domínio atribuiu-se o valor 0 de não aplicável (N/A).

De seguida, calculou-se uma variável “GestãoRegimeTerapêutico” (indicadores relacionados com gestão do regime terapêutico) que contava o número de itens da gestão do regime terapêutico onde foi atribuído um valor de 1 a 6.

Após, esta foi computada numa variável “GRT\_1” em que era atribuído o valor 1 (Sim) se a variável “gestão regime terapêutico” fosse maior que 0, ou seja traduzia os casos em que se podia gerar indicadores sobre a gestão do regime terapêutico.

De seguida foi calculada a variável “GRT1\_1” que assumia o valor 0 (Não) e 1 (Sim) consoante houvesse ganhos numa das variáveis originais.

Foi ainda computada uma nova variável que contava os ganhos em GRT eficaz “GRT1” que traduzia o número de ganhos (valor 6) que cada caso teve em função dos indicadores das variáveis que lhe deram origem. Em seguida, foi transformada a variável de forma a recodificar os zeros para *missing value*, para não interferir com o cálculo seguinte.

Para finalizar esta primeira série de computações foi calculada a variável “GRT3” que traduzia a percentagem de ganhos em GRT eficaz que o cliente teve no universo dos que poderia ter tido, que poderia variar entre 0 e 100%.

Para chegar à variável CapPCAC3 (capacidade do familiar cuidador para executar aspetos relacionados com a dependência no autocuidado do doente), seguiu-se a mesma lógica de comutação de variáveis. Para esta partiu-se da variável “CapPCAC” onde se atribui valores correspondentes se houve ganhos ou não nas variáveis de origem, e recodificou-se as variáveis até chegar aos indicadores e ganhos no domínio da capacitação do familiar cuidador no domínio do autocuidado.

Foi feito o procedimento idêntico para todas as outras variáveis, tendo sido agrupadas por áreas, por exemplo ConhEquipAC3” (conhecimento sobre equipamentos facilitadores do autocuidado), ”CondDoente3” (condição de saúde do doente), entre outras.

No caso da “Percentagem de ganhos na prevenção (riscos)” por ser diferente do outro grupo de variáveis, apresentamos aqui as diferenças das computações anteriores. A primeira diferença é que apenas uma variável lhe dá origem que é “RiscoUP”, e neste caso, o valor 5 reporta-se ao ganho, ou seja manteve o problema potencial e não desenvolveu o problema real. De resto os procedimentos de cálculo das variáveis “RiscoUP\_1”, “RiscoUP1\_1”, “RiscoUP1” e “RiscoUP3”, tendo esta consideração na base e sofrendo as devidas alterações, são os mesmos. Daí que esta variável “Risco UP3” corresponde à variável central “Percentagem de ganhos na prevenção (riscos)”.

Voltando ao exemplo da variável “percentagem de ganhos em independência (autocuidado + capacidade para o AC)”, após termos computado todas as variáveis que levaram ao “Autocuidado3” e “CapAC3” da forma atrás descrita, calculámos uma nova variável a “DEPEND\_AC” que teve agora na sua origem as variáveis “Autocuidado” e “CapAC” e todas que deram origem a estas. Assim, a título de exemplo, se num caso a variável “Autocuidado” assumisse o valor 5 e a variável “CapAC” o valor 3, então na computação da variável “DEPEND\_AC” esta assumiria o valor 8, que significava que neste caso havia 8 indicadores possíveis. Após, foram feitos os procedimentos atrás descritos para as variáveis “DEPEND\_AC\_1”, que neste exemplo assumiria o valor 1 (Sim) que correspondia à resposta afirmativa à questão, podia gerar indicadores? De seguida, para computar a variável “DEPEND\_AC1\_1”, e continuando com o mesmo

exemplo, esta assumiria o valor 1 (Sim) que corresponde à resposta afirmativa à pergunta teve ganhos? A variável “DEPEND\_AC1” faz a contagem do número de ganhos que houve, neste exemplo 4, por fim, a variável “DEPEND\_AC3” refere-se à percentagem de ganhos, que neste exemplo foi de 50%.

O mesmo foi realizado para as restantes variáveis até chegar às variáveis centrais.

Nesta fase é importante referir que para as intervenções, após agrupadas por ação e foco e, tendo em atenção o cliente a quem se dirigia, se à pessoa dependente, se ao familiar cuidador, foram usadas apenas as intervenções sensíveis dos 31 focos usados nos indicadores. Estas intervenções sensíveis tinham que ter sido implementadas. Este conceito de intervenções sensíveis, são intervenções que tenham integridade referencial de dados com o diagnóstico em questão tendo em vista atingir um resultado esperado. A *“integridade referencial dos dados refere a relação adequada e portadora de sentido entre dados de diferentes campos de informação: e.g. ... diagnóstico/intervenção...”* (Silva, 2006; p.75).

#### 2.3.4. As reuniões com os enfermeiros

As reuniões ocorreram nas várias fases do estudo. Na fase de diagnóstico de situação, foram orientadas para a identificação das oportunidades de desenvolvimento e para a síntese dos indicadores que faziam sentido neste contexto, bem como o esboço dos contributos para o modelo de gestão da qualidade, sintetizado num catálogo.

Também na fase de planeamento e implementação as reuniões foram vitais, para ajustar o modelo, pensar os caminhos a seguir e fazer ajustes analisando as contingências.

As reuniões de apresentação de dados, tanto na fase diagnóstica como na fase de avaliação foram importantes para a reflexão e mudança, pois por si, permitiram aos participantes ter voz ativa no processo e aperceberem-se do fosso entre os modelos expostos e em uso.

As reuniões foram agendadas com o grande grupo, de acordo com as disponibilidades dos enfermeiros e também, sentimos necessidade de realizar reuniões por cada ECCI, principalmente na fase de implementação da mudança e em situações formativas pontuais, por solicitação dos próprios enfermeiros.

Foram realizadas 10 reuniões com o grupo total, com a participação de elementos das quatro ECCI e mais três em cada equipa. Estas reuniões ocorreram entre final de 2010 e início de 2014, sendo mais frequentes no início até à fase de planeamento e, conseqüentemente, foram espaçando a sua regularidade. No final de 2011 e início de 2012 com a implementação voltaram a ter maior periodicidade, e por fim, foi realizada uma reunião com a totalidade do grupo e uma em cada ECCI na fase de avaliação e síntese do adquirido.

### 2.3.5. Aspetos éticos

Um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar um desenho de estudo sólido do ponto de vista ético e moral. Esta investigação revestiu-se de um conjunto de considerações éticas.

Na identificação das oportunidades de desenvolvimento e naquilo que se reporta ao estudo de base populacional, procedemos de acordo com os procedimentos de aplicação deste tipo de formulários, tal como o Instituto Nacional de Estatística, assegurando a explicação do propósito do estudo e a aceitação voluntária para participar. O inquérito dizia respeito à condição de saúde da pessoa dependente no autocuidado, nomeadamente o grau de dependência, e à perceção de eficácia no desempenho do papel dos familiares cuidadores. Foi, em todo o processo de inquérito, garantida a confidencialidade e anonimato dos dados, bem como a possibilidade de desistir em qualquer momento. Por sabermos que os dados sobre a saúde das pessoas são dados sensíveis, contactamos a Comissão Nacional de Proteção de Dados, que nos assegurou não levantar qualquer problema com este inquérito.

O facto dos enfermeiros das ECCI participarem na colheita de dados no estudo de base populacional, resolve um problema ético: quando se encontravam situações que requeriam assistência em saúde.

Relativamente às entrevistas com os enfermeiros, houve interação entre o investigador e os enfermeiros do contexto da prática e não houve contacto com os utentes/dependentes. As entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes. O material sujeito a análise de dados foi codificado para que não fossem identificados os participantes e apagados logo que já não fossem necessários à investigação. Nesta fase, só participaram

os enfermeiros, que após informados, decidiram participar voluntariamente, sendo respeitada a confidencialidade e as relações participante-investigador. Sempre que alguém queria deixar de participar, essa decisão foi respeitada, o que aconteceu num caso.

Relativamente à análise documental, foi atribuído um código a cada processo, de forma a não serem identificados os clientes, aspeto atrás descrito nos procedimentos de extração, preparação e organização dos dados.

A obediência a padrões éticos foi uma preocupação constante, respeitando os direitos dos envolvidos em todo o processo. Como tal, efetuámos o pedido de autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração da ULS Matosinhos, EPE e à respetiva Comissão de Ética para manifestarem o seu parecer quanto à sua realização nos moldes propostos, que teve resposta favorável (Anexo 2).

---

# Capítulo 3: Famílias que integram dependentes no autocuidado - Estudo exploratório de base populacional no concelho de Matosinhos

---

Neste capítulo descrevemos os achados mais significativos do estudo de base populacional. É constituído por nove subcapítulos, onde vamos apresentando a distribuição das famílias que integram dependentes no autocuidado, por freguesia, passando para a caracterização do grau de dependência das pessoas e da condição de saúde. Segue-se a caracterização dos familiares cuidadores quanto à perceção de autoeficácia específica para o exercício do papel, os cuidados prestados e os recursos utilizados. Em função dos clusters definidos apresentamos os dois casos padrão - as pessoas dependentes que não saem da cama sem ajuda de pessoas e as pessoas dependentes que andam. Fazemos ainda uma abordagem aos casos que pela sua exemplaridade foram alvo de

entrevistas para conhecer em profundidade a transição familiar. Terminamos o capítulo com uma projeção das necessidades da população do concelho em cuidados continuados integrados e a resposta existente.

### **3.1. Famílias que integram pessoas dependentes - Distribuição por freguesias**

Tal como referido na metodologia, foram contactados 2351 alojamentos. Destes, 1745 (74,22%) tinham alguém que no momento da recolha de dados abriu a porta.

Contactaram-se 1745 famílias clássicas, 358 (20,5%) na freguesia da Senhora da Hora, 330 (18,9%) na freguesia de Matosinhos, 244 (14%) na freguesia de S. Mamede de Infesta, 175 (10%) na freguesia de Leça do Balio, 157 (9%) na freguesia de Custóias, 155 (8,9%) na freguesia de Leça da Palmeira, 93 (5,3%) na freguesia de Perafita, 84 (4,8%) na freguesia de Lavra, 81 (4,6%) na freguesia de Santa Cruz do Bispo e 68 (3,9%) na freguesia de Guifões.

Das 1745 famílias contactadas, 143 (8,2%) não aceitaram responder ao inquérito preliminar.

Dos 1602 respondentes, quando questionados sobre se vivia alguém no alojamento que precisava de ajuda de um equipamento para o autocuidado, 128 (8%) (Figura 2) respondeu afirmativamente. E, quando questionados se vivia alguém no alojamento que precisava de ajuda de pessoas para o autocuidado, 126 (7,9%) respondeu que sim. Uma vez que havia também famílias que reportavam que tinham familiares dependentes de equipamentos e de pessoas, o total de famílias que integram pessoas dependentes é de 152. Em síntese, 152 (9,5%) dos respondentes afirmou ter, pelo menos, uma pessoa dependente em casa.



**Figura 2 – Distribuição de agregados familiares que integra pelo menos uma pessoa dependente no autocuidado, por freguesia**

A proporção de famílias clássicas que integra pelo menos uma pessoa dependente de alguém ou de um equipamento para o autocuidado, na amostra é de 9,5% (n=152). Destes, 35 (23%) não aceitaram responder ao formulário, apontando como principal motivo, a falta de tempo.

Aceitaram dar continuidade à entrevista 117 representantes da família. A partir da observação e da aplicação do formulário, foram identificadas e avaliadas 121 pessoas dependentes no autocuidado.

Relativamente ao tipo de família que integra uma pessoa dependente 54 (46,6%) são famílias clássicas com um núcleo, 30 (25,9%) clássicas com dois núcleos, 29 (35%) clássicas sem núcleos e três (2,6%) são clássicas com três núcleos. Estas famílias têm, em média, três elementos.

Relativamente ao alojamento, das 117 famílias clássicas a maior parte 96,6% (n=113) vive num alojamento clássico. Destas 41% (n=48) vive num apartamento, 38,5% (n=45) vive numa moradia e 17,1% (n=20) noutro tipo de alojamento clássico. Quatro famílias (3,4%) vivem num alojamento não clássico.

O número de ocupantes por alojamento varia entre um e nove pessoas, tendo uma média de 2,64 (DP=1,29).

No que se refere ao número de divisões do alojamento esta varia entre uma e 13 divisões, tendo em média seis divisões (DP=1,81).

Relativamente às condições do alojamento, 77,8% (n=84) dos respondentes não dispõe no seu alojamento de acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida. 2,6% (n=3) não tem água canalizada, 87,6% (n=99) não tem aquecimento, 13,7% (n=16) não tem instalação de banho ou duche, 11,1% (n=13) não tem retrete e a maior parte 52,9% (n=54) necessita de reparações, sendo na sua maioria, pequenas reparações (25,5%; n=26).

### **3.2. O grau de dependência no autocuidado**

Relativamente à caracterização da pessoa dependente, 56,7% (n=68) são mulheres e 43,3% (n=52) são homens. A idade varia entre 29 e 95 anos, sendo a média 74,85 anos (DP=12,81). Quanto à nacionalidade são na maioria portugueses, 98,3% (n=119). Na sua maioria são casados (n=63; 52,1%), seguindo-se os viúvos (n=45; 37,2%), solteiros (n=8; 6,6%) e divorciados (n=5; 4,1%). Relativamente à situação profissional, 94,1% (n=112) são pensionistas ou reformados. Quanto à escolaridade, 49,1% (n=55) tem o 1º ciclo do ensino básico, seguindo-se as pessoas que não têm nenhum nível de escolaridade (n=52; 46,4%).

O modo de instalação da dependência em 61 casos (52,1%) foi gradual e em 56 (47,9%) súbita. Relativamente ao consumo de medicamentos, dos 115 respondentes, apenas 3 (2,6%) afirma não consumir qualquer medicamento de forma regular. Quanto à variedade

de fármacos, esta varia entre um e 23 fármacos, sendo a média 6,07 (DP= 3,8). Relativamente ao número de fármacos nas tomas diárias, este varia entre um e 44 fármacos, a média é 8,51 (DP= 6,14).

No que se reporta ao tempo de dependência, varia entre dois meses e 20 anos, sendo a média 3,97 (DP=4,95).

Relativamente aos internamentos no último ano, estes variam entre zero e sete, sendo a média 0,53 (DP=1,16). No que se refere ao número de episódios de recurso ao serviço de urgência, no último ano, varia entre zero e sete, a média é 1,52 (DP= 1,75).

No que se reporta à distribuição dos dependentes por freguesia, 24,8% (n=30) são de Matosinhos, 19% (n=23) da Senhora da Hora, 16,5% (n=20) de Custóias, 11,6% (n=14) de S. Mamede de Infesta, 7,4% (n=9) de Sta Cruz do Bispo, 5,8% (n=7) de Leça do Balio, 4,1% (n=5) de Guifões, 4,1% (n=5) de Lavra, 3,3% (n=4) de Leça da Palmeira e 3,3% (n=4) de Perafita.

Em seguida apresentamos a tabela síntese da caracterização da dependência no autocuidado por domínio e por item.

	N	Dependente, não participa (% , n)	Necessita de ajuda de pessoa (% , n)	Necessita de equipamento (% , n)	Completamente independente (% , n)
<i>1 Tomar banho</i>	114	17,5%, n=20	68,4%, n=78	2,6%, n=3	11,4%, n=13
Obtém objectos para o banho	114	22,8%, n=26	47,4%, n=54	1,8%, n=2	28,1%, n=32
Consegue água	114	23,7%, n=27	43,9%, n=50	1,8%, n=2	30,7%, n=35
Abre a torneira	113	23,9%, n=27	38,9%, n=44	0,9%, n=1	36,3%, n=41
Regula a temperatura da água	113	24,8%, n=28	40,7%, n=46	0,9%, n=1	33,6%, n=38
Regula o fluxo da água	113	24,8%, n=28	41,6%, n=47	0,9%, n=1	32,7%, n=37
Lava-se no chuveiro	113	20,4%, n=23	58,4%, n=66	3,5%, n=4	17,7%, n=20
Lava o corpo	113	17,7%, n=20	62,8%, n=71	4,4%, n=5	15%, n=17
Seca o corpo	113	17,7%, n=20	63,7%, n=72	3,5%, n=4	15%, n=17
<i>2 Vestir-se ou despir-se</i>	111	13,5%, n=15	68,5%, n=76	4,5%, n=5	13,5%, n=15
Escolhe as roupas	111	19,8%, n=22	32,4%, n=36	-	47,7%, n=53
Retira as roupas da gaveta e do armário	110	22,7%, n=25	39,1%, n=43	-	38,2%, n=42
Segura as roupas	110	15,5%, n=17	30,9%, n=34	-	53,6%, n=59
Veste as roupas na parte superior do corpo	108	15,7%, n=17	35,2%, n=38	1,9%, n=2	47,2%, n=51
Veste as roupas na parte inferior do corpo	108	17,6%, n=19	55,6%, n=60	2,8%, n=3	24,1%, n=26
Despe as roupas na parte superior do corpo	107	15%, n=16	35,5%, n=38	2,8%, n=3	46,7%, n=50
Despe as roupas na parte inferior do corpo	108	16,7%, n=18	54,6%, n=59	1,9%, n=2	26,9%, n=29
Abotoa as roupas	108	19,4%, n=21	31,5%, n=34	1,9%, n=2	47,2%, n=51
Desabotoa as roupas	108	19,4%, n=21	32,4%, n=35	0,9%, n=1	47,2%, n=51
Usa cordões para amarrar	103	24,3%, n=25	41,7%, n=43	-	34%, n=35
Usa fechos	107	20,6%, n=22	35,5%, n=38	0,9%, n=1	43%, n=46
Calça as meias	105	21,9%, n=23	57,1%, n=60	1,9%, n=2	19%, n=20
Descalça as meias	105	21,9%, n=23	55,2%, n=58	2,9%, n=3	20%, n=21
Calça os sapatos	106	21,7%, n=23	54,7%, n=58	6,6%, n=7	17%, n=18
Descalça os sapatos	103	20,4%, n=21	52,4%, n=54	6,8%, n=7	20,4%, n=21
<i>3 Alimentar-se</i>	109	11%, n=12	59,6%, n=65	-	29,4%, n=32
Prepara os alimentos para a ingestão	109	28,4%, n=31	40,4%, n=44	-	31,2%, n=34
Abre recipientes	108	21,3%, n=23	25,9%, n=28	1,9%, n=2	50,9%, N=55
Utiliza utensílios	107	14%, n=15	13,1%, n=14	3,7%, n=4	69,2%, n=74

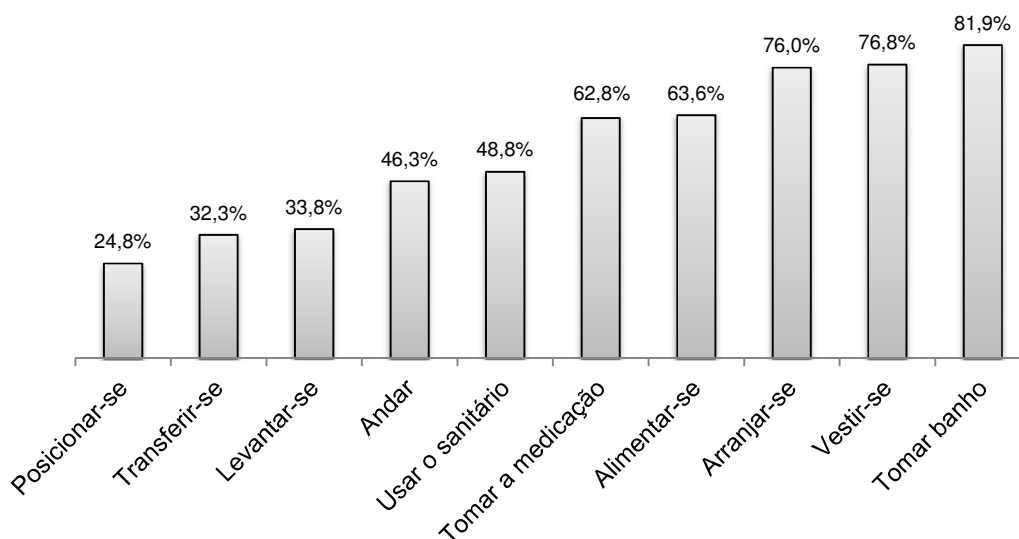
Coloca o alimento nos utensílios	107	15%, n=16	11,2%, n=12	3,7%, n=4	70,1%, n=75
Pega no copo ou chávena	107	11,2%, n=12	8,4%, n=9	1,9%, n=2	78,5%, n=84
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	106	11,3%, n=12	6,6%, n=7	0,9%, n=1	81,1%, n=86
Leva os alimentos à boca com recipiente	106	11,3%, n=12	8,5%, n=9	1,9%, n=2	78,3%, n=83
Leva os alimentos à boca com os utensílios	107	11,2%, n=12	7,5%, n=8	1,9%, n=2	79,4%, n=85
Bebe por copo ou chávena	107	11,2%, n=12	8,4%, n=9	1,9%, n=2	78,5%, n=84
Coloca os alimentos na boca	107	11,2%, n=12	7,5%, n=8	7,9%, n=1	80,4%, n=86
Conclui uma refeição	105	11,4%, n=12	11,4%, n=12	1,9%, n=2	75,2%, n=79
<b>4</b> <i>Arranjar-se</i>	109	14,7%, n=16	68,8%, n=75	0,9%, n=1	15,6%, n=17
Penteia ou escova os cabelos	109	16,5%, n=18	21,1%, n=23	-	62,4%, n=68
Barbeia-se	65	26,2%, n=17	24,6%, n=16	3,1%, n=2	46,2%, n=30
Aplica maquilhagem	39	43,6%, n=17	20,5%, n=8	2,6%, n=1	33,3%, n=13
Cuida das unhas	109	23,9%, n=26	54,1%, n=59	0,9%, n=1	21,1%, n=23
Usa um espelho	105	17,1%, n=18	21,9%, n=23	1%, n=1	60%, n=63
Aplica desodorizante	104	18,3%, n=19	25%, n=26	1%, n=1	55,8%, n=58
Limpa a área do períneo	109	16,5%, n=18	34,9%, n=38	0,9%, n=1	47,7%, n=52
Limpa as orelhas	109	19,3%, n=21	22,9%, n=25	0,9%, n=1	56,9%, n=62
Mantém o nariz desobstruído e limpo	108	14,8%, n=16	13,9%, n=15	0,9%, n=1	70,4%, n=76
Mantém a higiene oral	106	17,9%, n=19	18,9%, n=20	0,9%, n=1	62,3%, n=66
<b>5</b> <i>Auto-elevar</i>					
Levantar parte do corpo	109	14,7%, n=16	21,1%, n=23	22,9%, n=25	41,3%, n=45
<b>6</b> <i>Usar o sanitário</i>	109	15,6%, n=17	38,5%, n=42	6,4%, n=7	39,4%, n=43
Ocupa e desocupa o sanitário	108	14,8%, n=16	21,3%, n=23	9,3%, n=10	54,6%, n=59
Tira as roupas	109	17,4%, n=19	23,9%, n=26	0,9%, n=1	57,8%, n=63
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	106	17,9%, n=19	20,8%, n=22	2,8%, n=3	58,5%, n=62
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	104	19,2%, n=20	28,8%, n=30	1,9%, n=2	50%, n=52
Ergue-se da sanita	105	18,1%, n=19	22,9%, n=24	6,7%, n=7	52,4%, n=55
Ajusta as roupas após a higiene íntima	102	16,7%, n=17	27,5%, n=28	2%, n=2	53,9%, n=55
<b>7</b> <i>Transferir-se</i>	109	15,6%, n=17	19,3%, n=21	4,6%, n=5	60,6%, n=66
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	109	15,6%, n=17	19,3%, n=21	4,6%, n=5	60,6%, n=66
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	107	15,9%, n=17	19,6%, n=21	4,7%, n=5	59,8%, n=64
<b>8</b> <i>Posicionar-se</i>					
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	109	9,2%, n=10	17,4%, n=19	9,2%, n=10	64,2%, n=70
<b>9</b> <i>Usar a cadeira de rodas</i>	26	38,5%, n=10	34,6%, n=9	3,8%, n=1	23,1%, n=6
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	26	42,3%, n=11	23,1%, n=6	3,8%, n=1	30,8%, n=8
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	25	40%, n=10	40%, n=10	4%, n=1	16%, n=4
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	24	54,2%, n=13	20,8%, n=5	4,2%, n=1	20%, n=5
<b>10</b> <i>Andar</i>	115	16,5%, n=19	31,3%, n=36	40,9%, n=47	11,3%, n=13
Suporta o próprio corpo na posição de pé	115	17,4%, n=20	11,3%, n=13	46,1%, n=53	25,2%, n=29
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	115	20%, n=23	8,7%, n=10	54,8%, n=63	16,5%, n=19
Sobe e desce degraus	115	21,7%, n=25	10,4%, n=12	53,9%, n=62	13,9%, n=16
Deambula em aclives e declives	115	19,1%, n=22	12,2%, n=14	55,7%, n=64	13%, n=15
Percorre distâncias curtas (< 100m)	114	19,3%, n=22	8,8%, n=10	57%, n=65	14,9%, n=17
Percorre distâncias moderadas (>100 <500m)	115	22,6%, n=26	16,5%, n=19	49,6%, n=57	11,3%, n=13
Percorre longas distâncias (>500m)	114	26,3%, n=30	16,7%, n=19	45,6%, n=52	11,4%, n=13
Tomar os medicamentos	112	15,2%, n=17	51,8%, n=58	-	33%, n=37
Providencia medicamentos	112	20,5%, n=23	46,4%, n=52	-	33%, n=37
Prepara a medicação	112	20,5%, n=23	40,2%, n=45	-	39,3%, n=44
Toma a medicação	112	15,2%, n=17	26,8%, n=30	0,9%, n=1	57,1%, n=64

**Tabela 8 - caracterização da dependência no autocuidado por domínio e por item**

Em termos de dependência global, das 121 pessoas dependentes, 102 (84,3%) necessitam de ajuda de uma pessoa para se autocuidar, 11 (9,1%) precisa da ajuda de um equipamento e oito (6,6%) são totalmente dependentes, não participando em nenhuma atividade de autocuidado.

Quando olhamos para o autocuidado de forma global, constatamos que os domínios em que há mais pessoas dependentes são o Tomar banho, Vestir-se e Arranjar-se, enquanto

domínios como o Posicionar-se, Transferir-se e Levantar-se são os aspetos em que menos pessoas são dependentes, como podemos observar no gráfico 1.



**Gráfico 1 - Percentagem de dependentes com necessidade de ajuda de pessoas, parcial ou total, por tipo de autocuidado**

De acordo com Parente (2013, p.157)

*“a dependência não abrange todos os domínios do autocuidado de forma homogênea, nem as consequências são independentes dos domínios afetados e dos níveis de dependência. Assim, a condição individual de dependência é o resultado de um processo dinâmico para o qual concorrem, entre outros fatores, os domínios do autocuidado envolvidos e os respetivos níveis de dependência”.*

Este estudo não é exceção, de facto os níveis de dependência são vários e há um conjunto enorme de possibilidades de caracterizar cada pessoa quanto aos domínios em que são dependentes e dentro de cada domínio, no (s) item (s) e também no nível de dependência.

No entanto, fez-nos sentido distinguir, de entre todos os dependentes, aqueles que eram dependentes nos domínios levantar-se, posicionar-se ou transferir-se, pois estas pessoas não conseguem sair de cama por dois motivos, ou por uma restrição associada à sua condição de saúde que a impossibilite de por exemplo, elevar a cabeceira a mais de 30 graus, e como tal tem uma prescrição para estar na cama, o que naquele momento a torna dependente de alguém ou de alguma coisa para, por exemplo se virar; ou, porque tendo essa incapacidade física, por exemplo para mover o corpo de um lado para o outro é

dependente nesse domínio do autocuidado, e como tal, se ninguém a tirar da cama ela vai ficar numa condição, que comumente se designa “acamada”.

Esta situação de acamado, que nós preferimos chamar de grandes dependentes, têm para a pessoa dependente e familiares cuidadores muitas implicações. Para a pessoa dependente surgem frequentemente alterações da sua condição de saúde associadas à imobilidade, como rigidez articular, alterações da integridade da pele, entre outras e claro, dificulta ou até mesmo impossibilita algumas tarefas de realização pessoal e familiar que vão de aspetos simples, como realizar as refeições à mesa com a restante família para continuar a interagir socialmente. Para o familiar cuidador exige mais conhecimentos e capacidades em domínios mais complexos de cuidados e uma maior intensidade de cuidados.

Neste estudo, 42,15% dos dependentes enquadraram-se neste perfil que acabamos de descrever, ou seja, são grandes dependentes (levantar ou posicionar ou transferir). Podemos verificar na tabela seguinte a distribuição geográfica destes casos por freguesia. Em termos absolutos, as freguesias de Matosinhos (12) e São Mamede de Infesta (10) são as que têm mais pessoas dos designados grandes dependentes. No entanto, ao pensarmos por Equipa de Cuidados Continuados Integrados, a ECCI da Senhora da Hora que presta cuidados às famílias das freguesias de Custóias, Guifões e Senhora da Hora é a equipa que mais tem, como potenciais clientes, grandes dependentes (17).

Importa referir, que 76,19% dos potenciais clientes da ECCI de São Mamede são grandes dependentes e 40% dos potenciais clientes da ECCI de Matosinhos, seguindo-se a da Senhora da Hora com 35,4% dos seus potenciais clientes serem grandes dependentes aliado ao facto de ser a ECCI que representa as freguesias com mais dependentes no geral. Por fim, surge a ECCI de Leça da Palmeira que tem entre os seus potenciais clientes 27,27% de grandes dependentes.

ECCI	Freguesias	Dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se		Total
		n	(%)	
Senhora da Hora 35,4%	Custóias	5	25	20
	Guifões	4	80	5
	Senhora da Hora	8	34,78	23
Leça da Palmeira 27,27%	Lavra	0	0	5
	Leça da Palmeira	2	50	4
	Perafita	2	50	4
	Santa Cruz do Bispo	2	22,22	9
Matosinhos 40%	Matosinhos	12	40	30
São Mamede de Infesta 76,19%	Leça do Balio	6	85,71	7
	São Mamede de Infesta	10	71,43	14

**Tabela 9 - Percentagem de dependentes para se transferir ou posicionar ou elevar por freguesia e ECCI**

Segundo o Observatório Português dos Serviços de Saúde, no seu relatório primavera de 2015 (p.87) “*estima-se que nos 3 869 188 agregados familiares existentes em Portugal (CENSOS 2011), haverá 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas dependentes «acamadas»*”.

Embora os dados da tabela 9 digam respeito à amostra ao extrapolarmos para a população leva-nos a crer que 42,15% dos dependentes do concelho sejam grandes dependentes “*acamados*”, o que dá magnitude à dimensão do problema.

### **3.3. A condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado**

Dos 121 dependentes, foram avaliados quanto ao compromisso da pele 115. Destes, 17 (14,8%) apresentavam alterações da integridade da pele. Relativamente ao número de úlceras de pressão (UP), cinco pessoas apresentavam UP, sendo que quatro apresentavam uma UP e uma pessoa apresentava duas UP, quatro na região sagrada e duas na região trocantérica. Nove pessoas apresentavam feridas não tratadas.

Quanto à perda de peso nos últimos três meses, seis (4,96%) afirmam terem perdido peso.

Relativamente ao número de dejeções por semana, estas variaram entre zero e 14 dejeções, sendo a média 4,49 (DP= 2,48).

No que se refere às quedas, 14 (11,5%) dos dependentes caíram no último mês.

Dois dependentes apresentavam compromisso da limpeza das vias aéreas e quatro apresentavam acumulação de secreções traqueobrônquicas, cinco tinham ruídos respiratórios anormais, dois dependentes apresentavam aumento da frequência respiratória e três apresentavam a deglutição comprometida.

Relativamente à amplitude articular é nos membros inferiores que é mais notório este compromisso, nomeadamente na articulação do joelho esquerdo 56 (46,3%) pessoas, 53 (43,8%) no joelho direito, seguindo-se a articulação da anca do lado esquerdo com 47 (38,8%), a direita com 46 (38%), a articulação do tornozelo do lado esquerdo 37 (30,6%), e do direito com 34 (28,1%) dos dependentes a apresentarem compromisso destas articulações. Nos membros superiores, os dependentes apresentam compromisso da amplitude articular no punho direito em 18 (14,9%) casos, no esquerdo em 16 (13,2%) casos, e no cotovelo direito e esquerdo em igual número 17 (14%) dos casos.

Dois dependentes apresentavam eritema das fraldas. Duas pessoas apresentavam sinais de desidratação, três os olhos encovados, 38 (31,4%) a pele seca, 18 (14,9%) as mucosas secas. Um dependente apresentava sinais de desnutrição, dois de magreza excessiva e oito de obesidade mórbida.

Relativamente às condições de higiene, três pessoas tinham má condição de higiene e asseio, duas odores corporais, cinco as unhas sujas, uma secreção ocular, uma secreção auditiva, uma sujidade corporal visível e 21 (17,4%) má higiene oral.

No que respeita às condições do vestuário, uma pessoa apresentava más condições, uma tinha a roupa desabotoada e uma tinha roupa desadequada à temperatura ambiente.

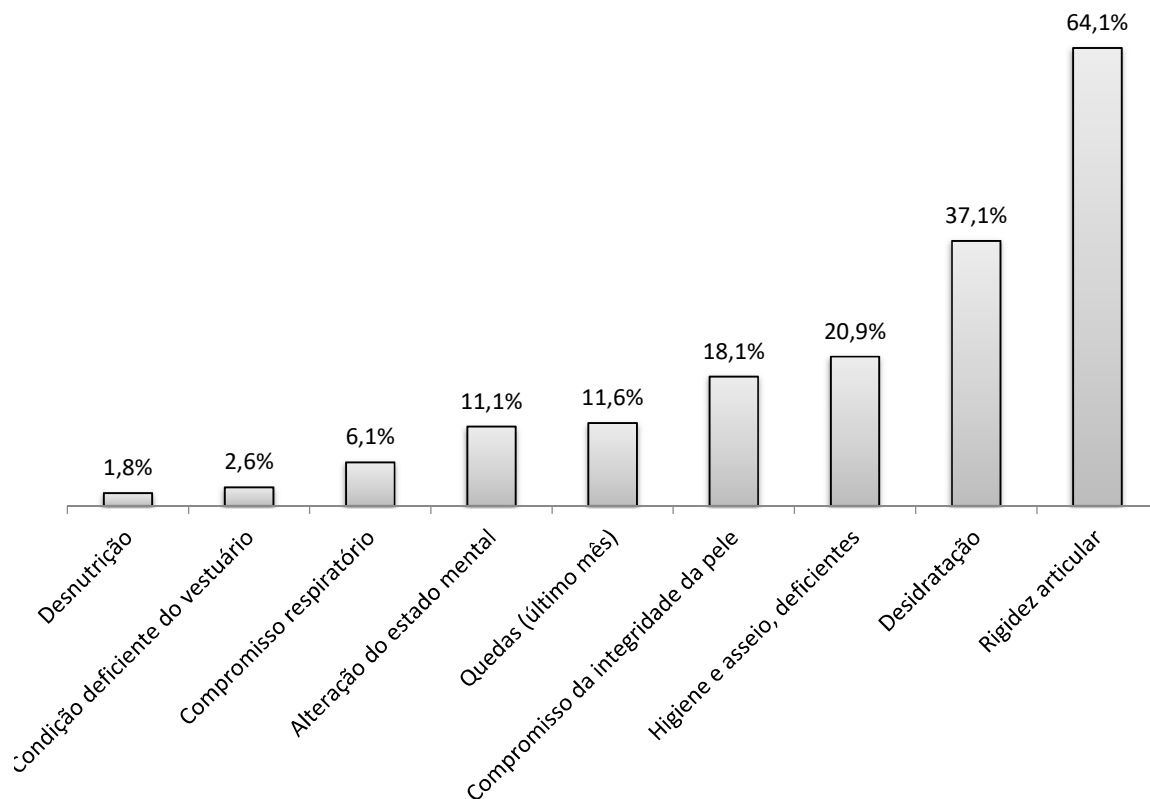
No que se refere à condição de saúde mental, dos dependentes avaliados nestes itens, 39 (32,2%) não sabe em que mês está, 19 (15,7%) não sabe em que terra vive, 28 (23,1%) não consegue repetir três palavras, 25 (20,7%) não faz cálculos simples e 13 (10,7%) não identifica objetos comuns. Apresentamos de seguida a tabela síntese da frequência das alterações da condição de saúde da pessoa dependente.

Condição	N	n	Frequência (%)
Comprometimento da limpeza das vias aéreas	115	2	1,7
Acumulação de secreções traqueobrônquicas	114	4	3,5
Ruídos respiratórios anormais	115	5	4,3
Aumento frequência respiratória	115	2	1,7
Deglutição comprometida	114	3	2,6
Comprometimento da amplitude articular	111	60	54,1
Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Dto	115	34	29,6
Comprometimento da amplitude da articulação tornozelo Edo	116	37	31,9
Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Dto	115	17	14,8
Comprometimento da amplitude da articulação cotovelo Edo	116	17	14,7
Comprometimento da amplitude da articulação punho Dto	115	18	15,7
Comprometimento da amplitude da articulação punho Edo	115	16	13,9
Comprometimento da amplitude da articulação anca Dta	117	46	39,3
Comprometimento da amplitude da articulação anca Eda	116	47	40,5
Comprometimento da amplitude da articulação joelho Dto	116	53	45,7

Comprometimento da amplitude da articulação joelho Edo	116	56	48,3
Pele comprometida	115	17	14,8
Úlcera de pressão na região sagrada	6	4	66,7
Úlcera de pressão no trocanter	5	2	40,0
Feridas não tratadas / não cuidadas	114	9	7,9
Eritema da fralda	109	2	1,8
Hidratação - sinais aparentes de desidratação	116	2	1,7
Hidratação - olhos encovados	115	3	2,6
Hidratação - pele seca	115	38	33,0
Hidratação - mucosas secas	115	18	15,7
Nutrição - sinais aparentes de desnutrição	114	1	0,9
Nutrição - magreza excessiva	114	2	1,8
Nutrição - obesidade mórbida	108	8	7,4
Má condição de higiene e asseio	115	3	2,6
Higiene - odores corporais	115	2	1,7
Higiene - unhas sujas	115	5	4,3
Higiene - secreções oculares	115	1	0,9
Higiene - secreções auditivas	115	1	0,9
Higiene - sujidade corporal visível	115	1	0,9
Má higiene oral	115	21	18,3
Vestuário - má condição vestuário	115	1	0,9
Vestuário - roupa desabotoada	115	1	0,9
Vestuário - roupa inadequada à temperatura ambiente	115	1	0,9
Mental: sabe em que mês está	117	78	66,7
Mental: sabe em que terra vive	116	97	83,6
Mental: repete três palavras	116	88	75,9
Mental: faz cálculos simples	116	91	78,4
Mental: identifica objetos comuns	116	103	88,8

**Tabela 10 - Frequência das alterações da condição de saúde da pessoa dependente por item**

Em síntese, relativamente à condição de saúde da pessoa dependente, 75 (64,1%) pessoas, das 117 avaliadas neste aspeto, apresentavam sinais de rigidez articular; 43 (37,1%) pessoas, das 116 avaliadas, apresentavam sinais de desidratação; 24 (20,9%), das 115, apresentavam sinais de higiene e asseio deficientes; 21 (18,1%), das 116 avaliadas neste item, apresentavam sinais de alteração da integridade da pele; 13 (11,1%), das 117, apresentavam sinais de alteração do estado mental; 7 (6,1%) dos dependentes tinha sinais de compromisso da respiração, dos 115 avaliados neste aspeto; 3 (2,6%) apresentava sinais de vestuário desadequado, dos 115 avaliados; e 2 (1,8%), dos 114 dependentes avaliados quanto à nutrição, apresentavam sinais de desnutrição.



**Gráfico 2 – Percentagem de dependentes com sinais aparentes de alteração/défi ce na condição de saúde**

No total das 121 pessoas dependentes 24 (19,8%) não têm nenhuma alteração da sua condição de saúde. As restantes, 97 (80,2%) pessoas têm pelo menos uma alteração da sua condição de saúde, sendo que 37 (30,6%) têm uma, 33 (27,3%) têm duas, 23 (19,0%) têm três e quatro pessoas (3,3%) têm quatro alterações da condição de saúde.

### **3.4. A autoeficácia específica dos familiares cuidadores no exercício do papel**

A perceção de autoeficácia específica para o desempenho de papel, tal como já referimos, é apresentada em duas dimensões: os domínios do autocuidado e os oito principais “processos de cuidar” identificados por Schumacher e colaboradores (2000). Foi ainda efetuada uma avaliação da autoeficácia específica global.

No que diz respeito a dar banho ao seu familiar, 2,4% (n=2) dos familiares cuidadores sentem-se incompetentes, 10,6% (n=9) pouco competentes, 24,7% (n=21) medianamente competentes e 62,4% (n=53) muito competentes.

Relativamente a vestir/despir, um (1,2%) familiar cuidador sente-se incompetente, 12,3% (n=10) sentem-se pouco competentes, 25,9% (n=21) medianamente competentes e 60,5% (n=49) muito competentes.

No que se refere a alimentar, nenhum familiar cuidador se sente incompetente, 11,5% (n=7) sentem-se pouco competentes, 21,3% (n=13) medianamente competentes e 67,2% (n=41) muito competentes. Este é mesmo o único domínio em que nenhum familiar cuidador se sente incompetente para tomar conta do seu familiar.

Apenas um (1,8%) familiar cuidador sente-se incompetente face à dependência do seu familiar para usar o sanitário, 3,5% (n=2) sentem-se pouco competentes, 21,1% (n=12) medianamente competentes e 73,7% (n=42) muito competentes.

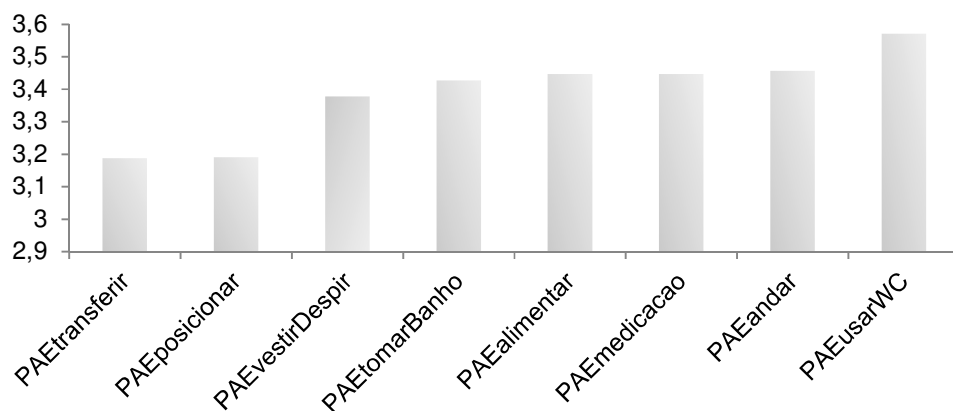
Para posicionar, um (2,5%) familiar cuidador sente-se incompetente, 12,5% (n=5) sentem-se pouco competentes, 37,5% (n=15) medianamente competentes e 47,5% (n=19) muito competentes.

Relativamente a transferir a pessoa dependente da cama para a cadeira ou vice-versa, 11,9% (n=5) dos familiares cuidadores sentem-se incompetentes, 9,5% (n=4) pouco competentes, 16,7% (n=7) medianamente competentes e 61,9% (n=26) muito competentes.

Para lidar com a dependência para andar do seu familiar, um (2,1%) familiar cuidador sente-se incompetente, 12,8% (n=6) sentem-se pouco competentes, 14,9% (n=7) medianamente competentes e 70,2% (n=33) muito competentes.

Face à dependência para tomar a medicação, um (1,6%) familiar cuidador sente-se incompetente, 6,3% (n=4) sentem-se pouco competentes, 28,1% (n=18) medianamente competentes e 64,1% (n=41) muito competentes para gerir e administrar os medicamentos.

Sabendo que a percepção de autoeficácia variava entre um e quatro, sendo um incompetente e quatro muito competente, e que nos 94 casos em que foi possível calcular a PAE a média global foi de 3,42 (DP=0,64). As médias da PAE globais por domínio do autocuidado são elevadas, como podemos verificar no gráfico seguinte.



**Gráfico 3 - Percepção de autoeficácia específica para o desempenho do papel por domínio do autocuidado**

Olhando agora a PAE pelos “processos do cuidar”, verificamos que para “Aceder”, 17% (n=16) dos prestadores de cuidados familiares se sentem pouco competentes, 20,2% (n=19) medianamente competentes e 62,8% (n=59) muito competentes. A par do “aceder”, também para “Monitorizar” não há nenhum familiar cuidador que se sinta incompetente. Para monitorizar 8,7% (n=8) dos familiares cuidadores sentem-se pouco competentes, 26,1% (n=24) medianamente competentes e 65,2% (n=60) muito competentes.

Para “Agir”, um (1,1%) familiar cuidador sente-se incompetente, 9% (n=8) sentem-se pouco competentes, 19,1% (n=17) medianamente competentes e 70,8% (n=63) muito competentes.

Face ao “Ajustar”, um (1,1%) familiar cuidador sente-se incompetente, 9,9% (n=9) sentem-se pouco competentes, 23,1% (n=21) medianamente competentes e 65,9% (n=60) muito competentes.

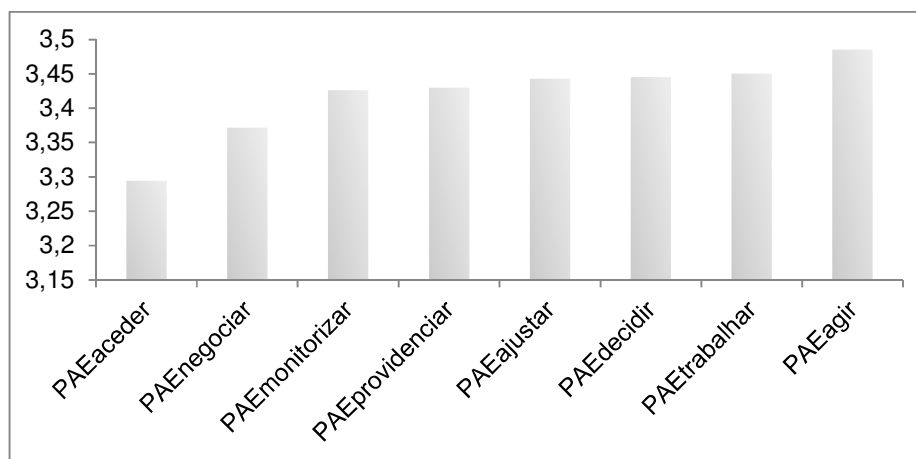
Para “Decidir”, um (1,1%) familiar cuidador sente-se incompetente, 8,8% (n=8) sentem-se pouco competentes, 22% (n=20) medianamente competentes e 68,1% (n=62) muito competentes.

Quanto ao “Negociar”, 2,6% (n=2) dos familiares cuidadores sentem-se incompetentes, 15,4% (n=12) pouco competentes, 24,4% (n=19) medianamente competentes e 57,7% (n=45) muito competentes.

Para “Providenciar”, 2,1% (n=2) dos familiares cuidadores sentem-se incompetentes, 10,6% (n=10) pouco competentes, 18,1% (n=17) medianamente competentes e 69,1% (n=65) muito competentes.

Relativamente a “Trabalhar com a pessoa dependente”, 2,2% (n=2) dos familiares cuidadores sentem-se incompetentes, 12% (n=11) pouco competentes, 16,3% (n=15) medianamente competentes e 69,6% (n=64) muito competentes.

Ao nos debruçarmos sobre as médias (gráfico 4) como fizemos para os domínios do autocuidado, verificamos que as mesmas são elevadas.



**Gráfico 4 - Percepção de autoeficácia específica para o desempenho do papel por "processos do cuidar"**

Apenas um familiar cuidador se sentiu incompetente para o exercício do seu papel, nove sentiram-se pouco competentes, 18 medianamente competentes e 66 muito competentes.

Em síntese, quando nos focamos na autoeficácia específica para o desempenho de papel de cuidador familiar, os achados mostram-nos, à imagem do que tínhamos falado na introdução, que as pessoas em geral, pelas questões relacionadas com a desejabilidade social, sentem-se muito competentes.

No entanto, este conceito, do nosso ponto de vista parece ser muito útil quando avaliamos o familiar cuidador e a preparação para o exercício de papel de tomar conta, uma vez que, quando comparamos os itens entre si (gráfico 5) verificamos que, apesar do sentimento global de muito competente, há aspetos como o aceder, negociar, no caso dos processos de cuidados (Schumacher & colaboradores, 2000) e lidar com a dependência para transferir o familiar, posicionar e vestir/despirm, no caso da dependência no autocuidado, que ficam aquém da média do score global de percepção de autoeficácia específica.

Mostrando por isso que, nestes aspetos, os familiares têm noção de que não são tão competentes quanto nos outros. Podemos deprender que nestes domínios terão mais dificuldades na prestação de cuidados, nomeadamente a posicionar a pessoa dependente na cama e a transferi-la para uma cadeira ou cadeirão, contribuindo esta dificuldade para o agravamento da dependência e o surgimento dos grandes dependentes. O assumir desta dificuldade contribui para a condição de acamado da pessoa dependente que por sua vez, leva a alterações da sua condição de saúde. Aliado a este facto, está também a dificuldade de aceder a recursos quer profissionais, quer materiais, assim como aos serviços de saúde e negociar os cuidados quer entre familiares e a pessoa dependente, quer entre a família e os profissionais de saúde e os serviços de apoio.

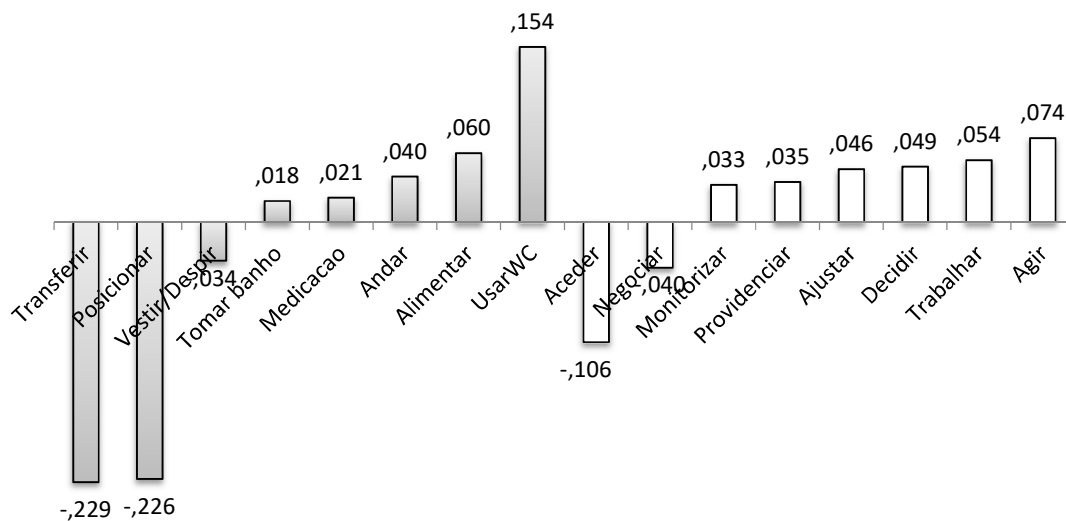


Gráfico 5 - Perceção de autoeficácia do PC por categorias, face ao score global de PAE

### 3.5. Os cuidados prestados pelos familiares cuidadores

Ao falarmos em cuidados prestados pelos familiares a uma pessoa dependente no autocuidado verificamos que normalmente há uma pessoa que se assume como cuidador principal.

Relativamente à caracterização do prestador de cuidados, das 117 famílias que integram dependentes, 100 têm pelo menos um prestador de cuidados familiar que se assume como principal e são todos de nacionalidade portuguesa.

Destes 100 FC principais, 81 (81%) são do sexo feminino e 19 (19%) são do sexo masculino. Dos 91 que foram inquiridos quanto à idade, esta varia entre 18 e 83 anos, sendo a média de 59,51 (DP=13,66).

Relativamente ao parentesco, dos 99 respondentes, 41 (41,4%) são esposa/marido, 28 (28,3%) são filha/filho, 10 (10,1%) não têm grau de parentesco, 6 (6,1%) são mãe/pai ou parentes por afinidade e 4 (4,0%) irmã/irmão ou outros.

Dos 97 respondentes quanto ao estado civil, 78 (80,4%) são casados/união de facto, 8 (8,2%) são solteiros, 7 (7,2%) são viúvos e 4 (4,1%) são divorciados.

Quanto ao nível de escolaridade, dum total de 89 respondentes, 58 (65,2%) têm o 1º ciclo do ensino básico, 11 (12,4%) não têm nenhuma escolaridade, 8 (9%) tem o 2º ciclo do ensino básico, 7 (7,9%) tem o 3º ciclo do ensino básico, 3 (3,4%) tem o ensino superior e 2 (2,2%) o ensino secundário.

Quanto ao facto de coabitarem com a pessoa dependente, 63 (77,8%) de 81 inquiridos, afirma coabitar com o dependente.

No que se refere à profissão, dos 95 respondentes, 49 (51,6%) são pensionistas/reformados, 11 (11,6%) são domésticas, 8 (8,4%) são trabalhadores não qualificados, 8 (8,4%) são prestadores de serviços/vendas, 7 (7,4%) estão desempregados, 4 (4,2%) têm outras profissões, 3 (3,2%) são administrativos, 2 (2,1%) têm profissões intelectuais/científicas, 1 (1,1%) é operário, 1 (1,1%) é agricultor e 1 (1,1%) é estudante.

Há famílias, que para tomar conta do seu familiar partilham a experiência com mais um familiar, como se verificou em 20 casos.

Relativamente ao sexo, destes familiares cuidadores secundários, 14 (70%) são do sexo feminino e 6 (30%) são do sexo masculino.

A idade varia entre 36 e 76 anos, sendo a média de 53,94 (DP=11,87). Dos 19 inquiridos quanto ao estado civil, 17 (89,5%) são casados/união de facto e 2 (10,5%) são solteiros.

Relativamente à escolaridade, dos 17 respondentes, 10 (58,8%) têm o 1º ciclo do ensino básico, 4 (23,5%) o 3º ciclo e 3 (17,6%) o 2º ciclo do ensino básico.

Quanto ao facto de coabitarem com a pessoa dependente, dos 15 inquiridos, 10 (66,7%) não coabitam e 5 (33,3%) coabitam.

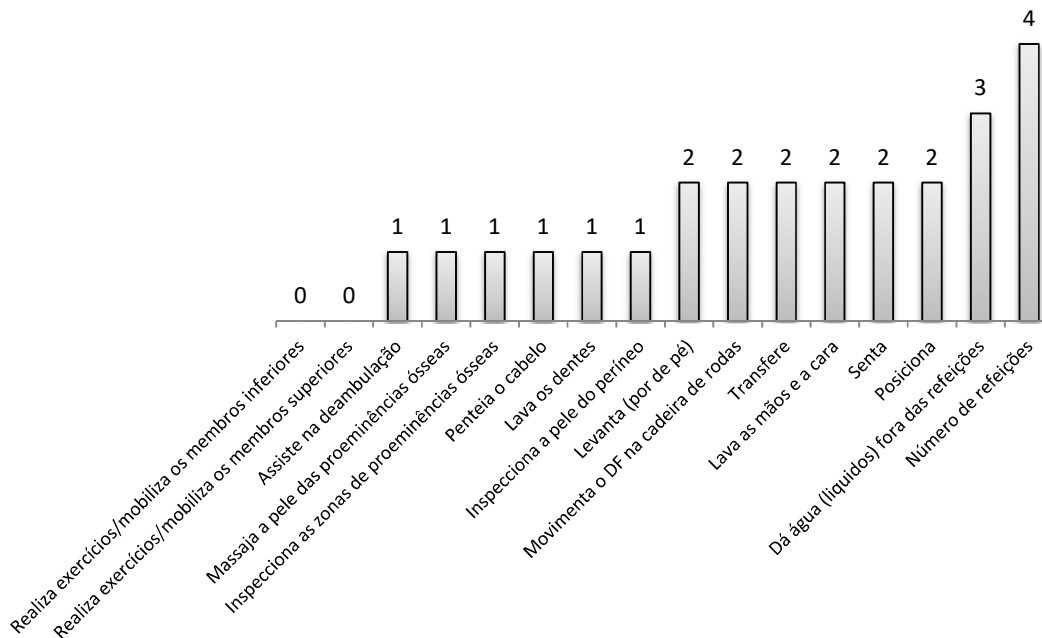
Relativamente ao parentesco com o dependente, dos 20, 10 (50%) são filhas/filhos, 3 (15%) são parentes por afinidade, 2 (10%) são mãe/pai, 2 (10%) não têm grau de parentesco e 1 (5%) é irmão/irmã, 1 (5%) esposa/marido e 1 (5%) outro parentesco.

Quanto à profissão, dos 18 respondentes, 5 (27,8%) são trabalhadores não qualificados, 5 (27,8%) são reformados/pensionistas, 3 (16,7%) são domésticas, 2 (11,1%) são desempregados, 1 (5,6%) é estudante, 1 (5,6%) é trabalhador de nível intermédio e 1 (5,6%) é prestador de serviços/vendas.

Gostaríamos de salientar que há 17 famílias que não têm FC, quem presta os cuidados à pessoa dependente são empregadas domésticas contratadas para o efeito. Esta é uma realidade com que nos deparamos. Apesar de ainda ser uma minoria, os enfermeiros têm que estar preparados para esta realidade também. Fica a reflexão, quando nas famílias não existe ninguém disponível para tomar conta dos seus familiares dependentes, quem deverá assegurar os cuidados? Um profissional? Uma empregada doméstica? Será esta empregada doméstica entendida como FC e terão os enfermeiros de preparar estes “novos” familiares cuidadores?

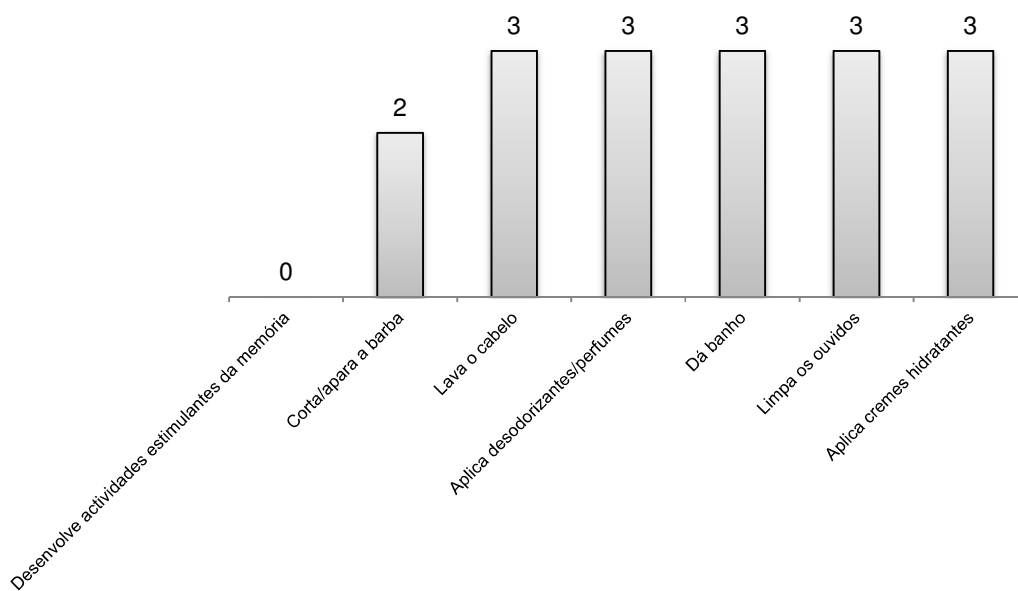
Os cuidados que os dependentes necessitam e que são assegurados pelos familiares cuidadores são vários. No sentido de simplificar a apresentação dos mesmos, apresentamos aqui a síntese da frequência dos cuidados diários (gráfico 6), semanais (gráfico 7) e mensais.

Relativamente aos cuidados prestados diariamente, verificamos que o que se verifica com maior frequência é dar as refeições ao dependente, que acontece quatro vezes por dia. Segue-se o cuidado prestado pelo familiar cuidador três vezes por dia, que é oferecer água fora das refeições. Posicionar, sentar o dependente na cama ou cadeira, lavar-lhe as mãos e a cara, transferir, movimentar na cadeira de rodas, levantar o familiar são cuidados prestados duas vezes por dia. Uma vez ao dia executam cuidados, tais como, inspecionar a pele do períneo, lavar os dentes, pentear o cabelo, inspecionar as proeminências ósseas e assistir a andar. A realização de exercícios de mobilização dos membros e articulações não são cuidados realizados pelos familiares cuidadores.



**Gráfico 6 - Frequência dos cuidados diários prestados pelo FC ao dependente**

No que se refere aos cuidados semanais, os familiares dão banho, aplicam creme hidratante, lavam o cabelo ao familiar, aplicam desodorizante/perfume e limpam os ouvidos à pessoa dependente três vezes por semana. Cortar ou aparar a barba fazem-no 2 vezes por semana e nunca desenvolvem atividades estimulantes da memória.



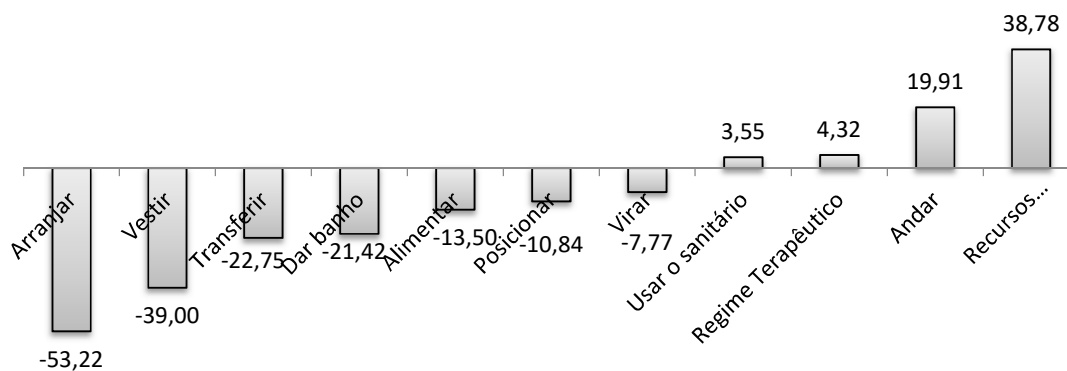
**Gráfico 7 - Frequência dos cuidados semanais prestados pelo FC ao dependente**

Aplicar maquilhagem não é um cuidado realizado pelos FC, já arranjar as unhas ao familiar fazem-no 2 vezes por mês e levam o dependente a passear/sair de casa na cadeira de rodas 7 vezes por mês.

Relativamente ao incentivo, varia entre 1 e 3 e a média é 2,19 (DP=0,56). Estes dados revelam que os familiares cuidadores optam por cuidados de incentivo em vez de uma elevada intensidade de cuidados que nos poderia sugerir que substituem a pessoa dependente. Por outro lado, leva-nos a crer que os cuidadores tentam promover a autonomia da pessoa dependente incentivando-a.

### **3.6. Os recursos utilizados**

A taxa de utilização dos recursos é baixa. Pareceu-nos importante, em função disto, comparar as médias de utilização em função da média global de utilização (Média=53,22), para em termos comparativos percebermos quais os recursos menos e mais utilizados (gráfico 9). Os recursos para usar o sanitário, regime terapêutico, andar e recursos complementares têm taxas de utilização superiores à média global, todos os outros ficam aquém da média global de utilização. Os recursos que ajudam os dependentes e familiares cuidadores na maioria dos domínios do autocuidado, naqueles que a exigência física é maior, por exemplo posicionar, tomar banho, vestir/despir, são precisamente aqueles que têm taxas menores. Relativamente ao arranjar-se, percebe-se que tudo aquilo que passa pelas necessidades básicas, como assegurar o dar de comer ou dar banho, são cuidados menos frequentes e como tal os equipamentos que ajudam neste tipo de cuidados são os menos utilizados. Os recursos complementares, como o telemóvel, são hoje amplamente utilizados como tal surge como o tipo de dispositivo mais utilizado. Assim como os equipamentos para andar, tais como bengalas.



**Gráfico 8 - Taxa de utilização de equipamentos considerados necessários por domínios do autocuidado, face à taxa global**

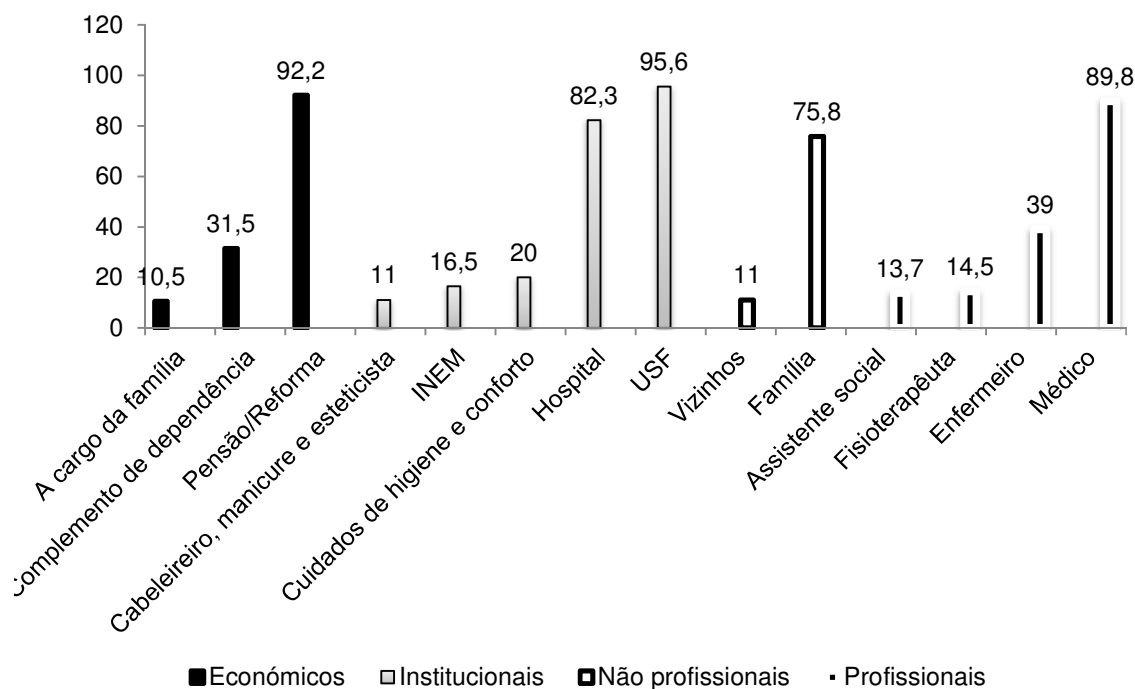
Na tentativa de justificar o motivo para a não utilização dos recursos necessários, as famílias apontam como principal razão os fatores económicos. Segue-se o não desejar o equipamento, mas que na nossa perspetiva está relacionada com, por um lado o desconhecimento da existência do próprio recurso e, por outro lado, pelo facto das pessoas estarem habituadas a prestar cuidados de uma determinada forma e manterem essa prestação, sendo pouco permeáveis a novas perspetivas e recursos. Desconhecer a forma de funcionamento e de aceder ao recurso são, outras razões para a não utilização e por fim surgem as limitações da residência.

Quando falamos em recursos profissionais, não profissionais, económicos e institucionais utilizados pelas famílias optamos por apresentar aqueles que são utilizados por mais de 10% das famílias, pois os restantes não tinham expressão neste contexto. Quando nos debruçamos sobre os recursos económicos, a esmagadora maioria (92,2%) dos dependentes e famílias vivem com a sua pensão/reforma e alguns acumulam com o complemento de dependência, que é um recurso utilizado por 31,5% dos dependentes. Já a cargo da família estão 10,5% das pessoas em situação de dependência.

Relativamente aos recursos institucionais, verificamos que 95,6% das famílias recorre, quando necessário às Unidades de Saúde Familiar, sendo o médico o recurso profissional a que mais recorrem (89,8% dos casos). Ao hospital, recorrem 82,3%, 20% são beneficiários de cuidados de higiene e conforto no domicílio, 16,5% recorre ao INEM e 11% procura serviços de cabeleireiro, manicura e esteticista. Já referimos que o médico é o profissional que se destaca quando estas famílias precisam, seguindo-se o enfermeiro

39% dos casos, o fisioterapeuta em 14,5%. Ao assistente social recorrem 13,7% das famílias.

Quanto aos recursos não profissionais a família é o recurso mais utilizado em 75,8% dos casos, e 11% recorrem aos vizinhos.



**Gráfico 9 - Percentagem de recursos - Económicos, Institucionais, Não profissionais e Profissionais, utilizados por mais de 10% das famílias.**

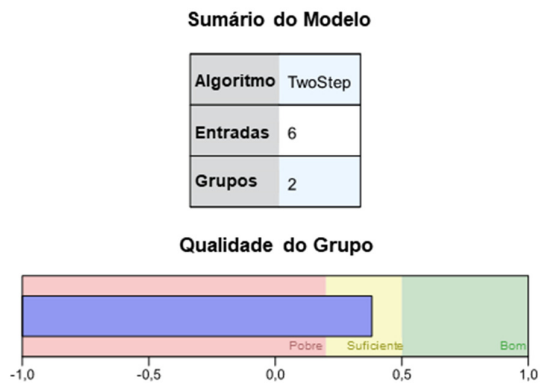
De referir que destes dependentes identificados no estudo de base populacional, apenas dois já integravam uma ECCI do concelho.

### 3.7. Dois casos padrão

A decisão de integrar na família uma pessoa dependente no autocuidado mudará a família e os seus elementos, mas sobretudo terá implicações para a pessoa dependente e para o familiar cuidador. Esta díade nunca mais pode ser vista em separado, pois por um lado, os cuidados prestados afetam a condição de saúde, os próprios níveis de dependência, e por outro lado, a dependência e suas consequências interferem na autoeficácia para o desempenho de papel de familiar cuidador, no perfil de cuidados prestados e na saúde do cuidador.

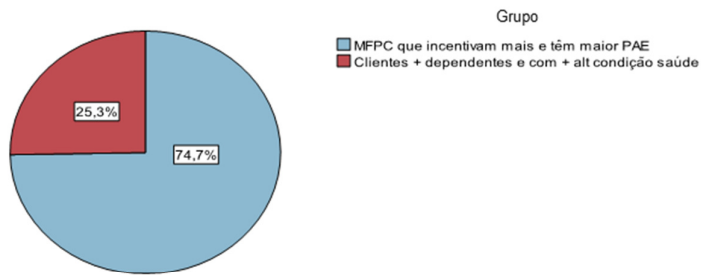
Estas transições, tanto a familiar como a que cada elemento experiencia individualmente têm múltiplas perspectivas e são complexas. Por forma a ter uma visão global da complexidade da situação tivemos em atenção as seis variáveis centrais: a dependência, a condição de saúde da pessoa dependente, o incentivo, a intensidade dos cuidados prestados pelo familiar cuidador, a autoeficácia específica e a taxa de utilização dos recursos considerados necessários à prestação de cuidados; e a relação entre elas. Na tentativa de se encontrarem padrões, e também de conseguirmos compreender e explicar o fenómeno das famílias clássicas que integram pessoas dependentes no autocuidado, e quem são os potenciais clientes das ECCI, recorreu-se a uma técnica exploratória de análise multivariada, *Two-Steps Clusters* que origina agrupamentos naturais de conjuntos homogêneos de sujeitos/variáveis (*clusters*).

Foram identificados, com base nas seis variáveis, dois agrupamentos com um perfil de coesão e separação de “aceitável” (*fair*) (0,4) próximo do 0,5 (ou seja, Bom) (figura 2). Este valor indica que, em média, os casos de cada um dos clusters têm uma localização relativamente próxima dos respetivos centros, o que significa que há homogeneidade intra-grupos e que é baixa a heterogeneidade entre grupos.



**Figura 3 - Perfil de coesão e separação dos agrupamentos**

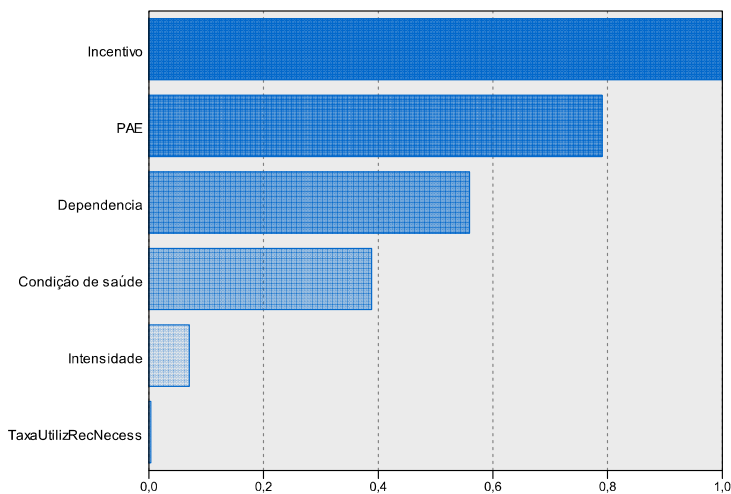
Os 91 casos foram divididos em dois grupos (Figura 3), o maior com 68 casos (74,7%) que denominamos “Os familiares cuidadores que incentivam mais e têm maior perceção de autoeficácia”, e o menor “Clientes mais dependentes e com mais alterações na condição de saúde” que tem 23 casos (25,3). O rácio do maior para o menor é de 2,96.



Tamanho do Grupo Menor	23 (25,3%)
Tamanho do Grupo Maior	68 (74,7%)
Rácio dos tamanhos: Grupo Maior para o Grupo Menor	2,96

**Figura 4 - Dimensão dos agrupamentos**

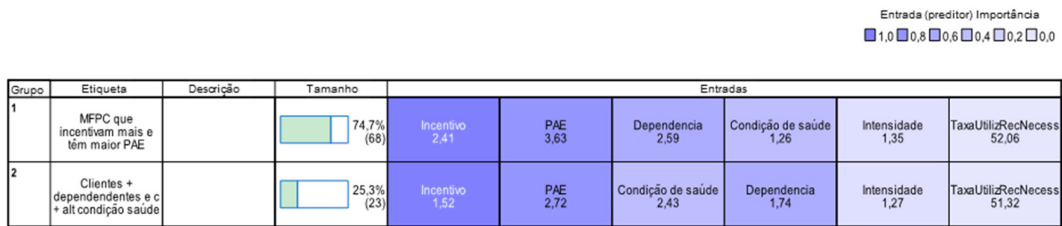
O principal preditor do modelo (figura 4) é a variável Incentivo (1,0) seguindo-se a PAE (0,79), a Dependência (0,56) e a Condição de Saúde (0,39). Tanto a variável Intensidade (0,07), como a Taxa de Utilização dos Recursos considerados Necessários (0) têm uma importância residual ou nula, respetivamente.



**Figura 5 - Importância dos preditores do processo de agrupamento**

No entanto, quando olhamos para a importância dos preditores dentro de cada grupo (figura 5), e não fazendo referência nem à intensidade nem à taxa de utilização de recursos, devido à sua nula ou quase nula importância, percebemos que no cluster dois, o cluster menor, a condição de saúde surge primeiro que a dependência, isto porque o valor atribuído à dependência é tanto menor quanto mais dependente for a pessoa (valor varia

entre um e quatro, sendo o um totalmente dependente e o quatro independente). Ou seja, no agrupamento dois estão os casos das pessoas mais dependentes e com mais alterações da condição de saúde, e os FC que incentivam menos e têm uma menor percepção de autoeficácia. No agrupamento um, o maior, estão os casos em que os FC incentivam mais, têm maior percepção de autoeficácia, os clientes são menos dependentes e têm menos alterações da condição de saúde.



**Figura 6 - Importância dos preditores por agrupamento**

Ainda na comparação entre clusters (figura 6), verificamos que o cluster dois, em três preditores com relevância, a mediana está abaixo do percentil 25 dos valores globais. E, por outro lado, as medianas no cluster um nas mesmas variáveis estão entre a mediana e o percentil 75 dos valores globais, o que demarca a diferença dos casos que compõem cada cluster. Acentua também que o agrupamento “Clientes mais dependentes e com mais alterações da condição de saúde” têm de facto uma mediana relativa à Dependência de 1,6 e na da Condição de Saúde de 2,01, quanto ao Incentivo a mediana é 1,5 e relativamente à PAE de 2,72, portanto, baixas relativamente ao global e tradutoras de “piores valores” em todas as variáveis.

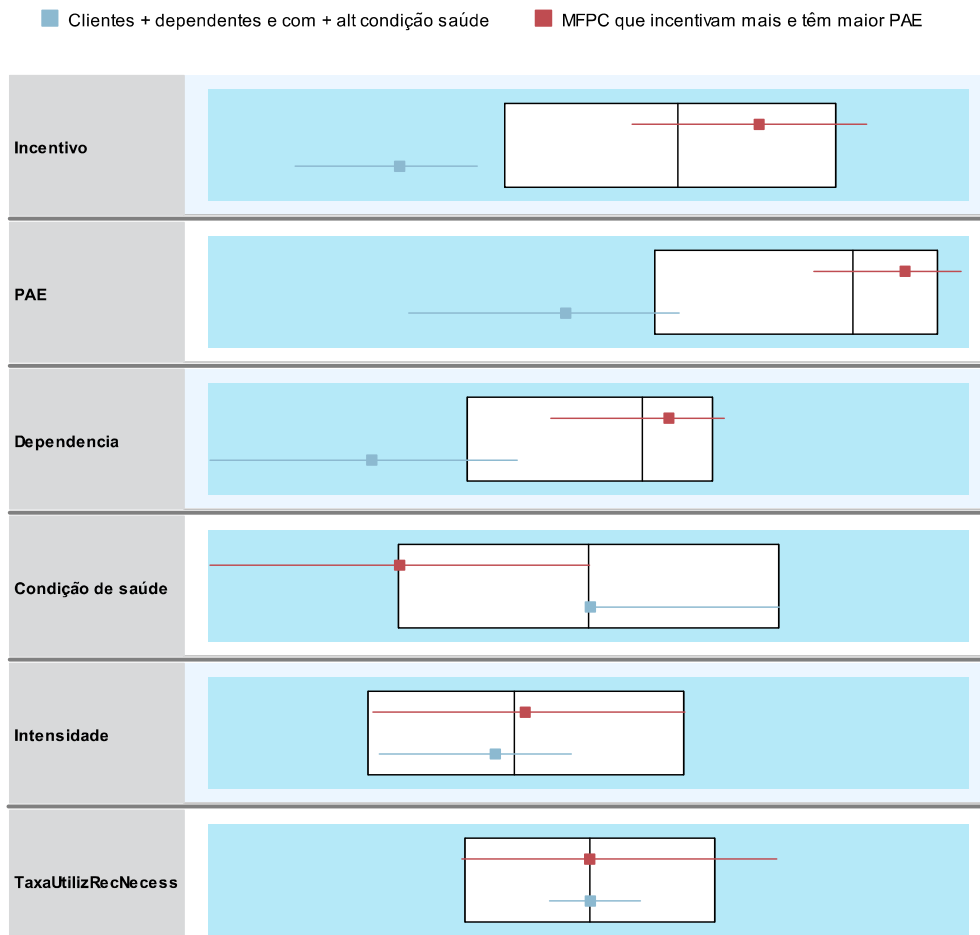


Figura 7 - Comparação entre clusters

Tendo como objetivo a definição de modelos padrão, aprofundámos a análise *TwoStep Cluster*, com o intuito de prever o comportamento individual de uma variável com base nas relações lineares que se estabelecem entre essa variável e as demais variáveis centrais, como tal recorremos a modelos lineares - *Automatic Linear Modeling*.

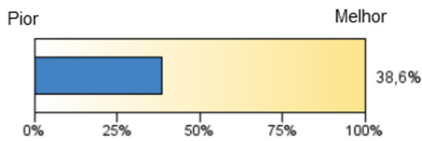
Para a definição do modelo, foi considerada como variável alvo, o Incentivo por ser a que apresentava maior valor preditivo (1,0) na construção do modelo *TwoStep*. Assim, foram consideradas como *inputs* (variáveis independentes) todas as restantes variáveis com exceção da Taxa de utilização de recursos por ser nulo o seu valor preditivo. Utilizou-se o método de regressão forward stepwise (von Storch & Zwiers, 2003).

Como verificamos na figura seguinte (figura 8), o modelo linear preditivo que tem por alvo a variável Incentivo relacionando-a com as outras quatro variáveis centrais (PAE, Dependência, Condição de Saúde e Intensidade), tem uma precisão (R2 ajustado) de

0,386, o que é aceitável, e um AICc de -158,105 (usada para comparar modelos, quanto mais baixo o valor, melhor).

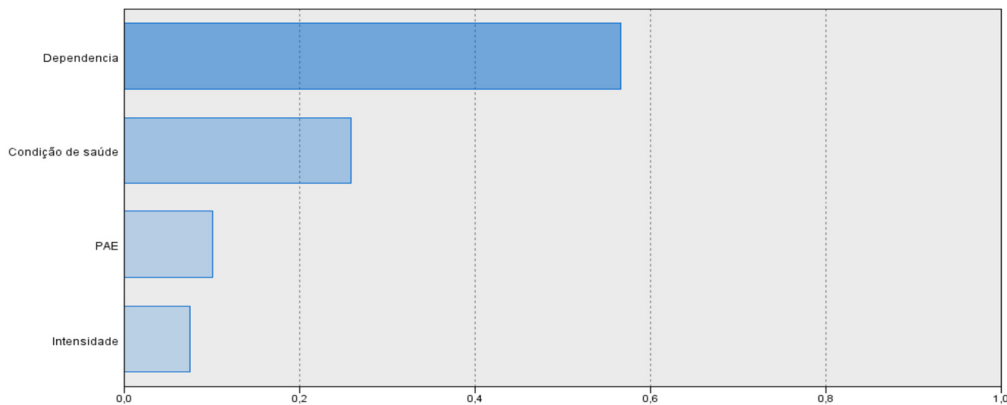
Objetivo	Incentivo
Preparação dos dados automáticos	ok
Modelo de seleção	Análise de regressão
Crítérios de Informação	-158,105

O critério de informação é usado para comparar modelos. Modelos com valores menores de critério de informação são mais adequados.



**Figura 8 - Sumário e precisão do modelo**

Relativamente aos preditores do modelo (figura 8), a Dependência (0,57) é claramente a que melhor prediz os cuidados de incentivo, seguindo-se a Condição de saúde (0,26). Já as variáveis PAE (0,10) e a Intensidade (0,08) têm uma importância residual.



**Figura 9 - Preditores dos cuidados de Incentivo**

De acordo com a figura 10, para a definição do modelo global há diferenças significativas ao nível da dependência em função das variáveis usadas na construção do modelo,  $F(4)=16,85$ ,  $p<0,001$ . Individualmente, os preditores são significativos ( $p\leq 0,001$  para a “Dependência” e a “Condição de saúde”,  $p=0,032$  para a “PAE”, com exceção da “intensidade” com  $p\geq 0,005$ ).

Fonte	Soma de Quadrados	df	Média de Quadrados	F	Sig.	Importância
Modelo Corrigido ▼	13,553	4	3,388	16,848	,000	
Dependência_transformado	5,355	1	5,355	26,630	,000	0,566
CondSaude_transformado	2,444	1	2,444	12,154	,001	0,258
PAE_transformado	0,948	1	0,948	4,714	,032	0,100
Intensidade_transformado	0,710	1	0,710	3,529	,063	0,075
Residual	19,507	97	0,201			
Total Corrigido	33,059	101				

**Figura 10 - Efeito nos cuidados de incentivo**

Na relação de cada um dos parâmetros com o modelo de cuidados de incentivo, há dois coeficientes positivos: a Dependência (0,34) e a PAE (0,17); e um negativo: a Condição de saúde (-0,14).

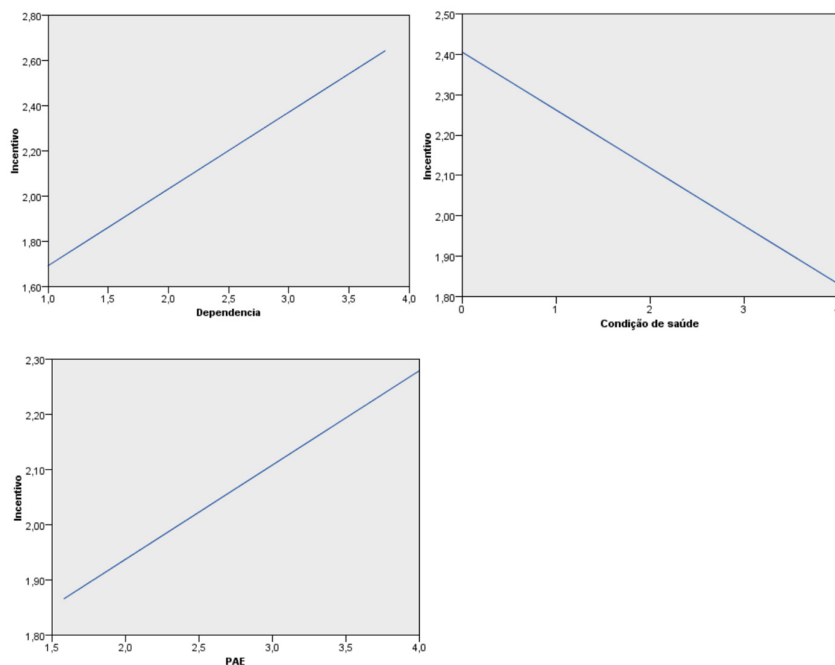
Termo do Modelo	Coeficiente ▼	Erro Padrão	t	Sig.	95% Intervalo de Confiança		Importância
					Menor	Maior	
Interceção	0,432	0,423	1,022	,310	-0,407	1,271	
Dependência_transformado	0,339	0,066	5,160	,000	0,209	0,470	0,566
CondSaude_transformado	-0,143	0,041	-3,486	,001	-0,225	-0,062	0,258
PAE_transformado	0,171	0,079	2,171	,032	0,015	0,327	0,100
Intensidade_transformado	0,433	0,230	1,879	,063	-0,024	0,890	0,075

**Figura 11 - Coeficiente dos cuidados de Incentivo**

Como podemos verificar nos gráficos seguintes apresentados na figura 12, quanto mais alto o valor da dependência, por isso mais independente, maior o valor dos cuidados de incentivo. Este facto, destaca o papel das medidas de promoção de autonomia que o FC desenvolve no sentido de maximizar as capacidades que o dependente tem, para o manter o mais independente possível ou até diminuir a sua dependência. O incentivo para que a pessoa faça aquilo que ainda consegue fazer e até um pouco mais, parece ter resultado na estabilização ou redução do nível de dependência. Neste sentido é importante preparar os familiares cuidadores para esta realidade e dar-lhes ferramentas para que possam agir de acordo com estes cuidados de incentivo.

Verificamos também que a redução do incentivo está relacionada com o aumento das alterações da condição de saúde, que pode sugerir que se a pessoa dependente tem alterações como rigidez articular, úlceras de pressão, torna-se difícil incentivá-la a realizar determinadas tarefas.

Por sua vez, o aumento dos cuidados de incentivo está relacionado com o aumento da PAE, os FC sentem-se com mais competência para este tipo de cuidados e isso reflete-se na PAE global. Sentem que é mais fácil incentivar o dependente a fazer alguma atividade de autocuidado, do que agir por ele.



**Figura 12 - Estimativa dos cuidados de incentivo face à variação do nível de dependência, da condição de saúde e da PAE para o desempenho do papel**

De seguida apresentaremos as associações com significado estatístico entre os dois casos padrão do modelo “Os familiares cuidadores que incentivam mais e têm maior perceção de autoeficácia” e “Clientes mais dependentes e com mais alterações na condição de saúde” com outras variáveis, por forma a caracterizar melhor os casos pertencentes a cada um dos agrupamentos.

### 3.7.1. Clientes mais dependentes e com mais alterações na condição de saúde

Como tínhamos já visto na comparação entre clusters, o agrupamento *clientes mais dependentes e com mais alterações na condição de saúde*, apresentava para a variável

Dependência uma mediana 1,6 muito próximo de 1 que é a máxima dependência, logo seria de esperar que existisse uma associação significativa, como se veio a verificar ( $\chi^2(1)=6,11$ ;  $p=0,013$ ), entre os *clientes mais dependentes e com mais alterações na condição de saúde* e a dependência para: levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se. Dos 23 casos que constituem este agrupamento, 73,9% (n=17) são grandes dependentes, estão numa condição de “acamados” e apenas 6 não estão.

Relativamente à condição de saúde, há também uma associação significativa entre este agrupamento e a presença de sinais de rigidez articular ( $\chi^2(1)=8,118$ ;  $p=0,004$ ), sendo que 82,6% (n=19) dos casos apresenta esta alteração. Também foram encontradas associações significativas com a presença de condições de higiene e asseio deficientes ( $\chi^2(1)=6,338$ ;  $p=0,012$ ), e com a presença de alterações do estado mental ( $\chi^2(1)=6,229$ ;  $p=0,013$ ). Dos casos que constituem este cluster, 36,4% (n=8) têm presença de sinais de condição de higiene e asseio deficiente e 30,4% (n=7) têm presença de sinais de alteração do estado mental.

No que se refere à associação com a utilização de recursos, encontramos significado estatístico com a utilização dos recursos linha de saúde 24 ( $\chi^2(1)=8,63$ ;  $p=0,003$ ), sendo que a maioria 86,4% (n=19) não o utiliza. Relativamente à utilização dos cuidados de higiene e conforto ( $\chi^2(1)=23,979$ ;  $p\leq 0,001$ ), 60,9% (n=14) utiliza e 39,1% (n=9) recorrem à assistente social ( $\chi^2(1)=15,235$ ;  $p\leq 0,001$ ).

Verificamos também que há associação estatisticamente significativa entre os *clientes mais dependentes e com mais alterações na condição de saúde* e alguns cuidados prestados, nomeadamente assiste a andar por dia ( $\chi^2(1)=7,012$ ;  $p=0,008$ ), dá água fora das refeições por dia ( $\chi^2(1)=4,307$ ;  $p=0,038$ ) e lava o cabelo por semana ( $\chi^2(1)=7,118$ ;  $p=0,008$ ). Relativamente a assistir no andar, também como seria de esperar, uma vez que estes clientes são os mais dependentes, apenas um caso é que assiste mais do que uma vez por dia. Quanto ao FC dar água fora das refeições, apenas quatro (19%) dão mais do que 3 vezes por dia. E dois (8,7%) dependentes lavam o cabelo mais do que três vezes por semana. Estes achados vão de encontro ao atrás descrito relativamente à baixa intensidade de cuidados.

### 3.7.2. Os Familiares cuidadores que incentivam mais e têm maior percepção de autoeficácia

Em função da condição global de saúde do familiar dependente, o familiar cuidador toma conta tendo em consideração, por um lado o desenvolvimento de ações tendentes a substituir/ fazer pelo dependente – intensidade de cuidados, ou por outro a maximizar as capacidades e o potencial que tem para realizar sozinho o autocuidado – cuidados de incentivo. Face ao papel que desempenham os FC têm uma percepção de autoeficácia específica elevada como já referido anteriormente.

Também neste agrupamento encontramos as mesmas associações significativas com a dependência para levantar-se ou posicionar-se ou transferir-se, com a presença de sinais aparentes de rigidez articular, condições de higiene e asseio deficiente, alteração do estado mental; com a utilização dos recursos linha de saúde 24, cuidados de higiene e conforto e assistente social; e por fim com os aspetos dos cuidados, tais como assiste na deambulação por dia, dá água fora das refeições por dia e lava o cabelo por semana.

No agrupamento *os familiares cuidadores que incentivam mais e têm maior percepção de autoeficácia* 44,1% (n=30) dos dependentes são “acamados”, 48,5% (n=32) têm presença de sinais aparentes de rigidez articular, apenas 12,3% (n=8) têm presença de sinais de condição de higiene e asseio deficiente e somente 9,1% (n=6) têm presença de sinais aparentes de alteração do estado mental.

Quanto à utilização de recursos, nenhum utiliza a linha de saúde 24, a maioria 90,2% (n=55) não utiliza os cuidados de higiene e conforto e 94% (n=63) não utiliza a assistente social.

Relativamente aos cuidados 51,2% (n=21) assiste no andar até uma vez por dia e 48,8% (n=20) mais do que uma vez por dia; 54,9% (n=28) dá água fora das refeições até três vezes por dia e 45,1% (n=23) mais do que três vezes por dia; 61,3% (n=38) lava o cabelo até três vezes por semana e 38,7% (n=24) mais do que três vezes por semana.

### **3.8. Seleção de casos – Da dependência à exclusão**

Sentimos necessidade de conhecer com profundidade as experiências de transição vividas por famílias que nos pareceram singulares no decorrer do inquérito populacional. Ou porque estavam a chegar a casa no momento em que batemos à porta e tinham ficado

dependentes pela primeira vez nessa altura, ou porque manifestavam vontade de explicar melhor a vivência de todo o processo de transição. Deste modo, foram selecionados 15 casos de famílias que tinham pelo menos um dependente a cargo, e que aceitaram participar numa entrevista não estruturada, centrada na sua experiência de transição tanto para a dependência como para a prestação de cuidados a um familiar, visando compreender as dificuldades, os significados e o suporte percebido, bem como outras dimensões da própria experiência de transição (Anexo 3).

Na transição familiar de tomar conta de um dependente em casa, emergiram, da análise dos dados, dos 15 casos selecionados, três áreas: a pessoa dependente, o familiar cuidador e o suporte.

A experiência de transição acontece ao longo do tempo, tanto para a pessoa dependente, como para o familiar cuidador e a necessidade de suporte varia ao longo desse tempo. Tem um início marcado, por exemplo uma cirurgia, uma doença súbita, um acidente ou de forma gradual instala-se a dependência e os familiares vão tomando conta.

A pessoa em situação de dependência tem **necessidades básicas** “mudar a roupa” (C11), as quais precisam de **cuidados complexos** centrados na **consciencialização** das mudanças e diferenças “*O que eu fui e como estou*” (C11), *Ainda não percebeu...*”, “*Está um pouco perdido!*” (C9), nomeadamente quando a experiência é recente; na **prevenção de complicações** “*Vai a enfermeira do Centro de saúde fazer o tratamento à UP*” (C4), “*padrão espástico*” (C9), “*anquiloze*” (C12), como prevenir a rigidez articular, úlceras de pressão e outras complicações associadas à imobilidade; e necessita de cuidados **promotores da autonomia** “*Não está a recuperar como esperava*” C9. Estes cuidados requerem a ajuda profissional. Não são cuidados que se podem delegar em profissionais menos especializados e nem nos familiares cuidadores. Os dados do estudo de base populacional mostram, a título de exemplo, que 64,1% dos dependentes tem sinais de rigidez articular, estes cuidados centrados na mobilidade devem ser executados por enfermeiros e não deixar como tarefa para os familiares cuidadores. Sabemos também, que os enfermeiros de cuidados gerais têm como competências a reabilitação e que este tipo de cuidados, por exemplo de prevenção de rigidez articular, ou de ensinar a andar com um auxiliar de marcha, são aspetos lecionados nos cursos de licenciatura em enfermagem das escolas do país. Brito (2012) mostra que dos 250 dependentes que

tiveram alta em 2007 e que tinham dependência no autocuidado, 6 meses após a alta 42,4% mantinham-na, sendo que o destino após a alta destes dependentes foi o domicílio, ficando a família encarregue de prestar cuidados. Apesar de os dependentes manterem a dependência outros aspetos devem ser considerados. Olhar para a gestão do regime terapêutico de forma mais profissionalizada e mais uma vez, não delegar nos FC ou profissionais menos qualificados este aspeto. Até porque, Bastos (2012) revela que o número de reinternamentos associados a dificuldades de gestão do regime terapêutico é elevado. Neste sentido, estas áreas do core da enfermagem devem ser profissionalizadas.

A dependência leva ao **isolamento** “*idosa vive sozinha*” (C10), “*vive sozinha*” (C6), “*ninguém sabe o que se passa dentro de portas*” (C7), “*dois idosos sozinhos*” (C4), pois a maior parte das pessoas vê-se na condição de **acamado** “*passa a maior parte do tempo na cama*” (C4), “*gastamos muito dinheiro nesta cadeira tipo cadeirão, 2000 e tal euros,...o problema é que não conseguimos passa-lo da cama para a cadeira e vice-versa*” (C11), “*passa todo o tempo na cama*” (C13), “*ficou na cama*” (C15), pelas dificuldades que tem em realizar as suas atividades do dia-a-dia, pela falta de suporte e por incapacidade do familiar cuidador para os realizar, como por exemplo transferir. Pois apesar das necessidades serem básicas, os cuidados são complexos e exigentes. Aspetos que exploraremos mais à frente. O dependente confrontado com as suas limitações, precisando de cuidados e estando acamado **sente-se só, sente-se excluído e triste** (C3, C6, C7, C10, C13). A tristeza surge muitas vezes associada ao facto do dependente, sendo uma pessoa dinâmica, com as mudanças que ocorrem não conseguir fazer coisas simples, e a família tenta fazer por ele e após a tentativa também não conseguem e por isso sentem-se tristes. O facto de estarem “acamados” impede aspetos simples da relação familiar, como por exemplo fazer as refeições em conjunto com a restante família, o que leva as pessoas a sentirem-se sós, mas também excluídas tanto da vida familiar como da social, pois não saem de casa. Estes significados atribuídos à experiência de ficar dependente alimentam o isolamento, que contribui para a exclusão.

Por seu lado, o familiar cuidador vê-se confrontado com uma situação para a qual lhe falta preparação e tem **interferências com o dia-a-dia**. Relativamente à falta de **preparação** “*não sabia como fazer as coisas, os cuidados, onde procurar ajuda*” (C1), “*a filha tinha tentado e não tinha conseguido (mudar a roupa)*” (C11), as pessoas relatam que **aprendem sozinhas** “*tive que aprender tudo sozinho*” (C14), por tentativa e erro,

também já constatado por Campos (2008), Bastos (2012) e Brito (2012). O pouco que foram preparadas, relaciona-se com aspetos concretos de tarefas que têm que desenvolver, pouco enquadradas com a realidade do domicílio e pouco acompanhadas ao longo do tempo, no entanto desenvolvem uma **elevada percepção de autoeficácia** no desempenho do papel *“apoio para banho (...) pensa ser suficiente”* (C4), que na nossa perspectiva pode ser explicada por esta limitada visão dos cuidados, a redução a pontuais tarefas instrumentais, e por vezes, pela falta de consciencialização dos cuidados que o dependente necessita. O facto do dependente **ter necessidades básicas** que exigem **cuidados complexos** no sentido de promover a consciencialização, a autonomia, a prevenção de complicações, bem como a condição de “acamado”, associada à falta de preparação da família para tomar conta, leva os familiares cuidadores a **procurar recursos** *“Procuraram recursos”* (C1), *“apoio domiciliário”* (C4), *“arranjaram centro social (...) tentaram arranjar alguém para transferir”* (C11), *“chamo uma vizinha”* (C14). Esta procura centra-se nas suas redes de amigos e conhecimento que estas têm dos recursos existentes e também na procura de profissionais de saúde. Os cuidados que o dependente precisa e a falta de preparação dos familiares cuidadores influenciam a **interferência no dia-a-dia** *“mudaram de casa”* (C15), *“não saio de casa (...) não faço férias”* (C7). Por um lado, as novas estruturas familiares e novas formas de conjugalidade com cada vez menos pessoas a coabitarem, por outro lado, a falta de condições de trabalho que levam os mais novos a trabalhar longe de casa, ou quando perto, a dedicar muitas horas ao trabalho, leva à **falta de rede familiar de apoio** *“filha trabalha e mora longe”* (C11), *“irmã é casada e não vive com eles”* (C12), implicando que a pessoa que se assume como familiar cuidador fique com **sobrecarga de tarefas** *“muita coisa mesmo”* (C11), que por sua vez, leva à **alteração da dinâmica familiar** *“mudaram de casa”* (C15) *“quero estar com o marido, dar-lhe apoio e não posso”* (C7) e ao **desespero** *“apresento-me...e desata a chorar, sem parar”, “ninguém sabe o que se passa dentro de portas”* (C7), *“a família está desesperada”* (C11), *“como é que isto pode ser?”* (C12). Por um lado, o dependente com as suas necessidades e isolamento, por outro, o familiar cuidador com a falta de preparação e interferência com o dia-a-dia levam à exclusão da família que entra assim numa situação de especial vulnerabilidade.

Esta explicação da transição familiar, embora similar ao já conhecido, até no percurso de mestrado (Campos, 2008), é importante para conhecer os potenciais clientes das Equipas de Cuidados Continuados Integrados e perceber que se mantêm as mesmas necessidades,

apesar de à data da recolha de dados (2010) já estar implementada no terreno a rede nacional de cuidados continuados integrados. Relativamente ao **suporte**, que a família procura e necessita, os **recursos** são de **difícil acesso** “*só arranjam apoio domiciliário noutro concelho*” (C1) e (C11), tem que se ter um conhecimento profundo do sistema, e por isso revela a falta de equidade aos mesmos, até porque as vagas são limitadas e quem acedeu primeiro e preencheu a vaga tem direito, quem necessita depois, pode já não ter vaga. Bem como, os serviços prestados por IPSS ou outras entidades ao abrigo da segurança social, podem ter disponíveis recursos noutro concelho que não o da residência. Coloca-se aqui um dilema ético, “as pessoas que ficam dependentes primeiro” e os que residem “numa determinada área geográfica”, têm acesso e os outros não. Nota-se uma certa injustiça social relativa, por um lado os recursos são distribuídos ou oferecidos por ordem de sucessão e não pela avaliação das necessidades e também por área geográfica.

Se a família tenta contratar os cuidados que precisa a privados, estes são muito **dispendiosos** “*é muito caro*” (C6), “*tentaram arranjar alguém para o transferir de manhã e a meio da tarde e não conseguiram, a única resposta foi de uma clínica que cobrava 30 euros por dia*” (C11) e como tal a família não pode aceder ou se acede não pode manter por muito tempo. A forma de aceder aos recursos, está por isso dificultada e agravada pelo facto dos **profissionais desconhecerem** “*...se fosse em Espanha estes equipamentos eram gratuitos...esteve cá ontem a assistente social da ECCI e não me disse nada, não sabia dizer nada, nem as enfermeiras*” (C11) os recursos da comunidade, não se constituem como uma ajuda a estas famílias. As famílias entrevistadas que integravam as ECCI em 2010 reportaram que este recurso é” mais **do mesmo**” (também ilustrada com a unidade de registo anterior), “*Enfermeira diz que não têm recursos, que não é bem esse o objetivo (transferência da cama para a cadeira e vice-versa) que tem que ser a família*” (C11), não sendo significativo em tudo o que necessitam, mas só para alguns aspetos que já a equipa de saúde familiar dava resposta, por exemplo tratamento às úlceras de pressão.

Emerge dos dados a **falta de integração**, por um lado estes casos, que necessitavam de cuidados de enfermagem de forma intensa e regular, eram **desconhecidos do centro de saúde** (apenas 3 tinham recebido visita do centro de saúde por motivos de tratamento de ferida e um estava integrado em ECCI), mas a maioria deles tinha tido um internamento hospitalar. É como se o hospital tivesse um muro, em que saindo daquelas paredes deixa

de se estar no sistema. Os que eram conhecidos, seja do centro de saúde ou do hospital, mesmo com critérios para integrar unidades da rede de cuidados continuados integrados não foram, na sua maioria referenciados, notando-se falta de sensibilidade dos profissionais para esta realidade e também uma **falta de referência para as ECCEI**. Esta falta de integração tem o seu melhor exemplo na subcategoria **saúde vs. social**. Há dificuldade em encontrar barreiras e limites entre cada um, emerge dos dados falta de ligação e articulação entre os diferentes serviços prestadores de cuidados e estão pouco exploradas as responsabilidades e coordenação dos diferentes profissionais e equipas. Dos casos que tinham apoio para banho, refeições e mudança da fralda, não havia comunicação entre a entidade que prestava os cuidados e os enfermeiros de família.

Toda esta compreensão do fenómeno, através das categorias e subcategorias que nos fizeram construir o enredo desta transição familiar de tomar conta de uma pessoa dependente no autocuidado em casa, leva-nos à categoria central, uma vez que todas as outras têm influência e se relacionam com esta. A categoria central - **exclusão**, tem como etiologia as necessidades básicas de saúde do dependente que implicam cuidados complexos.

Em 2013, o secretário de estado da Segurança Social afirmou à comunicação social que *“o governo está determinadíssimo em combater a exclusão ...”*. Todos os indicadores sobre pobreza e exclusão social (rede europeia anti pobreza, 2012; INE, 2013) revelam que Portugal apresenta uma taxa de risco de pobreza e/ou exclusão social, na população idosa, de 26,1%, superior à média da EU27, e da maioria dos países e a tendência é aumentar. Embora a pobreza e a exclusão social sejam conceitos diferentes, têm andado associados. No entanto, a exclusão tem um *“caráter cumulativo, dinâmico e persistente (...) e de evolução (pelo surgimento de novas formas)”* (Rodrigues *et al.*, 1999, p.65). Os excluídos não têm uma classe, ordem, indicam, antes de mais, uma *“falta, uma falha no tecido social”* (Rosamvallon, 1995; p.204 cit por Rodrigues e colaboradores (1999)). Ainda de acordo com Rodrigues e colaboradores (1999, p.66)

*“A configuração da exclusão está estritamente ligada à desintegração social (quebra de laços de solidariedade e risco de marginalização), à desintegração do sistema de atividade (associada às mutações económicas) e à desintegração das relações sociais e familiares (aparecimento de novos tipos e estruturas familiares*

*mais vulneráveis à exclusão (...) e enfraquecimento das redes de entajuda familiares, de vizinhança e comunitárias).”*

Face ao exposto, não podemos reduzir a exclusão às situações de pobreza, escassez, falta de recursos financeiros ou patrimoniais. Mas sim associá-la a um percurso que conduziu à marginalização relacionado com diversas limitações ou restrições, associadas a transições de saúde doença ou de desenvolvimento, que afetam cada vez mais pessoas de todos os grupos sociais. A exclusão, embora por definição (In Infopédia, Porto Editora) signifique um “*afastamento ou tratamento injusto de pessoa(s) por se considerar que não se enquadra(m) nos padrões convencionais da sociedade, marginalização*” está para além da desigualdade, assenta essencialmente na vulnerabilidade.

Existem vários tipos de exclusão, a económica, social, cultural, que têm que ver com o peso relativo da causa do problema no conjunto de fatores que levam à exclusão, nós acrescentaríamos a da Saúde. Normalmente as situações de vulnerabilidade referem-se a indivíduos com doenças crónicas, cuja debilidade física dificulta o exercício de uma profissão e às pessoas com deficiência, embora os dependentes facilmente se possam integrar nestes conceitos, tornaríamos explícito, que os dependentes estão em grande situação de vulnerabilidade e como tal, em risco de exclusão relacionada com a saúde.

Parecem contraditórios estes achados, uma vez que a Lei Portuguesa consagra os direitos dos dependentes. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, referindo-se aos termos da alínea g) do artigo 199º da Constituição, resolveu adotar “*orientações para a estruturação dos cuidados de saúde às pessoas idosas e em situação de dependência*” alguns princípios fundamentais nomeadamente o respeito pela dignidade designadamente pelo direito à privacidade, à identidade, à informação e à não discriminação; o incentivo para participar na vida de relação e na vida coletiva, com incentivo à cidadania, o respeito pela integridade física e moral, entre outros.

Aqui, e com base no que emergiu dos dados, torna-se clara, não a falta de articulação dos serviços, mas sim, uma lacuna da integração da lei na prática e da integração dos próprios serviços prestadores de cuidados. Existe um *gap* entre aquilo que habitualmente se designa por cuidados de saúde e sociais. Dos dados, fica claro que, as pessoas em situação de dependência e os seus familiares cuidadores precisam de cuidados de saúde, acrescentaria, têm necessidades básicas de saúde que requerem cuidados complexos,

como tal profissionais, como necessidade de apoio para tomar banho, ajuda para se transferirem da cama para uma cadeira, para não ficarem confinados à cama e, por isso, numa condição de acamados; cuidados centrados na prevenção de complicações, como úlceras de pressão, rigidez articular, cuidados promotores da autonomia e de um bom desempenho do papel de familiar cuidador, cuidados de enfermagem gerais. Segundo o estudo de Brito (2012), 50% dos clientes com dependência no autocuidado que tiveram alta do hospital no ano de 2007 não tiveram acesso a estes cuidados. À data desta recolha de dados, já com as equipas de cuidados continuados integrados no terreno (2010) continuam a verificar-se lacunas e/ou dificuldades no acesso aos cuidados. Esta questão da integração está para além da articulação, da ligação dos vários sistemas. Claro que, as ações sociais, que visam ajudar as pessoas numa sociedade devem estar ligadas também à ajuda nos cuidados de saúde, mas quando o que as pessoas precisam são cuidados de saúde, tem que haver uma gestão dos casos centrada na saúde e não na ação social, mesmo que o gestor de caso identifique algumas áreas de ligação aos aspetos sociais. Qual é o profissional que, por exemplo, identifica a necessidade de um produto de apoio - colchão anti escaras ou andarilho? O profissional de saúde! Seja enfermeiro, seja médico. Para providenciar esse material de apoio, financiado a 100% ou de acordo com o subsistema de saúde do cidadão, consagrado no pelo Decreto-Lei n.º 93/2009, que veio substituir o de 2007 e pelo Despacho Conjunto n.º 3520/2012, os enfermeiros frequentemente reportam para a assistente social. A única explicação que vemos será pelo financiamento ser feito através dos Centros Distritais do Instituto da Segurança Social, I. P.; Instituições hospitalares, indicadas pelas Administrações Regionais de Saúde, ARS; Centros de Emprego do IEFP, I.P, Centro de Reabilitação Profissional de Alcoitão, centros de reabilitação e de outras entidades. Ora, se o produto de apoio em causa é um recurso para a saúde, se é o enfermeiro que identifica essa necessidade, ou o médico, se quem ensina, instrui e treina a pessoa dependente e o familiar cuidador a utilizar é o enfermeiro, porque não simplificar o processo? Por um lado, criando outro nível de prescrição, referente aos enfermeiros das ECCI, enfermeiros de família e de serviços de internamento, para um grupo específico de produtos, para os quais as necessidades dos mesmos e os treinos são implementados pelos enfermeiros, ficando a cargo da família a entrega no instituto de segurança social da área de residência os devidos documentos.

Com a inclusão de novas unidades, tipologias de cuidados, fruto da implementação das equipas de cuidados continuados integrados fica a descoberto, agora mais que nunca a

questão da integração e dos pontos de ligação com os atores já existentes. A gestão de caso surge como uma metodologia de trabalho capaz de ajudar nesta integração uma vez que, de acordo com Phaneuf (2008, p.1) a “*dinâmica das equipas são em grande parte o resultado da liderança, qualidades relacionais, competência de enfermagem e competência de gestão do coordenador*” e ajudam numa compreensão global de cada cliente/família. O enfermeiro teria como principais responsabilidades a gestão dos cuidados do cliente, a coordenação da equipa multidisciplinar e as responsabilidades inerentes à clínica, tais como o diagnóstico, planeamento e implementação de intervenções, bem como a avaliação de resultados (Radwin & Alster, 2002, Phaneuf, 2008). Ao ser delegada numa única pessoa a responsabilidade por cada cliente, faria com que todos os assuntos que reportam a cada caso fossem vistos de forma holística e que se tomassem medidas para integrar os diferentes serviços prestadores de cuidados e diferentes profissionais tendo sempre em vista os resultados dos clientes.

Apresentamos de seguida o esquema explicativo da experiência de transição vivida por estas famílias.

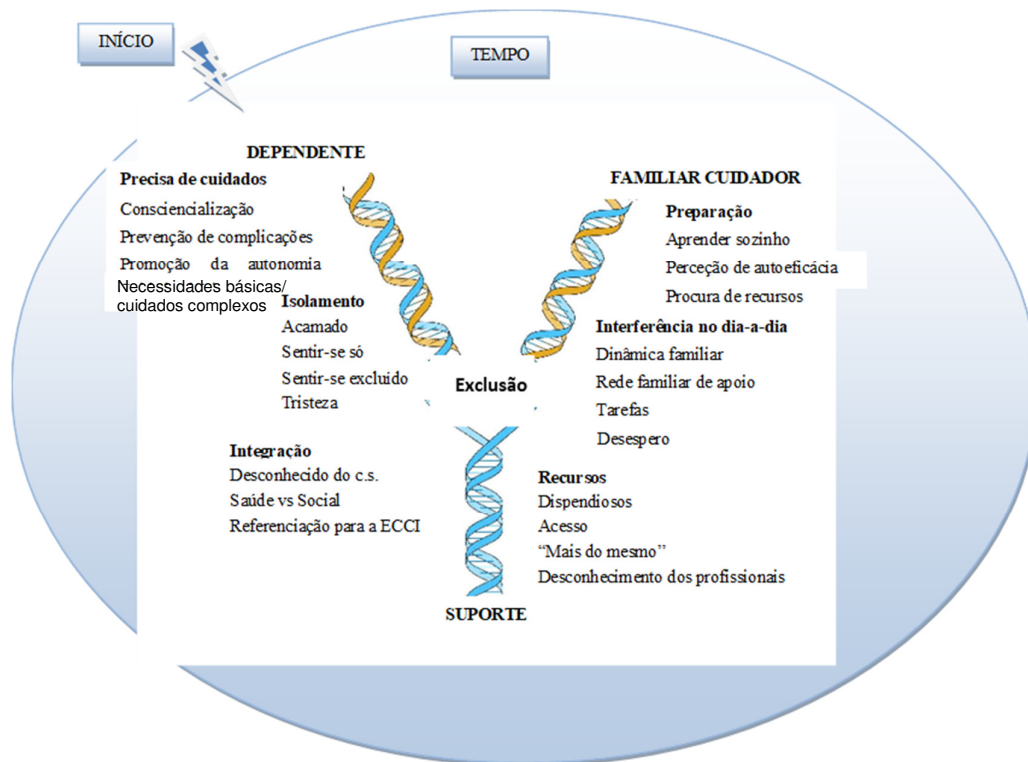


Figura 13 - Esquema síntese: Da dependência à exclusão

### **3.9. As necessidades da população de Matosinhos em cuidados continuados integrados e a resposta das ECCI**

No concelho de Matosinhos, 9,5% das famílias clássicas integram dependentes no autocuidado. Destas famílias, 72% são clássicas sem núcleos ou apenas um núcleo, o que vai de encontro tanto aos dados do INE (2012), como de Costa (2013) e de Parente (2013). No entanto, o número médio de elementos do agregado familiar está um pouco acima da média, pois situa-se nos 3,1 enquanto “a dimensão média da família na região Norte é de 2,7” (INE, 2012, p.58).

Relativamente ao alojamento, as famílias que integram dependentes vivem em alojamentos que, em 72% dos casos não necessita de reparações ou são pequenas as que necessita, o que vai de encontro ao verificado na região Norte, embora “... a proporção de edifícios a necessitar de reparações é superior à média nacional (27,2%)” (INE,2012; p.68). A área útil do alojamento por ocupante do agregado familiar é de 41m<sup>2</sup>, relativamente inferior ao verificado por Costa (2013) no concelho de Lisboa.

A proporção de famílias que integra um dependente no autocuidado situa-se entre a proporção do concelho de Lisboa (Costa, 2013) e do Porto (Parente, 2013). Os dependentes em 49% dos casos têm mais de 80 anos, sendo a média de idades das 121 pessoas dependentes de 75 anos. Esta realidade leva-nos mais uma vez ao envelhecimento, pois Portugal chega a 2011 (INE, 2012) com uma estrutura populacional de onde sobressai o processo de envelhecimento, caracterizado pelo aumento da proporção de pessoas com 65 e mais anos. Como seria de esperar face à média da idade, 97% dos dependentes não tem ocupação profissional. De realçar que, 53% não apresenta qualquer escolaridade ou tem apenas o ensino básico.

O envelhecimento tem estado fortemente associado ao declínio da condição de saúde, ao aparecimento de doenças crónicas, à dependência que por sua vez tem um forte impacto na economia, pois está também associado à limitação da capacidade de inovação e empreendedora, e ao agravamento das despesas com os cuidados de saúde (Rosa, 2012). “É verdade que não podemos contornar o facto de que a partir dos 75 anos de idade aumenta consideravelmente o risco de sofrer de problemas de saúde, tanto físicos como mentais, tornando-se indispensável a existência de um suporte em cuidados” (Bandeira e colaboradores, 2014; p.82).

Os dependentes são na sua maioria mulheres (58%) casadas (51%), o que está de acordo com o que se regista em Portugal, *“se considerarmos apenas os grupos etários que compreendem as idades dos 65 e mais anos, verificamos que, tanto em 2001 como em 2011, são os casados que apresentam um maior peso relativo até ao grupo etário dos 75-79 anos, inclusive ...”* (Bandeira e colaboradores, 2014, p.97).

A instalação da dependência é gradual em 52% o que mais reforça a ideia anterior. O tempo de dependência médio ronda os 4 anos.

De acordo com Junius-Walker e colaboradores (2007), na Europa, entre 4 e 34% das pessoas com 65 ou mais anos tomam conjuntamente cinco ou mais medicamentos prescritos, o que vai de encontro aos dependentes da amostra uma vez que tomam por dia 9 fármacos de 6 tipos diferentes.

Relativamente ao recurso ao serviço de urgência no último ano, 62% dos dependentes recorreu 1 ou mais vezes e 21% tiveram pelo menos um internamento hospitalar. O hospital, mais concretamente o serviço de urgência devia estar na última linha de assistência a estas pessoas, por um lado os seus quadros patológicos são amplamente conhecidos e a agudização do estado de saúde poderia sugerir uma ida ao serviço de urgência, mas se tal se justificasse, provavelmente a percentagem de internamentos seria maior. Pode-nos motivar duas reflexões, por um lado os familiares cuidadores não estão preparados para monitorizar e decidir sobre alterações do estado de saúde do dependente, não sabendo agir em situações de urgência, por outro a falta de apoio profissional e especialmente de enfermagem, que estas famílias têm.

A dependência no autocuidado, de instalação gradual, começa a notar-se em domínios como Tomar banho, Vestir-se/despir-se, Arranjar-se, áreas estas que apresentam maior percentagem de dependentes. Estes são domínios que englobam para a sua execução vários aspetos da motricidade grossa e fina, mas também a coordenação motora, e tal como Petronilho (2013) afirma, são domínios relacionados com o “asseio pessoal”. Ainda de acordo com o mesmo autor, é na área da mobilidade (andar, transferir-se, elevar-se e posicionar-se) que há menos pessoas dependentes, o que também se verifica neste estudo.

Sabemos que os quadros de dependência no autocuidado estão associados a alterações dos processos corporais e de facto, neste estudo 80,2% dos dependentes têm, pelo menos,

uma alteração no estado de saúde. Os aspetos relacionados com a imobilidade, como o caso da rigidez articular e o compromisso da integridade da pele, bem como os relacionados com o asseio pessoal, como as condições e higiene e asseio deficientes são das mais frequentes, o que relacionamos com os quadros de dependência apresentados. Quanto à desidratação, que é a segunda alteração do estado de saúde mais frequente, esta pode dever-se à época da recolha de dados (Verão), nesse ano a DGS (2010) emitiu recomendações para a população sobre as ondas de calor e os riscos associados, entre os quais a desidratação.

Relativamente ao perfil do familiar cuidador 81% são mulheres, 78% coabitam com o dependente, 72% não têm nenhuma ocupação profissional, 65% sem escolaridade, 80% são casadas, 41% são irmãs/irmãos do dependente e 28,3% são filhas ou filhos, constatando-se que 65% são adultos (idade entre 18 e 65 anos). O perfil encaixa-se em vários estudos tanto a nível nacional como internacional (Brito, 2002; Chumbler et. al., 2004; Cruz, Pimenta, Kurita, & Oliveira, 2004; De La Cuesta, 2004; Driscoll, 2000; Lage, 2005, 2007; Landeiro, 2016; Lin & Lu 2005; Louro, 2009; Martins, Ribeiro & Garret, 2004; Petronilho, 2007, 2013; Rotondi *et al.*, 2007; Shyu, 2000a, 2000b; Shyu *et al.*, 2008; Sit *et al.*, 2004; Stajduhar & Davies, 2005).

Matosinhos é um dos dez concelhos mais populosos do país (INE, 2012) e tem uma percentagem significativa de idosos, embora não tanto como o concelho vizinho do Porto. Por um lado, isto mostra-nos uma mudança no perfil do familiar cuidador, em que as irmãs e filhas têm um papel importante no apoio aos seus pais e também pessoas mais jovens a prestar cuidados, comparado com Lisboa e Porto (Costa, 2013; Parente, 2013).

Relativamente aos cuidados prestados, nota-se que os familiares cuidadores ocupam o seu tempo em torno da pessoa dependente, com cuidados maioritariamente de incentivo. Quanto à intensidade dos cuidados prestados, aqueles que são essenciais para assegurar a sobrevivência como as refeições (quatro vezes por dia) água fora das refeições (três vezes por dia) são assegurados com mais frequência, no entanto, por vezes, estes têm algumas lacunas, pois, a título de exemplo, surge em segundo lugar os casos de desidratação, enquanto alteração do estado de saúde. Apesar da intensidade ser baixa, verifica-se que os cuidadores prestam cuidados para além destes a que chamamos cuidados essenciais, como aplicar cremes (três vezes por semana) o que demonstra envolvimento. No entanto,

não asseguram, todos os cuidados de que a pessoa dependente necessita, nomeadamente aqueles que são mais diferenciados e que têm que ver com os aspetos da mobilidade. Também se deve ao facto de terem uma baixa autoeficácia específica precisamente nestes domínios - transferir, posicionar, vestir. Esta ideia da baixa eficácia nestes domínios e as alterações como a rigidez articular deve fazer-nos reflectir sobre o modelo de melhoria da qualidade dos cuidados na ECCI e do que é ou não lícito preparar as famílias e capacitar as próprias pessoas a fazer, como tradicionalmente tem sido feito. Se até aqui a execução de exercícios musculo articulares para prevenção da rigidez articular ficavam a cargo da família, os dados mostram que não tem bom resultado. Mais uma vez emerge a ideia que nas pessoas com elevada vulnerabilidade embora as suas necessidades sejam básicas, os cuidados são complexos e devem ser profissionalizados. Este aspeto será mais um a ser incorporado no modelo de melhoria da qualidade dos cuidados.

Também se verifica uma baixa taxa de utilização de recursos em função do necessário, mais uma vez para se arranjar, vestir, transferir é mais notória a baixa utilização, nos aspetos do asseio pessoal e da mobilidade com exceção do andar. Apenas 31% dos dependentes acede ao complemento de dependência, e mais uma vez a autoeficácia é menor no aceder e no negociar com os serviços de saúde. Nem todos os dependentes recorrem à USF e apenas 39% têm cuidados profissionais de enfermagem.

Estes achados vão de encontro aos estudos de Parente (2013) e Petronilho (2013) com exceção dos cuidados de incentivo.

De salientar que 42% das pessoas dependentes no autocuidado da amostra são dependentes para se levantar, posicionar e transferir, o que significa que não saem da cama sem ajuda de outra pessoa. Sabendo pelos dados que são nestes domínios que os membros da família se sentem menos capazes e que também é na área da mobilidade que os dependentes têm mais alterações da condição de saúde, associado ao facto de necessitarem de cuidados mais complexos, importa, olhar para estas pessoas e perceber de que forma elas podem ter uma ajuda profissional, nomeadamente dos enfermeiros, mais efetiva.

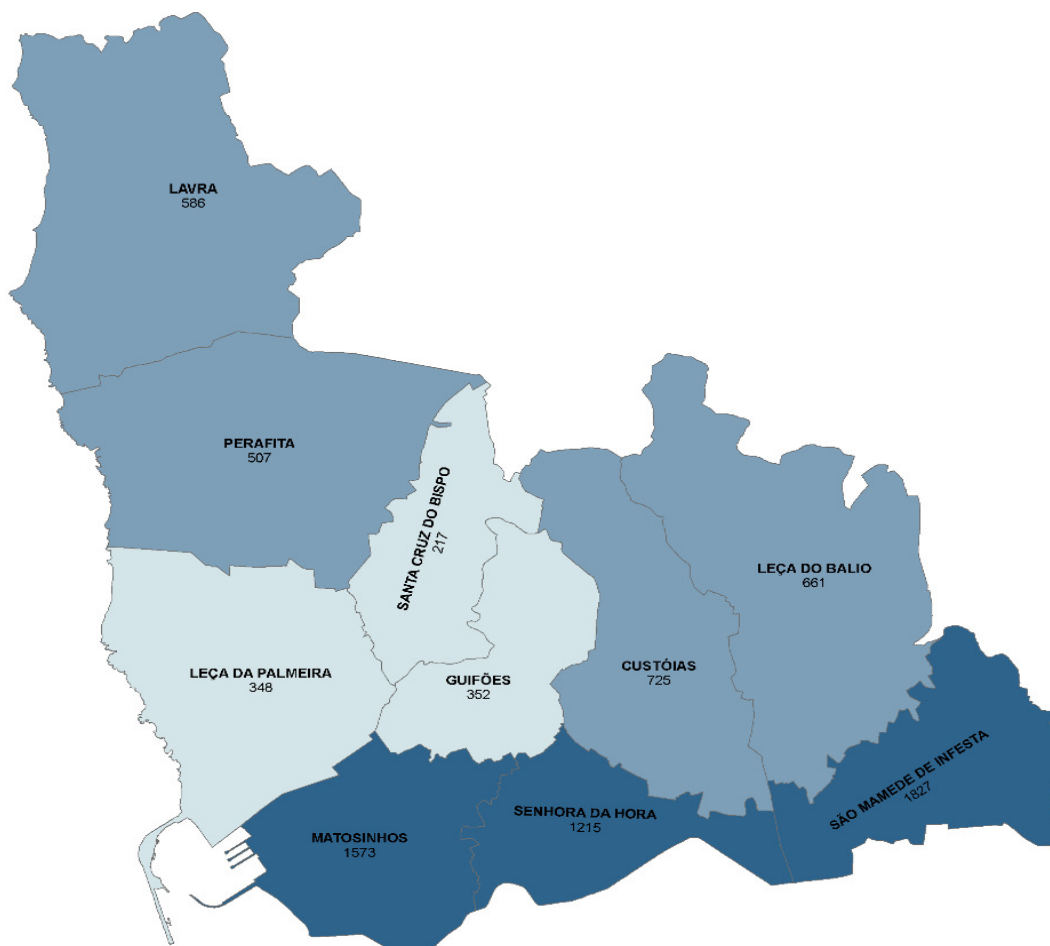
A maioria das pessoas dependentes no autocuidado que integraram o estudo tinham os requisitos previstos no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e também cumpriam os critérios de referenciação expostos na Diretiva Técnica n.º 1/UMCCI/2008, de 7 de

janeiro, para estarem abrangidas pela Rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). Tanto quanto foi possível saber, poucos foram referenciados para a RNCCI, por diferentes razões, mas principalmente por falta de conhecimento dos clientes associada à responsabilidade dos serviços e consequentemente dos profissionais de saúde. Uma vez que estes dependentes estavam em casa, a grande maioria, e face à intensidade e regularidade dos cuidados que necessitavam, tinham critérios para estar integrados numa ECCI.

Este facto é de extrema relevância quando se está a pensar num modelo de gestão da qualidade dos cuidados para as ECCI. Ora, se a maioria tinha requisitos para integrar a ECCI, que dimensão deverão ter as equipas neste concelho? Será que devem funcionar separadamente ou haver a ECCI concelhia para rentabilizar recursos e vagas? Qual o programa assistencial destas equipas? Focalizam-se apenas nos clientes “acamados”? Nas pessoas que ficaram recentemente dependentes? Nas que precisam de cuidados em fim de vida?

Sabemos que no concelho a capacidade de resposta da ECCI é de 90 vagas, que no ano de 2014 foram atendidas 528 pessoas dependentes e que a média de dias de internamento foi de 64 dias.

Estimamos que no concelho haja 6443 famílias que integrem pessoas dependentes (Figura 14). Podemos verificar que as freguesias do sul do concelho são as que têm mais dependentes.



**Figura 14 - Número estimado de famílias (2011) que integra um dependente no autocuidado**

Destas famílias, 2159 têm uma pessoa que não sai da cama sem ajuda de outra (Figura 15). Quando olhamos para a distribuição por freguesia percebemos que temos as freguesias do litoral norte do concelho com menos pessoas dependentes acamadas, pelo contrário, Matosinhos e São Mamede Infesta com mais, e depois o restante grupo de freguesias.



**Figura 15 - Projeção (2011) da distribuição de pessoas dependentes que não saem da cama por freguesia**

Se considerarmos os grandes dependentes, que necessitam de contactos intensos e regulares com uma enfermagem mais profissionalizada centrados nas necessidades básicas que exigem cuidados complexos, como posicionar, transferir, ajudar a capacitar os familiares cuidadores para tomar conta dos grandes dependentes e ajudar as pessoas dependentes a ter menos implicações na sua condição de saúde, nomeadamente a prevenir a rigidez articular, e a aumentar a sua qualidade de vida, então estimamos que seriam necessárias pelo menos quatro vezes mais vagas, nos cuidados continuados da comunidade para dar uma resposta capaz a estas famílias.

Claro que, não são só os grandes dependentes que necessitam de ajuda profissional de enfermagem, mas seguramente estes, necessitam de cuidados complexos, e que segundo

os achados da investigação, também são nestes domínios e por isso, nestas famílias, que os cuidadores se sentem menos competentes.

Numa lógica de cuidados antecipatórios, de prevenção de complicações, os clientes deveriam ser integrados antes mesmo de se tornarem grandes dependentes, para poderem usufruir de cuidados de prevenção, por exemplo da rigidez articular, de equipamentos potenciadores da autonomia, conseguindo ser, com a ajuda dos mesmos, dependentes de dispositivos e não de pessoas, o que os tornaria mais independentes, entre outros aspetos.

No entanto, também sabemos, que nos tempos que correm, temos que fazer escolhas, porque se os recursos estão alocados a um lado, não podem estar a outro, devido à sua escassez. A OCDE (OECD, 2011) diz-nos que há 3 aspetos cruciais que influenciam a natureza, a intensidade e a própria estrutura organizacional dos cuidados em casa e constituem a definição de critérios elegíveis para as ECCI. Face a critérios tão abrangentes, existe um número elevadíssimo de pessoas elegíveis. A deteção precoce das pessoas elegíveis, que achamos que este estudo é um contributo e outros como os de Costa (2013), Parente (2013) e Petronilho (2013) e um adequado diagnóstico das necessidades são essenciais para a adequação das respostas a esta população especialmente vulnerável.

Claro que, tudo isto tem implicações políticas, pois tem que haver uma mudança nos níveis de apoio esperados pelas famílias e a oportunidade de substituir (menos dispendioso) o apoio às famílias por serviços de cuidados domiciliários profissionais.

A falta de apoio nas altas precoces, o aumento das listas de espera para a RNCCI, as admissões hospitalares inadequadas, a falta ou atraso na reabilitação e no acompanhamento dos dependentes, são muitas vezes o resultado de uma pobre coordenação e integração entre os cuidados domiciliários centrados na comunidade e os diferenciados e também a falta de capacidade dos serviços domiciliários para dar um suporte seguro e mais profissionalizado nestes casos.

Quando a lei prevê que as pessoas em situação de dependência podem integrar a RNCCI se tiverem um familiar cuidador, questionamo-nos sobre quem será este familiar cuidador? O que estará a insinuar a lei? Que o FC tem que ser competente? Que tem que saber com mestria executar todos os cuidados? Que embora não tenha força física nem capacidade para executar cuidados ao seu familiar seja um vigilante permanente da sua

condição de saúde? E se não tiver capacidade para ir às compras, cozinhar ou ir à farmácia? Poderá ser familiar cuidador? Todas estas questões devem estar presentes ao discutir um modelo para as ECCI.

Nos países nórdicos, que foram pioneiros nos cuidados continuados desde a década de 70 do século passado, os cuidados são financiados por via dos impostos e são universais. Os cuidados prestados pela família são pouco comuns, pois os municípios providenciam cuidados de saúde e serviços domésticos, e a família foca-se em providenciar companhia e apoio. Por exemplo, na Noruega, a investigação demonstra que as pessoas idosas não querem os parentes mais próximos a prestar cuidados mais íntimos, mas preferem que as suas necessidades em cuidados sejam colmatadas formalmente por profissionais (World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2009).

O estudo de base populacional sugere-nos que a experiência nórdica pode ser um bom modelo a replicar, onde de facto os familiares cuidadores sejam preparados para desenvolver mestria na vigilância, companhia, apoio ao seu familiar e também mestria na procura de recursos. Tudo o que implicasse cuidados relacionados com transferir, posicionar, andar, prevenção de rigidez articular, desidratação e outras complicações ficaria a cargo dos profissionais.

Nos países do sul da Europa, onde Portugal se situa, continua a prevalecer o modelo assistencial familiar, só com a implementação das ECCI é que começam a ser evidenciados os cuidados profissionais.

Tendo a experiência nórdica tão bons resultados, parece que um modelo em que a família assiste e acompanha o familiar dependente e, os profissionais, neste caso os enfermeiros, prestam os cuidados de saúde que são necessários, torna-se um excelente modelo para as famílias.

Concordámos que as ECCI *“teriam de funcionar 365 dias por ano e 24 horas por dia. Que os profissionais, para além das ações tendentes ao desenvolvimento da mestria dos doentes e dos familiares cuidadores, têm, eles próprios, de executar cuidados de acordo com um plano de intervenção pré-estabelecido”* (OPSS, 2015; p.96), nas áreas atrás mencionadas. De acordo com Filipe (2015) os cuidados não são dispendiosos e a OPSS (2015, p. 93) com base no mesmo estudo que se as ECCI funcionassem com o modelo da

ULSM representariam “37,2% dos custos em comparação com os doentes internados nas outras tipologias de assistência da RNCCI”.

Um “dos desafios mais significativos à inteligência coletiva dos Portugueses” (OPSS, 2015; p.85) seria repensar num modelo de cuidados assistencial às pessoas em situação de dependência e seus familiares cuidadores e também uma visão da RNCCI onde as ECCI fossem centrais. De salientar que os cuidados prestados pelas ECCI são mais baratos que os gastos dos internamentos (Filipe, 2015; RNCCI, 2014).



---

---

# Capítulo 4: Diagnósticos, intervenções e ganhos em saúde dos doentes das ECCI – Momento 1

---

---

Após a apresentação da caracterização dos potenciais clientes das ECCI (capítulo 3), importa agora apresentar a fase de diagnóstico do ciclo de investigação-ação.

As reuniões com os enfermeiros, no sentido de começar a dar forma ao problema, tiveram início a 15 de Junho de 2010, estando à data, as quatro equipas, em funcionamento há sensivelmente 2 meses. Foram agendadas dez reuniões que decorreram ao longo de um ano.

A reflexão foi permitindo, através das experiências individuais, que os sujeitos aprendessem e foi um ponto de partida para todo o processo, mas também uma oportunidade de consolidar aprendizagens que emergiram da reflexão sobre a ação (Jasper, 2003).

Analisámos também os registos de enfermagem dos clientes integrados nas quatro ECCI de 1 de Julho de 2010 a 31 de Janeiro de 2011.

Apresentamos os dados aos enfermeiros, tanto os resultados da análise dos registos, como os do estudo de base populacional (capítulo 3) relacionados com os potenciais clientes e refletimos sobre a sua apreciação. Por fim, identificamos as oportunidades de desenvolvimento.

Este capítulo pretende apresentar o ponto de situação das equipas, no que diz respeito ao seu funcionamento e os cuidados prestados. Estes foram expressos pela apresentação da análise dos diagnósticos, intervenções e resultados. A reflexão sobre a informação válida levou à identificação das oportunidades de desenvolvimento (Anexo 4).

#### **4.1. Modelo de funcionamento das ECCI**

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados têm uma estrutura física onde os enfermeiros têm à sua disposição os materiais que precisam, o acesso aos processos clínicos e respetivos registos, locais onde se organizam reuniões, vestiários etc, mas o cenário principal onde se prestam cuidados nestas equipas é a casa dos clientes (famílias).

Assim, diariamente, os enfermeiros preparam o material e o respetivo “saco dos domicílios” e deslocam-se em carros da instituição a casa dos clientes, regressando para fazer a documentação da sua atividade do turno. Os turnos são de 7 ou 8 horas e normalmente os enfermeiros realizam jornada contínua. Sendo o turno da manhã das 8h às 15h ou 16h, consoante os enfermeiros têm contratos de 35 ou 40h semanais, ou das 12h ou 13h às 20h. Como a organização das equipas é feita por horas de trabalho e não por enfermeiros, esse turno que o enfermeiro faz, pode nem sempre ser exclusivo na equipa, mas ser também distribuído por outros projetos da Unidade de Cuidados na Comunidade. No entanto, regra geral, há uma tentativa para que seja o turno todo dedicado à ECCI. As ECCI funcionam das 8h às 20h de segunda-feira a sexta-feira.

Um aspeto relevante da componente estrutura que influencia os resultados é a organização e o método de distribuição do trabalho dos enfermeiros e, como tal, tem a sua importância para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

#### **Distribuição do trabalho**

O método de distribuição do trabalho nos dois meses de funcionamento das quatro equipas é um método de trabalho individual, isto é, cada enfermeiro fica responsável por

um conjunto de clientes, que vai sendo, mais ou menos, o mesmo ao longo do tempo de integração da ECCI. A este método, os enfermeiros designaram de gestão de caso, embora sem os pressupostos que uma verdadeira gestão de caso implica.

Os critérios que utilizavam para efetuarem esta distribuição dos casos tinham que ver com a área de especialização dos enfermeiros e o motivo de referenciação. Assim, se um cliente integrasse a ECCI para reabilitação, esse caso seria distribuído ao enfermeiro com especialidade de reabilitação, o que, nesta fase inicial, mostrava algum desequilíbrio na própria distribuição dos casos, com enfermeiros a terem quatro ou cinco casos e outros dois.

Esta distribuição por áreas de especialização dos próprios enfermeiros em função do motivo de referenciação podia gerar uma superficialidade na identificação das necessidades, uma vez que os próprios enfermeiros admitiam que nem sempre o motivo de referenciação era adequado às reais necessidades dos clientes, mas foi a forma que, numa primeira fase, lhes pareceu a melhor.

*“...muitos são referenciados para reabilitação e depois não é nada disso” R6E5*

*“O que está a acontecer é que metem os doentes para reabilitação como uma maneira de encaminhar, de entrar para a rede e quando tu vais lá não é isso que o doente está a necessitar. Não é a necessidade maior que ele tem. Por exemplo, doentes de paliativos que estão mesmo mal, entrou para reabilitação, não tem sentido nenhum.” R6E7*

Face à complexidade de cuidados exigida a muitos clientes, que requerem, após a alta hospitalar (maior percentagem de casos é proveniente de referenciação hospitalar) cuidados profissionais de forma intensa e regular em casa, para além dos cuidados prestados pelas famílias, é necessário perceber qual o horário de funcionamento das equipas.

### **Horário**

O horário de funcionamento registado nos documentos de cada uma das quatro equipas é similar, 7 dias por semana, 24h por dia, todos os dias e noites do ano, assim como está na lei. No entanto, a equipa funciona de forma regular nos dias da semana das 8 às 20h e aos fins-de-semana, bem como entre as 20h e as 8h apenas se deslocam a casa dos clientes em situações programadas, bem como em situações de urgência, uma vez que os clientes

podem telefonar para o telefone de serviço que está entregue a um enfermeiro nesse horário, aquilo a que designámos “estar à chamada”.

“*Estamos abertos 7 dias por semana, 24h por dia,...*” R1E9

No entanto, este conceito de “estar à chamada” e de implementar cuidados programados a partir das 20h e aos fins-de-semana não são exatamente todos os cuidados planeados. Há uma certa hierarquização nos cuidados a prestar bem como na programação dos mesmos.

“*Isto de estar à chamada, e não estar à chamada é uma grande treta, desculpe lá que lhe diga. Irrita-me ver constantemente as pessoas a falar disso. Mas isto é tapar o sol com a peneira. Nós temos casos na ECCI, que os doentes precisam de ser posicionados muito mais vezes e não são...porque isto não é uma situação programada. Um posicionamento não é uma situação programada e nós não podemos ir!*” R9E4

Estes cuidados programados que faziam de forma sistemática estavam relacionados com os tratamentos de feridas/úlceras e a administração terapêutica.

“*nós antigamente tínhamos doentes internados no hospital a fazer antibioterapia diariamente e ou x vezes e ocupava uma cama, enquanto na ECCI o doente pode vir para casa e nós damos a continuidade desse cuidado*” R9E6

#### **4.2. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes**

Os sistemas de informação de enfermagem em uso deveriam possibilitar, no caso das ECCI, o SAPE® e o GestaCare®, acesso à informação que mostre a decisão clínica, a intenção e a ação dos enfermeiros, bem como aquilo que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem. No entanto, apenas o SAPE® o permite, tanto em cada contato que os enfermeiros têm, como através de uma análise mais detalhada dos seus dados a um nível macro.

Tomando como referência o SAPE®, foi analisada a documentação, de 1 de Julho de 2010 a 31 de Janeiro de 2011, como ponto de partida para a identificação de oportunidades de reflexão e mudança.

No período em análise foram integrados 136 clientes aos quais foram atribuídos 2846 sintaxes diagnósticas.

Relativamente ao familiar cuidador foram documentados 318 diagnósticos diferentes, dos quais 15 referiam-se à sua condição de saúde, por exemplo stress do prestador de cuidados, e 303 às competências. Destes, 105 (34,65%) reportavam-se às capacidades para o desempenho do papel e 198 (65,35%) aos conhecimentos.

### **Modelos expostos**

Denota-se que a área da preparação dos prestadores de cuidados para tomar conta do seu familiar fica aquém da que é mencionada pelos enfermeiros nos seus discursos, uma vez que atribuem como prioritário que a família vá assumindo progressivamente os cuidados. Outro aspeto relevante é que o domínio do conhecimento dos membros da família prestador de cuidados tem mais expressão na documentação do que o domínio da aprendizagem de habilidades.

“Pois, temos que habilitar o prestador de cuidados a posicionar.”;  
“responsabilizar a família” R1E9  
“Temos que capacitar o prestador de cuidados...” R1E11  
“...outro tipo de situações que passam pelo ensino à família e que a família pode perfeitamente fazer...” R1E12

Quanto à pessoa com dependência, registaram-se 1056 diagnósticos, 735 referente à condição de saúde, por exemplo úlcera de pressão e 321 às competências da pessoa dependente, dos quais 116 (36,14%) referem-se ao domínio das capacidades e 205 (63,86%) dos conhecimentos.

Também no que se reporta à pessoa dependente e atendendo aos diagnósticos de enfermagem, os “modelos expostos” pelos enfermeiros nem sempre são sobreponíveis ao “modelo em uso”.

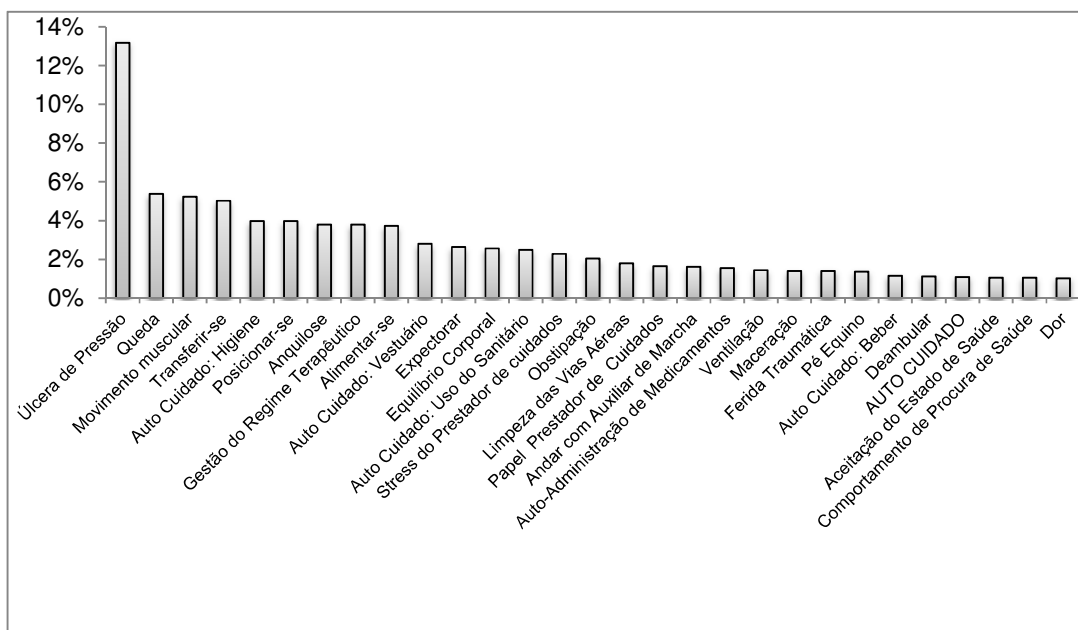
“Os doentes que temos mais são os que têm necessidade de reabilitação...em termos de intervenção mais para a área curativa não temos muito. A maior parte é mesmo a precisar de reabilitação” R1E1

No entanto, outros enfermeiros, mostram também nas suas reflexões uma visão mais aproximada dos modelos expostos, quando referem:

“Quando pensamos nos doentes que temos, à cabeça podemos dizer que eles são dependentes em quase, se não em todos os domínios do autocuidado, dependentes para andar, posicionar, transferir, alimentar. Mas depois da avaliação temos mais ou menos quatro tipos, aqueles que o objetivo é que sejam mais autónomos,

“os que vão conseguir resolver a dependência, e os que quando ficam dependentes, o objetivo é a adaptação à nova situação e os que é para capacitar o prestador de cuidados” R1E3

Da documentação referente aos diagnósticos optamos por nos centrar nos que foram documentados em mais que 1% dos casos. Assim, 81,62% dos diagnósticos correspondem a 29 fenómenos de enfermagem. Como podemos verificar no gráfico seguinte, os mais frequentes são Úlcera de Pressão (13,18%), a Queda (5,38%), o movimento muscular (5,24%), transferir-se (5,03%), Higiene (3,97%), posicionar-se (3,97%), Anquilose (3,80%), Gestão do Regime Terapêutico (3,80%) e Alimentar-se (3,73%), sendo que os restantes têm uma expressão muito residual na documentação, abaixo dos 3%.



**Gráfico 10 – Frequência dos diagnósticos de enfermagem por foco de atenção**

Quando nos debruçamos nas sintaxes diagnósticas, temos para cada fenómeno de enfermagem uma variedade de diagnósticos. Por exemplo, para o fenómeno Dor, em que a percentagem na documentação global é menor que 2%, surgem as sintaxes diagnósticas a) “dor presente”, b) “Aprendizagem de Habilidades sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor”, c) “Aprendizagem de Habilidades sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor”, d) “Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor”, e) “Conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor”, f) “Conhecimento sobre estratégias não

*farmacológicas para o alívio da dor*”. Esta disparidade na documentação é reveladora da própria parametrização que está na retaguarda, quando muitas vezes apenas uma letra, leva a um novo diagnóstico que quer dizer a mesma coisa.

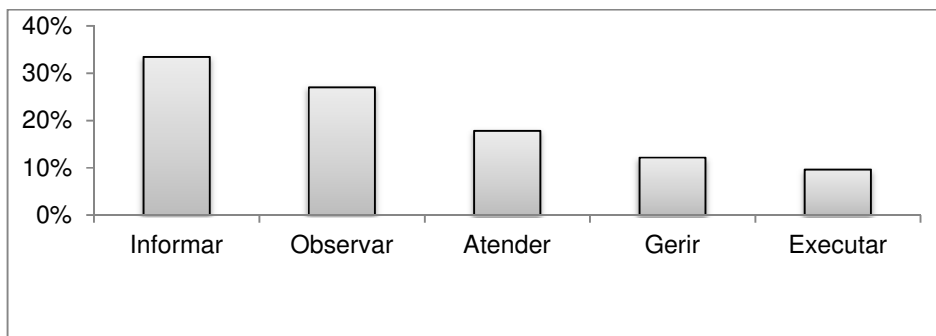
Percebe-se ainda, através do gráfico anterior, que há dispersão dos diagnósticos por uma variedade grande de fenómenos de enfermagem. E também, quais as áreas que os enfermeiros atribuem importância, seja por um problema real (Úlcera de Pressão presente), ou por um potencial problema (Risco de Úlcera de Pressão). Dos 29 focos apresentados, apenas 12 dizem respeito à Função, enquanto tradutores de alteração ou potencial alteração dos processos corporais, sendo que a maior representatividade são aspetos orientados para a ação intencional do cliente, associados ao Autocuidado.

### **4.3. Intervenções de enfermagem mais frequentes**

Foram implementadas 75002 intervenções. Ao agrupar as intervenções por tipo de ação e incluindo uma categoria referente às prescrições médicas, verificamos um total de 945 diferentes intervenções. As intervenções categorizadas por tipo de ação são 382 (40,42%) do tipo informar, por exemplo, ensinar sobre o uso de equipamento; 153 (16,19%) do tipo observar, tal como monitorizar úlcera de pressão; 142 (15,03%) do tipo atender, como incentivar repouso; 114 (12,06%) intervenções resultantes de prescrição, por exemplo nebulização; 81 (8,57%) do tipo executar, tal como executar tratamento à úlcera de pressão; e 73 (7,72%) do tipo gerir, nomeadamente planear exercícios musculares e articulares.

Nos modelos expostos as intervenções do tipo executar passavam por realizar tratamentos e a administração de medicamentos. Estas surgem em quarto e quinto lugar, respetivamente, em termos de percentagem de representação na documentação.

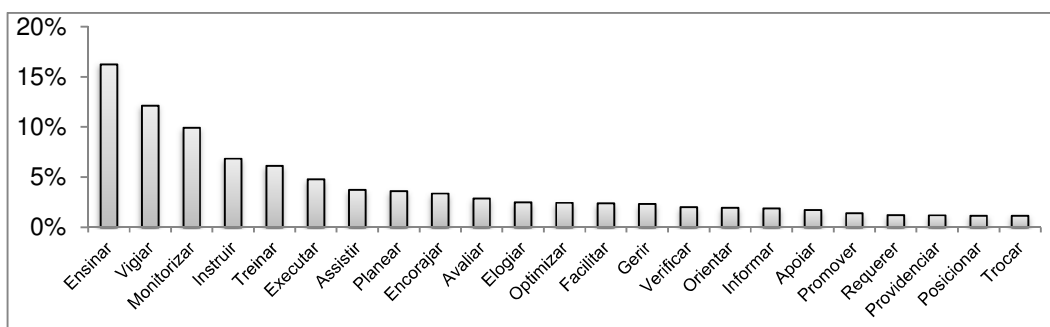
O gráfico seguinte está organizado segundo a versão beta da CIPE®, onde se agrupam as intervenções em: Observar; Executar; Gerir; Atender e Informar. Quando nos centramos nas prescrições autónomas, destacam-se as intervenções do tipo informar (33,46%), seguindo-se as do tipo observar (26,99%), atender (17,8%), gerir (12,15%) e, por fim, executar (9,61%).



**Gráfico 11 - Frequência das intervenções de enfermagem por tipo de ação**

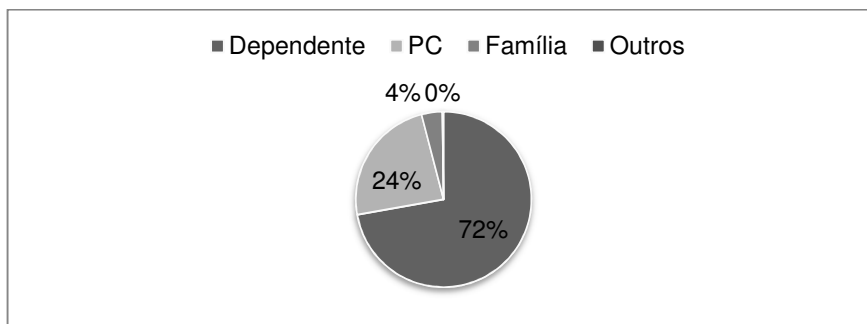
Parece congruente que surjam as intervenções do tipo informar como as mais frequentes e as do tipo atender em terceiro lugar, uma vez que, os fenômenos de enfermagem mais identificados estavam relacionados com o autocuidado. De acordo com (Pereira, 2007, 2009; Machado, 2013) para potenciar os recursos de cada pessoa no sentido de viverem eficazmente as transições, faz sentido que se implementem intervenções do tipo de ação “Informar” e “Atender”.

Se descermos no nível de abstração do termo de ação podemos constatar, no gráfico seguinte, que são usados 23 termos de ação de enfermagem para nomear as diferentes intervenções, sendo que as que têm uma representatividade acima dos 4,5% são os verbos de ação Ensinar (16,25%), Vigiar (12,13%), Monitorizar (9,93%), Instruir (6,84%), Treinar (6,13%) e Executar (4,79%).



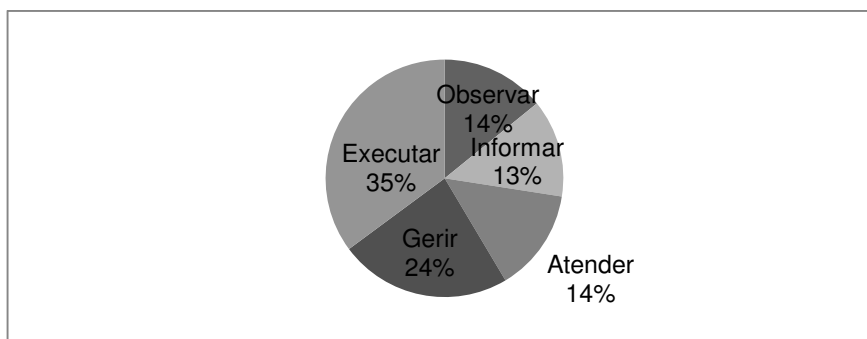
**Gráfico 12 - Frequência das intervenções de enfermagem por verbo de ação**

O cliente a quem se dirige as intervenções foi outro aspeto estudado. Do total de intervenções, gráfico seguinte, a maioria tem como beneficiário a pessoa dependente (72%), seguindo-se o familiar cuidador (24%) e em seguida a família (4%) coletivamente.



**Gráfico 13 - Frequência das intervenções por cliente**

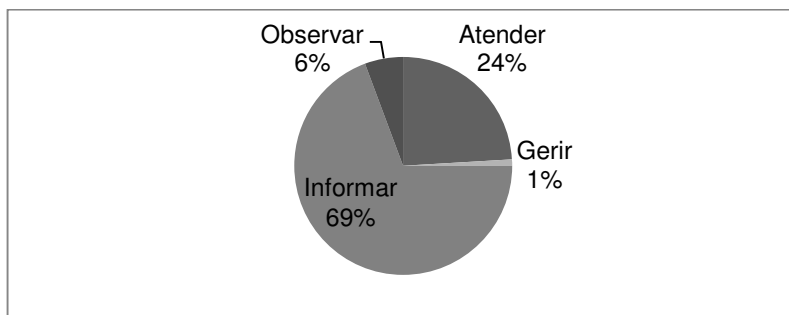
Focando-nos nos dois principais clientes, a pessoa dependente e o familiar cuidador. Para a pessoa dependente verificamos no gráfico seguinte que, 35% das intervenções são do tipo Executar, 24% do tipo Gerir, 14% dos tipos Observar e Atender e apenas 13% do tipo Informar.



**Gráfico 14 - Frequência das intervenções dirigidas à pessoa dependente por tipo de ação**

De salientar que as ações do tipo Executar dão relevo a intervenções que normalmente têm pouco envolvimento da pessoa, pois são mais centradas na própria ação do profissional, tendo o cliente uma atitude mais passiva no processo de cuidados. São intervenções, que requerem expertise e destreza, frequentemente associadas a técnicas e procedimentos.

Relativamente ao prestador de cuidados a grande maioria das intervenções que lhe são dirigidas são do tipo Informar (69%), seguindo-se as do tipo Atender (24%), Observar (6%) e 1% são do tipo Gerir, não se registando nenhuma intervenção do tipo Executar.



**Gráfico 15 - Frequência das intervenções dirigidas ao familiar cuidador por tipo de ação**

O que é congruente com a visão da capacitação dos membros da família para o papel de prestador de cuidados, já referida nos diagnósticos. Como tal, faz todo o sentido que as intervenções tenham por base ações que demonstrem a intenção de empoderar os membros da família para o seu novo papel. Comparando com certos contextos hospitalares, onde “cerca de 44% das intervenções de enfermagem, toma como alvo o prestador de cuidados” (Machado, 2013, p.107) aqui a percentagem de intervenções que tomam como beneficiário o prestador de cuidados é de 24%.

### **Trabalhar com**

Do próprio discurso do grupo, notam-se divergências e diferentes perspetivas multiparadigmáticas da enfermagem. Relativamente à mesma situação, enfermeiros diferentes têm visões diferentes dos cuidados. Se por um lado, há enfermeiros que orientam a sua enfermagem para “trabalhar com” que se aproximam de um modelo conceptual ancorado na teoria das transições, com ênfase na capacitação e ajuda às pessoas de forma a desenvolverem o repertório de recursos internos para lidar com as transições com mestria.

| “A família pode realmente ser envolvida” R1E12  
 | “temos é que trabalhar com a família” R1E13  
 | “claro que o ideal é capacitarmos as pessoas” R1E7

### **Fazer pelo cliente**

Por outro lado, há enfermeiros que se centram em “fazer pelo cliente” numa lógica conceptual de substituição, revelada pelo facto das ações do tipo executar serem as mais frequentes quando o cliente é a pessoa dependente. Esta lógica de cuidados de substituição pode também ser ancorada na escola das necessidades (Kérouac *et al.*, 1996),

onde uma das máximas é fazer pelo cliente aquilo que ele não consegue fazer. A escola das necessidades inclui teóricas de enfermagem como Dorothea Orem, Virgínia Hendersen, que estão associadas ao conceito de autocuidado, tão presente neste contexto de cuidados.

“*Também fazemos quando não podem*” R1E8

“*temos é que trabalhar com a família e fazer por eles também*” R1E6

#### **4.4. Ganhos em saúde dos clientes das ECCI – M1**

Desenvolver um programa de gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem suportada na reflexão sobre a ação, baseado em indicadores válidos, foi um fator motivador das equipas e dos seus coordenadores para participar na investigação, ao verem uma ideia inovadora e uma oportunidade ímpar para a melhoria da qualidade.

Esta informação válida, tanto dos potenciais clientes, como da análise dos diagnósticos, intervenções e resultados dos primeiros meses de atividade das ECCI, foram a matéria-prima para a análise no momento 1 da investigação.

Na verdade, não conseguimos calcular indicadores de resultado neste primeiro momento. Para se calcularem indicadores de resultado, temos que ter documentado, num primeiro contacto, as necessidades em cuidados de enfermagem que dependem da tomada de decisão clínica dos enfermeiros e, num segundo contacto, ou em posteriores contactos, os resultados, ou as modificações que se operam no âmbito dessas necessidades de cuidados (Pereira, 2004, 2007, 2009).

Ainda de acordo com Pereira (2009, p. 119) a qualidade dos indicadores “*depende da disponibilidade de dados, com requisitos de comparabilidade, que também lhe confirmam fiabilidade.*” A comparabilidade assenta em 3 pilares e, dois deles dizem respeito à partilha da mesma parametrização de conteúdos nos sistemas de informação de enfermagem, o que não se verificava nas diferentes equipas, nem tão pouco a partilha de um conjunto de procedimentos comuns para a produção dos indicadores.

Dando como exemplo as sintaxes diagnósticas para caracterizar as necessidades de cuidados referentes ao foco Ventilação eram as seguintes: a) “*ventilação alterada (amplitude toracica diminuida na base esquerda)*”, b) “*ventilação alterada*”, c) “*ventilação alterada por assimetria toraxica e amplitudes diminuidas (hemiparésia*

*esq)*”, que após análise do seu conteúdo, nos parece que todas têm a mesma semântica. São reveladoras de que as equipas não partilham a mesma parametrização dos conteúdos. Além disso, não tínhamos noutra contacto posterior nenhuma modificação do estado do diagnóstico documentada, o que não nos permite calcular um indicador. Isto sucede com os diferentes diagnósticos de enfermagem.

#### **4.5. Os resultados obtidos e a apreciação dos enfermeiros**

A apreciação dos enfermeiros ocorreu, após dois momentos de apresentação dos dados obtidos, em reunião de grupo. Por um lado, foram apresentados os dados do estudo de base populacional (capítulo 3), que serviu de ponto de partida para identificarmos os potenciais clientes das ECCI. Por outro lado, apresentamos os diagnósticos, intervenções e resultados do momento 1, descritos neste capítulo.

A confrontação com a informação válida, tanto dos potenciais clientes da ECCI, como dos reais, no que diz respeito a diagnósticos, intervenções e resultados, foi em si mesma, potenciadora da reflexão para alguns enfermeiros, e para outros foi mesmo o ponto de partida para a reflexão, contribuindo para uma mudança de atitude e, conseqüentemente para a necessidade de se implementarem mudanças no sentido de acrescentar valor aos cuidados de enfermagem.

#### **Desconhecimento da realidade**

Relativamente aos dados apresentados do estudo de base populacional, que caracterizam os potenciais clientes das ECCI, os enfermeiros mostraram admiração e espanto, pois desconheciam a realidade do concelho.

“...não tinha mesmo ideia” R6E2

“Leça tem poucos dependentes e nós estamos cheios” R6E3

“Há muitos recursos ao serviço de urgência” R6E3

Os dados revelaram-se como uma surpresa para os enfermeiros, gerando muita discussão na reunião, a constatação das condições sociodemográficas, as próprias condições da habitação, passando pela quantidade de fármacos e as tomas por dia, os aspetos relacionados com as alterações na condição de saúde e da própria dependência, considerando, por exemplo:

“há muitos dependentes com sinais aparentes de rigidez articular, alterações de estado mental e desidratação, estou admirada” R6E5

Também no que se reporta ao familiar cuidador, mais uma vez a admiração foi geral e a reflexão foi de encontro à capacidade instalada das próprias equipas. Confrontados com o facto de a grande maioria dos casos, ter critérios para ser integrado na ECCI, os enfermeiros falam ao mesmo tempo, discutem, ficam estupefactos e afirmam que têm “apenas” 80 vagas.

“se agora não temos mãos a medir...” R7E1

“já temos tantas horas a mais...” R7E2

“não podemos mais!” R7E3

### **Dificuldades**

Aquando da apresentação dos diagnósticos, intervenções e resultados do momento 1, a primeira reação foi o silêncio! Após, os primeiros enfermeiros a falar, centraram-se na documentação.

“é difícil documentar, eu vim do hospital e ainda me estou a habituar” R7E1

Outra abordagem foi uma tentativa de justificação pela sobrecarga de trabalho, dispersão em muitos projetos, e como tal, os registos ficavam para “segundo plano” (R7E1), até porque os enfermeiros afirmavam que “nós no aplicativo da rede (GestCare®) somos obrigados a preencher” (R7E2), e alguns enfermeiros deixavam para “depois” a documentação no SAPE®.

Após uma reflexão mais profunda sobre os dados dos potenciais clientes, os reais, a organização e distribuição do trabalho, a realidade que vivenciavam todos os dias, emergiram três grandes domínios de aspetos que começaram a dar forma ao problema: “Os cuidados”, “As dificuldades”, e “A gestão das equipas”. Outro domínio foi emergindo transversal às primeiras discussões, que foi a “A referenciação”.

#### **4.5.1. Categorias de análise sobre o problema**

Ao longo das reuniões de grupo, os enfermeiros foram ficando mais participativos, explorando novas ideias, apresentando os seus pontos de vista, analisando e refletindo sobre a realidade dos cuidados no seu contexto.

No sentido de explorar melhor alguns aspetos, foram-se criando diferentes dinâmicas e organizações, que passaram pela criação de pequenos grupos de 5 ou 6 elementos, que analisavam documentos de trabalho, refletiam a prática e no final um elemento do grupo apresentava as sínteses. Os participantes foram distribuídos aleatoriamente pelos grupos de trabalho e refletindo sobre a prática.

Desta reflexão, tanto em pequenos grupos, como em reunião geral do grupo, foram emergindo as ideias principais de análise que deram forma ao problema.

A dimensão “*Os cuidados*” foi a que desde a primeira reunião emergiu da reflexão sobre a ação. Por um lado, associada às “*necessidades em cuidados*” dos clientes de enfermagem, a partir da reflexão sobre os diagnósticos e tentando associar aos objetivos da integração na ECCI, que leva às dimensões “*trabalhar com*” e “*fazer por*”. Por outro lado, relacionado com a “*natureza dos cuidados*” que é fortemente influenciada pela conceção de cuidados de cada enfermeiro e pela visão dos cuidados a prestar nestas equipas, onde associamos a dimensão os “*modelos expostos*”.

Relativamente à dimensão “*As dificuldades*”, esta comporta quatro categorias, a “*resposta às necessidades das pessoas*” que é influenciada pela intensidade e regularidade e pela negociação dos cuidados com a família, que tem na base o desconhecimento da realidade dos potenciais clientes. A categoria “*Os registos*” onde se destacam os vários repositórios de dados e a obrigatoriedade de documentação. A categoria “*outros profissionais*” tem interferência com a definição de competências, a articulação interprofissional e a delegação de funções. Os “*Recursos da comunidade*” parecem relacionar-se com a insuficiência, sendo muitas vezes desconhecidos dos próprios profissionais e quando são institucionais revelam falta de integração com outros recursos.

Relativamente à “*Referenciação*” emergiram duas categorias, a “*gestão das vagas*” e os “*critérios*”. A “*gestão das vagas*” é influenciada pela origem da referenciação quando esta parte dos cuidados de saúde primários e também pelo timing entre a alta hospitalar e a integração na equipa. Relaciona-se também com a “*falta de referenciação*” e a “*sub-referenciação*”. Os “*critérios*” abrangentes e os erros afetam a referenciação.

Por fim, a “*gestão das equipas*”, diz respeito a aspetos relacionados com a “*organização*”, nomeadamente o funcionamento, distribuição do trabalho, horário e os dispositivos de apoio disponíveis. Relativamente à “*coordenação*” emergiram estilos de liderança e de comprometimento com níveis diferentes.

No que se reporta aos **Cuidados** e, mais concretamente às **Necessidades em Cuidados**, os enfermeiros afirmam com convicção que os clientes necessitam de reabilitação e que nos domínios do autocuidado são globalmente dependentes, necessitando de serem posicionados, de se preparar os familiares cuidadores para tomar conta dos dependentes, suprimindo, complementando ou apenas incentivando as atividades que as pessoas com dependência não conseguem fazer sozinhas, e trabalhar com todos os elementos da família no sentido da consciencialização, do envolvimento e da organização dos próprios cuidados. Reconhecem também que há situações em que têm que encaminhar para outros profissionais, nomeadamente nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo ou agilizar recursos da comunidade. Distinguem os casos em 4 grupos, relacionadas com os objetivos da própria rede e das ECCI que são: reabilitação, prevenção de complicações, capacitação dos familiares cuidadores e o complemento/suplemento daquilo que a família não consegue.

“*Os doentes que temos mais são os que têm necessidade de reabilitação*” R1E1

“*executar, posicionar*” R1E10

“*chamamos a nutrição, encaminhamos para a assistente social*” R1E4

“*podemos dizer que eles são dependentes em quase, se não em todos os domínios do autocuidado, dependentes para andar, posicionar, transferir, alimentar*” R1E3

“*fizemos uma reunião com a família para discutir estes pontos*” R1E9

No entanto, esta ideia que têm não se verifica nos registos nesta fase diagnóstica, pois, por exemplo, o foco mais documentado é a Úlcera de pressão e, por exemplo, os aspetos relacionados com executar os posicionamentos, e a própria preparação do prestador de cuidados não está espelhada na documentação.

No modelo exposto dizem que os dependentes precisam de ser frequentemente posicionados, pois nem eles nem os familiares cuidadores conseguem fazer, mas no modelo em uso não é uma intervenção com significado na documentação.

Um aspeto que frequentemente foi referido foi que os dependentes eram referenciados para reabilitação, e que muitas vezes quando faziam a primeira avaliação “*não era bem assim...*” (R1E3). Retomaremos mais à frente esta questão da reabilitação ou da necessidade principal dos clientes ser a “reabilitação”.

Estas diferenças encontradas espelham-se na **Natureza dos cuidados**, mais concretamente na conceção de cuidados e a visão dos cuidados a prestar.

Relativamente à conceção de cuidados encontramos divergências nos discursos. Por um lado, alguns enfermeiros ainda se encontram num paradigma biomédico, mais caracterizado pelos aspetos inerentes às prescrições e à prevenção de complicações.

“*se for preciso vamos a casa à noite para administrar medicação*” R1E8,  
“*estas vigilâncias que têm que ser feitas e temos que vigiar*” R2E5,  
“*nós não estamos (na ECCI) para posicionar*” R1E7,  
“*estamos abertos 7 dias por semana, 24h por dia, mas não é para posicionar*” R1E9.

Outros enfermeiros, numa lógica de cuidados mais centrados em ajudar as pessoas nas respostas humanas às transições, dizem que têm que atender às necessidades dos clientes como um todo e envolver a família nos cuidados. A sua conceção de cuidados aproxima-se dos fundamentos da teoria das transições de Meleis (2010) e também tem uma componente marcada da escola das necessidades, fundamentadas em autoras como Orem e Hendersen, muito associadas ao autocuidado e a fazer pelo dependente aquilo que ele não consegue fazer sozinho.

“*Vou colocar a coisa nestes pontos, vem do hospital uma sexta à tarde e não temos tempo para ensinar o prestador de cuidados, ele não aprende naquele momento, como é? Fica o fim-de-semana em casa sem posicionar?*” R1E11  
“*Temos que capacitar o prestador de cuidados, mas estou a perceber, isso demora. Às vezes a alta é à sexta, e como fica? Devíamos ser nós.*” R1E10  
“*Nós estamos com o casal de velhinhos e articulamos com a higiene, a ajudante de saúde e estamos a ir 3 vezes por dia para posicionar.*” R1E5  
“*Temos é que falar com a família para a consciencializar da situação que ela está a viver*” R1E6

Muitas das intenções referidas pelos enfermeiros “*Devíamos ser nós*”, “*Temos que*” revelam, por um lado, algum descontentamento com os cuidados que prestam, e por outro

lado, evidenciam o desfasamento entre o ideal e o real apontando para a discussão dos modelos expostos e dos modelos em uso (Basto, 1998; Machado, 2013; Silva, 2006).

Por outro lado, nota-se nos discursos duas visões dos cuidados a prestar pelas ECCI, os enfermeiros que, fruto da sua formação e experiência profissional, olham para esta nova tipologia de cuidados exclusivamente como um alargamento do horário dos “tradicionais” domicílios/visitas domiciliárias realizadas nas então USF, UCSP, dos antigos centros de saúde. E aqueles que, encontram uma oportunidade para que se façam visitas domiciliárias, em que o cliente é o centro dos cuidados, e em que as suas necessidades em cuidados de enfermagem podem ser supridas de forma global.

“*não é ir posicionar ao domicílio o doente de 3 em 3 horas, acho que isso não é o ideal.*” R2E11

“*Se nós formos lá posicionar, a família desresponsabiliza-se. Pensa que nós vamos lá fazer isso e já não querem saber. Nós não fazemos isso, porque também não há essa directiva de que nós podemos ir fora do horário que nos está estipulado, porque se disse de alguma maneira que o posicionar não era importante. O posicionamento não é de tal forma relevante para justificar a nossa saída para esse horário.*” R2E12

vs

“*temos que envolver a família e explicar*” R2E12

“*Eu não concordo, temos é que trabalhar com a família, a família vai ter que fazer, independentemente de eu fazer ou não. Eu não concordo, temos é que trabalhar com a família A partir do momento em que um objectivo está atingido a família tem alta, não é nesse caso, mas a família não se vai desresponsabilizar*” R2E13

“*organizamos a família*” R1E13

“*o próprio utente está à espera de outros cuidados que não os tradicionais cuidados domiciliários.*” R9E1

Ora para estes últimos, as **dificuldades** centram-se na melhor forma de dar *resposta às necessidades dos clientes*, onde se destacam os aspetos relacionados com o envolvimento, consciencialização da família acerca transição organizacional que estão a viver e consequentemente, a dificuldade em negociar com a família os cuidados a prestar e os tipos de ajuda.

“*... Agora nestas condições não é possível darmos essa resposta (referindo-se às horas de cuidados que têm distribuídas nas equipas).*” R1E5

Outra grande dificuldade na resposta às necessidades das pessoas prende-se com a intensidade e regularidade dos cuidados necessários e consequentemente das visitas.

“se agora não temos mãos a medir...” R7E1

“já temos tantas horas a mais” R7E2

“não podemos mais” R7E3

Os registos surgem como outra dificuldade, pois uma vez que a Rede obriga a documentar no *GestCare*®, e para além da obrigatoriedade acresce o facto de todos usarem o mesmo acesso, apenas com um *username* e uma *password* para todos os usuários. Além disso, têm um conjunto de critérios obrigatórios, como por exemplo o preenchimento de escalas e instrumentos de avaliação que, por exemplo não estão validados para o contexto de cuidados em questão, nem tão pouco são aqueles que medem melhor, aquilo que se pretende medir. Silva (2006) refere que, quando os enfermeiros fazem a gestão do seu tempo, é provável que o processo de documentação seja preterido, embora estejam conscientes da necessidade de documentar, assim como, da obrigação legal para o fazer.

Acrescentaria que, ainda mais se nota quando há uma obrigatoriedade de registo num determinado software, os registos em outros repositórios serão deixados para segundo plano. Para além disso os enfermeiros manifestam que existem vários repositórios de dados e que quando acedem ao obrigatório da Rede não conseguem ter uma visão clara das necessidades do cliente e do acompanhamento feito/cuidados prestados.

Sabemos também o valor que a informação tem para a continuidade dos cuidados e a sua utilidade na prática diária dos enfermeiros para tomar decisões acerca da identificação das necessidades dos clientes, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados (Machado, 2013; Silva, 2006; Sousa, 2006; Pereira, 2007), o que nos faz interrogar se ao dar ênfase a um repositório de dados em detrimento de outros, se a informação será insuficiente.

“estou a ter dificuldades neste tipo de registos, é muito mais dificultador” R2E3

“muitos registos, fica algum por fazer” R1E6

“obrigatório no da rede...duplicação de registos...”R1E2

A outra dificuldade manifestada foi a articulação com os outros profissionais da ECCI, bem como a delegação de funções e a definição de competências. Se por um lado,

consideram de extrema relevância a equipa ser multiprofissional onde cada profissão tem o seu lugar e todos contribuem para que os clientes atinjam os seus objetivos, por outro lado sentiam necessidade de procedimentos de atuação na procura de outros profissionais. Nesta fase surgiam muitas dúvidas, nomeadamente quando um cliente deve ser encaminhado para o fisioterapeuta ou para o enfermeiro especialista em reabilitação? Quando delegar um posicionamento numa ajudante de saúde? Se os dispositivos de apoio, ou melhor a necessidade deles era identificada pelo enfermeiro, porquê recorrer ao assistente social para tratar da sua aquisição? Se o médico de família é o que melhor conhece o cliente porquê ter um médico com horas distribuídas na ECCI que vê o cliente pela primeira vez e não articular com o médico de família?

A este ponto da reflexão, podemos mesmo colocar em causa a existência das ECCI. Se os clientes estão inscritos na equipa de saúde familiar, quem os deve conhecer são esses profissionais, nomeadamente o enfermeiro de família. Aliás no estudo de base populacional uma pessoa dependente estava integrada na ECCI, mas cerca de 30% recorria ao enfermeiro de família. Se a equipa de cuidados continuados integrados trabalha das 8h às 20h (horário real), deixando situações pontuais para a noite e fins de semana, como administrar medicação e fazer tratamentos, porque não serem os enfermeiros de família a fazer? Aliás, como na ULSM aconteceu no passado, quando ainda não se pensava vir a existir ECCI? Se uma parte considerável dos enfermeiros continua a pensar os cuidados, executar e avaliar como fazia nas visitas domiciliárias nas USF e UCSP, até teriam a vantagem de conhecer os elementos da família e provavelmente a localização das habitações e suas condições.

Muitas questões aqui levantadas elucidaram o ponto de situação inicial. As equipas foram para o terreno, sem terem diretrizes identificadas e metas definidas, o que se revela nas dificuldades encontradas.

Por último, ainda reportando às dificuldades, os enfermeiros apontam os recursos da comunidade, como sendo insuficientes, revelam algum desconhecimento sobre a forma de aceder e sentem dificuldade na integração dos cuidados.

“Nós temos que arranjar uma resposta menos especializada” R1E9

“Vem um doente do hospital, mesmo que a dependência seja recente, eles ficam quase todos a cargo de instituições que vai lá prestar os cuidados de higiene, eu

*das vezes que lá fui, nunca validei um conhecimento sobre cuidados de higiene, nunca fiz um ensino” R7E1*

*“...Até porque não sei se os nossos doentes vão ter apoio dessas instituições, vão passar a ter só o apoio das nossas ajudantes de saúde, a muito curto prazo” R7E9*

*“um dos objetivos dessas instituições também é aliviar a sobrecarga daquela pessoa” R7E7*

*“isso dos recursos...chamamos assistente social” R1E12*

*“temos alguns equipamentos...” R2E6*

*“os recursos, os profissionais, aquelas situações em que vão as ajudantes de saúde... acontece situações que demora 2 semanas a ter o apoio...” R7E7*

Os recursos disponíveis na comunidade, muitas vezes não conseguiam, na fase inicial de atividade da ECCI, ser suficientes para dar resposta às necessidades encontradas e encaminhadas; por exemplo, as instituições (maioritariamente IPSS) que davam apoio às famílias para, por exemplo, dar banho aos clientes dependentes, tinham já as suas vagas preenchidas e dificilmente conseguiam agilizar este tipo de recurso para novos casos. Por outro lado, a ECCI dispunha de alguns dispositivos de apoio como equipamentos para auxiliar o andar como, andarilhos, entre outros, mas se estavam ocupados, ou seja, se já estavam em utilização com um cliente, os enfermeiros desconheciam a forma de acesso a outros sem ser, por via, do cliente comprar (tal como legislado: ajudas técnicas). A questão da integração e tomando como exemplo ilustrativo uma IPSS dar apoio, por exemplo, no banho diário a um cliente, sentiam a dificuldade em saber e até em comunicar com os profissionais da instituição no sentido de aferirem um plano cuidados comum, ficando sem discutir assuntos como, o cliente é incentivado a lavar partes do corpo? O cliente é capaz de o fazer? Melhor horário para os cuidados, etc...

*“... nem sabemos se está a substituir a pessoa nos seus autocuidados, ele não está a promover a autonomia” R7E3*

*“porque muitas vezes é mais fácil substituir do que propriamente potenciar...” R7E6*

*“não sabemos quando vão, nem o que fazem” R7E2*

(referindo-se a instituições que dão apoio, por exemplo, no banho do dependente)

### **Concorrência no Serviço Nacional de Saúde**

Relativamente à **referenciação**, os *critérios* e a *gestão das vagas* parece saltar à vista nos discursos produzidos.

| *“demora. Às vezes a alta é à sexta” R1E10*

*“eu só dei este exemplo para voltar à questão, há um timing, que é muito importante, entre o doente ir para casa e entrar na ECCI. Muito mais é alargado esse timing quando o doente vai para casa e suspende o processo de referência na EGA porque teve alta. O doente só pode ir para casa quando estiver na ECCI. Há um gap temporal entre o doente ir para casa e entrar na ECCI. Não vai para a unidade sem que eu vá lá. É igualmente importante que a referência seja para a ECCI” R1E5*

*“Mesmo assim ainda não referenciámos alguns doentes, porque, por exemplo, doentes que integram o projeto do AVC da UCC, não referenciámos, porque se não, ficávamos com a capacidade lotada. Também temos tido muita dificuldade de referência por parte das equipas de saúde familiar. Ainda ontem fizemos lá uma reunião para falarmos sobre os critérios de referência, e a dificuldade continua a ser da referência, porque se não, se calhar tínhamos já a capacidade total, mas também não sei se teria vantagem termos tudo preenchido...” R1E1*

*“Há critérios para as pessoas serem integradas e um dos critérios é ter apoio familiar. Quando vamos lá, não é bem assim...” R1E7*

*“na nossa ECCI estão integrados 10 doentes. Os doentes que temos mais são os que têm necessidade de reabilitação e a nossa dificuldade passa por dar resposta a doentes que necessitam de reabilitação. Em termos de intervenção mais para a área curativa não temos muito. A maior parte é mesmo a precisar de reabilitação.” R1E2*

*“por exemplo para reabilitação, neste momento temos imensos em Matosinhos para reabilitação” R6E5*

*“muitos são referenciados para reabilitação e depois não é nada disso!” R6E5*

Afinal quem deve ser referenciado? A ECCI sendo uma equipa da UCC retira clientes a outros projetos da UCC? As diferentes equipas e projetos concorrem entre si pelos clientes? As USF têm interesse em referenciar os seus clientes uma vez que faz parte da sua carteira de serviços, dos seus indicadores e consequentemente incentivo remuneratório o número de visitas domiciliárias e o acompanhamento dos doentes crónicos e idosos em contexto domiciliário. Sendo que se referenciar este tipo de clientes fica sem nenhum em carteira, terá o médico da USF interesse em referenciar para uma outra Equipa com outro médico e outros enfermeiros que não os de família? Sentirão os enfermeiros de família esta concorrência? Será que a baixa referência pelos cuidados de saúde primários é por este motivo? Segundo a ACSS (2017, p.57) *“o circuito normal de referência mostra que os CS tiveram um decréscimo de referência de 4%, o Norte com um decréscimo de 23,7%”* de clientes para as ECCI.

Deveriam as ECCI ser equipas dos agrupamentos dos centros de saúde em articulação com as USF e UCSP e não das UCC? Quando um cliente integra a ECCI é em

exclusividade? Deixa de receber visitas e conseqüentemente os cuidados dos enfermeiros e médicos de família? Ou também aqui deveria haver melhor integração dos cuidados e otimização de recursos?

Do total de clientes referenciados para a RNCCI, no primeiro semestre de 2017, 65,5% foram pelos hospitais e 34,5% pelos cuidados de saúde primários (ACSS, 2017). Paralelamente sabe-se que os clientes da rede

*“tinham previamente apoios de vários tipos (podendo cada utente ter vários tipo de apoio), dominando os apoios em alimentação (33,3%), higiene (31,5%) e medicamentos (28,1%). O apoio prestado por familiares representa cerca de 41%, o apoio prestado por ajuda domiciliária de 9,4% e 6,6% por técnicos do Serviço Social, que com exceção deste último, todos apresentam decréscimo.”* (ACSS, 2017; p.18).

Ora, este tipo de apoios, requer o conhecimento da equipa de saúde familiar, o que vai de encontro à primeira reflexão sobre se de facto devem continuar a existir as ECCI ou se estas devem ser um complemento às USF/UCSP.

A importância do momento de referenciação é vital, pois estes clientes que estavam nas suas casas com apoio para alimentação, higiene, medicamentos, etc, para ingressarem na rede tiveram que ter uma alteração do seu estado de saúde, da sua condição ou do familiar cuidador. E quando chegam à rede, é porque desenvolveram feridas e/ou úlceras de pressão “35% dos utentes referenciados por motivo “Feridas / úlceras de pressão” e 13% por motivo de “úlceras de pressão múltiplas” foram-no para ECCI” (ACSS, 2017; p.18). Cerca de metade dos clientes referenciados para a ECCI no território nacional, o motivo da referenciação são o aparecimento de uma ou mais feridas e/ou úlceras de pressão. Se estas pessoas dependentes, muitas das quais até previamente sinalizadas pelas equipas, tivessem um acompanhamento intenso e regular, verdadeiros cuidados continuados, desenvolveriam feridas e/ou úlceras de pressão? Então, quando deve ser o momento para usufruírem de cuidados continuados? Quando se tornam dependentes, mas antes de desenvolverem alterações/ complicações dos processos corporais como úlceras de pressão ou rigidez articular como identificado no capítulo três desta investigação?

Esta discussão deve ser realizada, pois no sentido de viver com dignidade e o melhor possível, com qualidade de vida apesar das doenças crónicas ou das alterações associadas ao envelhecimento, não podemos descurar esta reflexão de quando será o momento para usufruir de cuidados continuados. O que nos faz pensar novamente nas vagas, já discutidas no capítulo anterior. Afinal, o concelho de Matosinhos, quantos lugares de ECCI deverá ter?

Importante será pensar nos dias de permanência/ “internamento” nas ECCI. Será que há um tempo máximo? Quando falamos em cuidados continuados estes devem ser em contínuo para o resto da vida? No relatório já citado do primeiro semestre de 2017 (p.48) da RNCCI, 14,7% dos clientes tinham *“doença vascular cerebral aguda, mas mal definida (AVC), 3,3% doença vascular cerebral não classificável em outra parte (ncop) ou mal definida e 1,8% hemorragia intracerebral. A fratura do colo do fémur representa 9,1%, seguida de úlcera crónica de pele, com 4,7%”*. Se retirarmos da equação os clientes que sofreram uma fratura do colo do fémur, que à partida, a sua reabilitação será uma situação temporária, e eventualmente os que têm uma úlcera crónica da pele, os restantes 20% serão pessoas que apesar de se tornarem mais autónomas serão dependentes e talvez sejam estes que no futuro desenvolverão úlceras de pressão e rigidez articular. Necessitarão destes cuidados continuados sem prazo para terminar?

Relativamente à gestão das vagas, verificava-se uma baixa referenciação ou quase inexistente dos cuidados de saúde primários, sendo que muitos enfermeiros tinham sido enfermeiros de família na ULS e conhecendo alguns casos, bem como os dados do estudo de base populacional evidenciou, há no concelho de Matosinhos muitos dependentes em suas casas, com critérios para integrar as ECCI, mas que não eram integrados por falta de referenciação. Também verificaram que os dependentes que vinham do hospital referenciados tinham um desfasamento entre a alta hospitalar e a integração na ECCI, o que por vezes alterava a condição do dependente, o que fazia com que quando fizessem a primeira visita as necessidades de cuidados eram outras e não as que estavam à espera em função dos critérios pelos quais os clientes tinham sido referenciados.

Quando emergia na discussão a falta de um familiar cuidador, não queria dizer que a pessoa dependente não tinha um familiar a coabitar, mas o mesmo não teria capacidade física, força e disponibilidade para tomar conta. Não estava preparado. Nos relatórios da

RNCCI não encontramos dados relativos à caracterização os familiares cuidadores, mesmo quando um dos motivos de referenciação é o descanso do cuidador nas unidades de internamento ou a preparação do familiar cuidador nas ECCI. Pouco sabemos sobre quem são os familiares cuidadores dos clientes da RNCCI e concretamente das ECCI. Mas para a sua integração, os clientes necessitam de ter um familiar cuidador. O que quer isto dizer? Será que, como já questionamos no capítulo três, terá que ser um prestador de cuidados como um profissional? Quando dizemos que não tem familiar cuidador estamos a dizer que este familiar cuidador não está preparado? Não tem capacidade? A proporção de familiares a tomar conta das pessoas dependentes é mais baixa no norte da Europa e nos países mais ricos da OCDE uma vez que já desenvolveram programas de cuidados de longa duração ou continuados mais efetivos. Por exemplo o Japão desde 2006 tem acompanhado as pessoas vulneráveis antes que se tornem dependentes na lógica dos cuidados antecipatórios. Nos países nórdicos os enfermeiros são os profissionais mais significativos em termos de número nos cuidados continuados domiciliários, onde a família apoia, fazendo compras, indo à farmácia, mas os cuidados aos dependentes, pelo menos às pessoas com dependências mais severa são prestados por profissionais (Colombo *et al*, 2011).

Referindo-se aos critérios, a abrangência dos mesmos parecia ser demasiada, o que, na opinião dos enfermeiros levava a erros na referenciação. Estes erros passavam, por exemplo, pela inexistência de familiar cuidador, o que punha em causa, a preparação da família para tomar conta, e também que, ou em função do desfasamento de tempo da alta hospitalar, e por isso a alteração na condição de saúde da pessoa dependente, ou por uma agudização os clientes necessitam de cuidados mais intensos, os quais a ECCI não conseguiria dar resposta, ou em função da avaliação os clientes apresentavam uma melhoria que poderiam ser acompanhados pelos enfermeiros de família, pois não necessitavam de contactos intensos e diários.

A **gestão das equipas** foi um dos assuntos que emergiu nas reuniões, nomeadamente a organização, no que se refere a metodologia de trabalho e distribuição do trabalho, os enfermeiros referiram que o método de trabalho adotado tem interferido nos cuidados. As equipas utilizam a distribuição do trabalho de enfermagem pelo método individual com aproximação à gestão de casos. Mas, como já referido anteriormente esta gestão de caso tem que ver, maioritariamente, com o motivo da referenciação. Assim, como na fase

inicial os clientes vinham referenciados para reabilitação e a distribuição desses casos era assumida pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, estes encontravam-se sobrecarregados sem conseguir dar a resposta que consideravam ideal às necessidades identificadas, que interferia, por exemplo com a frequência dos cuidados prestados que passaria a 2 ou 3 vezes por semana.

“*como são todos para nós da reabilitação, não temos tempo para ir todos os dias*” R2E9

“*temos outros projetos na UCC.*” R6E3

“*há enfermeiros que só estão cá (ECCI) ao fim de semana ou fazem um turno de vez em quando*” R2E8

Ao conceber a gestão de casos como um modelo multidisciplinar e multiprofissional de colaboração, no qual o gestor de caso, avalia, planeia, garante a implementação dos cuidados, avalia de forma sistemática e coordena a assistência, entre diferentes profissionais e serviços de saúde (Anderson, Helms & Kelly, 2004), dirigido a casos especiais, parece acertada a escolha desta metodologia na distribuição do trabalho. No entanto, atendendo também que enquanto processo, a gestão de casos incorpora componentes como a identificação dos clientes ou seleção dos casos, sendo este o aspeto mais significativo para os enfermeiros assumirem nos discursos produzidos, que utilizavam este método. A identificação de recursos, a coordenação, a monitorização e a avaliação dos cuidados, são outras das componentes, bem como, a recolha e análise de dados e documentação de resultados, incluindo os custos, a qualidade e o estado do cliente (White & Hall, 2006).

Na perspetiva da continuidade de cuidados, e pelo facto dos clientes que integram a ECCI serem “especiais”, na medida em que, do universo dos dependentes que precisam de apoio, maioritariamente de enfermagem, em suas casas, terem sido os selecionados para integrarem estas equipas, parece que este modelo em que a equipa define um profissional, neste caso um enfermeiro, que se responsabiliza pelo cliente durante todo o percurso de integração na equipa, avaliando as diversas dimensões dos cuidados assegurados, coordenando a articulação dos diversos sectores do sistema de saúde e velando pela implementação do plano de cuidados do cliente, o que vai de encontro aos pressupostos teóricos, parece ser importante neste contexto de cuidados (Anderson, Helms & Kelly, 2004).

Outro aspeto que emergiu das reuniões, e como as ECCI são equipas das UCC, os enfermeiros não estava apenas nas equipas, mas tinham que despender horas em projetos da UCC, o que também dificultava a gestão de casos, por um lado e, por outro, alguns enfermeiros faziam apenas um turno por semana na ECCI, o que era dificultador.

Por este facto, sentiam-se sobrecarregados em tarefas noutros projetos da UCC e desviavam o seu foco da ECCI. Dos discursos, também ficou claro um sentimento de que as horas de trabalho que tinham na ECCI eram insuficientes.

Relativamente à coordenação das equipas, notam-se estilos de liderança diferentes nas quatro equipas, fruto das experiências individuais. Há enfermeiros chefe de carreira a liderar as UCC e Enfermeiros coordenadores, com formações diversas, desde enfermeiros generalistas, a enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, e enfermeiros que terminaram mestrados. Nas ECCI, os responsáveis são enfermeiros que tiveram o seu percurso associado aos cuidados de saúde primários, e outras equipas, em que o percurso profissional dos enfermeiros responsáveis, sempre esteve ligado aos cuidados diferenciados, em contexto hospitalar. Relativamente à sua formação, encontramos enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas nas mais diversas áreas, tais como a enfermagem de saúde infantil e pediátrica e de reabilitação. Fruto destes percursos tão distintos e também das suas características pessoais, encontram-se estilos de liderança que se refletem no comprometimento interno da equipa com os cuidados e que influencia a visão dos cuidados a prestar nestas unidades.

De acordo com Drucker (1992, p.121)

*“A base da liderança eficaz é a reflexão da missão da organização, a sua definição e implementação, de forma clara e visível. O líder define os objectivos, as prioridades e também define e mantém os padrões (...) o que distingue o verdadeiro líder dos falsos são os seus objectivos”*

como tal, as equipas refletem os próprios líderes.

Nas ECCI, e numa fase de implementação de um novo modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a liderança é fundamental para a realização de mudanças relacionadas com as práticas diárias, bem como para impulsionar o trabalho de equipa,

cooperação e comunicação no sentido da mudança organizacional (Wehbe & Galvão, 2001).

#### 4.5.2. Identificação das oportunidades de desenvolvimento

Chegados a esta fase, importa elencar os aspetos que foram identificados como oportunidades de desenvolvimento. Após a análise e reflexão emergiram um conjunto de categorias relacionadas com *os cuidados*, *as dificuldades*, com a *referenciação* e com a *gestão das equipas*, que se destacaram por serem fulcrais nos cuidados de enfermagem prestados às pessoas dependentes e seus familiares cuidadores em contexto domiciliário.

Neste contexto, importava refletir com a equipa de enfermagem das diferentes ECCI, como iríamos pensar a mudança, após a identificação destes aspetos centrais.

Um modelo para as ECCI é complexo e multifacetado, mas quando pensámos em qualidade em saúde, sabíamos que o modelo teria que assentar em três pilares, a estrutura, o processo e os resultados. O que estudamos foi um modelo de gestão da qualidade dos cuidados baseado em resultados, para isso desenvolvemos esta investigação-ação. Não há qualidade sem informação válida e este foi o nosso ponto de partida. Mas a análise da informação válida gerou a reflexão e surgiram outros aspetos relacionados com a estrutura que influenciam muito a qualidade.

O funcionamento das ECCI, nomeadamente o horário, a distribuição do trabalho, o método de trabalho, os registos em diferentes plataformas, a sub-referenciação ou referenciação escassa, a gestão das vagas, a articulação com outros profissionais, gestão de recursos materiais, são exemplos destes aspetos que influenciam a componente resultado e que fomos descrevendo ao longo deste capítulo.

Os objetivos, as finalidades das ECCI foram analisadas, os próprios modelos e conceções de cuidados, mas a centralidade foi na informação válida, nos indicadores e neste momento não foi possível gerar indicadores. Discutiram-se os modelos expostos, o que se deveria fazer, os familiares cuidadores e sua preparação, e que a ECCI deveria assegurar a satisfação integral das necessidades dos clientes articulando com outros profissionais, equipas, instituições através da gestão de caso.

Em síntese, foi-se contruindo um entendimento sobre as necessidades de mudança. Uma área a melhorar prende-se com o funcionamento, organização e metodologia do trabalho dos enfermeiros, pois é relevante para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Estabelecer a metodologia de trabalho de gestão de casos torna-se necessária, pois não existem pressupostos estabelecidos para a distribuição dos clientes pelos enfermeiros. Os critérios que usam para a distribuição dos clientes têm por base o motivo de referenciação e a especialidade dos próprios enfermeiros, podendo gerar uma superficialidade da identificação das necessidades dos clientes. Esta metodologia utilizada pode provocar algum desequilíbrio na própria distribuição dos casos.

Outra área a repensar é o horário de funcionamento da equipa e a programação dos cuidados que deverá ser 24h por dia nos 7 dias da semana e não das 8 às 20h.

Os sistemas de informação são importantes para facilitar a decisão clínica, e acrescentar valor na sistematização da informação e conseqüentemente nos cuidados prestados.

Deveria ser repensado um sistema de informação próprio para as ECCI que permitisse utilizar apenas um sistema de informação com a integração de todos os módulos necessários e não a utilização de vários sistemas sem ligação entre si. O acesso a dispositivos que permitissem a visualização em casa dos clientes da informação importante para o contacto e também a realização de alguns registos seria também interessante do ponto de vista dos utilizadores.

Integrar nos cuidados uma “enfermagem mais avançada” (consciencialização, cuidados promotores da autonomia, a preparação dos familiares cuidadores, a organização e negociação dos cuidados com a família), tentando aproximar os modelos expostos aos modelos em uso. E também, pensar um modelo de melhoria da qualidade dos cuidados integrador desta visão e que se reflita na documentação de enfermagem são áreas identificadas com necessidade de melhoria.

Denota-se a necessidade de avançar para a reformulação da parametrização no sentido de minimizar a disparidade entre equipas e a dispersão de diagnósticos e fenómenos de enfermagem.

No domínio das intervenções importa refletir sobre as intervenções do tipo executar uma vez que nestas existe pouco envolvimento do cliente, estão mais centradas na ação do enfermeiro, tornando o cliente um ator passivo.

De ressaltar que quando a pessoa dependente está integrada na família parece importante haver um equilíbrio entre as intervenções dirigidas ao dependente e ao familiar cuidador.

Quando o cliente é o familiar cuidador as intervenções estão em consonância com a capacitação e a preparação para o exercício do papel.

Notamos que alguns enfermeiros orientam os cuidados de enfermagem ancorado no modelo das transições dando ênfase ao trabalhar com as pessoas no desenvolvimento das suas capacidades.

Passar de uma tónica centrada nos resultados da equipa para aquilo que as pessoas ganham com estes cuidados ou seja para resultados, seria decisivo. Para tal é necessário viabilizar no sistema de informação em uso, os requisitos para que possam ser gerados indicadores de resultado.

Quando confrontados com os dados apresentados relativos ao estudo de base populacional, à dimensão do fenómeno das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado, bem como com os diagnósticos, intervenções e resultados do momento um, os enfermeiros revelaram desconhecimentos da realidade. Outra área a salientar são as dificuldades expressas pelos enfermeiros aquando da apresentação dos resultados, tentando justificar a dificuldade na elaboração dos registos, devido a sobrecarga de trabalho e à existência de mais do que um sistema de informação.

Emergiu também uma outra dificuldade relacionada com a intensidade e a regularidade dos cuidados e conseqüentemente das visitas domiciliárias efetuadas.

Outra dificuldade salientada foi a articulação com outros profissionais, bem como a delegação de funções e definição de competências. Sentem necessidade de procedimentos de atuação na procura de outros profissionais. Quando se pensa num modelo para as ECCI não se pode deixar de parte a existência de outros profissionais, tais como os assistentes operacionais.

Os recursos da comunidade e a integração de várias equipas prestadores de cuidados são uma lacuna. Por um lado, desconhecem os recursos, por outro não sabem como agilizar e otimizar as diferentes equipas para o plano global do cliente.

Relativamente à referenciação os enfermeiros reportam uma sub-referenciação nomeadamente pelos cuidados de saúde primários, que se pode dever ao desconhecimento dos critérios de referenciação, sendo os critérios muito abrangentes. É importante melhorar a gestão de vagas, pois ficou patente uma falta de referenciação. E também será importante equacionar o momento em que se devem referenciar as pessoas dependentes, no sentido de melhorar a qualidade de vida e minimizar o impacto da dependência e da alteração do estado de saúde.

Outro aspeto a considerar será a identificação do familiar cuidador e a sua preparação. Que perfil terá que ter este familiar cuidador? Emerge a necessidade de definir claramente o papel de familiar cuidador e o que se espera dele. Será que o familiar cuidador tem que prestar cuidados similares aos enfermeiros? Não nos parece. Farão companhia e apoio à pessoa dependente.

Evidenciou-se nos discursos a importância do líder. Existe uma responsabilidade acrescida dos enfermeiros que lideram as ECCI para assegurar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Em suma, esta confrontação com a realidade suscitou a necessidade de uma nova visão dos cuidados a prestar nestas equipas no sentido de acrescentar valor aos cuidados de enfermagem.

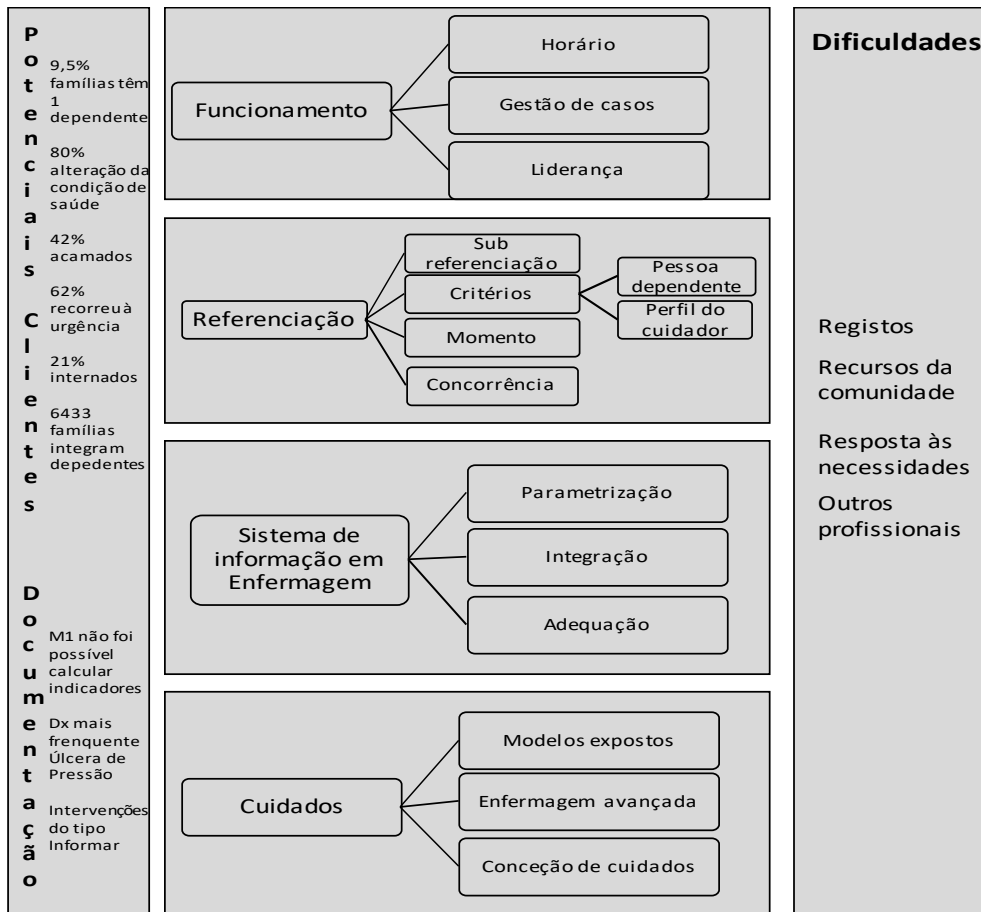


Figura 16 - Esquema síntese da reflexão-ação



---

# Capítulo 5: Planeamento e implementação dos desenvolvimentos

---

Nesta fase do trabalho, importa dar a conhecer como planeamos a ação após identificadas as oportunidades de desenvolvimento no capítulo 4, e também, abordar os aspetos centrais da implementação, mostrando o percurso de desenvolvimento onde se processam as mudanças.

Enquanto planeamos a ação, as reuniões mantiveram-se em grande grupo, mas em cada reunião subdividíamos em pequenos grupos que, após as discussões e reflexões, apresentavam ao grande grupo, as sínteses do adquirido que, por sua vez, promoviam nova reflexão e novo ajustamento ao adquirido no grupo alargado. As sessões de planeamento da ação decorreram em 2011.

Após a etapa do planeamento da ação, as reuniões de reflexão-ação com os enfermeiros começaram a ser mais espaçadas, correspondentes à fase de implementação, que decorreu em 2012, na qual os contactos foram realizados também por email ou telefone, articulando os coordenadores das equipas com o investigador principal, e estes por sua vez, com os restantes enfermeiros agendando reuniões nas diferentes equipas. De forma a ser mais

conveniente para os enfermeiros e também, para que as reuniões não se tornassem demasiado prolongadas no tempo, optou-se pelas estratégias de contacto anteriormente descritas. Fruto destes contactos por email ou telefone, e após analisadas as reuniões em pequenos grupos, nas equipas, fizemos reuniões novamente com todos os enfermeiros para aferir aspetos comuns às quatro ECCEI.

### **5.1. Categorias de análise sobre o planeamento da ação de desenvolvimento**

Após a identificação das oportunidades de desenvolvimento (capítulo 4), tais como integrar nos cuidados uma “enfermagem mais avançada”, (integrando aspetos como a consciencialização, os cuidados promotores da autonomia, a preparação dos familiares cuidadores, a organização e negociação dos cuidados com a família); pensar um modelo de melhoria da qualidade dos cuidados integrador desta visão e que se refletisse na documentação de enfermagem; estabelecer a metodologia de trabalho focada na gestão de casos; passar de uma tónica centrada nos resultados da equipa para aquilo que as pessoas ganham com estes cuidados e a definição da articulação com outros profissionais e recursos da comunidade. Emergiram dos dados duas linhas de ação, uma focada na documentação dos cuidados e outra focada na ação profissional. Claro que estas linhas de ação prioritárias estão interligadas, pois a documentação, por um lado é resultado da ação profissional e, por outro, faz parte integrante da própria ação profissional. No entanto, pareceu-nos importante fazer uma distinção de forma a ser mais compreensível o planeamento da ação, bem como a própria implementação.

#### **5.1.1. Focadas na documentação dos cuidados**

A nossa opção recaiu sobre o facto de o modelo de gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem nas equipas de cuidados continuados integrados, ser baseado em indicadores de resultado que fossem válidos neste contexto; assim teríamos que pensar nos diagnósticos, intervenções e resultados, com a utilização da versão 2 da CIPE®, que permitisse viabilizar os indicadores definidos. A construção do modelo teria por sua vez que espelhar o conceito de “enfermagem avançada”, promotor de mestria nas respostas humanas às transições.

Para a consecução desta mudança definiu-se as estratégias que se apresentam em síntese: reunião com os enfermeiros para a construção dos itens de informação do modelo e dos

indicadores, formação sobre “enfermagem avançada”, com ênfase na teoria das transições de Meleis e colaboradores; formação sobre indicadores e sobre a versão mais atualizada da CIPE® (2012).

Durante estas reuniões, começamos a dar forma ao modelo de melhoria da qualidade dos cuidados baseado em indicadores de resultado.

Para o modelo de melhoria da qualidade dos cuidados, e como já identificado na fase de diagnóstico, este assenta numa “enfermagem avançada”, tomando como beneficiário dos cuidados a pessoa dependente e o familiar cuidador, bem como a família. Neste sentido e partilhando a ideia de Silva (2007, p.10) tentamos

*“evoluir dos modelos tradicionais de exercício da profissão de enfermeiro – biomédicos, centrados na doença -, para modelos mais centrados na ajuda profissional que os enfermeiros podem proporcionar às pessoas e famílias para lidar com transições na saúde/doença, transições geradas pelo envelhecimento ou transições para o exercício do papel de prestador de cuidados.”.*

Assim, de forma a tornar o modelo inteligível pelos enfermeiros e com significado para a prática clínica, decidimos desenvolvê-lo como forma de catálogo de cuidados ou *subset* conforme preconizado pelo ICN (Anexo 5).

Este *subset* é composto por diagnósticos, intervenções e resultados e dados que sustentem a identificação diagnóstica. Assim, sentimos necessidade de aferir alguns instrumentos que apoiam a recolha de dados e a tomada de decisão clínica. Por exemplo, para recolher dados acerca da dependência no autocuidado, uma vez que os enfermeiros participaram no estudo de base populacional (capítulo 3), fez sentido utilizar o mesmo instrumento, também pelas suas qualidades psicométricas. Este instrumento de avaliação do nível de dependência no autocuidado desenvolvido na ESEP e utilizado pela primeira vez por Duque (2009), para além da sua utilidade na investigação (capítulo 3) revelou-se excelente para a utilização clínica, no sentido de perceber a real dependência das pessoas em cada domínio do autocuidado. Assim, por exemplo, para recolher dados no sentido de saber se a pessoa era dependente no Tomar Banho, os itens de informação para ajuizar se a pessoa era dependente de equipamento para tomar banho, de pessoa ou totalmente dependente, foram usados os itens de informação que constavam do questionário.

Tendo como foco de atenção o Tomar banho, para este domínio do autocuidado os enfermeiros avaliavam se a pessoa precisava de ajuda de equipamento, de pessoa ou se era totalmente dependente para obter objetos para o banho, conseguir água, abrir a torneira, regular a temperatura da água, regular o fluxo da água, lavar-se no chuveiro, lavar o corpo, secar o corpo. Deste modo, do *subset* fazem parte, os dados que teriam que estar presentes para viabilizar os diagnósticos que fazem parte integrante do mesmo.

As intervenções dizem respeito às intervenções de enfermagem que dão resposta ao diagnóstico e têm como intenção produzir o resultado esperado. Tivemos em consideração tanto o RMDE produzido por Pereira em 2007, como também a NIC®. Sendo que nas reuniões fomos chegando a consensos relativamente às intervenções que deveriam integrar o modelo.

Os resultados referem-se a mudanças possíveis do estado dos diagnósticos. Mais uma vez tivemos em consideração o RMDE (Pereira, 2007) e também a NOC®.

Este *subset* foi sendo aferido até refinarmos o modelo, utilizando a versão da CIPE® 2012.

Tendo sempre presente a integridade referencial e dados, que de acordo com Silva (2006, p.75) se “*refere à relação adequada e portadora de sentido entre dados de diferentes campos de informação: e.g. dado/diagnóstico, dado/objectivo, dado/intervenção, diagnóstico/objectivo, diagnóstico/intervenção e objectivo/intervenção*”, tivemos em conta neste *subset* essas relações. Após a sua aferição, o *subset* foi submetido à revisão por diferentes peritos na área, todos professores da ESEP e também de uma colega dos Açores, que estava no seu processo de doutoramento (Andrade, 2013).

Este *subset* permitia viabilizar um conjunto de indicadores que emergiram nas reuniões. Os indicadores que fariam sentido nesse contexto, e tomando como referência o RMDE desenvolvido por Pereira (2007), foram consensualizados com o sistema-cliente. De seguida, apresentam-se os indicadores que têm na sua base focos de atenção do “domínio da disciplina” (Meleis, 2005). Resultaram da análise 96 indicadores, que se agrupam em 22 conjuntos para, no nosso entendimento, serem de mais fácil leitura.

Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com Aspiração  
Efetividade na prevenção da Aspiração  
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração  
Ganhos em Aprendizagem de Capacidades do prestador de cuidados para prevenir a aspiração

Resolução do compromisso na limpeza das vias aéreas / Ganhos em eficácia na limpeza das vias aéreas  
Ganhos em Conhecimento sobre técnica de tosse  
Ganhos em Capacidades para tossir

Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com Desidratação  
Efetividade na prevenção da Desidratação  
Ganhos em Conhecimento sobre prevenção da desidratação  
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação

Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com Úlcera de pressão  
Efetividade na prevenção das Úlcera de pressão  
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão  
Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão

Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com Maceração  
Efetividade na prevenção da Maceração  
Resolução da Maceração  
Ganhos em Conhecimento sobre prevenção da maceração  
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração  
Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para prevenir a maceração

Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com Obstipação  
Efetividade na prevenção da Obstipação  
Resolução da Obstipação  
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação

Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com Rigidez Articular  
Efetividade na prevenção da Rigidez Articular  
Ganhos em Conhecimento sobre exercícios músculo – articulares ativos  
Ganhos em Capacidades para exercícios músculo – articulares ativos

Resolução da Dor

Frequência do diagnóstico do Risco, nos casos com Queda

Ganhos em consciencialização facilitadora  
Ganhos em consciencialização facilitadora do prestador de cuidados  
Ganhos em significados facilitadores  
Ganhos em significados facilitadores do prestador de cuidados  
Ganhos em atitude facilitadora face ao cuidado do prestador de cuidados  
Ganhos em confiança do prestador de cuidados para o desempenho do papel (percepção de autoeficácia específica)

| Ganhos em desenvolvimento do processo familiar

| Resolução da Dependência no Tomar Banho / Ganhos em independência no Tomar Banho

Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para Tomar Banho

Ganhos em Capacidades sobre equipamentos adaptativos para Tomar Banho

Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre dar banho

Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados dar banho

| Resolução da Dependência no Vestir-se/despir-se / Ganhos em independência no Vestir-se/despir-se

Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para Vestir-se/despir-se

Ganhos em Capacidades para Vestir-se/despir-se

Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre Vestir-se/despir-se

Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para Vestir-se/despir-se

| Resolução da Dependência no Usar o sanitário / Ganhos em independência no Usar o sanitário

Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para Usar o sanitário

Ganhos em Capacidades para Usar o sanitário

Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre Usar o sanitário

Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para Usar o sanitário

| Resolução da Dependência no Transferir-se / Ganhos em independência no Transferir-se

Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para se transferir

Ganhos em Capacidades para se transferir

Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre Transferir-se

Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para Transferir

| Resolução da dependência no Posicionar-se / Ganhos em independência no Posicionar-se

Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para se posicionar

Ganhos em Capacidades para se posicionar

Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionamento

Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para posicionar

| Resolução da Dependência no Alimentar-se / Ganhos em independência no Alimentar-se

Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para se alimentar

Ganhos em Capacidades para se alimentar

Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre alimentar

Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para alimentar

| Resolução da Dependência para Andar / Ganhos em independência no Andar

Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para Andar

Ganhos em Capacidades para Andar

Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a andar

| Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para assistir a andar

| Resolução da Dependência para Levantar-se / Ganhos em independência no Levantar-se  
Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para se Levantar  
Ganhos em Capacidades para se Levantar  
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a levantar  
Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para assistir a levantar

| Resolução da Dependência para Arranjar-se / Ganhos em independência no Arranjar-se  
Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para se Arranjar  
Ganhos em Capacidades para se Arranjar  
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a arranjar  
Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para assistir a arranjar

| Resolução da Dependência para Arranjar-se / Ganhos em independência no Arranjar-se  
Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para se Arranjar  
Ganhos em Capacidades para se Arranjar  
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a arranjar  
Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para assistir a arranjar

| Resolução da Dependência para Usar a cadeira de rodas / Ganhos em independência no Usar a cadeira de rodas  
Ganhos em Conhecimento sobre equipamentos adaptativos para Usar a cadeira de rodas  
Ganhos em Capacidades para Usar a cadeira de rodas  
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre assistir a Usar a cadeira de rodas  
Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para assistir a Usar a cadeira de rodas

| Resolução da Capacidade para gerir o regime comprometida  
Ganhos em Conhecimento do prestador de cuidados sobre gerir o regime  
Ganhos em Capacidades do prestador de cuidados para gerir o regime

Aquando da preparação da mudança, surgiram nas reuniões de grupo, dúvidas relativamente aos SIE em uso e a viabilização deste modelo de melhoria da qualidade dos cuidados.

| *“Nós no aplicativo da rede somos obrigados a preencher...R7E5*

| *“Não sei se o SAPE é o ideal” R7E5*

Neste sentido desenvolveram-se esforços para criar padrões de documentação em suporte de papel, para testar, numa primeira fase, a documentação à luz das alterações introduzidas na parametrização que espelhassem o modelo de melhoria da qualidade dos cuidados. Foram feitos os suportes para o registo; no entanto, na reunião seguinte e com

a apresentação daquilo que o SIE permitia, bem como com as desvantagens de voltar ao suporte de papel, para documentar a assistência em cuidados de enfermagem aos clientes da ECCI, a ideia deixou de fazer sentido e pensou-se numa nova parametrização do SAPE que permitisse viabilizar o modelo de melhoria da qualidade dos cuidados.

Assim, estruturaram-se as alterações e a estratégia foi a divulgação de um documento, em forma de tabela síntese do que iria mudar, bem como a apresentação em cada ECCI da mesma e o esclarecimento de dúvidas.

De seguida, apresenta-se a tabela síntese das alterações sugeridas à parametrização do SAPE.

INTRODUÇÃO DE NOVOS CONCEITOS								
Código	Termo Português	Definição	Termo Inglês	Definição	Termo Preferido	Ordem	N Ordem	Código Pai
1A.1.1.2.1.1.10.8	Significado Dificultador (2.0)		Meaningless ness		Significado Dificultador	422	8	1A.1.1.2.1.1.10.
1A.1.1.2.1.1.2.1.1.6	Consciencialização (2.0)		Awareness		Consciencialização	320	10	1A.1.1.2.1.1.2.
1A.1.1.2.1.1.3.2.1	Capacidade para gerir o regime (2.0)	Capacidade	Ability To Manage Regime	Ability	Capacidade para gerir o regime	322	8	1A.1.1.2.1.1.3.2.
1A.1.1.2.1.1.11.	Atitude face ao cuidado (2.0)	Atitude: Opinião acerca do tratamento e do prestador de cuidados de saúde.	Attitude Toward Care	Attitude: Opinion about treatment and health care provider.	Atitude face ao cuidado	410	7	1A.1.1.2.1.1.
1B.50.	Potencial de desenvolvimento (2.0)		Potentiality (2.0)		Potencial de Desenvolvimento (2.0)	687	3	1B.
SÓ ALTERAÇÃO DO TERMO PREFERIDO								
Código	Termo Português	Definição	Termo Inglês	Definição	Termo Preferido	Ordem	N Ordem	Código Pai
1A.1.1.2.1.1.3.2.	Aprendizagem de Capacidades	Aprendizagem de Capacidades é um tipo de Aprendizagem com as seguintes características específicas: aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício.	Skill Learning	Skill Learning is a type of Learning with the specific characteristics: Acquisition of mastering of practical abilities associated with training, drilling and exercising.	Capacidade (2.0)	332	8	1A.1.1.2.1.1.3.
1A.1.1.2.2.2.2.	Interacção de Papéis	Interacção de Papéis é um tipo de Acção Interdependente com as seguintes características específicas: <u>Interagir de acordo com um conjunto implícito ou explícito de expectativas, papéis e normas de comportamento esperado pelos outros.</u>	Role Interaction	Role Interaction is a type of Interdependent Action with the specific characteristics: Interacting according to implicit or explicit set of expectations, rules and standards of behaviour expected by others.	Desempenho do papel			
1B.11.1.	Difícil	Um fenómeno de enfermagem avaliado como Dificultador é um fenómeno	Difficult	A nursing phenomenon judged Difficult is a nursing phenomenon judged in relation	Dificultador	758	3	1B.11.

		de enfermagem avaliado em relação a Dificuldade com as seguintes características específicas: <u>afirmação de qualquer coisa é perturbadora, difícil, problemático ou um obstáculo.</u>		to Difficulty with the specific characteristics: The affirmation that something is troublesome, not easy, a problem or a hindrance.				
1B.11.2.	Não Difícil		Not Difficult		Facilitador	763	3	1B.11.
1A.1.1.2.2.1.1.1.1.	Autocuidado Banho	Autocuidado Banho é um tipo de Autocuidado Higiene com as seguintes características específicas: enxaguar o próprio corpo, total ou parcialmente, por exemplo entrando e saindo da banheira, juntando todos os objectos necessários ao banho, obtendo água ou abrindo as torneiras, lavando e secando o corpo..	Self Care: Bathing	Self Care: Bathing is a type of Self Care: Hygiene with the specific characteristics: Taking care of rinsing whole or part of the body in water for example by getting in and out of bath tub, gathering all necessary items for bathing obtaining or turning on water, washing and drying of body.	Tomar banho	439	9	1A.1.1.2.2.1.1.1.
1A.1.1.2.2.1.1.2.	Autocuidado Vestuário	Autocuidado Vestuário é um tipo de Autocuidado com as seguintes características específicas: encarregar-se de vestir e despir as roupas e sapatos de acordo com a situação e o clima, tendo em conta as convenções e códigos normais do vestir, vestir e despir a roupa pela ordem adequada, apertá-la convenientemente.	Self Care: Dressing	Self Care: Dressing is a type of Self Care with the specific characteristics: Taking care of putting on or taking off clothes and footwear suitable for the situation and climate taking into account conventions and normal dress codes, putting on and taking off clothes in the right order, fastening clothes in an appropriate way.	Vestir-se/despir-se	442	8	1A.1.1.2.2.1.1.
1A.1.1.2.2.1.1.1.3.	Autocuidado Arranjar-se	Autocuidado Arranjar-se é um tipo de Autocuidado Higiene com as seguintes características específicas: tomar cuidado com a apresentação, manter o cabelo, barba e bigode bem	Self Care: Grooming	Self Care: Grooming is a type of Self Care: Hygiene with the specific characteristics: Taking care of tidying oneself, keeping hair, beard and facial hair trimmed, shaved, combed, brushed or curled, cleaning,	Arranjar-se	441	9	1A.1.1.2.2.1.1.1.

		cuidados, lavados, penteados, lisos ou frisados; limpar, cortar e limar as unhas; aplicar desodorizante, cosméticos e pinturas; manter a roupa limpa, sem cheiro e arrumada; verificar a aparência no espelho.		trimming, polishing of nails, applying deodorants, cosmetics and make-up, keeping clothes clean without odour and in order, checking appearance in a mirror.				
1A.1.1.2.2.1.1.5.	Autocuidado Ir ao Sanitário	Autocuidado Ir ao Sanitário é um tipo de Autocuidado com as seguintes características específicas: levar a cabo as actividades de eliminação fazendo a sua própria higiene íntima, limpar-se depois de urinar e evacuar, deitar fora os produtos de eliminação, por exemplo puxar o autoclismo de maneira adequada, no sentido de manter o ambiente limpo e evitar a infecção.	Self Care: Toileting	Self Care: Toileting is a type of Self Care with the specific characteristics: Taking care of performing toileting activities by carrying out of proper intimate hygiene, wiping oneself after urination or bowel movement, disposing of body waste such as flushing water in a proper way in order to maintain environment clean and prevent infections.	Usar o sanitário	447	8	1A.1.1.2.2.1.1.
1A.1.1.2.2.1.1.8.9.3.	Mover-se em Cadeira de Rodas	Mover-se em Cadeira de Rodas é um tipo de Deambular com as seguintes características específicas: movimento do corpo de um lado para outro, em cadeira de rodas, transferir-se de e para a cadeira, conduzir a cadeira com segurança, enfrentar as curvas, rampas das portas e outros obstáculos com velocidades que vão do lento ao moderado e rápido.	Moving by using a Wheel Chair	Moving by using a Wheel Chair is a type of Ambulation with the specific characteristics: Moving body from one place to another by wheel chair, transfer to and from wheel chair propel wheel chair safely, manoeuvre curbs, doorways ramps and other obstacles within the range of speed of slow, moderate and fast pace.	Usar a cadeira de rodas	464	10	1A.1.1.2.2.1.1.8.9.
2A.4.1.3.4.	Dar poder	Dar poder é um tipo de Promover com as	Empowering	Empowering is a type of Promoting with the specific	Capacitar (2.0)	1376	5	2A.4.1.3.

		características específicas: Capacitar as pessoas para fazerem escolhas de modo a poderem realizar o seu potencial para influenciar a sua saúde.		characteristics: Enabling persons to make choices so that they can realize their potential to influence their health.				
--	--	---	--	---	--	--	--	--

**NOTA:** Substituição da Dependência em Grau reduzido, moderado e elevado por Dependência de equipamento, parcial de pessoa e total de pessoa

Como é óbvio, e tendo na introdução deste item, afirmado que a ação profissional é praticamente indissociável da documentação, a criação do modelo e as estratégias para o plasmar na documentação dos cuidados, requereram um conjunto de outras estratégias mais focadas na ação profissional.

#### 5.1.2. Focadas na ação profissional

Para integrar nos cuidados uma “enfermagem mais avançada” (consciencialização, cuidados promotores da autonomia, a preparação dos Familiares cuidadores, a organização e negociação dos cuidados com a família), e para a própria construção do modelo, os enfermeiros sentiram necessidade de formação nesta área, como já referido anteriormente neste capítulo.

A formação contínua, de acordo com Alarcão & Canha (2013, p.51) baseia-se num “*processo sistemático de aprofundamento e reconstrução do conhecimento com vista à melhoria da prática*”, fazendo sentido nesta fase da investigação.

Embora o objetivo das organizações não seja a aprendizagem, mas sim a prestação com sucesso de serviços com qualidade, na área da saúde em particular, a “*aprendizagem tem um papel importante para atingir este objetivo*” (ICN, 2014, p. 29).

O modelo de melhoria da qualidade dos cuidados em si, revelou-se como uma estratégia para refletir sobre a ação, mas também permitiu reflexões mais amplas sobre qual o valor acrescentado das ECCI no contexto dos cuidados na comunidade. As profissões definem-se pela sua utilidade social, “*ora ninguém vai querer um grupo profissional de formação superior para conceber cuidados, cuja utilidade social ninguém percebe*” (Silva, 2003, p. 85).

#### **Redefinição de conceitos**

Além disso, repensaram-se conceitos enraizados como “reabilitação”, “casos sociais” e também, aspetos da gestão das equipas. A reabilitação dos clientes estava sempre associada ao enfermeiro com a especialidade em enfermagem de reabilitação, o que até ao momento criava algum viés na forma de olhar para os clientes. Nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais, está clara que estas passam pela prevenção, promoção, reabilitação e cuidados em fim de vida. O curriculum escolar dos estudantes de enfermagem inclui, no caso da ESEP, aspetos relacionados com a reabilitação, nas Unidades Curriculares (UC) “Pessoa dependente e familiar cuidador” e também na UC

“Respostas corporais à doença”. Ajudar as pessoas a comer com um talher adaptado, ensinar a andar com um auxiliar de marcha a 3 pontos, usar estratégias para se posicionarem, posicionar os clientes em padrão anti-espástico, ou executar exercícios musculo-articulares no sentido de aumentar a força muscular e prevenir o aparecimento de rigidez articular, assim como realizar treinos de deglutição, são exemplos de tipos de cuidados que os estudantes de enfermagem da licenciatura aprendem e conseqüentemente fazem parte das competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Como vimos pela análise dos registos no capítulo anterior, a totalidade das necessidades em cuidados de enfermagem, eram, até o momento da análise, passíveis de serem colmatadas através da prestação de cuidados por parte de enfermeiros de cuidados gerais. Havia nas 4 ECCI a vantagem e mais valia de serem constituídas por enfermeiros que possuíam as mais variadas formações em áreas distintas como as especializações em enfermagem comunitária e de reabilitação. Assim, os enfermeiros com a especialização poderiam ser consultores, supervisores e fazer aconselhamento sobre alguns aspetos dos cuidados. De realçar que também as diferentes ECCI, tinham (continuam a ter) ao longo do ano letivo, estudantes de licenciatura em enfermagem do 4º ano a realizarem ensino clínico, prestando cuidados de enfermagem na globalidade aos clientes supervisionados pelos enfermeiros e orientados pelos enfermeiros tutores e docentes da ESEP.

A desconstrução de conceitos enraizados, nomeadamente de que se os cuidados que o cliente precisa são de reabilitação, deve ser exclusivamente o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação a realizar, foi difícil. Surgiram algumas questões como: os cuidados que têm como objetivo prevenir complicações como a rigidez articular são, em si mesmo, cuidados de reabilitação? A ideia de que a reabilitação se centrava exclusivamente na reabilitação funcional, através da recuperação de funções perdidas, como o aumento da força muscular, foi-se desvanecendo e foi sendo alargada. Alguns enfermeiros discutiam o facto de ensinar os FC a realizarem exercícios musculo-articulares, mas os mesmos achavam que isso era um cuidado exclusivo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Ao refletirmos sobre este facto, fomos construindo um novo sentido para o conceito.

“isso foi uma grande discussão que nós tivemos quando constituímos equipa de UCC e depois de ECCI, isso foi uma grande discussão, porque realmente alguns enfermeiros especialistas achavam que pelo facto de terem uma determinada especialidade já não tinham competências para prestar esse tipo de cuidados (cuidados gerais).” R9E3

| E já ultrapassaram isso?

| “claro que conseguimos!” R9E3

Os conceitos relacionados com o apoio social, os ditos “casos sociais”, foram também alvo de reflexão.

Foi atribuída às famílias a responsabilidade dos cuidados a prestar aos seus membros em situação de doença e/ou dependência, uma vez que o sistema de saúde e de proteção social, começou a sentir dificuldade em dar resposta a todas as necessidades de cuidados da população.

Sabemos hoje, que no contexto familiar, embora a pessoa dependente esteja a cargo da família, a função de cuidar, tende a ser assumida por uma única pessoa. Neste sentido, embora a família partilhe tarefas, há um elemento que se assume como o familiar cuidador, não só associado à carga de trabalho, mas também à intensidade da relação que estabelece com a pessoa cuidada.

A promoção da mestria e da autonomia dos familiares cuidadores no exercício do seu papel, são critérios de resultado de uma adaptação saudável (Meleis, 2012).

A inexistência de uma supervisão e ou de suporte da rede social, tem uma relação significativa com o agravamento da condição de saúde do doente e, por consequência, com a taxa de reinternamento deste grupo de pessoas nas instituições de saúde e na condição de saúde dos próprios cuidadores. Esta situação de tensão permanente pode conduzir a situações de stress e em situações mais graves à exaustão, condição impeditiva para os cuidadores continuarem a exercer o seu papel de forma adequada (Petronilho, 2013).

O facto de os cuidados continuados terem dois ministérios que os regem, o da saúde e da proteção social, pode levar a alguma confusão relativamente aos cuidados de que precisam e muitas vezes os casos são rotulados de casos sociais.

| “que é a questão social! Duas pessoas idosas que estão sozinhas, que não têm apoio” R9E2

Este equívoco ouve-se comumente, mas quando refletidas as situações percebemos que os clientes, o que precisam são cuidados de saúde.

| “é a falta de medicação, é o sr não ter capacidade, ...” R9E4

| “o prestador de cuidados não conseguir tomar conta...” R9E1

Ora, esta reflexão associada aos dados das necessidades dos clientes nas ECCI são reveladoras daquilo que os mesmos precisam, ou seja, cuidados de saúde e não de apoio social, necessidades estas que na sua maioria são necessidades em cuidados de enfermagem.

Relativamente à gestão das equipas, havia a necessidade de trabalhar com os enfermeiros a organização, metodologia de trabalho e a articulação com outros profissionais de forma a minimizar as dificuldades. Para tal, as estratégias para o planeamento foram, as reuniões de grupo no sentido de clarificar aspetos centrais, a reunião com a Enfermeira Diretora e Coordenadoras das UCC, realização de sessões de acompanhamento *in loco* com o investigador.

Também se pensaram em estratégias conducentes a integrar na prática a metodologia de trabalho focado na gestão de casos.

De acordo com vários autores, tais como, Allred, Arford, & Michel (1995), Haddock, Johnson, Cavanaugh & Stewart (1997), existem várias tipologias de gestão de casos, umas centradas na doença, outras por serviço ou baseadas na comunidade, entre outras, mas o desafio nesta fase era de passar de uma lógica de distribuição do gestor de caso pelo motivo de integração na equipa, como o caso da reabilitação ou por grupos de doenças/ cirurgias, para uma lógica centrada na distribuição dos clientes por necessidades em cuidados de enfermagem, por áreas centrais relativas às necessidades dos clientes. Outro desafio que se colocava centrava-se na questão se todos os profissionais deveriam ser gestores de caso, ou se só aqueles, tal como aponta a literatura, que tinham uma expertise para uma determinada área deveriam ser os selecionados.

“...muitos são referenciados para reabilitação e depois não é nada disso” R6E5  
“o doente veio para tratamento de UP, entretanto nós identificamos outro tipo de problemas. Não é o tratamento, outro tipo de problemas” R9E4

Foram também disponibilizados artigos, relativos a investigação nesta área e autores de referência, para suporte na tomada de decisão, nomeadamente na área da gestão de casos.

Por fim, a lógica das visitas domiciliárias dos antigos centros de saúde/USF/UCSP em comparação com as da ECCI foi um aspeto discutido ao longo do percurso, não só ao nível do tempo despendido nas mesmas, como na regularidade e frequência, e acima de tudo com a intencionalidade dos cuidados prestados.

*“mas não é só isso, nós trabalhamos a família, não fazemos só tratamentos e damos a medicação, por exemplo, nós temos um doente que, um dos critérios é ter prestador de cuidados e a preparação, a boa preparação destes PC é um dos grandes nossos objetivos, a gestão do ambiente físico, a adaptação do utente ao seu meio, isto é algo que os outros enfermeiros já faziam isso é verdade, mas não com esta .... Mas nós temos que trabalhar estes aspetos muito mais...” R8E5*

*“nós antigamente tínhamos doentes internados no hospital a fazer antibioterapia diariamente e ou x vezes e ocupava uma cama enquanto na ECCI o doente pode vir para casa e nós damos a continuidade dos cuidados” R8E6*

## **5.2. A implementação das mudanças e as contingências**

De acordo com as categorias de análise que emergiram no planeamento da ação, após a reflexão sobre o melhor momento para iniciar a implementação, as estratégias concretizaram-se em três prismas: a reconstrução do conhecimento, na organização e gestão da ação e na ação dos enfermeiros, de forma a ter impacte na qualidade dos cuidados de enfermagem.

No capítulo quatro, exploramos o impacte da apresentação dos resultados obtidos no estudo de base populacional (capítulo três) e também do facto de não se terem conseguido gerar indicadores no primeiro momento. A constatação da dualidade - teorias expostas e teorias em uso - causou desconforto, mas ao mesmo tempo a vontade de implementar mudanças no sentido de as aproximar.

A primeira mudança centrou-se na nova parametrização do SAPE®, o facto de não se conseguirem gerar indicadores no momento um, a confrontação com a realidade, foi algo que os enfermeiros identificaram como uma prioridade de mudança.

Assim, uma das medidas implementadas e tida como prioritária foi a parametrização do SAPE, que se concretizou em Maio de 2012 com a colaboração do investigador principal, o Professor Doutor Paulino Sousa e a Enfermeira responsável pela parametrização na ULSM para os cuidados de saúde primários, que também é coordenadora de uma das UCC.

Agendamos reuniões com todos os enfermeiros das ECCI, onde foi apresentada a tabela síntese da parametrização, tabela esta que emergiu na fase de planeamento da ação como a síntese do que seria necessário mudar na documentação de enfermagem para que se aproximasse de uma “enfermagem mais avançada”, que permitisse viabilizar indicadores de resultado e, acima de tudo, evidenciar o que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem.

Após, iniciamos a parametrização, que foi realizada em 3 momentos, um onde nos asseguramos que as regras de construção de diagnósticos, intervenções e resultados estavam garantidas na parametrização já existente, uma outra etapa que foi a introdução dos novos termos e alteração dos anteriores, quando necessário. Estas 2 fases foram realizadas numa das ECCI, mas durante o processo, as alterações, estavam ocultas aos utilizadores. No terceiro momento, ainda estando ocultas para os utilizadores, pedimos à ACSS para copiar a parametrização para as outras ECCI, no sentido de minimizar os erros. Após a parametrização estar completa retiramos listagens da parametrização por serviço, fizemos teste à documentação para perceber se estava tudo correto. Estando a parametrização completa, realizamos nova reunião com os enfermeiros para informar que a partir do dia seguinte a parametrização ficaria visível e que a documentação iria passar por uma fase de transição, uma vez que para os doentes já integrados em ECCI à data das alterações ainda iria aparecer a documentação conforme tinham documentado antes, mas que para os novos clientes já apenas tinham visível a nova parametrização.

Uma vez que, em função da perceção dos enfermeiros, os clientes permaneciam na ECCI uma média de 2 meses e meio, achamos que o período de transição seria suficiente até ao final de Agosto de 2012, por forma a que todos os clientes tivessem registos já com a incorporação da nova parametrização, sem haver uma intenção de modificação dos registos, nem um acréscimo de trabalho para os enfermeiros.

Durante esta fase não se registaram dúvidas que suscitassem a intervenção do investigador. O processo de documentação foi sendo naturalmente realizado. Após a descrição da implementação de mudanças na organização e gestão da ação, passamos a apresentar a implementação centrada na reconstrução do conhecimento.

A formação de acordo com aquilo que, para os enfermeiros fazia sentido, na prestação de cuidados, foi fácil de realizar, mas o novo conhecimento ou a reconfiguração do já existente, afigurou-se como um desafio para integrar na dinâmica do trabalho. A formação realizada trouxe novos conceitos, para alguns, e um novo olhar sobre os conceitos existentes, para outros. Os referenciais enraizados, foram difíceis de quebrar apenas com a formação.

A própria DGS (2011) afirma que as organizações devem proporcionar aos seus profissionais forma de se atualizarem e reorganizarem em função da evolução do conhecimento.

A Professora Doutora Alice Brito da ESEP abordou a teoria das transições, deu exemplos, explicou com pormenor a teoria e fez referência a investigação realizada em Portugal. Houve lugar a discussão e reflexão sobre o assunto. Os enfermeiros reportaram este momento como uma aprendizagem significativa e entenderam a formação enquanto facilitadora da implementação.

Para pensar num modelo de melhoria da qualidade dos cuidados integrador desta visão de “enfermagem avançada” e que se reflita na documentação de enfermagem, bem como passar de uma tónica centrada nos resultados da equipa para aquilo que as pessoas ganham com estes cuidados de enfermagem, os enfermeiros manifestaram vontade de terem formação acerca de indicadores e qualidade dos cuidados. Neste sentido o Professor Doutor Filipe Pereira, esteve numa reunião de grupo e deu formação sobre o assunto.

Outra das expectativas que tinham os enfermeiros, era saber mais sobre a versão 2 da CIPE®, pelo que tiveram também oportunidade de ter formação com o investigador principal.

Após as formações, tentamos integrar os “novos” conceitos na prática através da reflexão sobre a ação realizada. Foram emergindo novos entendimentos sobre a enfermagem e as necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes no sentido de aproximar a teoria exposta à teoria em uso.

A construção do modelo, a reconstrução do conhecimento, a abordagem aos clientes numa nova perspetiva foram, de facto, as mudanças mais paradigmáticas. No decorrer da implementação, emergiram novas formas de olhar os clientes, bem como a necessidade inicial traduzida na ideia de que quanto mais indicadores de resultado tivessem melhor seria. Assim, a ideia de querer abranger todas as áreas começou a desvanecer-se, não pelo facto de os clientes não terem necessidades em cuidados de enfermagem em diversas áreas, mas porque começaram a emergir prioridades na identificação das mesmas. A reconfiguração do conhecimento e mesmo o novo conhecimento teve uma influência basilar nesta mudança. Desenhar uma estrutura de ação refletida foi essencial na consciencialização dos próprios enfermeiros da necessidade de mudança de paradigma. A abordagem sistematizada das transições vividas pelos clientes e a reflexão sobre a ação permitiram, de facto, um novo entendimento.

“*O próprio utente está à espera de outros cuidados que não os tradicionais cuidados domiciliários.*” R9E1

Já Campos e seus colaboradores (2010, p.10) a propósito do PNS afirmam que *“os cidadãos têm expectativas cada vez mais elevadas, exigem mais transparência na informação sobre o desempenho das organizações prestadoras de cuidados, mais regulação, mais informação e maior participação nas decisões”*.

A aproximação ao conceito ideal de gestão de caso, foi outro aspeto da implementação, bem como, a distribuição dos casos pelos enfermeiros no momento da admissão. As ECCI são equipas multiprofissionais constituídas maioritariamente por enfermeiros, como já descrevemos no capítulo dois ao caracterizar as equipas dos diferentes locais. Na fase inicial, a distribuição do gestor de caso pelos diferentes clientes era aleatória, pelos diferentes profissionais, muitas vezes, como também já referido, feita através do motivo de referenciação da Rede, e recaía sobretudo nos enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação, mas também por outros profissionais, embora numa percentagem reduzida de casos. Após as reflexões, e nesta fase de implementação, foi-se tentando uma distribuição dos casos pelos enfermeiros, uma vez que, eram os profissionais com mais tempo de contacto com cada cliente e também os que estavam preparados para responder às necessidades de cuidados dos clientes, uma vez que estas eram maioritariamente necessidades em cuidados de enfermagem. A distribuição teve que continuar a ter em conta o motivo da referenciação, pois é o “mote” de entrada na rede e através do qual é seleccionado o enfermeiro que fará a admissão do cliente e família na ECCI, realizando a primeira avaliação da situação. Nos casos que se justificava, o gestor de caso poderia ser outro enfermeiro, que não o atribuído inicialmente, tornando mais equitativa a distribuição pelos diferentes enfermeiros e mais ajustada às áreas de competência avançadas de cada um.

Tanto a reconstrução do conhecimento como a organização da ação tiveram impacte nas mudanças na ação dos enfermeiros. A reflexão sobre a ação constante e permanente foi influenciando a forma como os enfermeiros encaravam os clientes, as suas necessidades em cuidados e, conseqüentemente os cuidados prestados.

Os enfermeiros propuseram fazer um ranking dos indicadores, aqueles que consideravam mais importantes e os diagnósticos que mais identificavam nos clientes integrados nas diferentes ECCI.

Após a análise e reflexão da lista de indicadores sugeridos inicialmente, que era uma lista sem qualquer ordenação, emergiu uma nova lista de indicadores com a ordenação por

ordem decrescente de importância atribuída pelos enfermeiros em função do trabalho realizado no dia a dia junto dos clientes. Dos 20 enfermeiros que sentiram necessidade de refinar e atribuir valor aos indicadores, no sentido de priorizar e não de deixar de dar importância aos demais, 18 consideram os indicadores relativos ao foco Úlcera de pressão como prioritário, seguem-se os indicadores relativos à Dor e à capacidade para gerir o Regime, com 11 enfermeiros a considerarem importante e os relativos ao Posicionar com 10. Os indicadores relativos às propriedades da experiência de transição, que tinham sido agrupados nos indicadores relativos à Consciencialização surgem em quarto lugar com 9 enfermeiros a considerarem prioritário, assim como os relativos à Limpeza das vias aéreas. Seguem-se os do âmbito do Andar e do Processo Familiar com 8, Queda com 7 e os relativos à Aspiração e ao Tomar Banho com 6 enfermeiros a considerarem prioritários. Transferir-se e Alimentar-se são os focos do grupo de indicadores seguinte com 5 enfermeiros a considerarem prioritários, seguem-se os relativos à Rigidez articular com 4, Usar o sanitário com 3, Desidratação com 2 e por fim 1 enfermeiro considerou prioritário indicadores dos grupos do Levantar-se, Usar o sanitário e da Obstipação.

Ao olharmos para o “top 5” verificamos que o olhar dos enfermeiros modificou em função da análise dos diagnósticos mais frequentes na fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento. Ao emergirem indicadores no âmbito da Capacidade para gerir o regime, do Posicionar, da Consciencialização, Andar e do Processo Familiar. São reveladores de que houve modificação na conceção de enfermagem e na forma como olham para os cuidados, distanciando-se da ideia inicial dos cuidados de enfermagem centrados no modelo biomédico. Percebe-se também, através da priorização dos indicadores, uma tónica centrada em aspetos como a promoção da autonomia, prevenção de complicações, associado à reabilitação dos clientes dependentes no autocuidado.

A mudança de paradigma, da própria organização e distribuição dos cuidados foi sendo conseguida, mas com os enfermeiros a reportarem algumas dificuldades sentidas. Dificuldades essas, que até ao momento do início da investigação, não se tinham confrontado. Esta nova visão dos cuidados no sentido de uma “enfermagem mais avançada”, nem sempre foi fácil de implementar, uma vez que havia pouca evidencia científica sobre o assunto e não havia uma ação profissional estruturada e sistematizada sobre os aspetos da consciencialização, envolvimento e os significados atribuídos à experiência de transição por parte dos clientes quando ficam dependentes no autocuidado e quando um familiar se vê confrontado com o facto de ter de tomar conta do seu parente.

Ora, implementar cuidados diários onde o contexto é a casa das famílias, muitas vezes mais do que uma vez por dia, em horários fora do convencional, onde se incluem horários muito diversos como as primeiras horas da manhã, o final da tarde e a noite, bem como os fins de semana, levaram os enfermeiros a sentir a primeira dificuldade relacionada com a **segurança pessoal**. Deslocar-se um enfermeiro sozinho à noite, a casa de um cliente, numa área tranquila, nem sempre é seguro, ainda mais em áreas tidas como problemáticas. Neste sentido, algumas equipas, iniciaram conversações com a PSP local no sentido da vigilância e acompanhamento dos profissionais.

Também o **acesso às próprias casas** foi questionado, uma vez que as pessoas das famílias necessitavam de descansar, e ter, um profissional a entrar pela sua casa em horários não convencionais, poderia não ser vista da melhor forma.

Outra dificuldade sentida prendeu-se com a **organização do transporte no período noturno**, uma vez que os enfermeiros estariam à chamada com um telefone de contacto e teriam que se deslocar das suas casas até ao local da ECCI, sediada nos diferentes centros de saúde da ULSM, para aceder ao carro de serviço e ao material, bem como documentar os cuidados. Aqui emergiram 2 reflexões, por um lado os **aspectos laborais** de os profissionais se encontrarem “à chamada”, como pagamento, contagem das horas no horário normal de trabalho, a necessidade de não se ausentarem das suas residências, mesmo que não fossem chamados. Por outro lado, o **acesso aos centros de saúde**, que ao fim de semana, após as 20h e até às 8h da manhã, se encontra encerrado, com a exceção do de Matosinhos, por ser o local onde a ULSM concentra o SASU. Esta reflexão levou os enfermeiros a encetarem reflexões com a direcção de enfermagem no sentido de resolver ou ultrapassar da melhor maneira as dificuldades sentidas.

Estes aspectos não tinham sido discutidos até ao momento pois, como já referido, os enfermeiros iniciaram o trabalho nas equipas, influenciados pela visão dos domicílios/visitas domiciliárias “tradicionais” que realizavam enquanto enfermeiros de família. Visitas domiciliárias essas que não saíam fora do horário laboral.

Após abordarmos as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros. Importa referir as contingências que condicionaram o processo de investigação-ação, interferindo na mudança. As variáveis que influenciam estes processos são frequentes uma vez que a investigação decorreu numa instituição de saúde que se configura como um sistema aberto.

Uma das contingências foi o facto de a **Rede ter um SI próprio** e a **obrigatoriedade de documentar** alguns aspetos da assistência em enfermagem, o que requeria dos enfermeiros um trabalho adicional, uma vez que **duplicavam registos**.

**Lidar com a “*má referenciação*”** como os enfermeiros a designavam, foi uma das contingências. Por exemplo, clientes que não tinham familiar cuidador, pessoas que necessitavam de cuidados em fim de vida no sentido de lhes proporcionar conforto e minimizar as alterações associadas à resposta corporal à doença vinham referenciadas para reabilitação.

**Mudanças de liderança** nas equipas e **integração de novos profissionais**, nomeadamente enfermeiros, que não estavam vinculados à investigação desde o seu início e como tal não fizeram o processo de reflexão-ação, não participaram na fase diagnóstica, e alguns também não participaram na preparação da ação e no início da implementação.

**Material e recursos disponíveis**, nomeadamente os carros para os enfermeiros se deslocarem eram partilhados com outras unidades funcionais do ACES, nem sempre tendo disponível nos horários agendados. Também materiais como auxiliares de marcha, tais como andarilhos, canadianas, outros como, colchões de pressão alternada, dispositivos como talheres adaptados ou cintos de transferências não existiam nas diferentes equipas para conseguirem instruir os clientes e utilizar quando necessário.

Tanto as dificuldades como as contingências foram discutidas e, como já referido, a nova forma de encarar os cuidados evidenciou alguns desafios que até aqui estavam ocultos. O caso mais paradigmático foi o posicionamento dos doentes. Em várias reuniões o tema foi abordado e discutido sob diferentes perspetivas. As pessoas dependentes para se posicionar, precisam que alguém o faça por elas, no tempo certo, da forma certa, e isso requer da parte dos familiares cuidadores envolvimento, consciencialização da necessidade e dos riscos associados à imobilização, disponibilidade e competência. Quando o processo demora, esta aquisição de competências é feita ao longo do tempo e, até lá a pessoa dependente mantém a necessidade que precisa de ser colmatada, para que não tenha impacte negativo na sua condição de saúde. E há situações em que o familiar cuidador não consegue por falta de força física, capacidade cognitiva, disponibilidade, consciencialização da necessidade ou até mesmo vontade de o fazer.

Ir a casa das pessoas posicioná-las é um cuidado de enfermagem que requer a disponibilidade do enfermeiro, no limite, 8 vezes por dia para o mesmo cliente.

“Posso falar? Isto da chamada, e não estar à chamada é uma grande treta, desculpe lá que lhe diga. Irrita-me ver constantemente ver as pessoas a falar disso. Mas isto é tapar o sol com a peneira. Nós temos casos na ECCI, que os doentes precisavam de ser posicionados muito mais vezes e que não são e que, por exemplo, desde as 4 da tarde no fim de semana até às 9h da manhã do outro dia ficam sem ser posicionados.” R8E4

“mau, muitíssimo mau, péssimo. Mas porquê? Porque isto não é uma situação programada. Um posicionamento não é uma situação programada e nós não podemos ir!” R8E4

A realidade é que com a **capacidade instalada**, os **enfermeiros não conseguiram dar resposta a todas as situações**, pelo que tentavam encaminhar para outra tipologia de cuidados.

Mais necessidades satisfeitas, leva a mais cuidados e, portanto, são necessários mais enfermeiros. Esta é a verdadeira aposta nos cuidados de saúde primários.

Emergiu também no seguimento da dificuldade anteriormente sentida, a reflexão sobre uma dimensão já identificada que era a ligação com outros profissionais. Ficou assente a ideia de surgirem **outros profissionais**, como nomeavam os enfermeiros “as assistentes operacionais”. Este grupo profissional poderia ajudar a implementar o plano estabelecido para um cliente, sob supervisão dos enfermeiros e de acordo com a prescrição por estes realizada. Através da prescrição e supervisão dos cuidados, sempre com os enfermeiros a responsabilizarem-se pelo planeamento e delegação poderia ser uma mais valia para as ECCI. No entanto, quando existiam outros profissionais o seu trabalho era “ad hoc”.

“eu não sei o que é pior, as pessoas sem formação nenhuma que fazem como acham que fazem bem, e que a supervisão que têm é igualmente parca e passa em branco uma série de coisas que dão origem a coisas graves” R9E9

Na realidade do país, não há este tipo de profissionais (assistentes operacionais) nas unidades funcionais dos agrupamentos dos centros de saúde. Para este tipo de cuidados identificados pelos enfermeiros das ECCI seriam contratualizados serviços? Ou da contratualização das ECCI poderão fazer parte estes profissionais?

Sendo que a metodologia utilizada se sustenta num paradigma de mudança, apesar das contingências, foram-se construindo as condições necessárias para se produzirem

alterações congruentes com um programa de melhoria contínua da qualidade, assente na reflexão sobre a ação (Argyris & Schön, 1982).

Em síntese, neste capítulo demos a conhecer como planeamos a ação após identificadas as oportunidades de desenvolvimento e também os aspetos centrais da implementação, mostrando o percurso de desenvolvimento onde se processaram as mudanças.

As linhas de ação da mudança centraram-se em duas áreas, a documentação e a ação profissional.

A implementação da mudança seguiu várias estratégias, nomeadamente: reunião com os enfermeiros para a construção de itens de informação do modelo e dos indicadores, formação sobre “*enfermagem avançada*”, formação sobre indicadores e sobre a CIPE® (2012).

A primeira ferramenta da mudança foi a construção de um *subset* para os cuidados continuados integrados em contexto domiciliário. Emergiram também os 96 indicadores de resultado e conseqüentemente foi realizada uma nova parametrização do SAPE que permitisse viabilizar o modelo de melhoria da qualidade dos cuidados.

Uma vez que a documentação está intimamente ligada à ação profissional tivemos em consideração estratégias mais focadas na ação profissional, como tal os enfermeiros participaram em ações de formação sobre temas pertinentes relacionados com o modelo de melhoria da qualidade dos cuidados.

Todas estas estratégias geraram novas reflexões nomeadamente, a redefinição de conceitos. Houve uma mudança na conceção de cuidados e na lógica de distribuição dos casos que deixou de ser pela especialidade dos enfermeiros, uma vez que foi concordante que os enfermeiros de cuidados gerais também têm nas suas funções a reabilitação. Como verificamos na análise dos registos apresentada no capítulo anterior, a totalidade das necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes, eram até ao momento da análise, passíveis de serem colmatadas através da prestação de cuidados por parte dos enfermeiros de cuidados gerais.

No entanto, a quebra dos conceitos enraizados de reabilitação foi difícil, bem como dos relacionados com o apoio social, os chamados “casos sociais”. Mas da reflexão foram emergindo novos entendimentos sobre as necessidades das pessoas e de facto, após a

redefinição de conceitos, passam por questões de saúde, mais propriamente de enfermagem, como apoio para gerir a medicação, e não pela questão do apoio social.

As reflexões sobre a forma de melhorar o funcionamento das ECCI, quer seja através da metodologia de distribuição do trabalho, quer seja o horário alargado, a intensidade e regularidade das visitas exigidas pelas necessidades dos clientes foram também equacionadas.

A parametrização e a sua mudança nos sistemas de informação demoraram algum tempo, por um lado tivemos que se reunir com todos os enfermeiros para apresentar as mudanças e diferenças de forma a viabilizar o modelo de melhoria da qualidade dos cuidados baseado em indicadores de resultado, por outro lado, a própria mudança centralizada, as cópias por serviço, as validações centrais, e por fim, o período de transição para assegurar que todos os clientes tivessem registos na nova parametrização.

A reconfiguração do conhecimento foi um processo demorado, pois constatamos que a formação não é suficiente para este efeito. Mas após a formação e através da reflexão sobre a ação realizada foram emergindo novos entendimentos e fomos tentando aproximar os modelos expostos aos modelos em uso.

A mudança mais acentuada verificada foi a própria construção do modelo que refletiu a reconstrução do conhecimento e a abordagem aos clientes numa nova perspetiva.

O desenho desta nova estrutura de ação refletida foi basilar na consciencialização dos próprios enfermeiros da necessidade de mudança de paradigma. Mudança esta que se refletiu na priorização dos indicadores. Surgem focos de atenção como a capacidade para gerir o regime. O posicionar, a consciencialização, andar e o processo familiar. Percebe-se a mudança na conceção de cuidados agora mais centrada na promoção da autonomia, prevenção de complicações e reabilitação dos clientes dependentes no autocuidado.

A primeira contingência é relativa à “segurança pessoal”, o “acesso às casas à noite”, a “organização do transporte no período noturno”, o “acesso aos centros de saúde” e à documentação. Outra contingência está relacionada com o “sistema de informação de enfermagem em uso”, pelo facto da “obrigatoriedade da documentação” no aplicativo da rede e a necessidade de “duplicação de registos”.

“Lidar com a má referenciação” foi outra contingência, pois de acordo com os enfermeiros havia situações que não se justificava a integração na equipa, como por

exemplo pessoas independentes que tinham uma úlcera venosa e que poderiam deslocar-se à UFS/SASU.

Outra contingência foi a “rotatividade de enfermeiros”, as novas integrações de profissionais com o período de adaptação e também a “mudança dos líderes” que abalam a equipa.

Relativamente aos “recursos”, tanto as viaturas de serviço eram escassas para esta nova frequência de visitas, como sentiam necessidade de ter dispositivos como andarilhos e outros equipamentos disponíveis para implementar algumas intervenções do tipo treinar. Estas contingências levaram a nova reflexão sobre a capacidade instalada e a resposta às necessidades das pessoas. Para, por exemplo posicionar uma pessoa oito vezes por dia, não havia recursos profissionais suficientes. Os enfermeiros sentiram a falta de outros profissionais da área da saúde que auxiliam os enfermeiros nos seus cuidados.

De realçar que em todas as fases da investigação os enfermeiros foram co-investigadores, participando ativamente em todo o processo, motivados e centrados no objetivo major de contribuir para um modelo de melhoria da qualidade cuidados nas ECCI.

De forma a sintetizar o planeamento e implementação dos desenvolvimentos é apresentado o seguinte esquema.

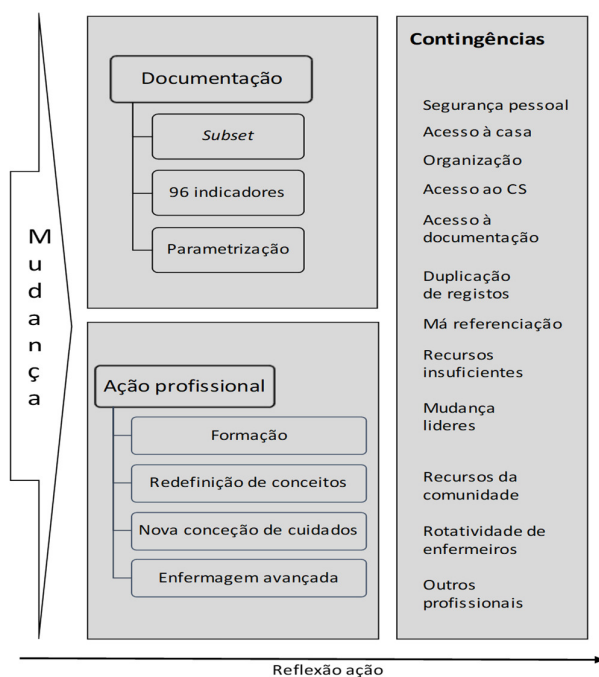


Figura 17 - Esquema síntese do planeamento e implementação



---

## Capítulo 6: Diagnósticos, intervenções e ganhos em saúde dos doentes das ECCI – Momento 2

---

Este capítulo diz respeito à fase de avaliação da investigação-ação. Pretendemos explicar a análise feita à documentação de enfermagem, com foco nos diagnósticos, intervenções e resultados do momento 2 desta investigação, após implementadas as mudanças. Para tal, analisámos os dados documentados no SAPE® de 1 de Setembro a 31 de Dezembro de 2012, correspondente a 191 clientes que à data estavam integrados nas ECCI da ULSM, mesmo que tenham entrado antes da data de início da análise, e que à data de fim, ainda se mantivessem na ECCI.

Os dados registados, como referido anteriormente, pertencem a 191 clientes, 105 mulheres e 86 homens. Destes, 42 pertencem à ECCI de Matosinhos, 22 mulheres e 20 homens; 48 à ECCI de S. Mamede de Infesta, 33 mulheres e 15 homens; 50 à ECCI da Senhora da Hora sendo 23 mulheres e 27 homens e 51 doentes pertencem à ECCI de Leça da Palmeira sendo 27 mulheres e 24 homens.

A média de idades dos clientes é de 73 anos com um mínimo de 19 e um máximo de 98 anos. Foi possível calcular a média de dias que permanecem integrados na ECCI

(“internamento”) em 159 casos, a média é de 45,42 com um máximo de 121 e um mínimo de 0 dias. Zero dias deve-se ao facto de o cliente ter entrado na ECCI nesse dia ou ter entrado e saído no próprio dia.

### 6.1. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes

Numa primeira análise aos dados, debruçamo-nos sobre as necessidades em cuidados de enfermagem documentadas. Verificámos que das 191 pessoas integradas nas diferentes Equipas de Cuidados Continuados Integrados (Gráfico 23), 89,14% (n=156) dos clientes têm registos relativos aos Tegumentos, 85,71% (n=150) relativos ao Autocuidado, 38,86% (n=68) têm registos no domínio do Movimento muscular, 37,14% (n=65) no domínio Outros, onde englobamos áreas de atenção como Aceitação do estado de saúde, Atitude face ao cuidado entre outros, como poderemos ver mais à frente; 34,86% (n=61) dos clientes têm documentados focos no âmbito da Dor, 33,14% (n=58) têm registos relacionados com o Papel de prestador de cuidados, 28,57% (n=50) com a Gestão do regime terapêutico, 27,43% (n=48) no domínio do Equilíbrio corporal, 20% (n=35) da Limpeza das vias aéreas, 13,71% (n=24) aspetos relativo à Eliminação Intestinal, 12% (n=21) relacionados com a Consciencialização, 10,86% (n=19) no domínio do Movimento articular e 6,86% (n=12) relacionados com a Respiração.

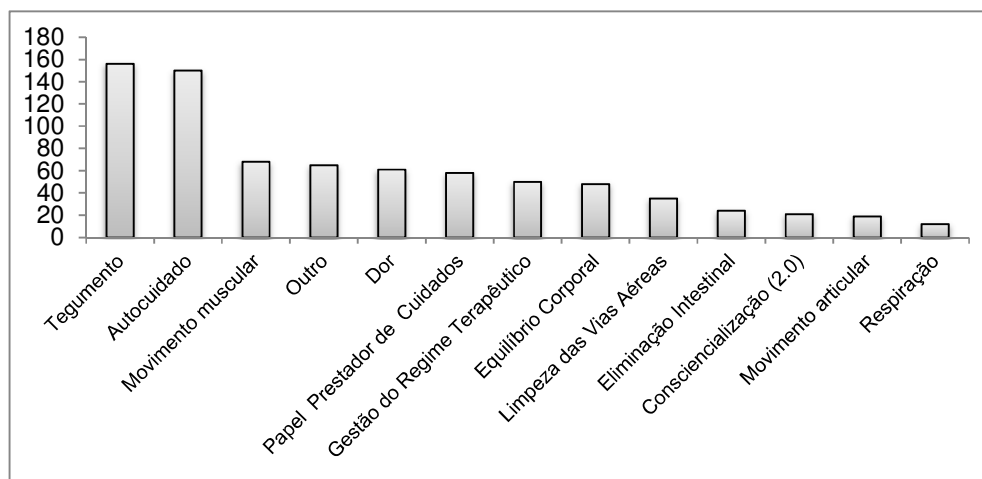


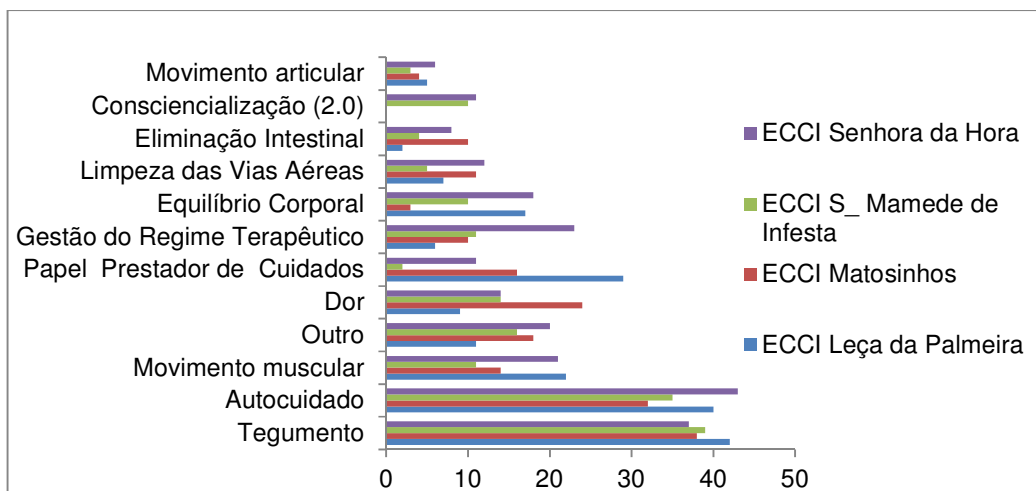
Gráfico 16 – Frequência de doentes por domínio de necessidades em cuidados documentado

A primeira nota recai sobre o facto de, existir uma diferença significativa na documentação dos diagnósticos no âmbito do tegumento e do Autocuidado, em relação às outras áreas, mais de 50%. Ou seja, mais de 150 clientes dos 191 têm registos relativos aos tegumentos e ao autocuidado, enquanto que menos de 70 clientes têm registos das

restantes áreas. Estes dois domínios são marcadamente os mais documentados, o que não deixa dúvidas, que os clientes das ECCI são pessoas com compromissos no autocuidado e também com problemas relacionados com os tegumentos, o que nos sugere que o enfoque dos enfermeiros deva ser nestas grandes áreas.

Por outro lado, estas pessoas com compromisso nos autocuidados, são dependentes de um familiar cuidador para ajuda e apoio, pelo que nos parece que 58 clientes terem registos relativos ao papel de prestador de cuidados fica aquém daquilo que deverá ser a preparação do familiar cuidador para tomar conta de uma pessoa dependente em casa, aliás um dos objetivos da integração dos clientes na ECCI.

No gráfico seguinte (Gráfico 24) podemos observar o anteriormente descrito, mas agrupado por equipa. Verificámos que os domínios documentados variam de equipa para equipa, em função das necessidades dos clientes. Ao olharmos para o domínio Tegumento, vemos que a ECCI de Leça da Palmeira é a que tem mais registos, e a da Senhora da Hora a que menos tem. Já quanto ao Autocuidado, a ECCI da Senhora da Hora é a que tem mais registos e a de Matosinhos menos. Relativamente ao domínio do Papel do Prestador de cuidados existe alguma discrepância na sua documentação, sendo a ECCI de Leça da Palmeira a que mais registos tem e a de S. Mamede de Infesta a que menos tem. Os aspetos relativos à Consciencialização (2.0) foram documentados apenas nas ECCI da Senhora da Hora e de São Mamede Infesta.



**Gráfico 17 - Frequência de doentes por domínio das necessidades e equipa**

Ao olhar para as diferentes ECCI percebemos que os “novos” conceitos, que foram emergindo no modelo de melhoria da qualidade dos cuidados e aos quais os enfermeiros

atribuíram muito valor, no sentido de uma “enfermagem mais avançada” e significativa para as pessoas, como o caso da consciencialização, foi evidente na documentação, embora em duas equipas. O Autocuidado e os tegumentos, para além de serem as áreas documentadas em mais clientes, também se revelam constantes em todas as equipas, enquanto que os aspetos relacionados com o desempenho do papel de familiar cuidador têm destaque na ECCI de Leça da Palmeira. A dor, aparece documentada em mais clientes na ECCI de Matosinhos e a gestão do regime terapêutico destaca-se na ECCI da Senhora da hora.

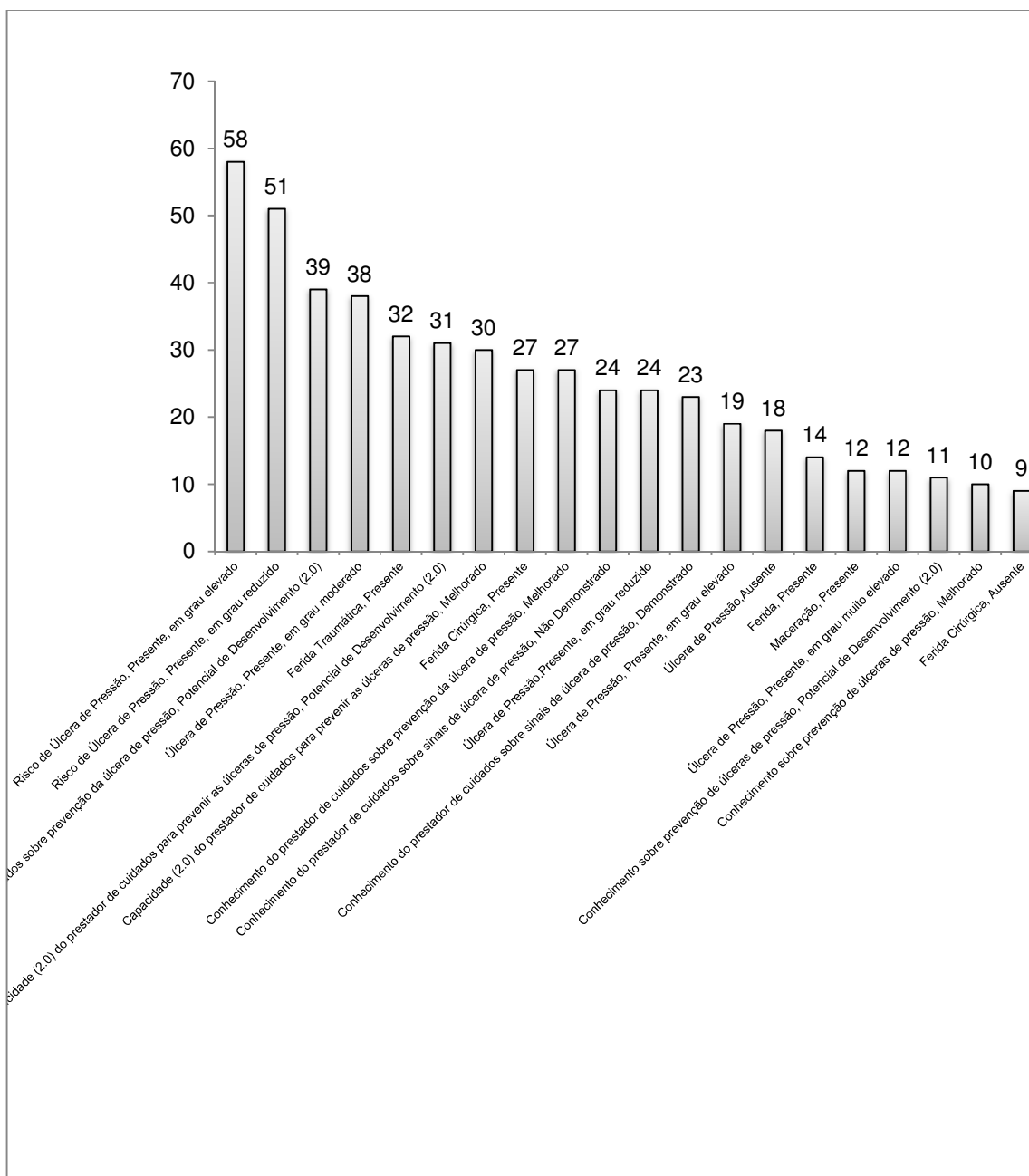
Ao nível dos fenómenos de enfermagem, podemos verificar a frequência de doentes que tem determinado foco documentado por domínio. Assim, para o domínio Tegumento, a Úlcera de pressão, é o foco de atenção que aparece documentado em mais doentes (146) representando 93,59% dos focos documentados neste domínio e 83,43% na globalidade dos focos.

Na tentativa de melhor clarificar os diagnósticos de enfermagem documentados, podemos granular ainda mais a análise e passarmos a atender às sintaxes diagnósticas<sup>2</sup>.

No domínio dos tegumentos (Gráfico 25) verificamos que os 4 principais diagnósticos dizem respeito ao foco Úlcera de Pressão e são eles, o Risco de Úlcera de Pressão em grau elevado (58 clientes) e em grau reduzido (51 clientes), Potencial de Desenvolvimento (2.0) do conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da úlcera de pressão (39 clientes) e Úlcera de Pressão presente, em grau moderado (38 clientes).

---

<sup>2</sup> Quando nos referimos às sintaxes diagnósticas, estamos a fazer referência aos diagnósticos de enfermagem documentados em mais de 5% dos clientes.



**Gráfico 18 - Frequência das sintaxes diagnósticas, no domínio dos tegumentos, descritas em mais de 5% dos clientes**

As sintaxes diagnósticas da área dos tegumentos revelam que o enfoque dos enfermeiros nas quatro unidades é na prevenção, uma vez que as duas primeiras sintaxes são a identificação do risco e a terceira está relacionada com a preparação do familiar cuidador para prevenir o aparecimento das úlceras de pressão.

Atendendo ao domínio do Autocuidado, o Autocuidado “global” (documentado quando os doentes têm algum nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado) surge documentado em 120 clientes, que corresponde a 80% no domínio e a 68,57% do global. Segue-se o Transferir-se (58 clientes, 38,67% no domínio e 33,14% no global), a Queda em 55 clientes (36,67% no domínio e 31,43% no global), o Posicionar-se em 49 (32,67% no domínio e 28% no global), o Vestir-se ou Despir-se (2.0) que surge documentado em 42 clientes (28.00% no domínio e 24.00% no global da documentação), o Andar com Auxiliar de Marcha (42 clientes, 28.00% no domínio e 24.00% no global), o Usar o Sanitário (2.0) em 41 clientes (27.33% neste domínio e 23.43% no global), Alimentar-se (39 clientes, 26.00% no domínio e 22.29% no global), Tomar Banho (2.0) em 34 clientes correspondendo a 22.67% no domínio e 19.43% na documentação global, Autocuidado: Higiene (21 clientes, 14.00% no domínio e 12,00% no global), Andar (15 clientes, 10% no domínio e 8,57% no global), Levantar-se (14 clientes que correspondem a 9,33% no domínio e 8% na documentação global), Arranjar-se (2.0) que ocorre em 10 clientes que corresponde a 6,67% no domínio e 5,71% na documentação global, Usar a Cadeira de Rodas (2.0) surge em 7 casos que correspondem a 4,67% no domínio e 4% na documentação global, Comportamento de Procura de Saúde (6 casos, 4% no domínio e 3,43% no global), Autocuidado: Beber (3 casos, 2% no domínio e 1,71% no global) e Deambular que surge documentado em apenas 2 clientes que corresponde a 1,33% da documentação no domínio do Autocuidado e 1,14% da documentação global.

Descrevemos de seguida as sintaxes diagnósticas por foco no domínio do Autocuidado (Gráfico 26). Em 40 casos foi documentado o “AUTOCUIDADO Dependente em grau muito elevado”, em 36 “AUTOCUIDADO Dependente em grau reduzido”, 34 clientes tinham “Dependência total de pessoa para se Transferir”, 32 tinham “Dependência para Andar com Auxiliar de Marcha”, “Conhecimentos para andar utilizando equipamentos não demonstrado” e “Dependência total de pessoa para se posicionar”, 27 clientes tinham documentado o “Potencial de Desenvolvimento (2.0) do Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir”, e 24 o “Potencial de Desenvolvimento (2.0) do Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar”. Em 22 casos foram documentados os diagnósticos seguintes: “Potencial de Desenvolvimento (2.0) da Capacidade do prestador de cuidados para posicionar”, “Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas demonstrado”, “Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas não demonstrado”, “Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferir

melhorado”, “AUTOCUIDADO Dependente em grau elevado” e “Dependência total de pessoa para Usar o Sanitário (2.0)”. “Dependência total de pessoa para se alimentar”, “Conhecimento do prestador de cuidados sobre posicionar melhorado” e “Dependência total de pessoa para Vestir-se ou Despir-se (2.0)” surgiram em 21 clientes.

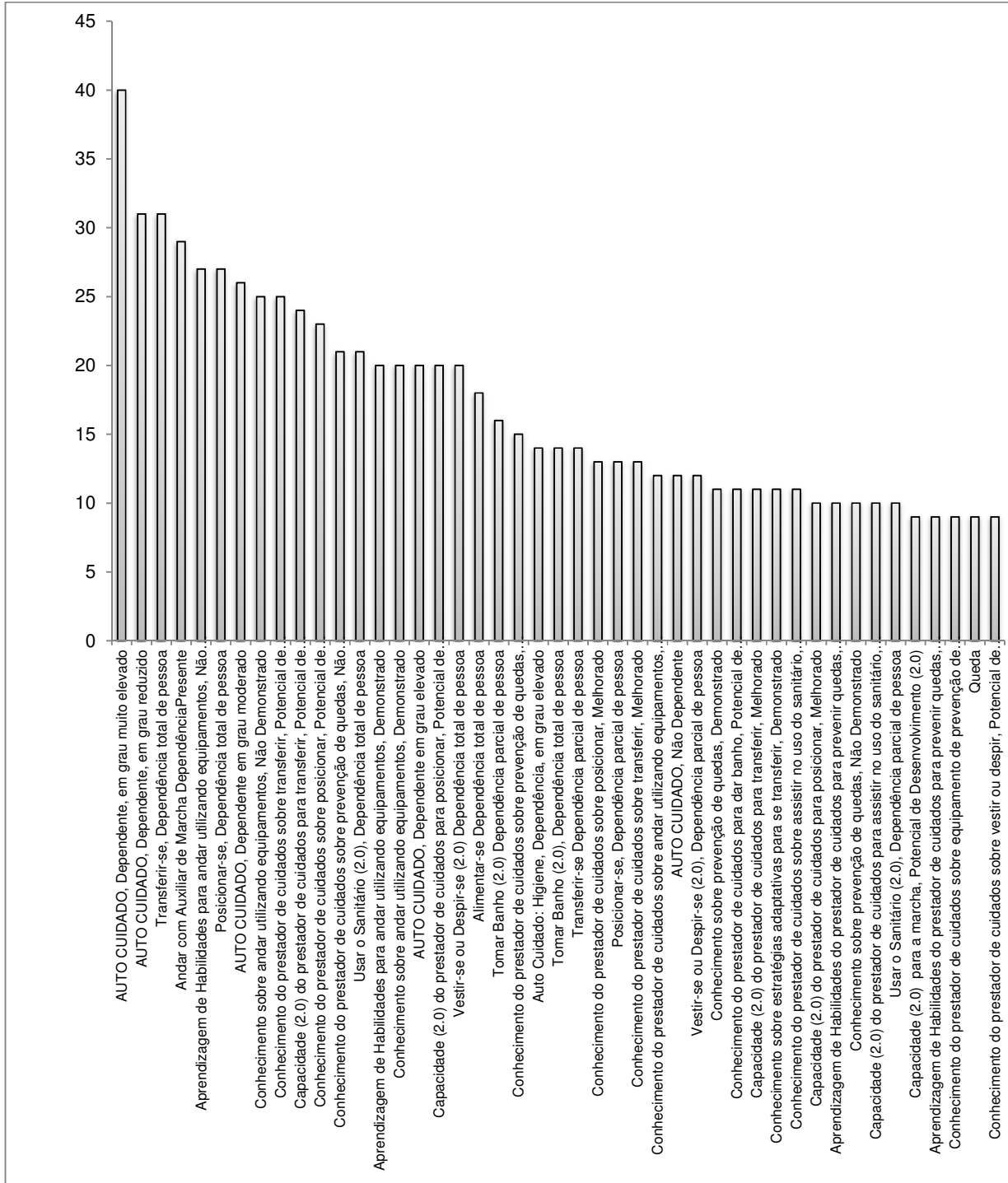


Gráfico 19 – Frequência das sintaxes diagnósticas, no domínio do Autocuidado, descritas em mais de 5% dos doentes

Relativamente ao autocuidado, ressalta que 76 casos são de clientes que têm dependência na generalidade dos domínios do autocuidado, como mostram as duas primeiras sintaxes. Nota-se que cerca de um terço dos clientes são dependentes para se transferir, o que nos leva a pensar que não saem das suas camas, pelo menos sem ajuda, o que vai de encontro aos dados do capítulo três, do estudo de base populacional. Verificamos também que, 32 clientes têm dependência total de pessoa para se posicionar, o que no contexto domiciliário, e atendendo a que a intensão dos enfermeiros documentada na área dos tegumentos é a prevenção das úlceras de pressão, a ação dos enfermeiros tem que se centrar, não só no posicionar, enquanto as famílias não têm condições intrínsecas (consciencialização, conhecimento, capacidades) e dispositivos facilitadores, mas também pela capacitação dos familiares cuidadores. Esta área da capacitação dos familiares cuidadores, ainda fica aquém das necessidades identificadas, como verificamos na documentação.

No caso do domínio Limpeza das vias aéreas, o foco mais vezes documentado neste domínio em 24 clientes (68,57% e 13,71% no global) é a Limpeza das vias aéreas, seguindo-se o foco Aspiração (n=13, 37,14% no domínio e 7,43% global) e o Expectorar (n=9, 25,71% no domínio e 5,14% global). Quando olhamos para as sintaxes diagnósticas neste domínio, a única que surge em 9 casos (≈5% do total de clientes), é o Potencial de Desenvolvimento (2.0) do Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração, no foco Aspiração. Aqui nota-se a intensão da preparação do FC, em função do contexto de cuidados, uma vez que o enfermeiro não está 24h com o cliente.

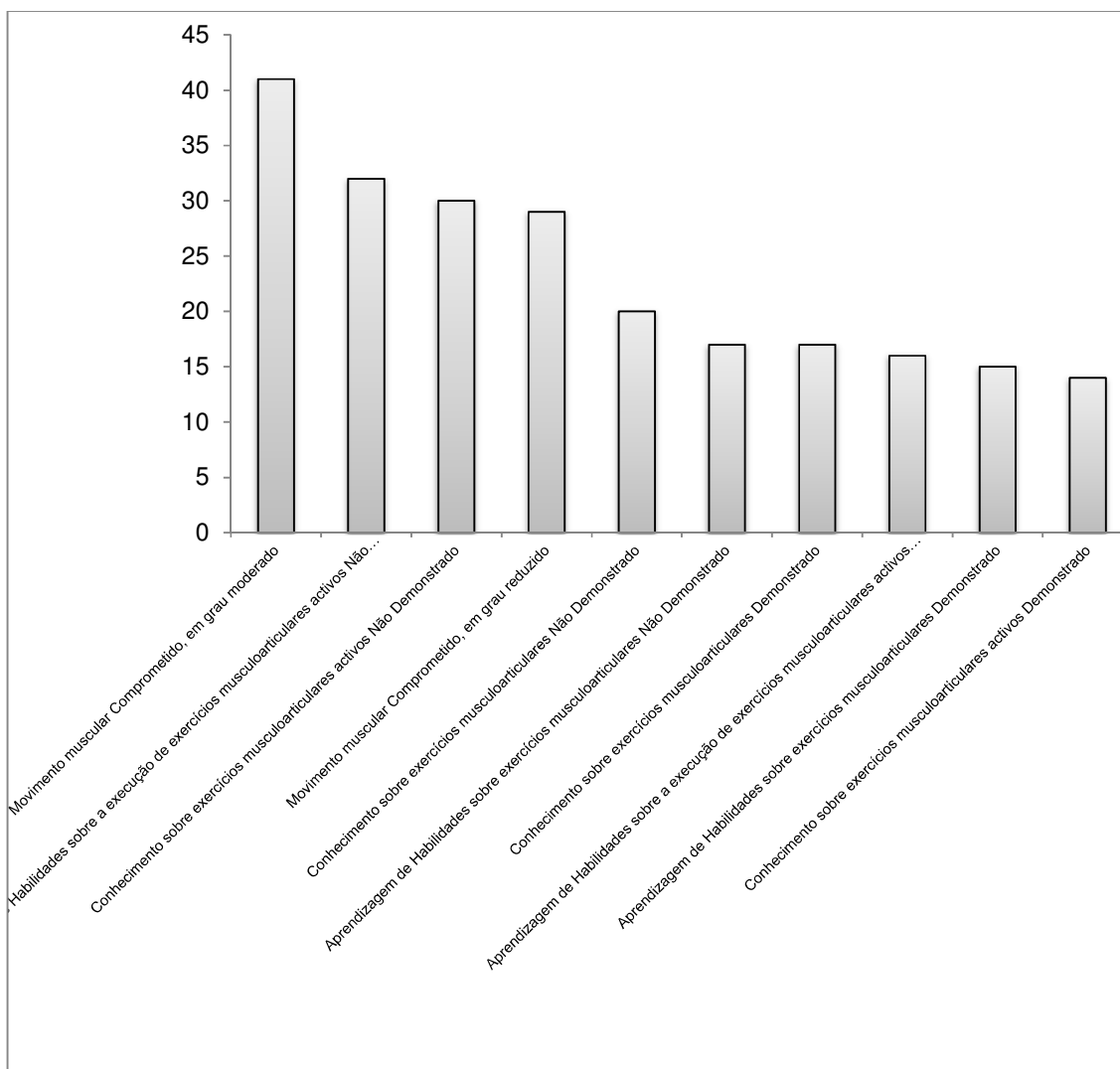
Relativamente ao domínio Outros, onde foram agrupados focos que estavam para além do modelo de melhoria da qualidade dos cuidados definido ou que a sua documentação era inferior a 10% do global dos doentes, destacam-se os focos Aceitação do estado de saúde e Atitude face ao cuidado (2.0) em 11 casos cada, com uma percentagem no domínio de 16,92% e global de 6,29%, e o Processo Familiar documentado em 9 clientes (13,85% no domínio e 5,14% na documentação global). Os outros focos deste domínio têm uma documentação residual, abaixo dos 5% do global da documentação.

No domínio Dor, o foco Dor é registado em 58 pessoas, 95,08% neste domínio e 33,14% no global da documentação e o foco Dor por Ferida surge em 3 casos (4,92% no domínio e 1,71% no global).

Relativamente às sintaxes diagnósticas, verificamos no gráfico seguinte que, “Dor presente em grau moderado” e “Dor presente em grau reduzido” surgem em 16 clientes, “Dor Ausente” em 13 e “Dor presente em grau elevado” em 11 clientes.

O domínio Movimento muscular apenas tem um foco – Movimento muscular, que é registado em 68 casos correspondendo a 100% do domínio e a 38,86% da documentação global.

Já relativamente aos diagnósticos documentados (Gráfico 27), o “Movimento muscular Comprometido, em grau moderado” surge em 41 clientes, “Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculo articulares ativos, Não Demonstrado” em 32, “Conhecimento sobre exercícios musculo articulares ativos, Não Demonstrado” em 30 casos, o “Movimento muscular Comprometido, em grau reduzido” em 29, em 20 clientes foi documentado “Conhecimento sobre exercícios musculo articulares, Não Demonstrado”, a “Aprendizagem de Habilidades sobre exercícios musculo articulares Não Demonstrado” e o “Conhecimento sobre exercícios musculo articulares, Demonstrado” em 17 casos, “Aprendizagem de Habilidades sobre a execução de exercícios musculo articulares ativos, Demonstrado” em 16, “Aprendizagem de Habilidades sobre exercícios musculo articulares, Demonstrado” em 15 clientes e em 14 o “Conhecimento sobre exercícios musculo articulares ativos, Demonstrado”.



**Gráfico 20 - Frequência das sintaxes diagnósticas, no domínio do Movimento muscular, descritas em mais de 5% dos doentes**

Esta área mostra que, relativamente à sua condição, apresentam alterações que condicionam a mobilidade e os enfermeiros tentam ajuizar para além da caracterização da situação, a potencialidade para melhorar esta condição, nomeadamente os conhecimentos e as capacidades para executar exercícios que permitirão, em princípio, melhorar a condição.

No que se reporta ao domínio Papel de Prestador de Cuidados, o foco Papel Prestador de Cuidados é documentado em 45 casos, correspondendo a 77,59% no domínio e 25,71% na documentação global, o Stress do Prestador de cuidados surge em 11 clientes (18,97% no domínio e 6,29% no global) e o Desempenho do Papel em 7 clientes (12,07% no domínio e 4% no global). Cerca de um quarto dos casos integrados na ECCI, revelam

através da documentação, a preocupação dos enfermeiros da necessidade de preparar os familiares cuidadores para tomar conta do seu familiar dependente.

São exemplos o “Conhecimento do Papel de prestador de cuidados, não demonstrado” em 30 casos, o “Conhecimento do Papel de prestador de cuidados, demonstrado” em 22, “Papel de Prestador de Cuidados, Adequado” em 12 casos e em 10 clientes “Aprendizagem de Habilidades para o Papel de Prestador de Cuidados, Não Demonstrado”.

Relativamente ao domínio Gestão do regime terapêutico, o foco Gestão do regime terapêutico surge em 32 clientes, representando 64% da documentação neste domínio e 18,29% no global; o foco Capacidade para Gerir o Regime (2.0) é documentado em 22 pessoas, correspondendo a 44% no domínio e 12,57% no global e a Auto-Administração de Medicamentos em 7 casos (14% no domínio e 4% no global).

Em 14 casos surgiu o diagnóstico “Potencial de Desenvolvimento (2.0) da Capacidade do prestador de cuidados para Gerir o Regime (2.0)”, em 13 o “Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico, Não Demonstrado” e em 11 casos o diagnóstico “Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso, Não Demonstrado”.

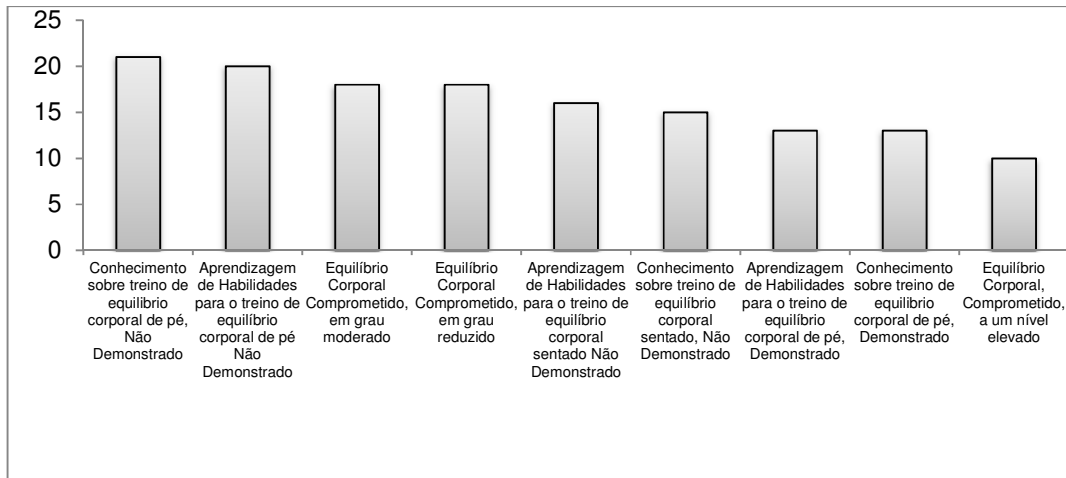
No domínio Respiração, o foco Ventilação surge em 11 clientes, 91,67% no domínio e 6,29% na documentação global, seguindo-se o foco RESPIRAÇÃO em 3 casos, 25% no domínio e 1,71% no global.

Apesar de o domínio da respiração estar representado na documentação, não surge nenhuma sintaxe diagnóstica documentada em mais de 5% dos clientes, o que nos leva a crer que se trata de uma área residual de atenção, tendo em conta os clientes integrados nas ECCI neste período temporal.

O Equilíbrio corporal é o único foco que compõe o domínio com o mesmo nome e surge na documentação em 48 clientes, o que corresponde na documentação global a 27,43%.

As sintaxes, por doente, no Equilíbrio corporal são apresentadas no gráfico 28. O “Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé, Não Demonstrado” surge em 21 clientes, a “Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé, Não Demonstrado” está documentada em 20 doentes, o “Equilíbrio Corporal

Comprometido, em grau moderado” e o “Equilíbrio Corporal Comprometido, em grau reduzido” em 18, a “Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal sentado, Não Demonstrado” em 16 clientes, o “Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal sentado, Não Demonstrado” em 15 casos, em 13 casos surgem os diagnósticos “Aprendizagem de Habilidades para o treino de equilíbrio corporal de pé, Demonstrado” e “Conhecimento sobre treino de equilíbrio corporal de pé, Demonstrado” e 10 clientes têm o diagnóstico de “Equilíbrio Corporal, Comprometido, a um nível elevado”.



**Gráfico 21 - Frequência das sintaxes diagnósticas, no domínio do Equilíbrio corporal, descritas em mais de 5% dos doentes**

Cerca de 10% dos clientes têm alterações do equilíbrio corporal e as sintaxes mais frequentes recaem sobre a capacitação para exercícios no sentido de melhorar o equilíbrio.

Relativamente ao domínio Eliminação intestinal o foco mais vezes documentado é a Obstipação em 22 clientes (91,67% no domínio e 12,57% no global da documentação).

Por fim, no domínio do Movimento Articular, o foco Rigidez articular aparece em 18 casos (94,74% no domínio e 10,29% no global da documentação) e o Pé Equino apenas em 1 caso (5,26% no domínio e 0,57% no global).

Após a análise descritiva, apresentamos, no gráfico 29, as 35 áreas de atenção que foram documentadas em mais de 5% dos clientes, pertencentes aos 12 domínios descritos anteriormente. Constatámos que 83% das pessoas têm registado aspetos relativos à Úlcera de Pressão e 68,5% relativos ao Autocuidado global, surgindo o Movimento Muscular em terceiro lugar (38,9%).

Entre 10 e 40% dos doentes têm documentados diagnósticos no âmbito dos focos Dor, Queda, Posicionar-se, Equilíbrio Corporal, Papel de Prestador de Cuidados, Vestir-se ou Despir-se (2.0), Andar com Auxiliar de Marcha, Usar o Sanitário (2.0), Alimentar-se, Tomar Banho (2.0), Ferida Traumática, Gestão do Regime Terapêutico, Ferida Cirúrgica, Limpeza das Vias Aéreas, Capacidade para Gerir o Regime (2.0), Obstipação, Autocuidado: Higiene, Consciencialização (2.0), Maceração e Rigidez Articular.

E de uma forma residual, aparecem na documentação focos como Andar, Ferida, Levantar-se, Aspiração, Aceitação do Estado de Saúde, Atitude face ao Cuidado (2.0), Stress do Prestador de cuidados, Ventilação, Arranjar-se (2.0), Expectorar, Processo Familiar em menos de 10% dos casos.

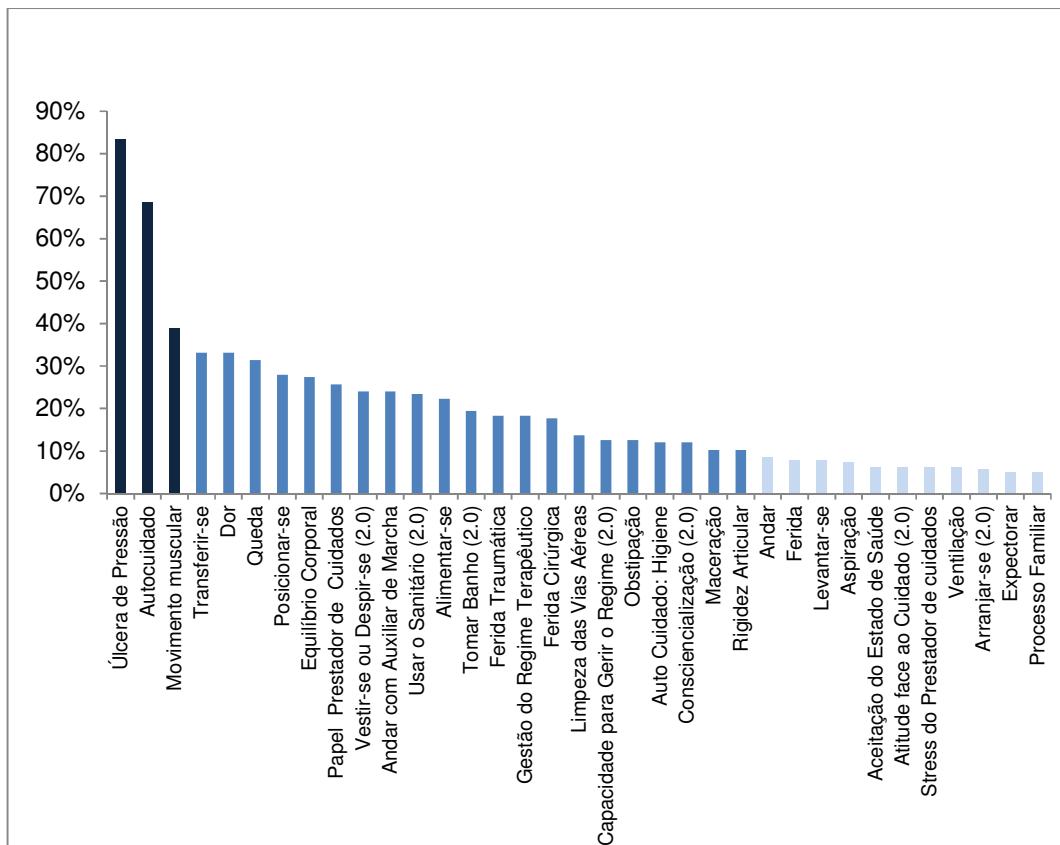


Gráfico 22 - Percentagem global dos Focos documentados em mais de 5% dos casos

Se juntássemos todos os domínios do Autocuidado, transferir, posicionar, talvez este fosse o domínio mais representado na documentação. Por outro lado, se agrupássemos o equilíbrio corporal, a rigidez articular, o movimento muscular, focos que se referem a alterações da condição de saúde que afetam a mobilidade, também este seriam mais notórios na documentação.

Em comparação com o momento um, verificámos que o foco Autocuidado teve uma expressão muito significativa, subindo da 26ª posição para a 2ª, sendo o foco mais documentado a seguir à úlcera de pressão.

#### 6.1.1. Clusters de doentes face às necessidades documentadas

Exploramos os fenómenos de enfermagem por áreas que resultaram em dois grandes grupos. Os fenómenos que têm como cliente a pessoa dependente, que se subdividiram em dois grupos, aqueles que dizem respeito à condição de saúde do doente (autocuidado e aspetos referentes aos processos corporais e consciencialização) e um outro subgrupo que refere os fenómenos relacionados com os conhecimentos e as capacidades do doente. O outro grande grupo também se subdivide, de igual modo, nas mesmas duas áreas, mas tem como cliente o familiar cuidador.

No sentido de agrupar os casos em grupos homogéneos relativamente a algumas características comuns, sentimos necessidade de utilizar uma técnica exploratória de análise multivariada – two step clusters. Este procedimento de exploração dos dados permitiu-nos ter um novo entendimento, neste caso, da forma como os casos se agrupam em função das necessidades em cuidados de enfermagem documentadas. Foram gerados de forma automática modelos exploratórios para os fenómenos associados à condição do cliente dependente e aos seus conhecimentos e capacidades, e também aos conhecimentos e capacidades do familiar cuidador.

Ao debruçarmo-nos sobre a condição de saúde da pessoa dependente (onde incluímos variáveis relativas à dependência no autocuidado, consciencialização e ao compromisso dos processos corporais e tendo em conta 27 variáveis, o algoritmo criou dois agrupamentos e verificámos que quanto à qualidade do cluster (Figura 17) esta é aceitável (0,2). Este valor indica que, em média, os casos de cada um dos agrupamentos têm uma localização relativamente próxima dos respetivos centros, o que significa que a homogeneidade intra-grupos é elevada e que há heterogeneidade entre grupos.

### Sumário do Modelo

Algoritmo	TwoStep
Entradas	27
Grupos	2

### Qualidade do Grupo

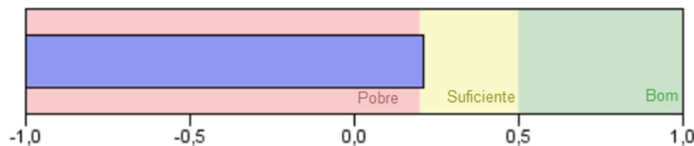
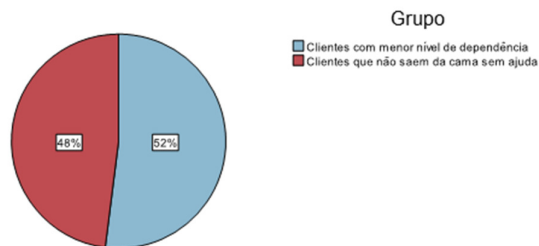


Figura 18 - Perfil de coesão e separação dos agrupamentos dos fenômenos mais grupo de status associados à condição de saúde (compromisso dos processos corporais e dependência para o autocuidado e consciencialização)

Olhando para o tamanho dos clusters (Figura 18) verificamos que os 175 casos foram agrupados em dois clusters, um maior que inclui 91 casos (52%) que designamos “Clientes com menor grau de dependência” e um menor com 84 casos (48%), “Clientes que não saem da cama sem ajuda” O rácio do maior para o menor é de 1,08.



Tamanho do Grupo Menor	84 (48%)
Tamanho do Grupo Maior	91 (52%)
Rácio dos tamanhos: Grupo Maior para o Grupo Menor	1,08

Figura 19 - Dimensão dos agrupamentos dos fenômenos e grupo de status associados à condição de saúde

O principal preditor do modelo (Figura 19) é o fenómeno dependência para se transferir (1,0). Das 10 principais variáveis que predizem o modelo, apenas duas não são do domínio do autocuidado, mas sim dos processos corporais. Ou seja, a dependência para o autocuidado, nomeadamente para se transferir, parece explicar a criação de dois grupos

com características comuns intra-sujeitos quando falamos de fenómenos de enfermagem e grupos de status documentados nos clientes das ECCI relativos à condição de saúde da pessoa dependente.

### Legenda

TrnsfDep_Fen	Dependência para se transferir
PosicDep_Fen	Dependência para se posicionar
USanitDep_Fen	Dependência para usar o sanitário
TBanhDep_Fen	Dependência para tomar banho
AlimDep_Fen	Dependência para se alimentar
EquilComp_Fen	Equilíbrio comprometido
ACDep_Fen	Dependência para o autocuidado
AndAMDep_Fen	Dependência para andar com auxiliar de marcha
UPRisco_Fen	Risco de úlcera de pressão
LevDep_Fen	Fenómeno: Dependência para se levantar

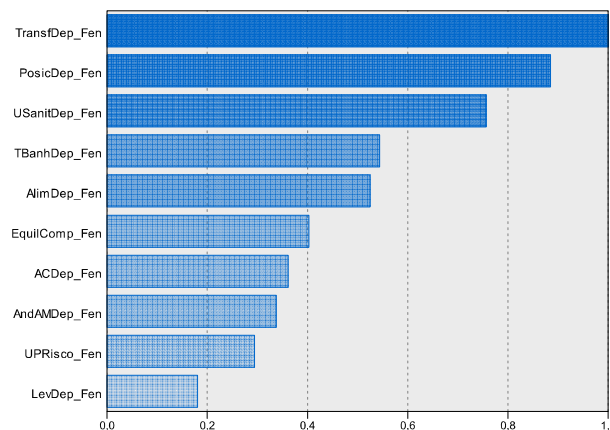


Figura 20 - Importância dos preditores do processo de agrupamento

Na comparação entre grupos, o que distingue os “clientes que não saem da cama sem ajuda” é o facto de terem associado dependência global para o autocuidado e problemas como Risco de úlcera de pressão e o equilíbrio corporal comprometido.

Quando olhamos para os fenómenos no âmbito dos conhecimentos e capacidades dos doentes e atendendo à qualidade do cluster (Figura 20), o valor Avarage Silhouette é de 0,6 o que significa que é bom. Ou seja, a homogeneidade intra-grupos é elevada e é baixa a semelhança entre os membros de grupos diferentes, havendo uma grande aproximação dos sujeitos de cada grupo ao respetivo núcleo.

### Sumário do Modelo

Algoritmo	TwoStep
Entradas	41
Grupos	2

### Qualidade do Grupo

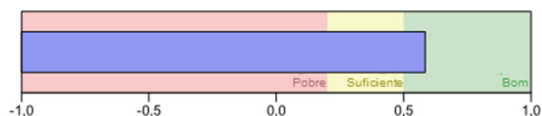
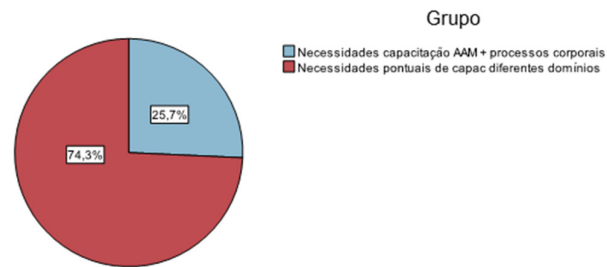


Figura 21 - Perfil de coesão e separação dos agrupamentos dos fenómenos associados aos conhecimentos e capacidades do cliente

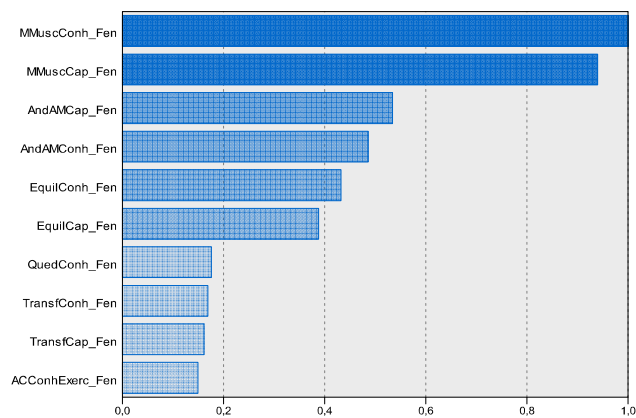
Com base em 145 casos identificam-se dois grupos (figura 21). O agrupamento maior inclui 130 casos (74,3%) que denominamos “Clientes com necessidades pontuais de capacitação nos diferentes domínios” e o menor com 45 casos (25,7%) “Clientes com necessidades de capacitação nos domínios do andar com auxiliar de marcha e dos processos corporais” que correspondem, no nosso entendimento, aos doentes submetidos a cirurgia do foro ortopédico, tal como colocação de prótese da anca. O rácio do maior para o menor é de 2,89.



Tamanho do Grupo Menor	45 (25,7%)
Tamanho do Grupo Maior	130 (74,3%)
Rácio dos tamanhos: Grupo Maior para o Grupo Menor	2,89

**Figura 22 - Dimensão dos agrupamentos dos fenómenos associados aos conhecimentos e capacidades**

O fenómeno Conhecimentos sobre Movimento Muscular (1,0) é o principal preditor (figura 22).



**Figura 23 - Importância dos preditores do processo de agrupamento**

## Legenda

MMuscConh_Fen	Conhecimento sobre movimento muscular
MMuscCap_Fen	Capacidade para movimento muscular
AndAMCap_Fen	Capacidade para andar com auxiliar de marcha
AndAMConh_Fen	Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha
EquilConh_Fen	Conhecimento sobre equilíbrio
EquilCap_Fen	Capacidade para equilíbrio
QuedConh_Fen	Conhecimento sobre quedas
TransfConh_Fen	Conhecimento sobre transferência
TransfCap_Fen	Capacidade para transferir
ACConhExerc_Fen	Conhecimento sobre exercícios para o autocuidado

O que distingue (figura 23) os casos no cluster “Clientes com necessidades de capacitação nas áreas: andar com auxiliar de marcha e processos corporais” dos do outro cluster, é o facto dos diagnósticos de enfermagem documentados serem centrados em fenómenos como: conhecimentos e capacidades para o movimento muscular, capacidades e conhecimentos para andar com auxiliar de marcha e os conhecimentos e capacidades relacionados com o equilíbrio corporal.

A comparação destes dois clusters sugere que estes clientes submetidos a cirurgias ortopédicas precisam de empoderamento para andar com dispositivos, recuperarem a força muscular/movimento muscular e o equilíbrio corporal, após a cirurgia.

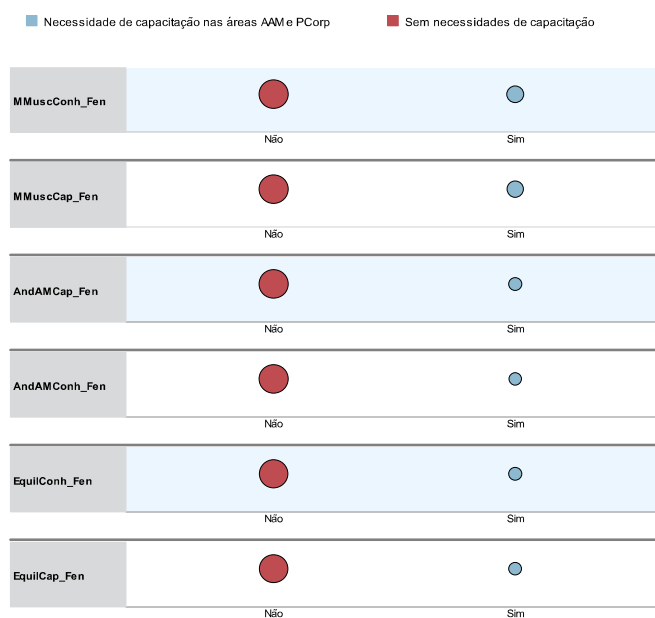
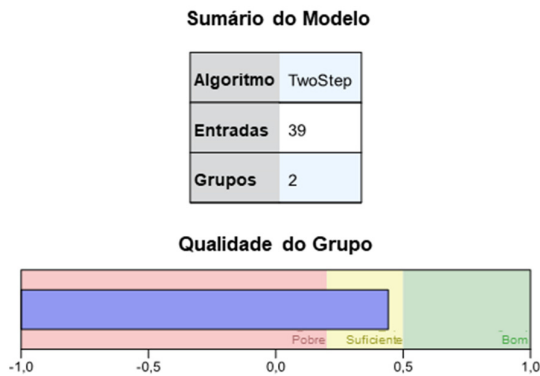


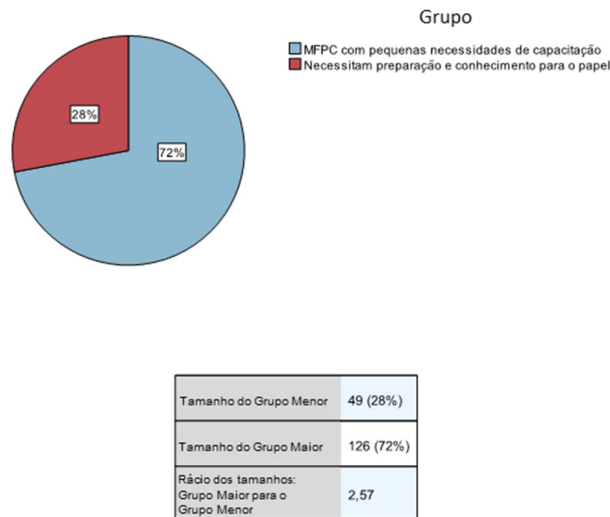
Figura 24 - Comparação de cluster dos fenómenos associados aos conhecimentos e capacidades

Debruçando-nos sobre os fenômenos no âmbito dos conhecimentos e capacidades do familiar cuidador para tomar conta do seu familiar dependente surgem dois agrupamentos com uma qualidade aceitável (0,4) que é muito próxima de boa (figura 24).



**Figura 25 - Perfil de coesão e separação dos agrupamentos dos fenômenos associados FC**

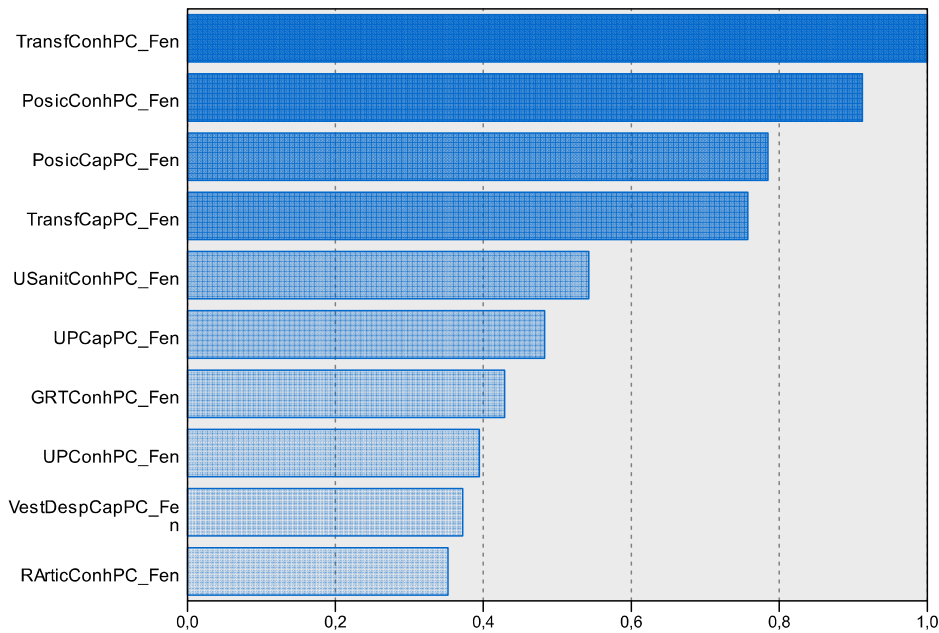
Dos 175 casos que compõem este modelo, 126 (72%) pertencem ao cluster um, que designamos “Familiares cuidadores com pequenas necessidades de capacitação” e 49 casos (28%) pertencem aos “Membros da família que necessitam de preparação e conhecimento para o desempenho do seu papel”. O rácio do maior para o menor é de 2,57.



**Figura 26 - Dimensão dos agrupamentos dos fenômenos associados aos conhecimentos e capacidades do familiar cuidador.**

O principal preditor (figura 26) deste modelo é o fenómeno Conhecimento do PC sobre transferência (1,0). Dos 10 preditores principais, seis são no âmbito dos conhecimentos, e quatro das capacidades do familiar cuidador, mas a maioria (7) dizem respeito aos aspetos do conhecimento e capacidades para lidar e prestar cuidados relacionados com a

dependência no autocuidado do familiar e apenas três aos aspetos das respostas corporais à doença.

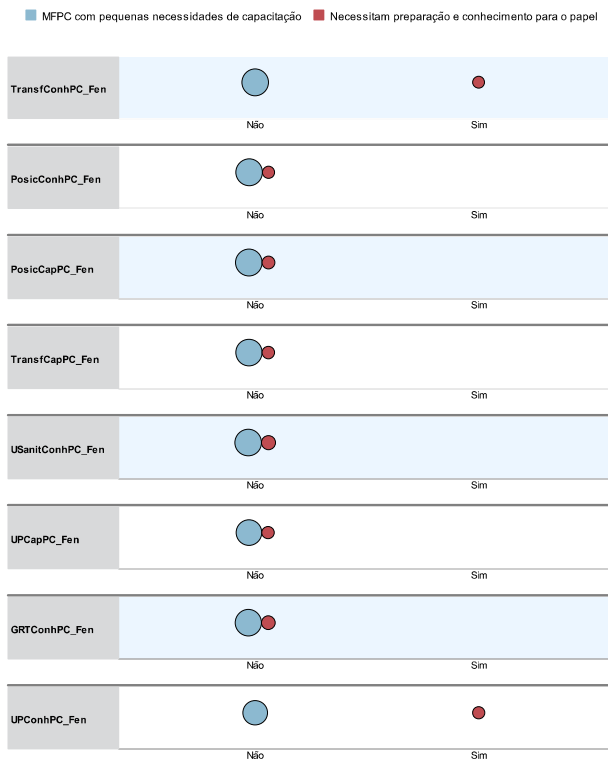


**Figura 27 - Importância dos preditores do processo de agrupamento**

**Legenda**

TransConhPC_Fen	Conhecimento do familiar cuidador sobre transferir
PosioConhPC_Fen	Conhecimento do familiar cuidador sobre posicionar
PosioCapPC_Fen	Capacidade do familiar cuidador para posicionar
TransCapPC_Fen	Capacidade do familiar cuidador para transferir
USanitConhPC_Fen	Conhecimento do familiar cuidador sobre usar sanitário
UPCapPC_Fen	Capacidade do familiar cuidador para prevenir úlceras de pressão
GRTConhPC_Fen	Conhecimento do familiar cuidador sobre gestão do regime terapêutico
UPConhPC_Fen	Conhecimento do familiar cuidador sobre prevenção de úlceras de pressão
VestDespCapPC_Fen	Capacidade do familiar cuidador para vestir/despir
RArticConhPC_Fen	Conhecimento do familiar cuidador sobre prevenção de rigidez articular

Na comparação entre clusters, o que distingue o cluster menor do maior, como se pode ver na figura 27, são dois fenómenos: o Conhecimento do prestador de cuidados sobre transferência e o Conhecimento do prestador de cuidados sobre úlceras de pressão.



**Figura 28 - Comparação entre clusters**

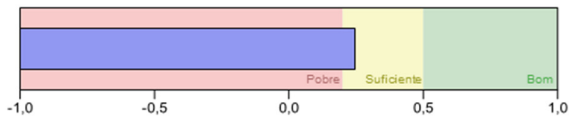
Após estas análises debruçamo-nos novamente na pessoa dependente. Desta vez tivemos em atenção somente os fenómenos no âmbito do autocuidado e dos processos corporais, por si, e não os relacionados com os conhecimentos e as capacidades para determinado autocuidado ou para prevenir algum problema potencial. Centramo-nos por isso na dependência e nas alterações/compromisso dos processos corporais.

Para tal, foram selecionadas 29 variáveis, que representam um nível de abstração superior relativamente às necessidades de cuidados identificadas, na área da condição de saúde da pessoa dependente. Quanto à qualidade (figura 28), o modelo é aceitável (0,2).

**Sumário do Modelo**

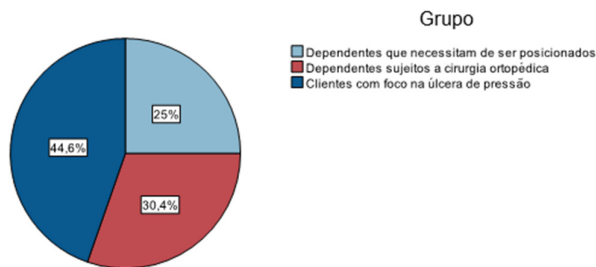
Algoritmo	TwoStep
Entradas	29
Grupos	3

**Qualidade do Grupo**



**Figura 29 - Perfil de coesão e separação dos agrupamentos dos fenômenos associados à condição de saúde (processos corporais, autocuidado e consciencialização)**

Dos 168 casos emergiram três agrupamentos, com um rácio do maior para o menor de 1,79 (figura 29). O Grupo um com 42 casos (25%) que designamos por “Dependentes que necessitam de ser posicionados”, o grupo dois com 51 casos (30,4%) que corresponde aos “Dependentes sujeitos a cirurgia ortopédica” e o grupo três com 75 casos (44,6%) que designamos por “Clientes com foco na úlcera de pressão”.



Tamanho do Grupo Menor	42 (25%)
Tamanho do Grupo Maior	75 (44,6%)
Rácio dos tamanhos: Grupo Maior para o Grupo Menor	1,79

**Figura 30 - Dimensão dos agrupamentos dos fenômenos associados à condição de saúde (autocuidado, consciencialização, processos corporais)**

O principal preditor do modelo é o Movimento Muscular (1,0) o Andar com Auxiliar de Marcha (0,8), Posicionar (0,7), Equilíbrio (0,53), entre outros. No entanto, quando vemos os preditores dos grupos *per si* identificamos diferenças nos preditores entre grupos (figura 30). No grupo um “Dependentes que necessitam de ser posicionados” os três principais preditores são os fenômenos relacionados com as atividades de autocuidado posicionar, alimentar e transferir. No caso do grupo dois “Dependentes sujeitos a cirurgia

ortopédica” surgem no topo da lista os fenômenos Movimento muscular, Andar com auxiliar de marcha e Equilíbrio. E, no grupo três, “Clientes com foco na úlcera de pressão” os preditores dos outros grupos praticamente não são documentados nestes casos. Surge em 21º o fenômeno Úlcera de Pressão.

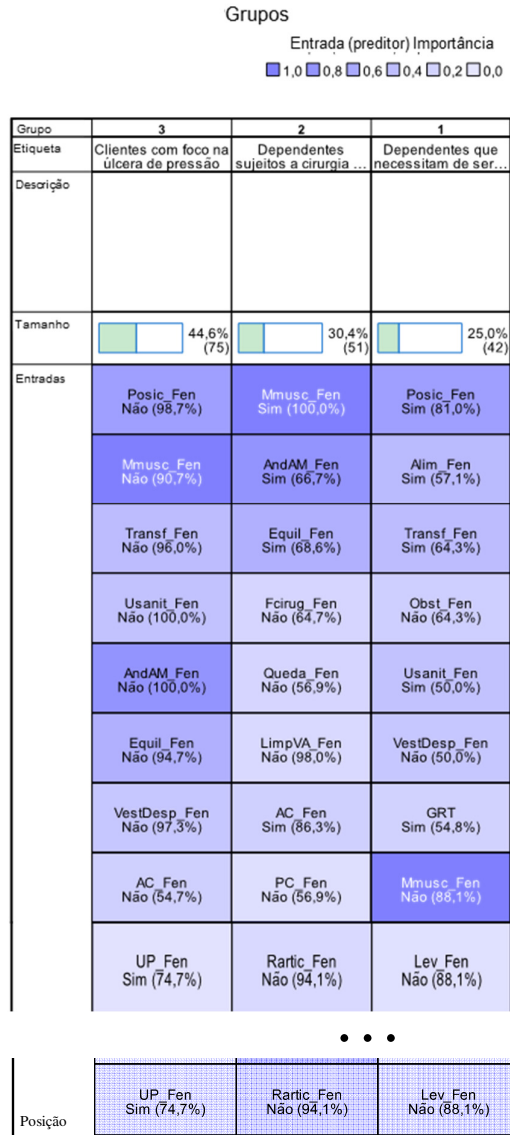
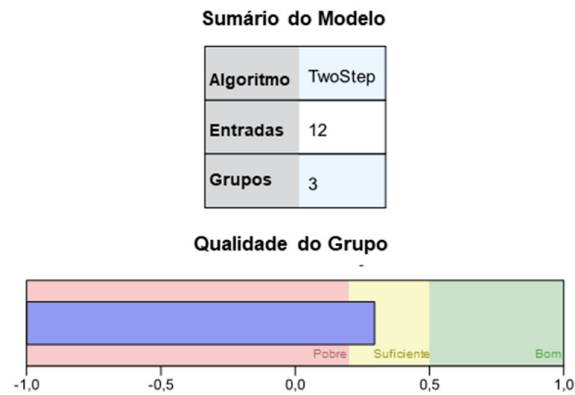


Figura 31 - Classificação das entradas dos preditores por importância dentro dos clusters

Por fim, neste âmbito das necessidades em cuidados, agrupamos os focos em 13 domínios, Autocuidado, Conscientização, Dor, Eliminação Intestinal, Equilíbrio Corporal, Gestão do Regime Terapêutico, Limpeza das Vias Aéreas, Movimento Articular, Movimento Muscular, Papel de Prestador de Cuidados, Respiração, Aspiração e Tegumentos.

Quando falamos em clusters dos domínios de cuidados documentados nos clientes das ECCI, verificámos que a qualidade é aceitável (0,3) e identificam-se três grupos com base nos 168 casos e 12 variáveis (figura 31).



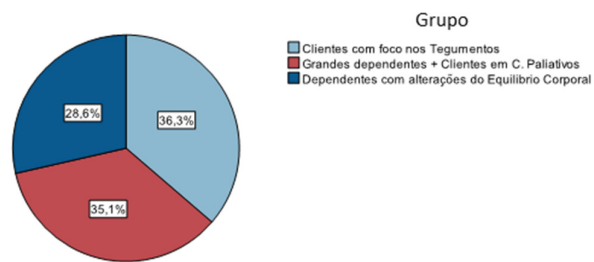
**Figura 32 - Perfil de coesão e separação dos agrupamentos dos fenómenos agrupados em 12 dimensões**

Como vemos na figura 31, o agrupamento maior tem 61 casos (36,3%) e designamos de “Clientes com foco nos tegumentos”<sup>3</sup>. O segundo corresponde a 59 casos (35,1%) “Grandes dependentes incluindo clientes em cuidados paliativos”, e o agrupamento menor tem 48 casos (28,6%) e designamos “Dependentes com alterações do Equilíbrio corporal” muito associado aos casos em que as pessoas foram submetidas a cirurgia do foro ortopédico<sup>4</sup>. O rácio do maior para o menor é de 1,27.

---

<sup>3</sup> Ao refletir sobre este grupo pensamos em clientes sem potencial, sem investimento, estão lá por úlceras/ e ou feridas e os enfermeiros nem documentam os outros aspetos. Ou ainda, o grupo dos grandes dependentes com foco nos tegumentos.

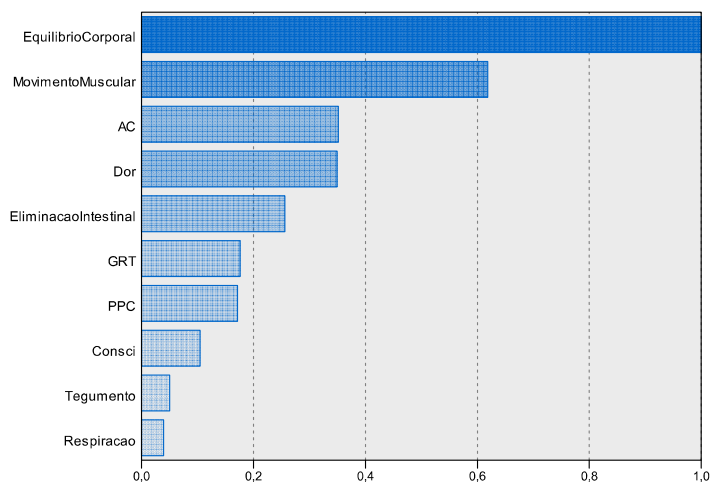
<sup>4</sup> Neste grupo menor, a reflexão levou-nos a equacionar a alteração do título do grupo para clientes com potencial de recuperação, porque sabemos que é nestes casos que há ganhos, mas nesta fase que só estamos a falar das necessidades pareceu-nos precoce falar em resultados e como estamos a falar das necessidades em cuidados enfermagem o “sujeitos a cirurgia ortopédica” também não nos pareceu a melhor opção. Outra sugestão seria: dependentes com foco nos aspetos da capacitação para andar (inclui força, equilíbrio, etc).



Tamanho do Grupo Menor	48 (28,6%)
Tamanho do Grupo Maior	61 (36,3%)
Rácio dos tamanhos: Grupo Maior para o Grupo Menor	1,27

**Figura 33 - Dimensão dos agrupamentos dos domínios**

O principal preditor do modelo (figura 33) é o Equilíbrio Corporal (1,0).



**Figura 34 - Importância dos preditores do processo de agrupamento**

No entanto, quando olharmos para os preditores dentro de cada grupo, no caso do grupo um é o Autocuidado, no dois é a Dor e no três o Equilíbrio corporal, o que justifica, por si, os nomes dos clusters (figura 34).

Input (Predictor) Importance  
 1,0 0,8 0,6 0,4 0,2 0,0

Cluster	1	2	3
Label	Cientes com focos nos Tegumentos	Grandes dependentes + ...	Dependentes com alterações do ...
Description			
Size	36,3% (61)	35,1% (59)	28,6% (48)
Inputs	AC Não (50,8%)	Dor Sim (62,7%)	Equilibrio Corporal Sim (93,8%)
	Equilibrio Corporal Não (98,4%)	Eliminacao Intestinal Não (66,1%)	Movimento Muscular Sim (93,8%)
	Movimento Muscular Não (90,2%)	Equilibrio Corporal Não (100,0%)	AC Sim (97,9%)
	Dor Não (95,1%)	GRT Não (54,2%)	Eliminacao Intestinal Não (100,0%)
	PPC Não (95,1%)	Consci Não (81,4%)	PPC Não (56,2%)
	GRT Não (95,1%)	AC Sim (94,9%)	Consci Não (100,0%)
	Eliminacao Intestinal Não (98,4%)	Movimento Muscular Não (79,7%)	LVA Não (89,6%)
	Tegumento Sim (78,7%)	Respiracao Não (100,0%)	Dor Não (81,2%)
	Consci Não (96,7%)	PPC Não (61,0%)	Movimento Articular Não (85,4%)
	Respiracao Não (90,2%)	Tegumento Sim (94,9%)	Respiracao Não (91,7%)
	Movimento Articular Não (95,1%)	LVA Não (74,6%)	GRT Não (70,8%)
	LVA Não (78,7%)	Movimento Articular Não (91,5%)	Tegumento Sim (89,6%)

Figura 35 - Classificação das entradas dos preditores por importância dentro dos clusters

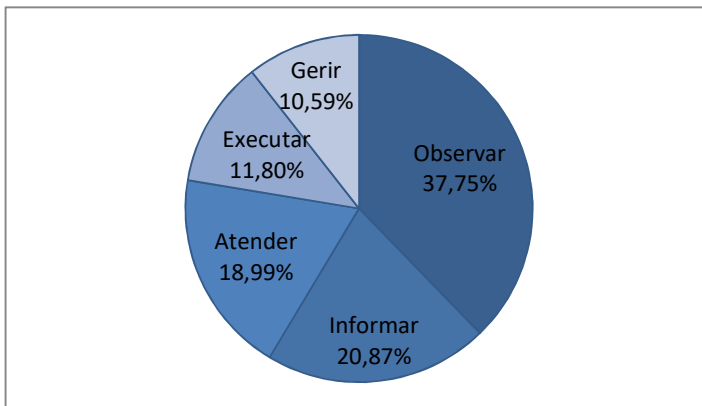
## 6.2. Intervenções de enfermagem mais frequentes

No período em análise foram documentadas 192798 intervenções a partir de 1515 enunciados diferentes.

Optámos por iniciar a descrição com a apresentação agrupada das intervenções por tipo de ação, descrevendo o número de clientes que beneficiou de intervenções desse tipo, a

frequência de implementação, a percentagem relativa de clientes, percentagem global de implementação e a percentagem de implementação por tipo de ação. Seguindo-se a especificação das intervenções.

Quando olhamos as intervenções por tipo de ação (gráfico 30) percebemos que as intervenções do tipo Observar têm uma percentagem de implementação global de 37,75%, seguindo-se as do tipo Informar (20,87%), Atender (18,99%), Executar (11,80%) e por fim as do tipo Gerir (10,59%).



**Gráfico 23 - Percentagem global de implementação das intervenções por tipo de ação**

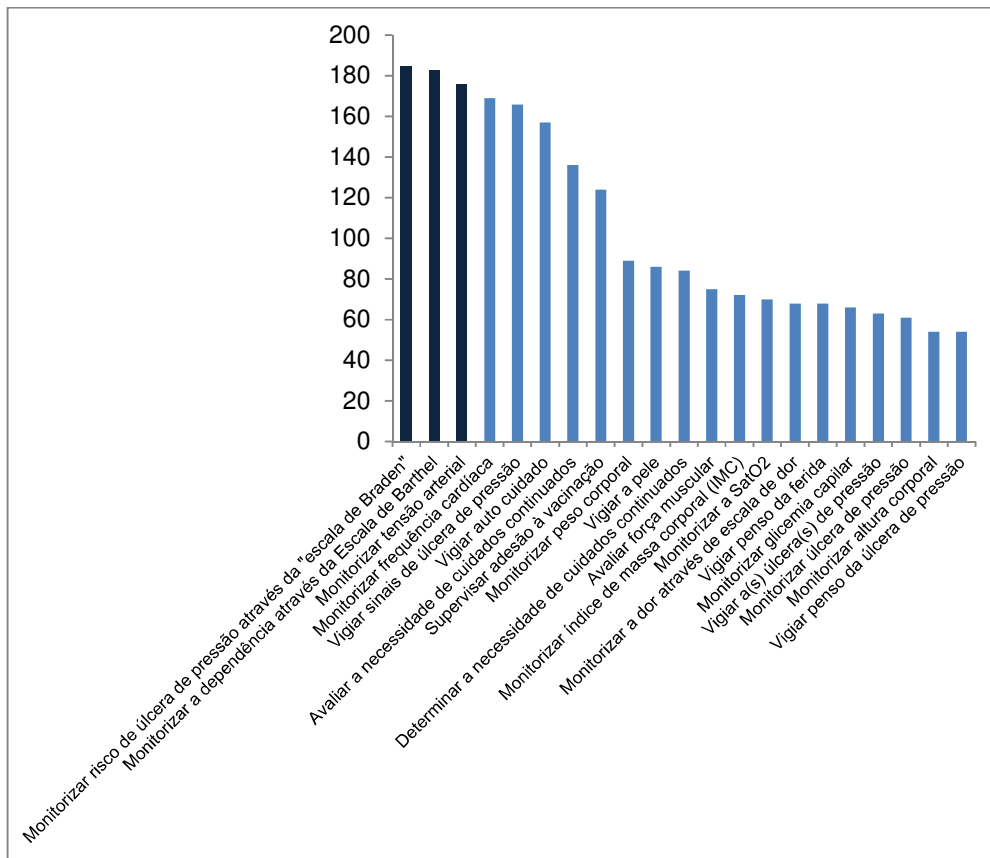
As intervenções organizadas por tipo de ação, diferem do momento um. Enquanto que no momento um, as intervenções mais frequentes eram as do tipo informar e as menos frequentes as do tipo executar, no momento dois, as mais frequentes são as intervenções do tipo observar e as menos frequentes passaram a ser as do tipo gerir que trocaram de posição com as intervenções do tipo executar.

O facto de as intervenções mais frequentes serem do tipo observar pode ser congruente com uma prática mais reflexiva, onde os enfermeiros recolhem dados através das observações, mas também pode demonstrar um maior acompanhamento dos clientes, através das vigilâncias de saúde, que se concretizam com ações do tipo observar.

Na tentativa de compreender o facto das ações do tipo executar deixarem de ser as menos frequentes, após a implementação das mudanças, os enfermeiros passaram a prestar cuidados que antes, no momento um, não davam relevância, como um cuidado essencial a ser prestado pelas ECCI, como as intervenções posicionar e transferir a pessoa dependente. Aspetos estes que estão relacionados com as ações do tipo executar.

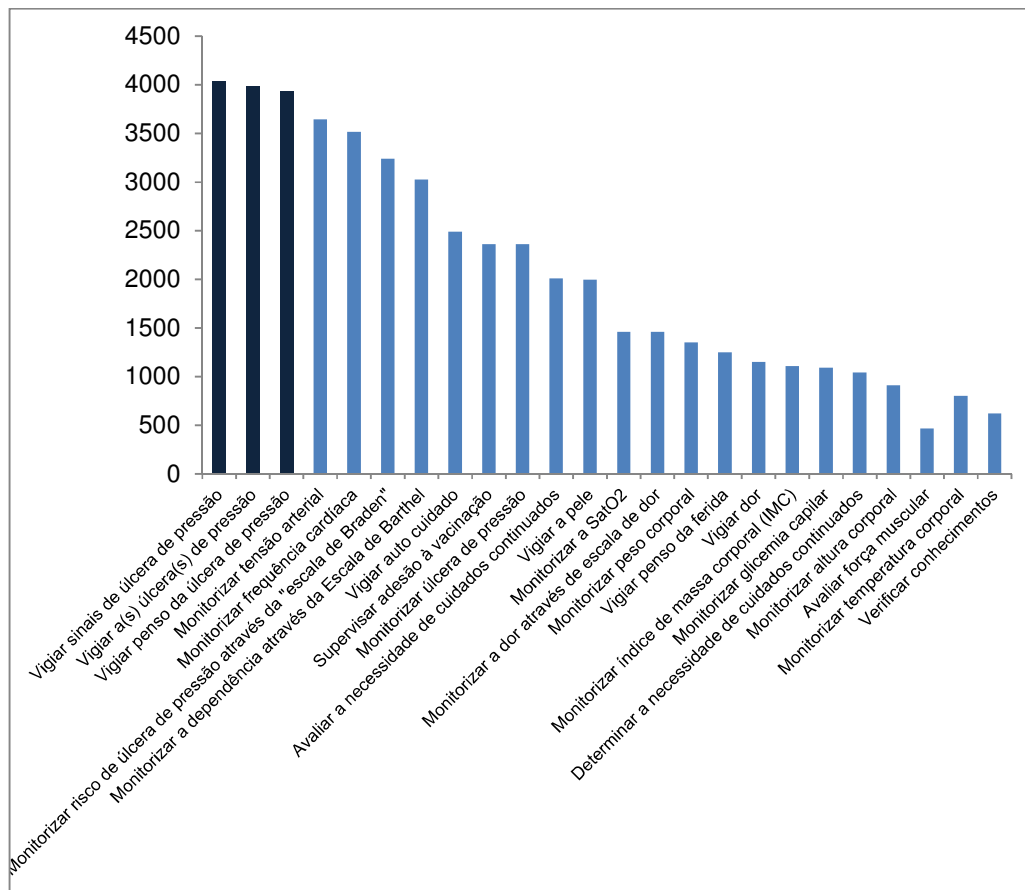
Atendendo às 72783 intervenções implementadas do tipo “observar”, verificamos que todos os clientes (n=191) beneficiaram de intervenções do tipo “monitorizar” e que estas foram implementadas 26814 vezes, o que corresponde a 13,91% de implementação global e de 36,84% de implementação neste tipo de ação. Destacámos ainda as ações do tipo “vigiar” implementadas 32992 vezes a 188 clientes (98,43%), correspondendo a 17,11% de implementação global e 45,33% de implementação no tipo “observar”.

Nos gráficos seguintes verificamos a especificação das intervenções do tipo “observar”, o número de clientes que beneficiaram destas e o número de vezes que foram implementadas. Se nos reportarmos ao número de clientes beneficiários das intervenções (Gráfico 31), destacamos as intervenções “Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Braden” em 185 clientes e implementada 3241 vezes; “Monitorizar a dependência através da “Escala de Barthel” em 183 doentes e implementada 3026 vezes e “Monitorizar tensão arterial” em 176 doentes e implementada 3644 vezes.



**Gráfico 24- Frequência de clientes beneficiários de intervenções no âmbito do tipo de ação Observar**

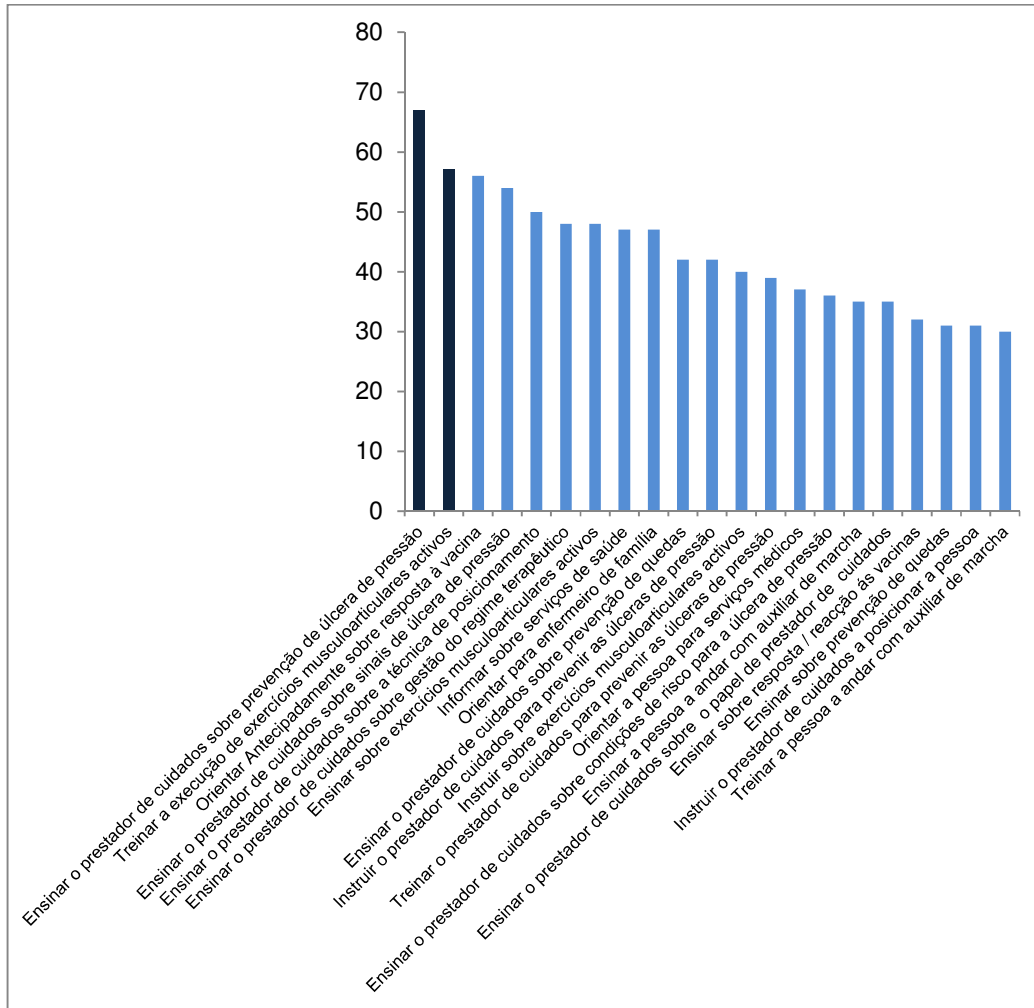
Se o nosso olhar recair pelo número de vezes implementada uma intervenção salientamos (Gráfico 32) “Vigiar sinais de úlcera de pressão” 4037 vezes em 166 casos, “Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão” 3986 vezes em 63 clientes e “Vigiar penso da úlcera de pressão” 3927 vezes em 54 clientes.



**Gráfico 25 - Frequência da implementação de intervenções do tipo de ação Observar**

Relativamente às intervenções do tipo de ação “Informar” foram implementadas 40234 que correspondem a 20,87% do global. Verificamos que as mais relevantes em termos de número de doentes beneficiados e frequência de implementação neste tipo de ação são as do tipo “ensinar” com 167 clientes (87,43%), 16328 vezes implementadas correspondendo a 8,47% de implementação global e 40,58% neste tipo de ação; “treinar” beneficiaram 138 clientes (72,25%), 8499 vezes implementadas correspondendo a 4,41% de implementação global e 21,12% neste tipo de ação e “instruir” prescritas em 135 casos (70,68%), 7556 implementadas correspondendo a 3,92% do global e 18,78% neste tipo de ação. Ensina-se mais do que se treina ou instrui.

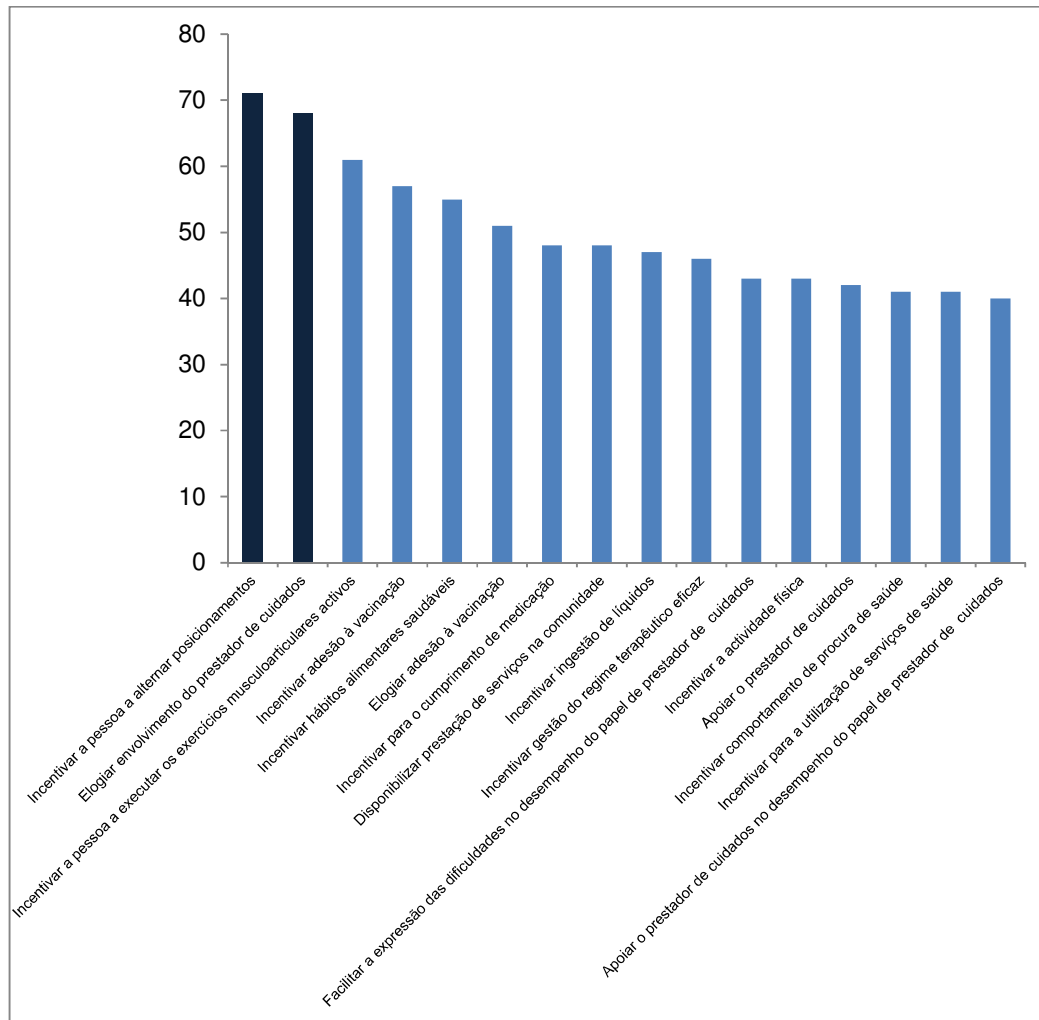
Quando nos focalizamos nas sintaxes das intervenções (gráfico 33) salientam-se “Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão” prescrita em 67 casos e implementada 751 vezes e “Treinar a execução de exercícios musculo articulares ativos” prescrita a 57 clientes e implementada 620 vezes.



**Gráfico 26 - Frequência de clientes beneficiários de intervenções no âmbito do tipo de ação Informar**

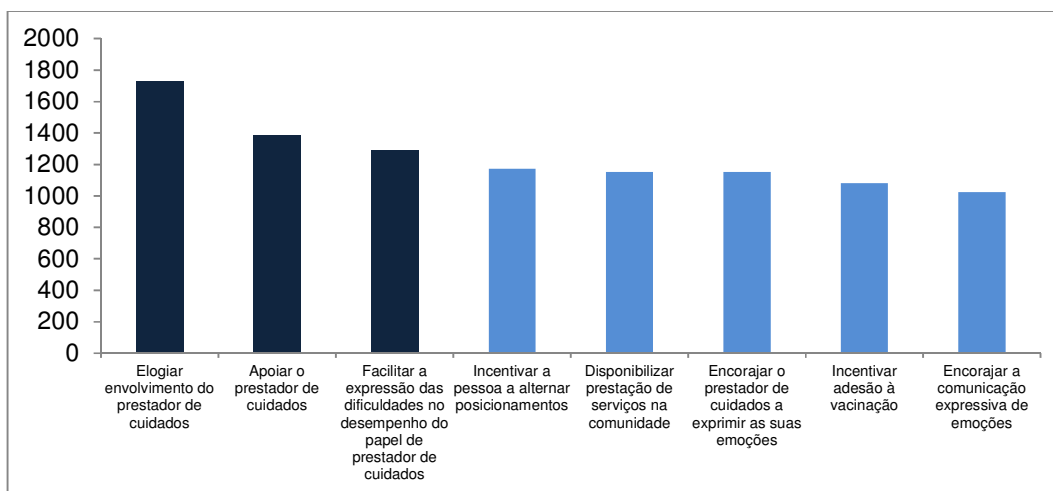
Quanto às intervenções do tipo de ação “Atender (Cuidar)”, foram implementadas 36612 intervenções correspondendo a 18,99% do global de implementação. Foram prescritas intervenções do tipo “Incentivar” a 170 clientes (89,01%) sendo 15118 vezes implementadas, correspondendo a 7,84% de implementação global e 41,29% neste tipo de ação. Salientamos ainda as do tipo “facilitar” que representam 10,27% de implementação neste tipo de ação e 1,95% no global, com 81 casos (42,41%) a beneficiarem e 3759 implementações.

Quando verificamos as sintaxes das intervenções por cliente no tipo de ação “Atender” (Gráficos 34 e 35), destacam-se as seguintes “Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos” prescrita a 71 clientes e “Elogiar envolvimento do prestador de cuidados” prescrita em 68 casos.



**Gráfico 27 - Frequência de doentes beneficiários de intervenções no âmbito do tipo de ação Atender (Cuidar)**

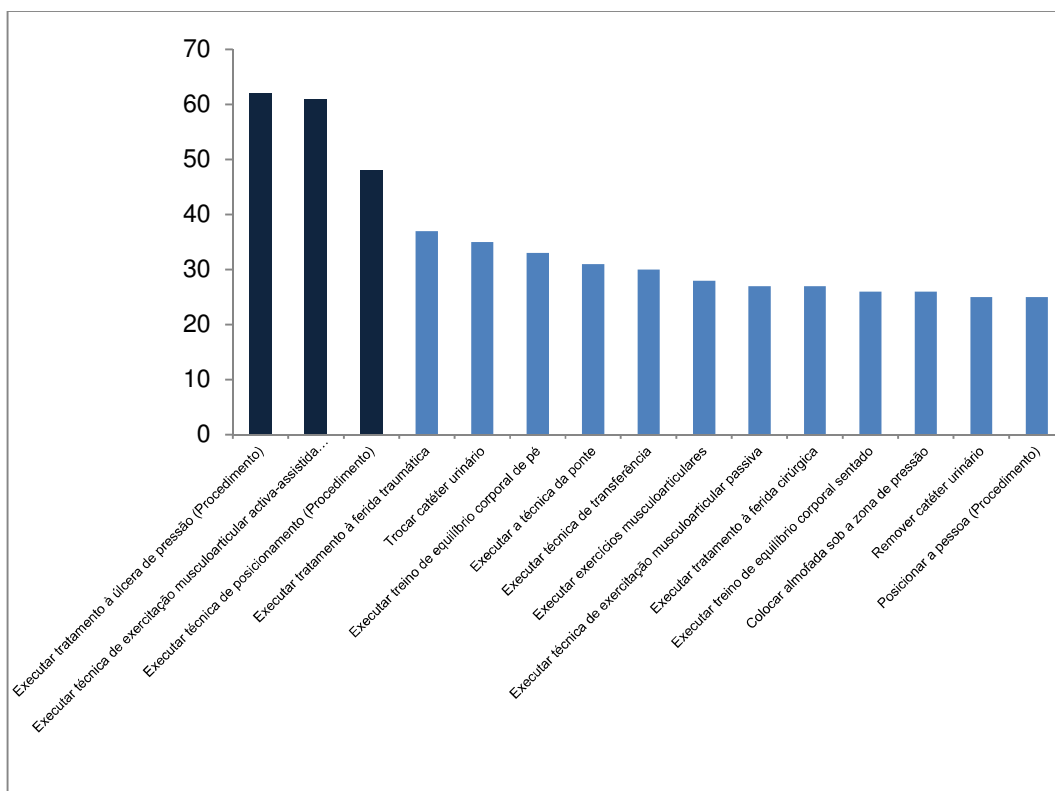
Quando ordenamos por frequência de implementação, salientamos ainda “Elogiar envolvimento do prestador de cuidados” 1731 vezes implementada em 68 casos, “Apoiar o prestador de cuidados” implementada 1384 vezes em 42 casos e “Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados” implementada 1291 vezes em 43 casos.



**Gráfico 28 - Frequência da implementação de intervenções do tipo de ação Atender (Cuidar)**

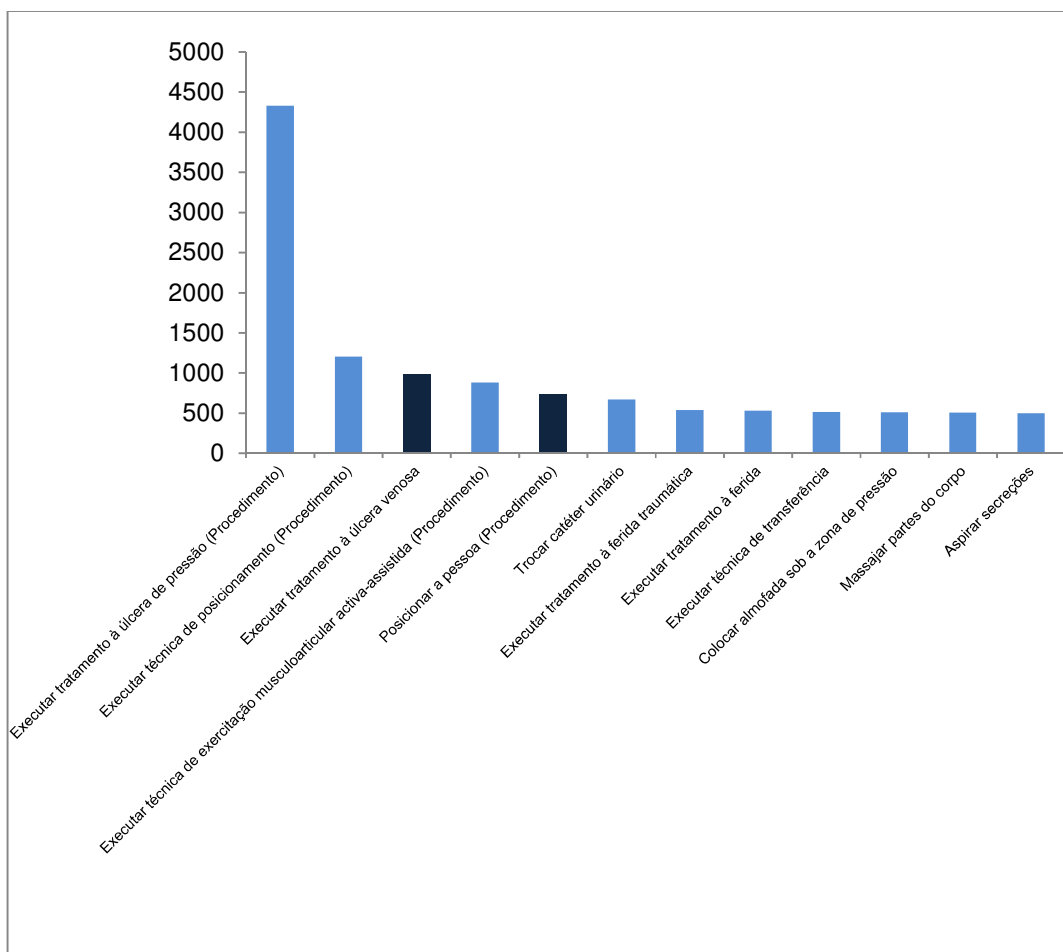
As intervenções do tipo executar, englobam ação como: estimular, massajar, trocar, e também o executar, entre outras, que representam a ação do enfermeiro a substituir ou a fazer alguma coisa pelo/ao cliente. Relativamente às intervenções do tipo “Executar” apenas as ações do tipo executar têm expressão (67,27% neste domínio) prescritas a 163 doentes (85,34%) implementadas 15310 vezes correspondendo a 7,94% de implementação global.

Focalizando nas intervenções deste tipo de ação (gráfico 36), destacamos “Executar tratamento à úlcera de pressão (Procedimento)” prescrita a 62 clientes, “Executar técnica de exercitação musculoesquelética activa-assistida (Procedimento)” a 61 clientes, “Executar técnica de posicionamento (Procedimento)” a 48 clientes.



**Gráfico 29 - Frequência de clientes beneficiários de intervenções no âmbito do tipo de ação Executar**

Salientámos ainda (gráfico 42), a intervenção “Executar tratamento à úlcera venosa” que embora tenha sido prescrita a 8 clientes foi implementada 988 vezes e ainda “Posicionar a pessoa (Procedimento)” que foi implementada 741 vezes a 25 doentes.



**Gráfico 30 - Frequência da implementação de intervenções do tipo de ação Executar**

Por fim, nas intervenções no âmbito de “Gerir”, verifica-se que as do tipo de ação “planejar”, “gerir” e “otimizar” são as mais frequentes, com 181 clientes (94,76%) a beneficiarem de intervenções do tipo “planejar” com uma frequência de implementação de 7870 correspondendo a 4,08% de implementação global; 126 casos (65,97%) tiveram intervenções do tipo “gerir”, 3374 vezes implementadas correspondente a 1,75% de implementação global e 78 clientes (48,84%) foram beneficiários de intervenções do tipo “otimizar” implementadas 3185 vezes (1,65% de implementação global).

Reportando-nos às sintaxes das intervenções (gráfico 38) destacamos “Planejar visita domiciliária” prescrita a 170 clientes e implementada 4645 vezes, “Planejar vacinação” prescrita em 78 casos e implementada 1423 vezes, “Gerir o ambiente físico” em 75 clientes e implementada 1075 vezes e “Gerir a analgesia” em 64 casos e implementada 1303.

Quando olhamos para a implementação, de salientar que “gerir a analgesia” é implementada mais vezes que “gerir o ambiente físico”.

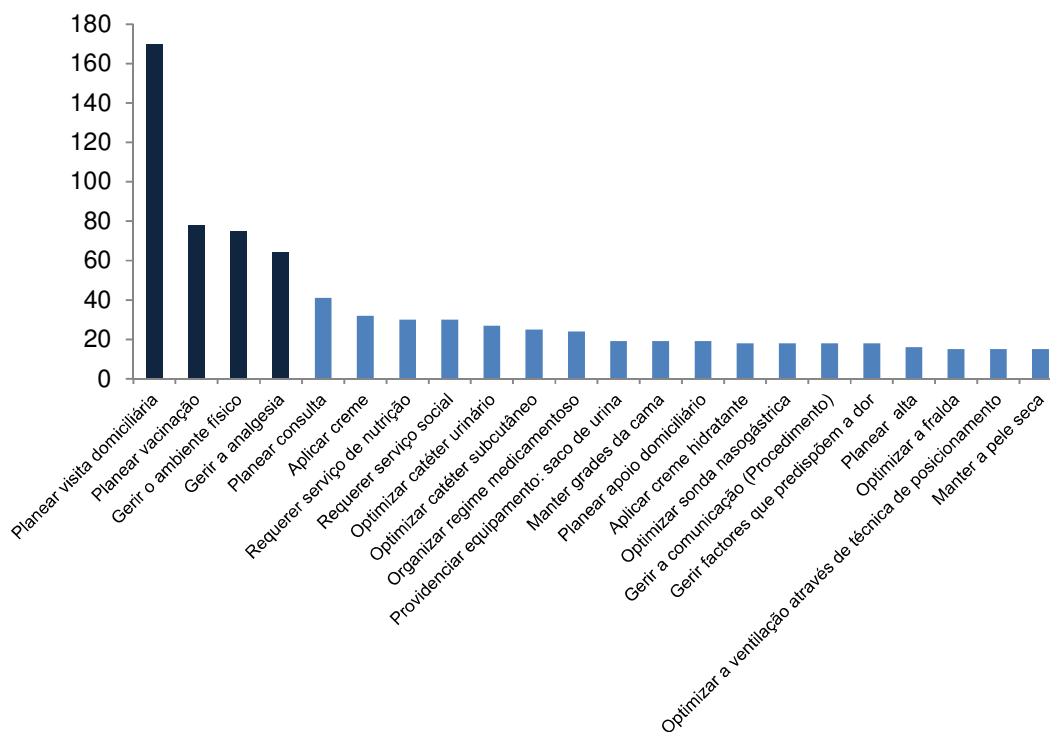


Gráfico 31 - Frequência de doentes beneficiários de intervenções no âmbito do tipo de ação Gerir

### 6.3. Ganhos em saúde dos clientes das ECCI – M2

No momento um não conseguimos calcular os ganhos em saúde, como já referido anteriormente. Foram então encetadas as medidas necessárias para que se viabilizasse a sua produção. Como tal, analisamos os dados, no sentido de apresentar de forma simples os ganhos em saúde dos clientes das ECCI no momento dois.

Faz sentido relembrar, nesta fase, que de acordo com Pereira (2007) para gerar indicadores de resultado, temos que ter mais do que um contacto de forma a ter uma sequência, para visualizar a evolução do estado dos diagnósticos de enfermagem. A comparação entre o primeiro e o último juízo clínico num determinado período, em

relação a um determinado problema, na presença de intervenções de enfermagem, traduz-se num indicador de resultado, ou seja, um ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem.

Face a cada diagnóstico foi identificado o conjunto de intervenções com potencial para produzir modificações no estado do diagnóstico.

Para calcular os indicadores categorizamo-los em dois grupos. As mudanças que ocorreram nos clientes em que não foram implementadas pelo menos uma intervenção definida como intervenção de enfermagem com potencial para produzir resultados e as que ocorreram na presença de intervenções. Tanto num como no outro (sem ou com intervenção) o estado dos diagnósticos alterou-se para um estado mais favorável, menos favorável ou manteve-se.

Fizemos, para melhor leitura dos dados, uma agregação dos indicadores por áreas, isto é, os que pertencem à condição do cliente, aos conhecimentos do cliente, às capacidades do cliente, à prevenção (problemas potenciais), à condição do familiar cuidador, aos conhecimentos do familiar cuidador, às capacidades dos familiares cuidadores e os indicadores totais, sempre agrupados pelos domínios anteriormente descritos. Em nenhum dos domínios foi possível gerar indicadores nos 191 casos.

Relativamente à condição do doente foi possível gerar 766 indicadores, 655 (55,13%) são tradutores de uma estabilização dos clientes, ou seja, mantiveram a sua condição de saúde inicial, 89 (33,33%) revelam melhoria da condição de saúde e 22 (11,54%) são tradutores de que a condição de saúde do cliente piorou.

Dos 89 que revelam uma melhoria, 41 são indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, pois para além de haver uma mudança no estado do diagnóstico favorável, tinham associadas intervenções de enfermagem com integridade referencial face ao diagnóstico e tinham potencial para produzir modificações no estado do diagnóstico.

Destes 41, 18 são referentes aos ganhos em independência no autocuidado, posicionar (4), transferir e levantar-se (3), andar e andar com auxiliar de marcha (2), alimentar, tomar banho, usar o sanitário e despir/vestir (1). Ainda nos ganhos relacionados com a condição, 14 revelam melhoria no movimento muscular, 7 no equilíbrio corporal e 2 na úlcera de pressão.

Nos indicadores relacionados com os problemas potenciais, foi possível apurar 98 indicadores, 15 (15,31%) tradutores de que o estado do doente piorou relativamente aos riscos e 83 (84,69%) indicadores de ganhos. Destes, 45 são tradutores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (prevenção de complicações), neste caso relacionado com a prevenção de úlceras de pressão.

Quando falamos em indicadores relacionados com os conhecimentos da pessoa dependente nas diferentes áreas, foi possível gerar 329 indicadores, destes 3 (0,91%) relativos a agravamento do estado do conhecimento, 97 (29,48%) a situações em que melhorou o conhecimento em diferentes domínios e 229 (69,60%) indicadores que mostram que a situação se manteve. Dos que traduzem melhoria dos conhecimentos com a presença de intervenções, 31 são relativos ao autocuidado, 18 ao movimento muscular, 10 ao equilíbrio corporal, 4 à limpeza das vias aéreas, 3 à ventilação, 2 à dor e 1 à rigidez articular.

Relativamente aos indicadores de capacidade do cliente foram avaliados 243 indicadores, 165 (67,90%) em que manteve o défice de capacidades nos diferentes domínios e 78 (32,10%) indicadores que mostram que melhorou. Os que se referem a ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, 27 são no domínio das capacidades para o autocuidado, 18 nas capacidades no domínio do movimento muscular, 13 nas capacidades para o equilíbrio corporal, 3 nas capacidades para o domínio da limpeza das vias aéreas e ventilação.

Passando para o familiar cuidador, relativos à sua condição de saúde, foram gerados 44 indicadores, 42 tradutores de manutenção do estado e 2 de melhoria, mas sem a presença de intervenções.

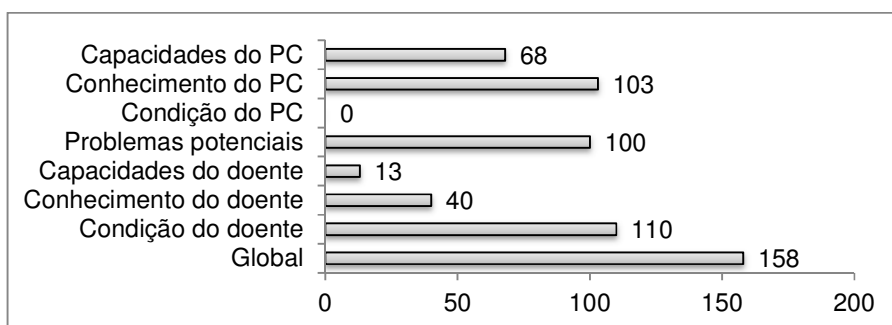
No que se refere aos indicadores de conhecimentos do familiar cuidador nos diferentes domínios, foram gerados 376. Destes, 306 (81,38%) referem manutenção dos conhecimentos iniciais, 3 (0,8%) agravamento do défice de conhecimento e 67 (17,82%) a melhoria dos conhecimentos relativamente à situação inicial. Os indicadores tradutores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nesta área, 15 são relativos ao autocuidado, um à limpeza das vias aéreas e um à rigidez articular.

Por fim, foram identificados 278 indicadores relativos às capacidades do familiar cuidador para tomar conta, dos quais 221 (79,5%) revelam a manutenção do diagnóstico

inicial e 57 (20,5%) são tradutores de melhoria. Dos que revelam ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, 11 dizem respeito às capacidades do familiar cuidador para lidar com o autocuidado, 2 com a rigidez articular e 1 com a limpeza das vias aéreas.

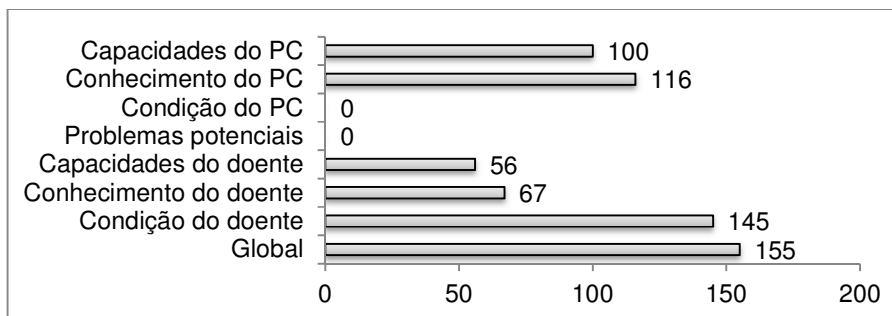
Ao debruçarmo-nos nos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, o Autocuidado surge como o domínio que predomina nos diferentes agrupamentos de indicadores que estudámos.

Quando olhamos para a totalidade dos indicadores por domínios, e também por cliente, verificamos que relativamente ao Tegumento (gráfico 39) foi possível gerar indicadores em 158 clientes, 110 clientes tiveram indicadores relacionados com a sua condição, 103 com o conhecimento do FC, 100 relacionados com os problemas potenciais, 68 com as capacidades do FC, 40 clientes tiveram indicadores relacionados com o conhecimento e 13 com as capacidades.



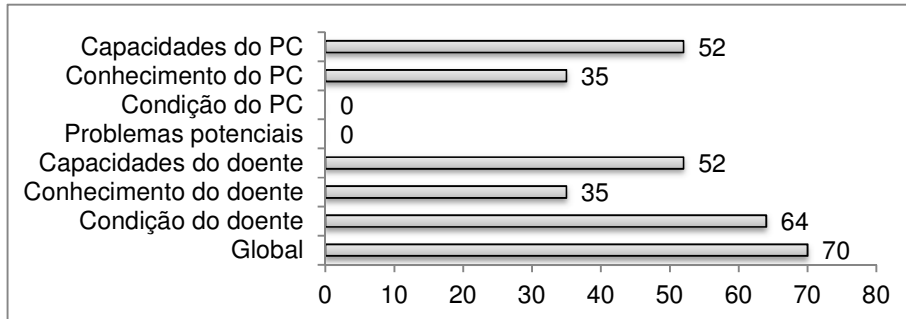
**Gráfico 32 - Indicadores gerados no domínio Tegumento**

Relativamente ao Autocuidado (gráfico 40), foram gerados indicadores em 155 clientes. Dos indicadores gerados, 145 casos tinham indicadores relativos à sua condição, 116 aos conhecimentos do familiar cuidador, 100 às capacidades do familiar cuidador, 67 indicadores sobre o conhecimento do doente e 56 sobre as capacidades.



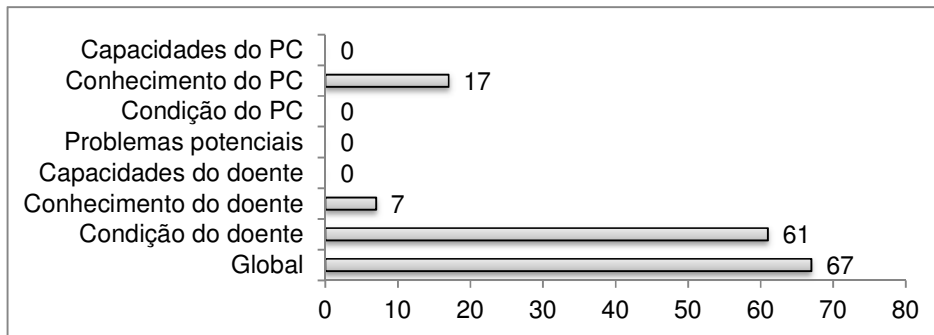
**Gráfico 33 - Indicadores gerados no domínio Autocuidado**

No que diz respeito ao domínio Movimento muscular (gráfico 41), foram gerados indicadores em 70 casos, sendo que em 64 clientes os indicadores eram sobre a condição, em 52 eram sobre as capacidades do prestador de cuidados e as capacidades do próprio, 35 sobre o conhecimento do prestador de cuidados e o conhecimento do cliente.



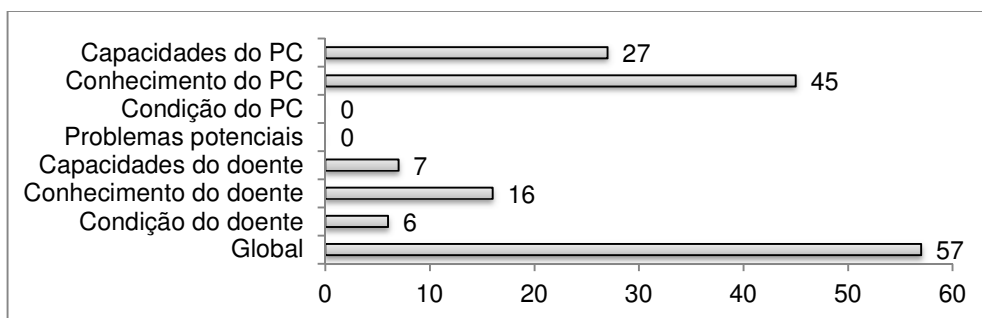
**Gráfico 34 - Indicadores gerados no domínio Movimento muscular**

Focalizando-nos na Dor (gráfico 42), foi possível gerar indicadores em 67 casos, em 61 clientes foram gerados indicadores relativos à condição do cliente, em 17 foram gerados indicadores sobre o conhecimento do prestador de cuidados e em sete acerca dos conhecimentos.



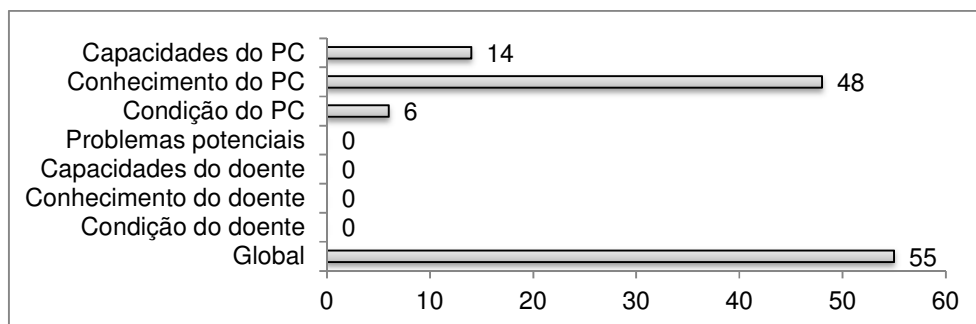
**Gráfico 35 - Indicadores gerados no domínio Dor**

No domínio da Gestão do regime terapêutico (gráfico 43), foram produzidos indicadores em 57 clientes. Em 45 casos foram gerados indicadores relativos ao conhecimento do familiar cuidador, em 27 foram gerados indicadores sobre as capacidades dos FC, em 16 clientes foram produzidos indicadores acerca do conhecimento, em 7 sobre as capacidades e em 6, indicadores sobre a condição.



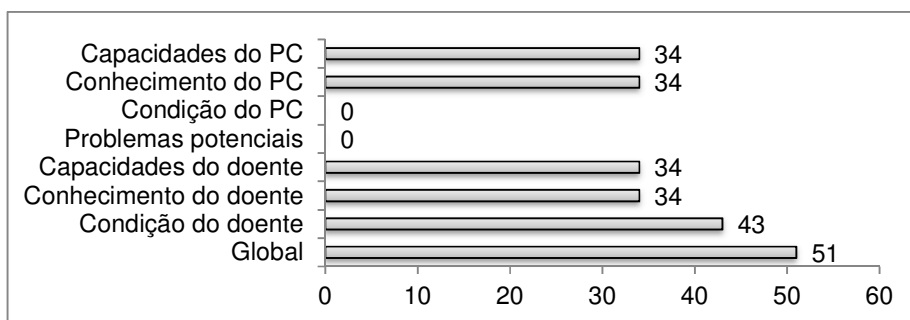
**Gráfico 36 - Indicadores gerados no domínio gestão do Regime Terapêutico**

Nos 55 casos em que foram gerados indicadores referentes ao Papel de prestador de cuidados (gráfico 44), em 48 foram gerados indicadores acerca do conhecimento do FC, em 14 sobre a capacidade e em 6 casos foram gerados indicadores sobre a condição do familiar cuidador.



**Gráfico 37 - Indicadores gerados no domínio Papel de Prestador de Cuidados**

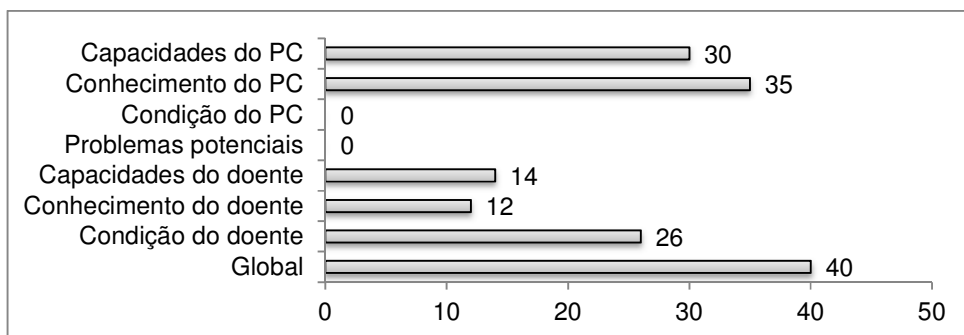
No domínio do Equilíbrio Corporal (gráfico 45), foram gerados indicadores em 51 clientes. Em 43 clientes foram gerados indicadores acerca da condição, em 34 casos foram produzidos indicadores relativos aos conhecimentos e capacidades do cliente, e relativos aos conhecimentos e capacidades do FC.



**Gráfico 38 - Indicadores gerados no domínio Equilíbrio Corporal**

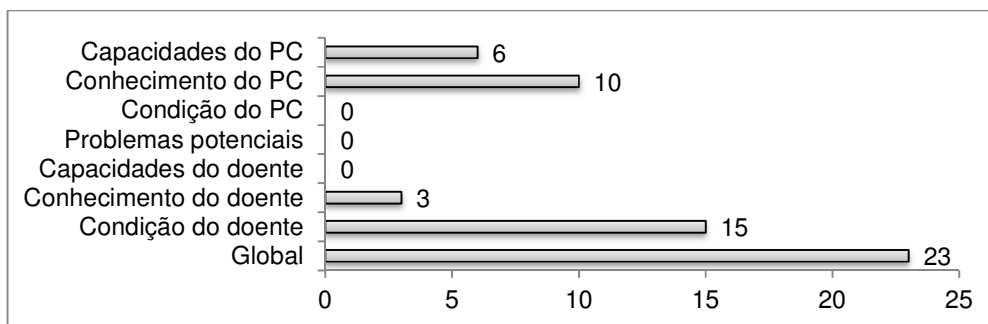
Na Limpeza das Vias Aéreas (gráfico 46), foram produzidos indicadores em 40 doentes, sendo que em 35 os indicadores eram no âmbito dos conhecimentos do prestador de

cuidados, em 30 nas capacidades do prestador de cuidados, em 26 doentes produziram-se indicadores acerca da condição do doente, em 14 sobre as capacidades do doente e em 12 sobre os conhecimentos.



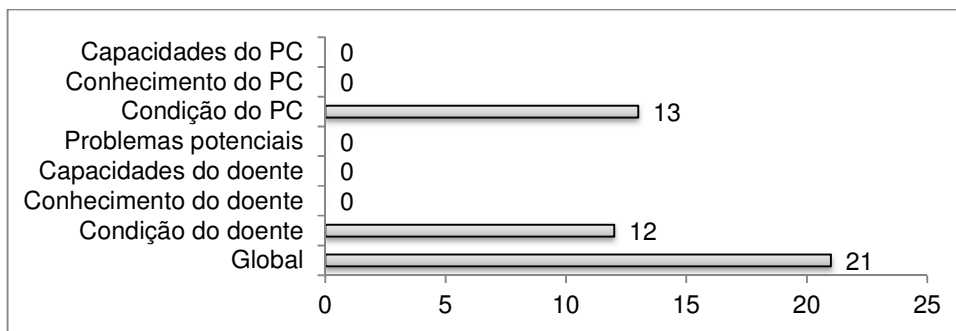
**Gráfico 39- Indicadores gerados no domínio Limpeza das Vias Aéreas**

No gráfico 47, podemos verificar que no âmbito da Eliminação intestinal foram gerados indicadores em 23 clientes. Em 15 clientes os indicadores eram relativos à sua condição de saúde, em 10 aos conhecimentos do FC, em seis às capacidades do FC e em três casos os indicadores estavam associados aos conhecimentos do cliente.



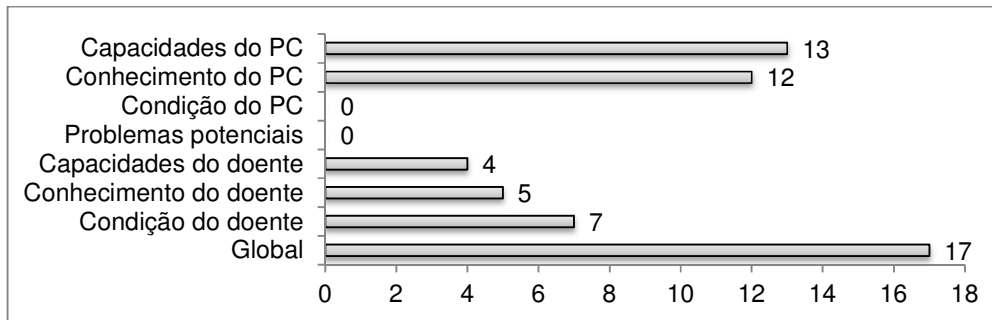
**Gráfico 40 - Indicadores gerados no domínio Eliminação Intestinal**

No que se refere à Consciencialização (2.0) (gráfico 48) foram gerados indicadores em 21 casos. Em 13, os indicadores referiam-se à condição do FC; e em 12 clientes referiam-se à condição de saúde.



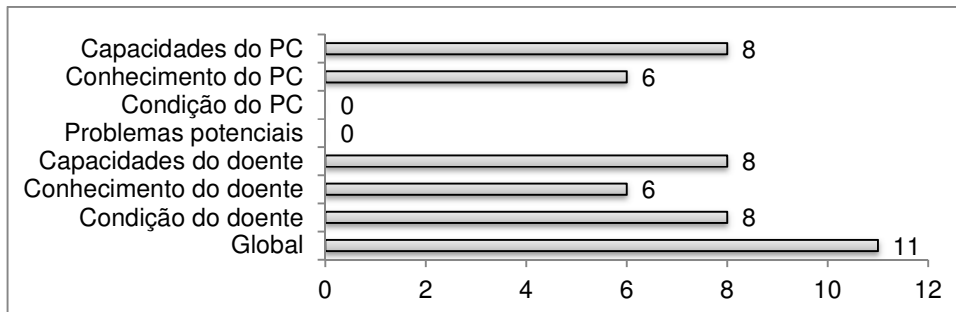
**Gráfico 41 - Indicadores gerados no domínio Consciencialização**

No domínio do Movimento articular (gráfico 49) foram produzidos indicadores em 17 doentes, relativos à capacidade do familiar cuidador foram gerados em 13 casos, dos conhecimentos do FC em 12. Quanto aos associados à condição de saúde do cliente foram gerados em sete casos, em cinco foram produzidos indicadores relativos aos conhecimentos e em quatro relativos às capacidades do cliente.



**Gráfico 42 – Indicadores gerados no domínio Movimento articular**

Por fim, no domínio da Respiração (gráfico 50) geraram-se indicadores em 11 casos, em oito clientes os indicadores foram sobre a condição de saúde e as capacidades e também acerca das capacidades do FC; e em seis casos foram produzidos indicadores sobre o conhecimento do cliente e o conhecimento dos familiares cuidadores.

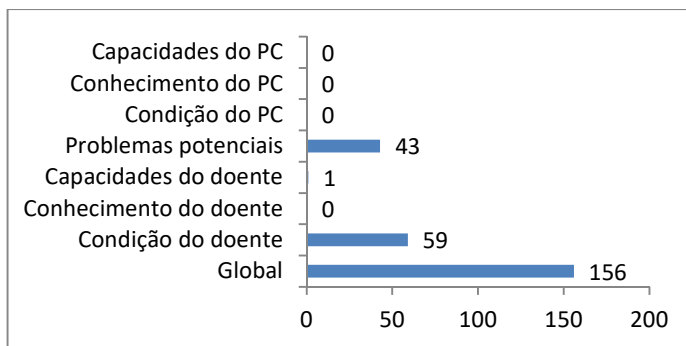


**Gráfico 43 - Indicadores gerados no domínio Respiração**

No entanto, quando estamos a falar em ganhos em saúde, temos que nos debruçar sobre aquilo que os doentes ganham, por isso temos que atender às modificações positivas no estado de saúde dos clientes (pessoa dependente e familiar cuidador) ou à prevenção de problemas potenciais ou ainda, àquilo que desejamos que ocorra e que vemos potencial para melhorar. Se estamos a falar em ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem, estas mudanças no estado dos diagnósticos dos clientes têm que ser acompanhadas de intervenções de enfermagem que tenham integridade referencial de dados para cada problema real, potencial ou que desejamos que aconteça quando existe oportunidade para o seu desenvolvimento.

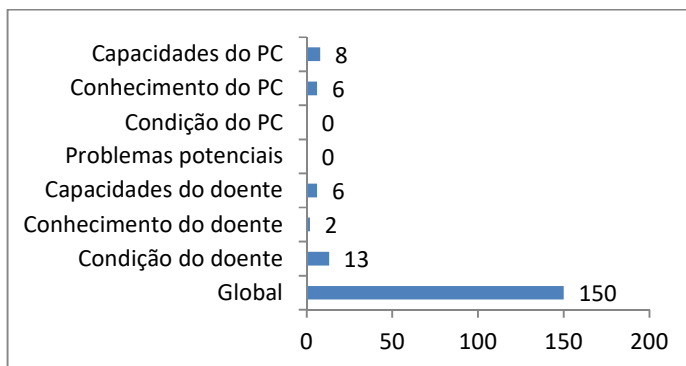
Atendendo aos clientes que tiveram ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, e apresentando por focos de atenção, foi possível obter ganhos em 8 domínios - tegumento, autocuidado, movimento muscular, equilíbrio corporal, limpeza das vias aéreas, dor, movimento articular e respiração, tanto relacionados com a pessoa dependente, como com o familiar cuidador.

Relativamente aos tegumentos, dos 156 casos em que foram gerados indicadores, 43 clientes tiveram ganhos na prevenção de úlceras de pressão e 59 resolveram os problemas relacionados com os tegumentos, como podemos observar no gráfico seguinte (Gráfico 51).



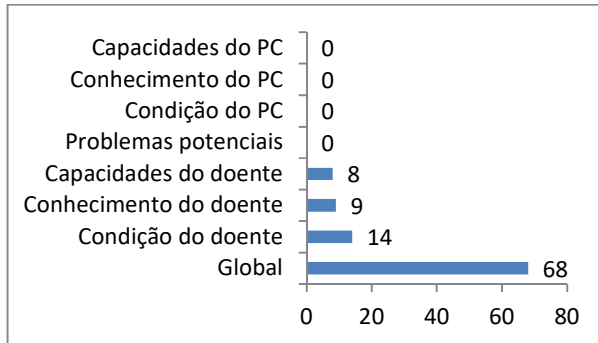
**Gráfico 44 - Clientes com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionados com os tegumentos**

Relativamente ao autocuidado (gráfico 52), dos 150 clientes com potencialidade de gerar indicadores relativos ao autocuidado, 13 tiveram ganhos em independência, 8 ganhos em capacidade do familiar cuidador para lidar com o autocuidado, 6 com os conhecimentos do familiar cuidador e com as capacidades do cliente e 2 tiveram ganhos em conhecimentos relacionados com o autocuidado.



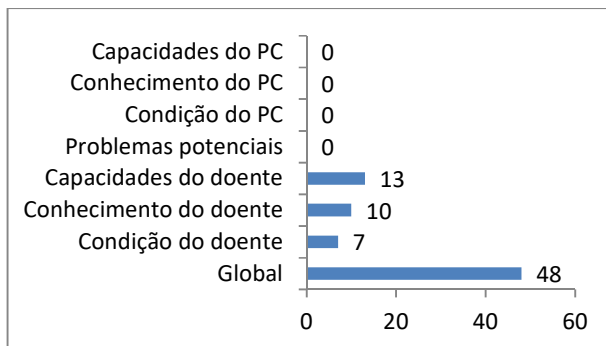
**Gráfico 45 - Clientes com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionado com o Autocuidado**

Dos 68 casos com possibilidade de gerar indicadores, 14 clientes (20%) melhoraram a sua condição relativa ao movimento muscular com a presença de intervenções, 9 clientes melhoraram os conhecimentos sobre este aspeto e 8 as capacidades (gráfico 53).



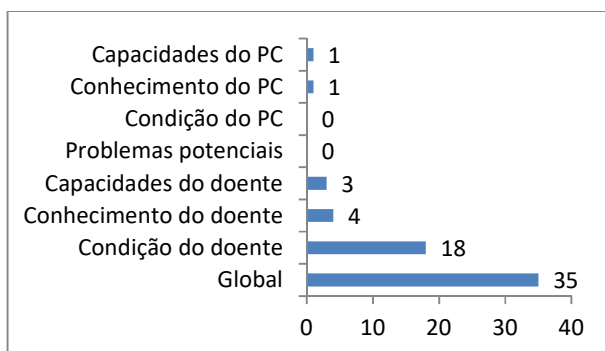
**Gráfico 46 - Clientes com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionado com o movimento muscular**

No domínio do equilíbrio corporal (gráfico 54) sete clientes (33%) melhoraram o compromisso no equilíbrio, 10 tiveram ganhos nos conhecimentos e 13 nas capacidades para o equilíbrio corporal, dos 48 clientes em que se poderiam gerar indicadores.



**Gráfico 47 - Clientes com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionado com o equilíbrio corporal**

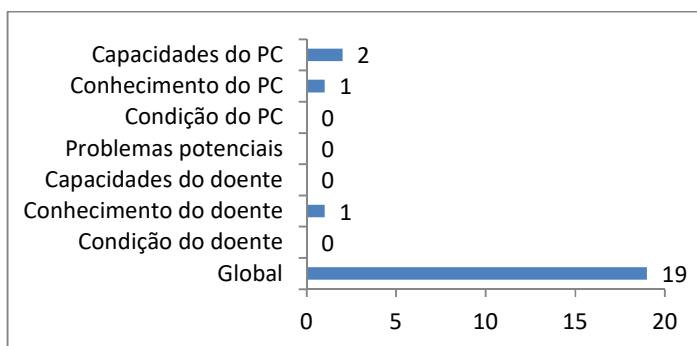
Relativamente aos ganhos na limpeza das vias aéreas (gráfico 55), dos 35 clientes que poderiam ter ganhos, 18 melhoraram a condição, quatro clientes melhoraram os conhecimentos e três as capacidades relacionadas com a limpeza das vias aéreas e um caso melhorou os conhecimentos do familiar cuidador e um caso as capacidades do familiar cuidador.



**Gráfico 48 - Clientes com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionado com a limpeza das vias aéreas**

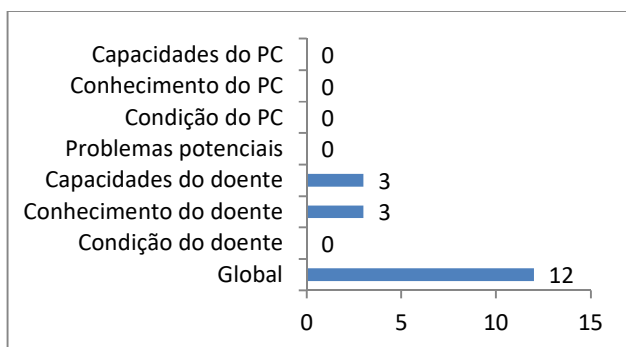
Relativamente à dor, dos 61 casos em que se podiam gerar indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, dois casos melhoraram os conhecimentos do cliente sobre a dor.

No movimento articular, dos 19 casos em que se poderiam gerar indicadores, dois melhoraram as capacidades do familiar cuidador relacionadas com o movimento muscular, um o conhecimento do familiar cuidador e um o conhecimento do doente, como podemos ver no gráfico seguinte.



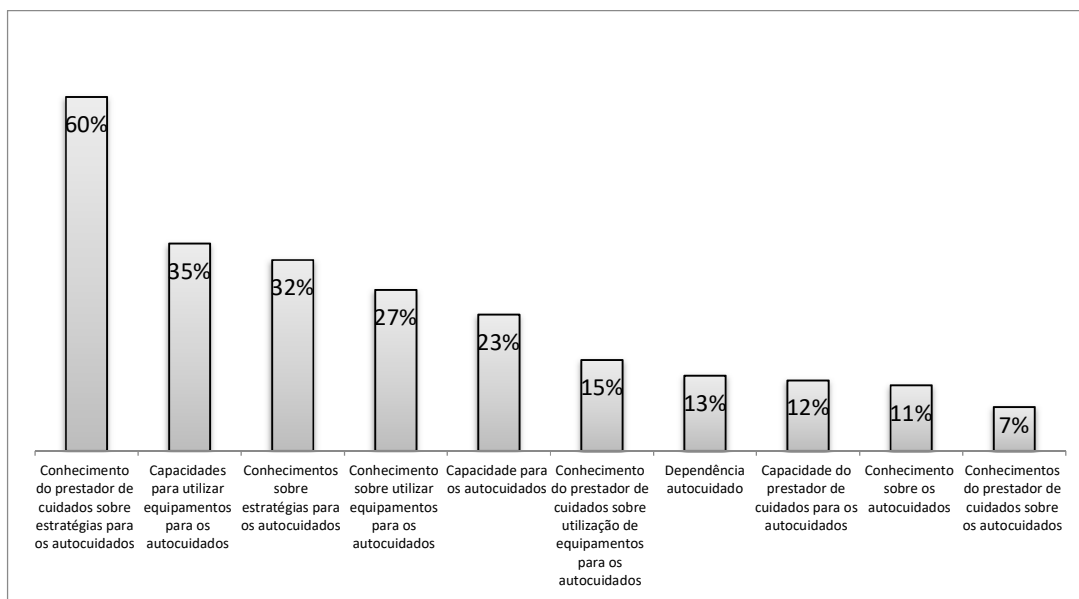
**Gráfico 49 - Clientes com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionado com o movimento articular**

Relativamente à respiração, dos 12 casos em que se poderiam gerar indicadores, três clientes tiveram ganhos nos conhecimentos e três nas capacidades do cliente (gráfico 57).



**Gráfico 50 - Clientes com ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionados com a respiração**

Como já referido anteriormente, o autocuidado foi o domínio onde se geraram mais indicadores, sendo assim, apresentamos de seguida, a percentagem de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, de forma mais detalhada, apresentando o foco, a dimensão e as especificações (gráfico 58).



**Gráfico 51 – Percentagem de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem no domínio do autocuidado: foco, dimensão e especificação**

Assim, de entre os casos possíveis de determinar os indicadores, obtiveram-se 60% de ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias para lidar com os défices de autocuidado do dependente, 35% nas capacidades para utilizar equipamentos para os autocuidados, 32% nos conhecimentos sobre estratégias para os autocuidados, 27% nos conhecimentos sobre utilizar equipamentos para os autocuidado, 23% nas capacidade para os autocuidado, 15% nos conhecimento do prestador de cuidados sobre

utilização de equipamentos para promover/ ajudar nos autocuidados do dependente, 13% de ganhos em independência autocuidado, 12% nas capacidade do familiar cuidador para lidar com os défices de autocuidado do dependente, 11% nos conhecimento sobre os autocuidados e 7% nos conhecimentos do familiar sobre como lidar com os défices de autocuidado do dependente.

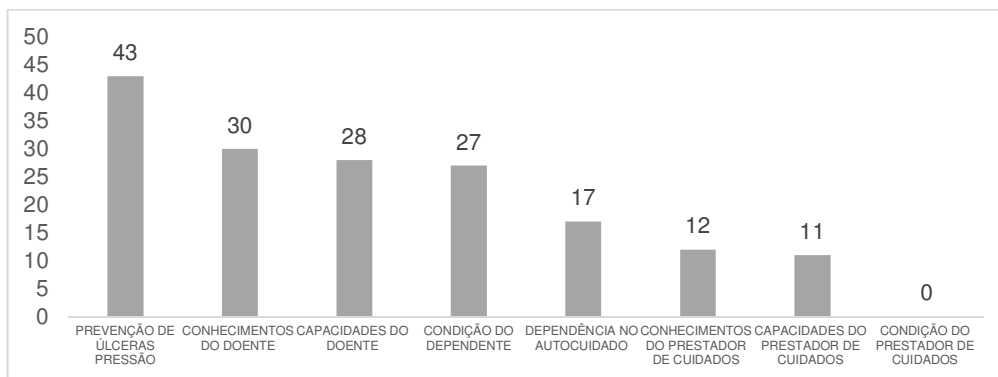
No gráfico 59, para terminar este subcapítulo, apresentámos a frequência de casos que tiveram ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem por área. Os enfermeiros, com os seus cuidados, conseguiram prevenir o aparecimento de úlceras de pressão em 43 clientes, a quem tinha sido previamente, identificado o risco de úlcera de pressão. Relativamente aos ganhos em capacitação da pessoa dependente nas diferentes áreas, houve 30 clientes que melhoraram o seu conhecimento e 28 as suas capacidades nas diferentes áreas.

A pessoa dependente teve ainda ganhos na condição de saúde em 27 casos e 17 clientes tiveram ganhos em independência.

Relativamente ao familiar cuidador, 12 tiveram ganhos em conhecimentos e 11 em capacidades para tomar conta do seu familiar.

Ao nos debruçamos sobre os resultados, estes enfatizam a importância da reflexão sobre as práticas, nos ciclos de mudança e na implementação de mudanças, congruentes com uma visão dos cuidados tendo em conta uma “enfermagem mais avançada”. Mas também a criação de condições para que se possam gerar indicadores de resultado.

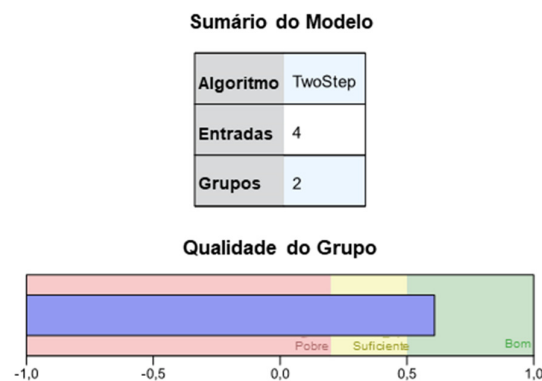
Na nossa opinião, este é o ponto de partida para se discutirem modelos de cuidados baseados em informação válida.



**Gráfico 52 - Frequência dos casos que tiveram ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem por área**

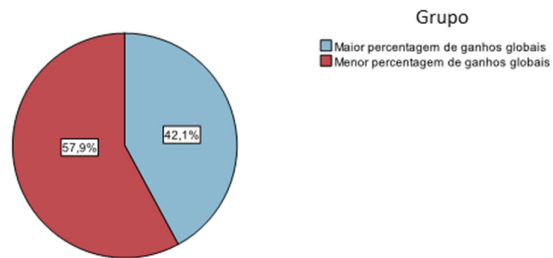
### 6.3.1. Clusters de ganhos em saúde dos Clientes

Tendo em vista uma melhor compreensão da problemática dos ganhos em saúde dos clientes da ECCI, foi gerado um modelo com base em 4 variáveis. A primeira variável é a “percentagem de ganhos na condição global final do dependente”, que engloba os domínios do Autocuidado, como a dependência para se transferir, a própria condição de saúde, como por exemplo, a rigidez articular, os aspetos relacionados com a gestão do regime terapêutico e a capacidade para o autocuidado. A segunda variável é a “percentagem de ganhos em independência, ou seja, os aspetos relativos a melhorar a capacidade para o autocuidado e diminuir a dependência. A terceira variável é a “percentagem de ganhos nas capacidades globais do dependente” que se relaciona com todas as capacidades do dependente com exceção das capacidades para o autocuidado. Por fim, a quarta variável é a “percentagem de ganhos nos conhecimentos globais do dependente”. O modelo quanto à sua qualidade é bom (0,6) (Figura 36).



**Figura 36 - Perfil de coesão e separação dos agrupamentos dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem**

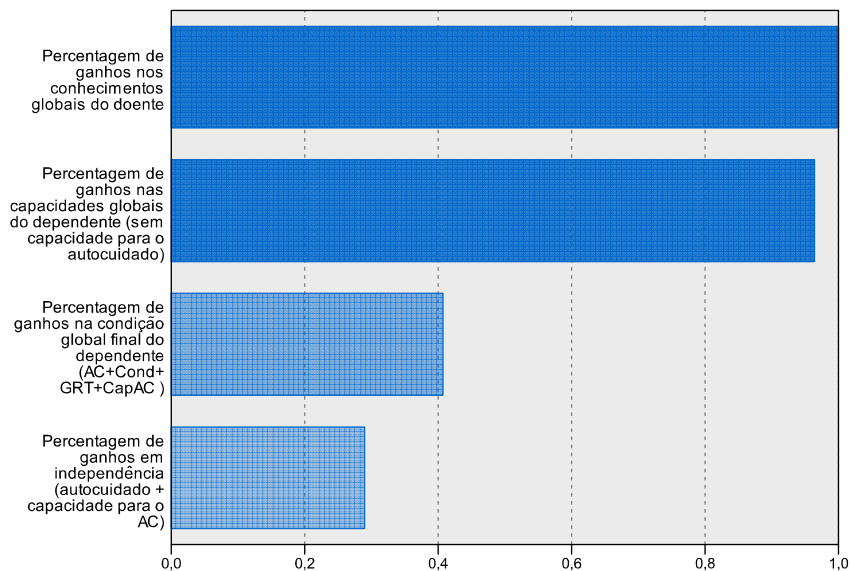
Este modelo tem dois agrupamentos (figura 37), o maior com 33 casos (57,9%) que designámos por “Clientes com menor percentagem de ganhos globais”; e o menor com 24 casos (42,1%) “Clientes com maior percentagem de ganhos globais”. O rácio do maior para o menor é de 1,38.



Tamanho do Grupo Menor	24 (42,1%)
Tamanho do Grupo Maior	33 (57,9%)
Rácio dos tamanhos: Grupo Maior para o Grupo Menor	1,38

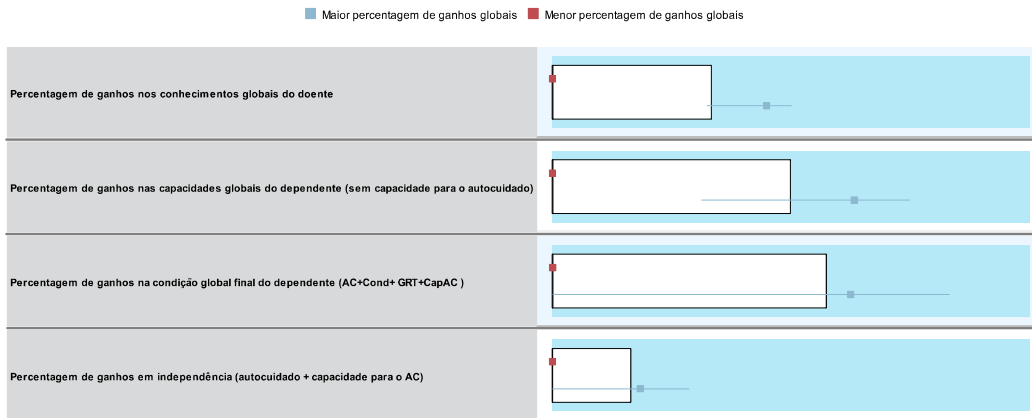
**Figura 37 - Dimensão dos agrupamentos dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem**

O principal preditor do modelo (Figura 38) é a percentagem de ganhos nos conhecimentos globais do dependente (1,0), seguida pela percentagem de ganhos nas capacidades globais do dependente (sem capacidade para o autocuidado) (0,96).



**Figura 38 - Importância dos preditores do processo de agrupamento**

Quando comparamos os clusters, atendendo à figura 39, verificamos que os campos correspondentes a cada uma das variáveis são apresentados pela ordem de importância global e a *boxplot* de fundo mostra os intervalos interquartis (25 e 75) e a mediana global dessa variável.



**Figura 39 - Comparação entre clusters**

Os marcadores quadrados e as linhas horizontais indicam a mediana e intervalo interquartil para cada um dos agrupamentos. No agrupamento “Clientes com menor percentagem de ganhos globais” o valor da mediana para a variável Percentagem de ganhos nos conhecimentos globais do dependente é de 0,14 (com quartil 25 igual a 0,12 e quartil 75 igual a 33,44), enquanto que para “Clientes com maior percentagem de ganhos globais” é de 45 (com quartil 25 igual a 32,55 e quartil 75 igual a 50,18).

As diferenças entre os agrupamentos acentuam-se na variável seguinte e começam a esbater-se até à variável percentagem de ganhos em independência, onde as diferenças são menores. Na variável percentagem de ganhos nas capacidades globais do dependente (sem capacidade para o autocuidado), a mediana no grupo “Clientes com menor percentagem de ganhos globais” é de 0,14 (Q25=0,12; Q75=50) e no grupo “Clientes com maior percentagem de ganhos” é 63,40 (Q25=31,44; Q75=75,02). Na variável percentagem de ganhos na condição global final do dependente a mediana é 0,07 (Q25=0,04; Q75=23) para “Clientes com menor percentagem de ganhos globais” e para o grupo “Clientes com maior percentagem de ganhos globais” é de 25,05 (Q25=0,08; Q75=33,32). Por fim, na variável percentagem de ganhos em independência a mediana dos “Clientes com menor percentagem de ganhos globais” é de 0,14 (Q25=0,09; Q75=16,50) enquanto a dos “Clientes com maior percentagem de ganhos globais” é de 18,50 (Q25=0,15; Q75=28,75).

#### **6.4. Os resultados obtidos em M2 e a apreciação dos enfermeiros**

Na etapa final da investigação realizámos uma reunião com os enfermeiros para a apresentação dos resultados relacionados com os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Foram criadas as condições para refletir os aspetos finais da investigação, bem como os contributos, para as equipas e para os enfermeiros individualmente, da participação na investigação.

Foi feita análise do conteúdo dessas reuniões, o que nos permitiu desenvolver as categorias de análise sobre a nova forma do problema e também identificar as novas oportunidades de desenvolvimento.

##### **Participação gratificante**

Desde o início da investigação, os enfermeiros foram considerados co-investigadores, e participaram ativamente na construção coletiva do modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados nas ECCI.

“... como frequentemente foi referido, a participação nestas reuniões resultou num esforço adicional em termos de tempo e algum trabalho, mas o resultado foi incrivelmente gratificante” R10E1

A construção do modelo de melhoria contínua da qualidade de cuidados a partir da reflexão sobre a ação, e as principais estratégias de mudança baseadas no modelo II de Argyris e Schon (1982), resultaram da interação dos enfermeiros, o que nos aponta a análise da nova forma do problema para aspetos pessoais e interpessoais. Estas mudanças levaram a outras, que interferiram com aspetos organizacionais.

##### **Expectativas para o futuro**

Há pessoas que se mantiveram do início ao fim, num posicionamento mais “defensivo”, expectante, aliás tivemos desistências, como já foi referenciado anteriormente.

“... Para já, não parece ter criado grande estrada...mas tenho esperança que o venha a fazer no futuro.” R10E2

No entanto, as pessoas, que embora expectantes, se mantiveram firmes no percurso, mesmo estas, foram experienciando as mudanças, ao refletirem as suas práticas e convicções:

“entre os profissionais que constituem as equipas da ECCI há uma grande heterogeneidade de opiniões sobre o que a ECCI deve ser. (...) Penso que ainda

*estamos a definir um plano para atingir esse propósito (modelo de melhoria contínua dos cuidados nas ECCI).” R10E2*

### **Crescimento das equipas**

A identificação da mudança e das suas implicações, sobressai nos discursos produzidos pelos enfermeiros.

*“... o facto das pessoas que as integram (ECCI) terem experiências anteriores, objectivos e perspectivas muito diferentes sobre o que estas equipas podem oferecer no sentido de serem úteis às populações e melhorarem a vida de muitas pessoas, foi, por vezes motivo de conflito e discussão permanente dentro das equipas. Esta investigação e, nomeadamente os professores da ESEP envolvidos com a sua visão estratégica e mais global, teve um papel crucial na mediação desses conflitos e no crescimento destas equipas no sentido de encontrarem os seus focos de atenção efectivos e de melhorarem a sua intervenção no sentido de concretizar esse objectivo maior de ser mais significativo para a vida destas pessoas.” R10E1*

Como nos podemos aperceber, o crescimento das equipas, emerge nos discursos:

*“(a investigação) influencia sobretudo, porque leva-nos a pensar em pormenores úteis, e que com o trabalho diário não estaríamos despertos para esses aspetos/lacunas e que assim podemos refletir e tentar dar resposta hoje ou pelo menos, perspetivar o que seria o ideal nas nossas ECCI”. R10E3*

*“A participação nestas reuniões permitiu-me trocar experiências, dúvidas, conhecimento e regras com os outros elementos das ECCI contribuindo, assim para uma melhoria na prestação de cuidados”. R10E4*

*“o trabalho de investigação serviu para refletir sobre aspetos importantes da prática diária e a partilha de ideias acaba por trazer benefícios para a prestação de cuidados” R10E6*

A reflexão também permitiu olhar para os cuidados no sentido de uma **“enfermagem mais avançada”**

*“(...) enfermagem autónoma, em particular no âmbito do autocuidado, gestão do regime terapêutico, comunicação, apoio ao prestador de cuidados”. R10E1*

*“É possível dar uma resposta continuada dos cuidados de enfermagem, aproximando a enfermagem comunitária a um novo paradigma de cuidar, em que os cuidados são prestados consoante as necessidades identificadas e não consoante as “horas dos enfermeiros”” R10E5.*

*“os profissionais não estavam sensibilizados (áreas como a consciencialização, preparação dos familiares cuidadores e assegurar cuidados básicos, enquanto os familiares cuidadores ainda não têm competência) como agora eu considero estar, na minha opinião, houve uma mudança de mentalidade” R10E6*

Tudo isto, permitiu implementar o novo modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, o que por um lado trouxe novas dificuldades, nomeadamente **“planear para as necessidades dos clientes vs planear para os recursos disponíveis”**:

*“(…) existem vários entraves no que respeita ao posicionamento dos doentes. É ensinado ao FC de um dependente os posicionamentos, as prevenções (…) isso torna-se muito difícil, pois estes não têm capacidade nem físicas nem emocionais para tais cuidados. Quando se pede autorização ao conselho de administração este simplesmente ou responde inconvenientemente ou não dá resposta, o que impossibilita a prestação de cuidados”. R10E6*

*“planear para as necessidades dos clientes é diferente de planear para os recursos disponíveis. Penso que esse é o busílis da questão.(…) acho que podemos afirmar que as mais frequentes são: familiares cuidadores sem capacidade física para cuidar, isto é, posicionar, trocar a fralda, etc e também, os doentes com necessidade de execução de técnicas mais complexas, como aspirar secreções, administração de fármacos injetáveis e cujos familiares cuidadores têm grande dificuldade ou não são mesmo capazes de assumir o papel, aliás devem ser os enfermeiros a fazer isso” R10E7*

*“as situações de intervenção noturna implicam uma autorização formal para que se proceda ao pagamento posterior das horas despendidas nos cuidados, embora isso possa ser feito à posteriori, se não houver tempo para se proceder a esse tipo de autorização. Ao ser uma situação programada, implica a tomada de decisão de um profissional ou da equipa no sentido de criar uma necessidade que terá consequências para a restante equipa. O que tendencialmente vai suceder é que só serão programadas intervenções in extremis. O facto de uma intervenção noturna implicar custos adicionais de transporte e deslocação (muitos profissionais vivem a mais de 30 km do local de trabalho) bem como a saída de casa do profissional, provavelmente sozinho, é mais um factor dificultador. Por outro lado, (…) existe a sensação que por cada doente que necessita de ser posicionado, haverá dezenas na mesma situação e como até há pouco tempo isto não era uma necessidade tida em conta, por deformação profissional ou por falta de recursos nos cuidados domiciliários tradicionais, (…) leva a que este tipo de necessidades ainda não sejam devidamente valorizadas e atendidas.” R10E1*

Um dos enfermeiros sintetizou as dificuldades em **“autorização para os profissionais planearem livremente cuidados para o horário para além das 8 às 20h de segunda a sexta-feira.”** R10E4.

### **Segurança dos profissionais**

Embora a preocupação com a segurança tenha surgido como uma dificuldade inicial, depois de estar em funcionamento um modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados em que os enfermeiros experienciaram ir a casa das pessoas à noite, fora das horas convencionais, e também, iniciaram conversações com a PSP local, parece que a

questão da segurança tenha sido ultrapassada, “*Sinceramente dos cuidados prestados à noite, não tenho sentido em risco a minha segurança, o acesso à casa é garantido porque a família está a contar connosco ou nos chamou (...)*”R10E8.

### **Gestor de caso**

Por outro lado, a reflexão sobre os cuidados prestados, exigiu um novo método de trabalho, onde a gestão de caso está claramente integrada nas equipas. Aquando da admissão na ECCI fica atribuído um enfermeiro gestor de caso, que é responsável pela avaliação inicial e planeamento dos cuidados, bem como, articular com todos os profissionais as necessidades que o cliente e família precisam.

“... na reunião é atribuído um gestor de caso que fica responsável pela situação e tenta articular com os restantes profissionais.” R10E7

“um gestor de caso, enfermeiro, para todos os doentes” R10E5.

### **Envolver a chefia de topo**

As implicações para a própria organização, não só na gestão das equipas e dos recursos disponíveis, mas também pela “*chefia de topo (conselho de administração) quebrar o paradigma do cuidar num modelo deste género, ou seja, se for (para a administração de) uma medicação, (o enfermeiro) pode ir à noite!!! Mas se for posicionar de x em x tempo, não aceita*” R10E5.

### **Profissionais supervisionados pelos enfermeiros**

Como também, integrar de forma supervisionada pelos enfermeiros, outros profissionais para ajudar na higiene, posicionar, transferir.

“... assistentes operacionais (...) mediante um plano definido pelo enfermeiro e devidamente supervisionado.” R10E1

“entendo que os outros profissionais, que não enfermeiros, sejam os coordenadores das UCC a supervisiona-los” R10E6.

Quando no capítulo quatro fizemos a síntese dos aspetos a mudar e, nesta fase, ao olharmos para a nova forma do problema, notamos que o enfoque dos enfermeiros recaiu sobre os cuidados e a forma de implementar o modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados da melhor maneira possível.

Os enfermeiros deixaram de se preocupar tanto, com aspetos externos às próprias equipas, e passaram a dar relevância ao que cada um poderia fazer para melhorar.

### **Caminho a percorrer**

Quando ouviram os dados relativos aos ganhos em saúde, as primeiras reações foram:

“... só, tão pouco...” R10E7

“trabalhamos tanto... só?!” R10E5.

Mas, após um burburinho inicial, as mudanças voltaram a revelar-se, e começaram a apresentar novos argumentos:

“... estamos no bom caminho.” R10E2

“já conseguimos ver que os doentes ganham alguma coisa, com os nossos cuidados, com o nosso esforço e dedicação” R10E1

“podia ser melhor?! Talvez, com mais recursos, isto é possível neste momento. Que bem!” R10E7

“ajudam a perceber o quanto a enfermagem tem que avançar nesta tipologia de cuidados” R10E5

A tónica no que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem, em oposição a tornar visível os cuidados dos enfermeiros, revela uma mudança significativa em relação à visão inicial.

Os contributos da reflexão ação, baseada em informação válida a partir de indicadores, para o modelo das ECCI, está bem marcado nos excertos anteriores.

Como em todas as organizações os processos são cíclicos e em constante evolução, chegou o momento de identificar novas oportunidades de desenvolvimento.

### **Sistemas de informação**

Os vários sistemas de informação em uso, foi um dos aspetos relatados pelos enfermeiros como uma oportunidade para melhorar, bem como, um sistema que permitisse o registo, ou visualização de algumas ideias centrais em casa dos clientes.

“... obrigatoriedade de registos na rede...” R10E4

“... gestcare obrigatório” R10E5.

“...SI não garante a continuidade de cuidados em casa...” R10E2.

## **Melhoria contínua**

Tentar, de forma regular, avaliar os indicadores de resultado, foi abordado nas reuniões, como pretexto para a reflexão sobre a prática no sentido de melhorar os cuidados.

“... se virmos mais à frente, já vão ser diferentes e vamos pensar em novas coisas...” R10E7

“...vamos melhorar e isso vai-se ver nos doentes...” R10E9.

O que é relevante face ao objetivo central do trabalho, esta perspetiva de evoluir e fazer sempre melhor.

## **Organização institucional**

Ponderar estratégias de organização da própria instituição para que os cuidados possam ser realizados de forma regular à noite e aos fins de semana.

## **Refinar os critérios de referência**

A referência, que vai para além das competências das próprias equipas, mas que várias vezes ao longo do percurso mereceu destaque.

“... os critérios demasiado vastos (...) diversas estruturas intermédias (EGA, ECL, ECR) que não conhecem efetivamente o doente, penso que está na base da referência não ser a ideal” R10E1

## **Novos instrumentos de avaliação**

E, por fim, o refinamento de instrumentos de avaliação utilizados pelos enfermeiros, na sua prática diária. Alguns dos instrumentos obrigatórios pela Rede, não são, na perspetiva dos utilizadores, os ideais, bem como o timing para a sua utilização.

“... Barthel, a das quedas” R10E9

Importa caracterizar os contributos para o modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados definido. Os contributos para o modelo integram uma visão de “enfermagem avançada” quando olha para os clientes, a pessoa dependente e o familiar cuidador, no sentido de os ajudar a viver transições saudáveis. Para tal, e após identificadas as necessidades, os enfermeiros prescrevem intervenções que muitas vezes são para substituir o familiar cuidador pois este não é capaz. Importa referir, que nas ECCI também

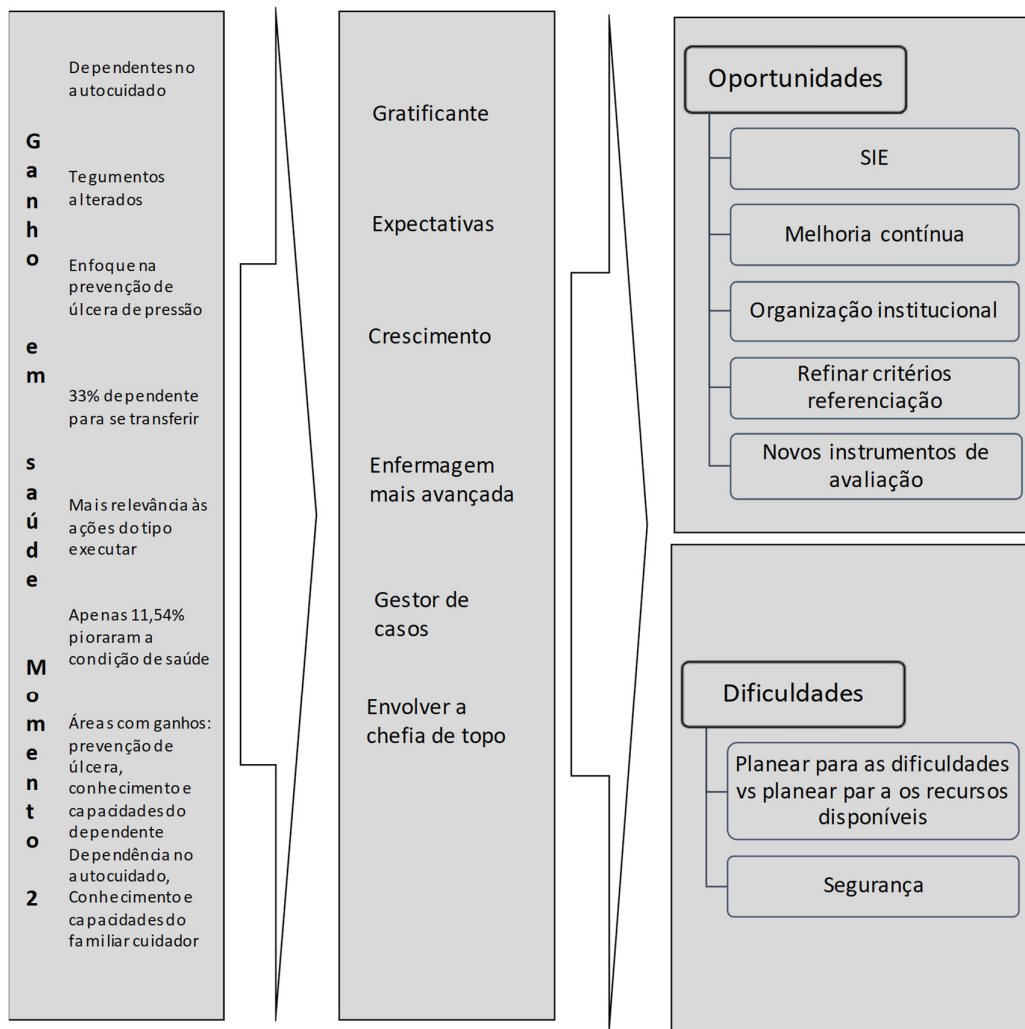
se substituí os clientes, os cuidados não se podem circunscrever a preparar o familiar cuidador ou a potenciar a autonomia, pois correríamos o risco de não responder às efetivas necessidades da população. Quando falamos em substituir estamos a falar de intervenções do tipo executar, tais como posicionar, transferir, etc. Os cuidados continuados no contexto domiciliários podem ser a longo termo, não ter um prazo para terminar.

Este contributo para um modelo de melhoria da qualidade dos cuidados nas ECCI tem implicações na estrutura organizacional, por um lado, estes cuidados têm uma maior intensidade e frequência o que leva a equacionar o tamanho e o horário de funcionamento das equipas. Ou as equipas teriam que se dimensionar como num serviço de internamento, em que as horas de enfermagem estão planeadas para as 24h, 7 dias por semana, ou teriam que ser pagas horas extraordinárias aos enfermeiros para trambularem ao fim de semana e no período da noite. Relativamente aos enfermeiros, e em função das necessidades dos clientes, podem ser enfermeiros de cuidados gerais com apoio de especialistas. Mas será necessário integrar novos profissionais, que não enfermeiros que ajudem, sob supervisão dos enfermeiros, a prestar alguns cuidados. O facto do trabalho da ECCI ser solitário, pois vai um enfermeiro sozinho a casa de cada cliente, pode ser colmatado com a presença deste profissional e com parcerias com as autoridades de segurança locais.

As implicações nos recursos também são pertinentes abordar. Mais profissionais e mais visitas a cada cliente implica mais viaturas de serviço. Mas também outros materiais de apoio, dispositivos, como camas, colchões, andarilhos e outros que deveriam de estar disponíveis para os clientes.

Será também de ponderar um sistema de informação único e que permita visualização/ algum registo à distância.

De forma a sintetizar os aspetos referidos, apresentamos o seguinte esquema:



**Figura 40 - esquema síntese do capítulo 6**

Para terminar este capítulo, a mais valia da reflexão sobre a ação nos processos de mudança torna-se evidente com a afirmação de um dos enfermeiros: *“algumas das ideias que eram tão fora da caixa há cerca de um ano e meio estejam hoje perfeitamente aceites e integradas dentro das equipas. E isso, não seria possível sem termos participado neste trabalho.”*

---

---

# Capítulo 7: Redução teórica e Conclusão

---

---

Ao chegar ao fim deste percurso, consideramos fundamental concluir este relatório apresentando as sínteses decorrentes da investigação, de forma a evidenciar o que emergiu como principais achados da mesma, no sentido de dar resposta aos objetivos inicialmente delimitados.

Neste capítulo referimo-nos, também, às limitações do presente estudo, bem como, aos seus contributos para a prática clínica, terminando com as sugestões para futuras investigações no âmbito desta área temática.

No que à composição das famílias diz respeito, concluímos que as famílias clássicas, que integravam pessoas dependentes no autocuidado eram, na sua maioria, constituídas por poucos elementos (média 2,64). No concelho de Matosinhos, 9,5% das famílias integravam uma pessoa dependente no autocuidado, 72% das quais eram clássicas, sem núcleos, ou com apenas um núcleo.

Relativamente aos alojamentos clássicos, a maioria não tem aquecimento nem acesso para pessoas com mobilidade reduzida.

Quanto à caracterização da pessoa dependente, verificámos a existência de equilíbrio entre o número de homens e mulheres dependentes, embora na nossa amostra 56,7% sejam mulheres, idosas (74,85 anos), 49% com mais de 80 anos, casadas, reformadas ou pensionistas, e sem escolaridade ou com o primeiro ciclo do ensino básico.

Concluimos que a quantidade de fármacos consumidos pelas pessoas dependentes é elevada, em média, 8,5 fármacos por dia, de 6 variedades diferentes. Este estudo evidencia uma situação de regimes medicamentosos complexos, entre a população com situação de dependência, caracterizada pelo menos pela polimedicação e elevado número de tomas. Não tendo sido objetivo avaliar a forma como é gerido o regime medicamentoso e a sua efetividade, pela complexidade e pela caracterização da população em termos de idade e escolaridade, podemos inferir que existirão problemas no âmbito da gestão do regime medicamentoso. Como é sabido esta é uma das causas da descompensação da doença crónica, particularmente entre os idosos. Um investimento no apoio profissional de enfermagem como garante de uma gestão eficaz do regime medicamentoso, seria um investimento rentável para os serviços de saúde e para melhor qualidade de vida dos utentes.

Por cada 2 dependentes, 1 esteve internado, no ano anterior ao inquérito e em média recorreram 1,5 vezes ao serviço de urgência durante o mesmo período. Embora se discutam novos modelos de cuidados e a aposta política esteja nos cuidados de saúde primários, a verdade é que ainda vivemos, pelo menos na população idosa, uma dependência em relação ao hospital e ao recurso ao médico em casos extremos. Devemos olhar para a prevenção de quadros agudos, mas acima de tudo para a promoção da saúde, no sentido de otimizar a gestão da doença crónica e minimizar a utilização de recursos dispendiosos e cuja vocação é a prestação de cuidados em situação aguda, como o serviço de urgência, e que resulta frequentemente na necessidade de internamentos.

Quando nos debruçamos sobre a dependência no autocuidado percebemos que, os domínios do tomar banho, vestir e arranjar são os que primeiro as pessoas ficam dependentes e que são os mais frequentes, o que vai de encontro ao facto de a maioria da instalação da dependência ter sido de forma gradual. As pessoas vão necessitando de pequenas ajudas, por exemplo, para entrar e sair da banheira, vestir a parte de baixo do corpo, os familiares cuidadores começam a prestar pequenas ajudas, sem se consciencializarem do início da dependência, o que leva a que não alertem os profissionais de saúde nesta fase precoce, nem invistam em programas de promoção da saúde e prevenção de complicações da imobilidade. Quando se tem conhecimento dos casos, já decorreram anos, e há alterações dos processos corporais irreversíveis como a rigidez articular. Seguem-se a dependência para se alimentar, talvez pela utilização da

motricidade fina e para tomar a medicação, que é agravada pelo regime medicamentoso complexo, com muitos fármacos diferentes e várias tomas diárias.

Os domínios posicionar, transferir e levantar, são aqueles em que há menos pessoas dependentes. Porém, a focalização nos mesmos é muito importante, pois caracterizam as pessoas que não saem da cama sem ajuda, os “grandes dependentes”, que estão numa condição de “acamados”.

Este estudo, revelou que na população de Matosinhos, dos dependentes encontrados, 42,15% são grandes dependentes/acamados. Matosinhos e S. Mamede de Infesta foram as freguesias em que foram identificadas mais pessoas acamadas; no entanto, ao olharmos por ECCI percebemos que a da Senhora da Hora tem, na sua área de abrangência, como potenciais clientes, mais “grandes dependentes”.

A aposta mais significativa que se pode fazer nos cuidados de saúde primários, para responder às necessidades das pessoas é o aumento do número de vagas da ECCI. Já o relatório da OPSS de 2015 fala nisto, não só o aumento de vagas, como os custos efetivos seriam menores do que aumentar as vagas de internamento.

O nível de dependência tem implicações na condição de saúde e por seu lado, as alterações na condição de saúde levam à dependência. A rigidez articular (64,10%) é a alteração dos processos corporais mais frequente, seguindo-se a desidratação (37,10%). Os aspetos relacionados com a mobilidade, não devem ser descurados pelos profissionais, delegando nas famílias fazer uma “ginástica”, como tradicionalmente tem vindo a acontecer. De facto, prevenir a rigidez articular, deve ser um cuidado profissional de enfermagem, aprendido nas licenciaturas, que deve ter relevo quando assistimos pessoas dependentes, quer com o objetivo de reabilitar, quer com o objetivo de manutenção da amplitude articular e das estruturas fisiológicas envolvidas. Contudo, e apesar de fazer parte dos currículos de pelo menos algumas escolas de enfermagem, não verificamos na prática a sua aplicação. Este tipo de atividades fica reservado ao enfermeiro especialista em reabilitação, aos fisioterapeutas e, curiosamente, ao familiar cuidador. É urgente uma discussão intraprofissional dos cuidados que pela sua especificidade devem ser realizados pelos profissionais que são experts nessas competências (os especialistas) e quais os cuidados que podem, e devem ser realizados pelo enfermeiro de cuidados gerais. É inadmissível que seja pedido a um familiar cuidador que seja ele a realizar mobilização

articular, sabendo-se da dificuldade física, cognitiva e de aprendizagem de muitos cuidadores e da exigência de conhecimentos que esta atividade exige. Esta é uma área profissional, que deve ser realizada por profissionais. O contrário leva à banalização da atividade “fazer uma ginástica” e à sua desvalorização, sendo-lhe retirado o interesse terapêutico da mesma.

Numa altura em que se fala nos cuidados continuados de saúde mental, destacámos que 11,10% das pessoas dependentes têm alteração do estado mental. Para além da idade avançada, o facto de as pessoas ficarem excluídas, não saírem da cama, leva a que cognitivamente e até socialmente não sejam estimuladas, o que pode levar ao declínio mental.

Importa referir que das 121 pessoas dependentes, 80,2% tem pelo menos uma alteração na condição de saúde, o que revela, por um lado a degradação do estado de saúde, por outro leva-nos a pensar na intensidade e regularidade dos cuidados prestados, tanto pela família como pelo acompanhamento profissional e nomeadamente dos enfermeiros.

Tanto a dependência para se transferir, posicionar, levantar como a rigidez articular, estão relacionados com a mobilidade, o que justifica a aposta dos enfermeiros na conceção de planos terapêuticos com enfoque na promoção do autocuidado e da prevenção de complicações como a rigidez articular e na prevenção das úlceras de pressão, sendo implementados com mais intensidade e regularidade.

Quando falamos na prevenção de úlceras de pressão, não podemos deixar de pensar nos fatores concorrentes como a nutrição/hidratação, mobilidade, entre outros. Contudo, antes sequer de se falar em risco de úlcera de pressão, devemos ter presente o autocuidado no domínio do posicionar. Se a pessoa não chegar a ser dependente neste domínio, mais dificilmente terá úlceras de pressão, pelo que a promoção do autocuidado é uma questão central também para a prevenção de complicações.

Quem se assume como familiar cuidador são maioritariamente as mulheres, que coabitam ou vivem próximo, que não têm ocupação profissional e normalmente têm pouca ou nenhuma escolaridade. São casadas, irmãs ou filhas da pessoa dependente.

Relativamente aos cuidados que prestam, centram-se nos que permitem assegurar a sobrevivência, como dar de comer, quatro refeições por dia, e de beber três vezes ao dia,

notando-se uma baixa intensidade de cuidados globalmente. Estes cuidados, garante da sobrevivência, são acompanhados de cuidados de incentivo no sentido de a pessoa dependente ir fazendo as atividades de autocuidado que ainda consegue realizar.

Além dos cuidados de sobrevivência, os familiares cuidadores também vão realizando outro tipo de cuidados, como aplicar creme hidratante, que apesar de se revelarem de baixa intensidade, demonstram o seu envolvimento no processo de cuidar e o enfoque das suas tarefas diárias em torno do seu familiar, restando-lhes pouco tempo e disponibilidade para fazerem outro tipo de atividades inerentes ao dia a dia. Falta-lhes, porventura o conhecimento, a capacidade e o sentido de terapêutico para fazer diferente. Pelas características culturais do povo português é também natural que haja uma tónica focada nos aspetos emocionais e caritativos e menos focada na resolução de problemas.

Sob o ponto de vista da transição que os familiares vivenciam para o papel de tomar conta de uma pessoa dependente no autocuidado, estes cuidados de sobrevivência, são os que os familiares cuidadores priorizam e até mesmo os que valorizam.

Visto os familiares cuidadores não serem profissionais de saúde, e terem, na maior parte dos casos, uma relação afetiva de grande proximidade com a pessoa que cuidam, em função do parentesco, não nos parece muito legítimo esperar, da sua parte, outro tipo de cuidados. Em função do seu nível de escolaridade, do contexto socio económico e relação afetiva que mantêm com a pessoa dependente, os familiares cuidadores ao garantir os cuidados de sobrevivência e assegurar que as pessoas que cuidam permaneçam nas suas casas, com a família, vão de encontro a uma das funções primordiais das famílias, o dever de garante para com os seus descendentes, e neste caso, com os ascendentes.

No entanto, a família não assegura todos os cuidados que a pessoa dependente necessita, nomeadamente aqueles que são mais diferenciados e que têm que ver com as transferências, posicionamentos, levantes e prevenção de rigidez articular, os quais, como referido anteriormente, consideramos que não são função destas famílias, com estas características estudadas. Entendemos que deve ser responsabilidade dos enfermeiros assegurar este tipo de cuidados.

Retomando os cuidados que os familiares cuidadores prestam, e tomando como exemplo, posicionar três vezes ao dia, atendendo que 40% das pessoas dependentes não saem da

cama, é manifestamente insuficiente. Será que apesar de os familiares cuidadores cumprirem a sua função, os cuidados que as pessoas têm são suficientes para garantir a sua dignidade e bem-estar? Entendemos que, apesar de os familiares cumprirem a sua função, os cuidados que as pessoas têm não são suficientes.

Como abordado anteriormente, além da situação de dependência e das alterações da condição de saúde, as pessoas sentem-se sós e a viver numa conjuntura de exclusão. Qual o dever do estado perante as famílias que integram pessoas dependentes? Deve assegurar-se que acedem aos recursos necessários para que as pessoas dependentes tenham todos os cuidados necessários e devem criar-se as condições para que o familiar viva da melhor forma possível, acompanhando-o e dando-lhe apoio. Para isso, a preparação do familiar cuidador, deve começar o mais cedo possível e deve centrar-se na consciencialização sobre os cuidados de que a pessoa dependente precisa, dos recursos que estão disponíveis e no empoderamento para aceder, gerir os recursos e também na capacitação para alguns cuidados. Outro assunto importante, é a consciencialização não só dos cuidados, mas da sua frequência, da noção de que a experiência se prolonga no tempo e de aspetos que deverá monitorizar e interpretar como sinais de alerta. Mas e o que diz respeito ao estado? Na nossa opinião, fruto desta investigação, o estado deve assegurar a dotação das comunidades de recursos profissionais e nomeadamente de enfermeiros, que possam prestar cuidados complexos face às necessidades básicas dos dependentes e famílias. Esta é uma urgência social e nas sociedades desenvolvidas é basilar a criação destes recursos.

De uma forma geral, os familiares cuidadores sentem-se muito competentes para prestar cuidados em casa, aliás como estávamos à espera atendendo à desejabilidade social e ao que, convencionalmente os povos do sul da europa, têm como noção de família e das suas funções. No entanto, revelam menor perceção de autoeficácia para o desempenho de papel para transferir e posicionar, o que mais reforça a ideia de que os 40% de pessoas dependentes nestes domínios, estão mesmo na condição de acamados, tendo alterações na condição de saúde associada ao compromisso dos processos corporais relacionados com a imobilidade.

Os familiares cuidadores sentem-se menos competentes para aceder a recursos, nomeadamente profissionais e equipamentos. Também se sentem pouco competentes a

negociar, por exemplo com a equipa de saúde. Estes factos enfatizam a ideia de exclusão destas famílias do sistema de saúde e da própria sociedade.

Os recursos complementares, como o telemóvel, os dispositivos para andar, dispositivos para facilitar a gestão do regime, como caixas de medicamentos, bem como os associados ao uso do sanitário, nomeadamente as fraldas, são os mais utilizados. Todos os outros têm taxas de utilização inferiores ao desejado.

Alguns pontos relevantes que o estudo de base populacional no concelho de Matosinhos tornou mais visível são que há cuidados que devem ser realizados por profissionais e não pelos familiares cuidadores, por mais boa vontade e preparação que os familiares possam ter, os cuidados como prevenir a rigidez articular, as transferências da cama para a cadeira/cadeirão, os posicionamentos, nomeadamente os anti-espásticos, entre outros, devem ser cuidados profissionais. A utilização de recursos é manifestamente inferior à capacidade instalada pelo sistema. Os familiares cuidadores despendem bastante tempo em torno da pessoa dependente, mas os cuidados que prestam são de intensidade baixa, e não são suficientes em função do necessário.

Ao estudar os potenciais clientes das ECCI percebemos que há dois tipos de famílias que integram dependentes. O agrupamento maior onde os familiares cuidadores incentivam mais e têm maior perceção de autoeficácia e um agrupamento menor que são as famílias que integram clientes mais dependentes e com mais alterações na condição de saúde.

Quanto mais independentes são as pessoas, mais cuidados de incentivo prestam os familiares cuidadores. Quando deixam de incentivar nota-se um aumento da dependência e mais alterações na condição de saúde. Quando ficam mais dependentes o familiar cuidador deixa de incentivar. Os cuidados de incentivo estão associados a maiores níveis de perceção de autoeficácia. O familiar cuidador sente que é mais importante incentivar o dependente a fazer algumas atividades de autocuidado que ainda consegue, do que agir por ele. Deixa de incentivar quando percebe que o seu familiar já perdeu capacidade para fazer, quando está cansado e/ou desanimado pelos resultados.

Em função do exposto, compreende-se que os dependentes e famílias se sintam sós, à margem do sistema, pois toda esta transição tem implicações no dia a dia da família. Muitas aprendem sozinhas, sentem que têm falta de preparação, a procura de recursos

nem sempre é fácil, e como as famílias têm cada vez menos elementos também torna mais difícil ter uma rede familiar de apoio.

A sobrecarga de tarefas leva a alterações da dinâmica familiar e a sentimentos de desespero, agravados pelo difícil acesso a apoio domiciliário e a falta de suporte profissional.

Os cuidados ao dependente tornam-se, com o tempo, dispendiosos. São famílias muitas vezes desconhecidas das USF/UCSP, com a exceção das famílias que têm pessoas com feridas/úlceras, pois estas procuram o apoio das unidades de saúde. Existe uma falta de integração no sistema e uma baixa referenciação para a ECCI. Esta desintegração no sistema estará frequentemente associada à ausência de conhecimento dos recursos que pode dispor e da não perceção das unidades de cuidados de saúde primários, e dos enfermeiros em particular, enquanto recurso. Quando a população só reconhece como ação profissional destes serviços cuidados instrumentais (tratamento de feridas, inserção/substituição de cateteres, etc.) então, estamos perante uma dissonância entre o que os profissionais e as políticas de saúde dizem o que estes são, e o que pela experiência de utilização a população identifica como sendo. Carece, portanto, que a missão dos cuidados de saúde primários e dos enfermeiros em particular, se publicite pela prática demonstrando o quanto podem ser significativos, mesmo antes da população sentir essa necessidade. Impõe-se, também, alguma criatividade a nível local para identificar as situações que podem beneficiar de cuidados preventivos, de tratamento atempado e de manutenção. Toda esta situação leva à exclusão, com um ponto de partida nas situações de saúde/doença.

Estimamos que no concelho de Matosinhos haja 6443 famílias clássicas que integram pelo menos uma pessoa dependente. Temos um longo caminho a percorrer, no sentido de as identificarmos, fazermos uma avaliação das suas necessidades e implementar planos terapêuticos no sentido da reconstrução da autonomia, ou caso não seja possível minimizando as complicações, ou prevenindo-as, prestando cuidados profissionalizados de enfermagem. Relativamente ao familiar cuidador este deve ter um papel fulcral em todo o processo, para dar apoio, suporte e incentivo ao seu familiar, mas nunca para executar cuidados profissionais. Também o familiar cuidador deve ser cliente dos cuidados de enfermagem no sentido de perceber as suas necessidades e antecipar ou

minimizar complicações na sua própria saúde e também na prevenção de complicações associadas ao desempenho de papel. Se assim acontecer, também terá um impacto positivo na dinâmica da família, nomeadamente potenciando o processo familiar de forma a que a família consiga uma rede de apoio maior e mais robusta para lidar com esta transição complexa.

Esta visão mais ampla, não se foca apenas na prevenção da doença e suas complicações, nem no tratamento, reabilitação e manutenção, mas na promoção da saúde individual e coletiva no seio da família.

Se nos focarmos nos grandes dependentes, aqueles que não saem da cama sem ajuda, estimámos que no concelho existam cerca de 2159 famílias que integra pelo menos um “acamado”.

Quais os recursos que temos disponíveis? Precisaríamos estas famílias de suporte profissional de enfermagem? Na nossa opinião, de acordo com a investigação desenvolvida, sim!

A capacidade instalada no concelho de Matosinhos é de 90 vagas, o que se torna, perante estes dados, manifestamente insuficiente.

Estes grandes dependentes têm critérios para estar integrados nas ECCI, como tal neste concelho as vagas deveriam de ser alargadas, em pelo menos, mais quatro vezes, com os enfermeiros a prestar cuidados a estas famílias especialmente vulneráveis, em áreas como a prevenção de complicações, a preparação dos familiares cuidadores e a reconstrução do processo de autonomia, como verdadeiros gestores de caso. Um modelo integrador onde os profissionais prestam os cuidados necessários e as famílias assistem e apoiam os seus elementos, a par do que acontece nos países nórdicos, tornar-se-ia num modelo ganhador.

Em economia sabemos que se um recurso está alocado a um sítio, não pode ser alocado a outro, como tal temos que fazer opções. Nessa medida sabemos que é difícil com os recursos instalados conseguir acompanhar de forma sistemática estas famílias, mas com certeza, conseguiremos ser mais eficientes, como falaremos mais à frente.

Do estudo de base populacional ressalta que a maioria das famílias não recebe apoio financeiro, nomeadamente o que está legislado, como o complemento de dependência.

Embora os cuidados sejam dispendiosos, medidas no sentido de dar mais apoio financeiro às famílias, parecem-nos demagógicas, pois como vimos, as pessoas dependentes são já reformadas ou pensionistas e não tiveram que abandonar o emprego pela situação de saúde/doença e os familiares cuidadores já não tinham uma atividade profissional e como tal, também não abandonaram o emprego para tomar conta. O que realmente as pessoas sentem necessidade e precisam é de apoio profissional para posicionar, transferir, lidar com as necessidades de cuidados do seu familiar dependente, e por isso referem que, uma vez que não têm esses cuidados disponíveis 24h no serviço nacional de saúde, têm que os contratar a privados e isso sim, fica dispendioso.

De acordo com Filipe (2016), os clientes das ECCI gastam em média 17 euros por dia, o que é um valor inferior ao de um internamento hospitalar ou da comparticipação do estado nas diferentes unidades da rede de cuidados continuados. Neste contexto, aumentando os lugares e os serviços prestados pelas ECCI, para dar resposta a toda a população, certamente ficará mais barato ao estado do que aumentar as vagas de internamento nas outras unidades da rede, ou até mesmo construir novos hospitais para assistir estas pessoas. Mas mais importante que tudo, as pessoas e famílias ficam com os cuidados necessários.

As famílias que vivem esta experiência complexa de se tornar familiar cuidador de uma pessoa dependente, têm as mesmas características que a população em geral. Este achado mostra que quer a pessoa dependente quer o familiar cuidador, bem como a família, não tem tido o suporte esperado para fazer face à transição vivenciada.

Confrontados com os principais clientes e com os registos produzidos pelos enfermeiros e analisados na primeira fase do estudo, instalou-se a surpresa e a vontade da mudança. Os cuidados, nomeadamente a sua natureza e as necessidades foram alvo de reflexão permanente.

Por um lado, a discussão inicial de que os enfermeiros fariam visitas domiciliárias similares às dos enfermeiros de família e que apenas prolongariam para além da hora convencional, para cumprir prescrições ou executar tratamentos a feridas/úlceras, foi bastante debatida. Afinal de que precisam as pessoas integradas na ECCI?

A reflexão sobre a ação e a reconfiguração do conhecimento, fruto da mesma e também associada às formações deu lugar a um novo conhecimentos/ou entendimento. Da tónica centrada nos tratamentos das úlceras de pressão ou na administração da medicação, passou para a ênfase nas transições vividas pelas pessoas e famílias.

Emergiram novos conceitos centrais, como a consciencialização, a atitude face ao cuidado e foi-se refinando ao longo do tempo um novo entendimento dos cuidados tendo por base os novos conceitos aprendidos.

Atendendo às competências de cuidados gerais definidas pela Ordem dos enfermeiros, os enfermeiros de cuidados gerais também prestam cuidados de reabilitação, em final de vida, entre outros. As reflexões levaram-nos às necessidades básicas dos clientes que exigem cuidados complexos, como posicionar, transferir, executar movimentos musculares articulares, com a intenção de substituir a pessoa quando ela não é capaz e promover a independência quando é possível, mas também à capacitação do familiar cuidador para o desempenho do papel e a consciencialização das mudanças e implicações na vida individual e familiar.

Através da reflexão foi-se refinando o modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados baseado em indicadores de resultado. Mas para esta reconfiguração do conhecimento, foram identificadas dificuldades. Os registos que não espelhavam os cuidados, a resposta às necessidades das pessoas num novo paradigma, a articulação com outros profissionais. E também se refletiu sobre a referenciação, nomeadamente a gestão das vagas e os critérios tão abrangentes.

A gestão da própria equipa, particularmente a organização do trabalho e a coordenação, foram aspetos identificados como oportunidades de melhoria.

O planeamento e implementação assentou em duas linhas de ação prioritárias, as focadas na documentação e as focadas na ação profissional.

O *subset* de cuidados definido, as alterações à parametrização do SAPE®, a metodologia de gestão de caso, o acompanhamento da mudança no terreno, a formação ministrada aos enfermeiros, a mudança no pensamento dos enfermeiros tornou visível o que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem, e a definição de prioridades exigiu dos enfermeiros dedicação, motivação, responsabilização e empenho na mudança.

Novas dificuldades surgiram, que até ao momento não tinham sido sentidas, nomeadamente a questão do pagamento das horas à chamada e da segurança dos próprios profissionais aquando das visitas domiciliárias noturnas. Mais uma vez com o empenho dos enfermeiros, que por um lado negociaram com o conselho de administração da ULSM e, por outro lado, com a PSP local, atenuaram as novas dificuldades.

Mudança na liderança das equipas e a integração de novos profissionais, não vinculados inicialmente à investigação, foram outros desafios. Com o tempo e mais reflexão sobre a ação e acompanhamento foram-se desvanecendo.

Outro aspeto relevante que emergiu da reflexão foi a necessidade da ECCI integrar outros profissionais, com um plano de cuidados estabelecido e supervisionado efetivamente pelos enfermeiros.

Apesar das dificuldades, as mudanças produzidas foram congruentes com um programa de melhoria contínua da qualidade assente na reflexão sobre a ação de modelo II, tal como se conseguiu avaliar na fase final da investigação.

Dos registos produzidos pelos enfermeiros sobressaíram áreas de atuação importantes e que devem ser incluídas em programas de melhoria contínua da qualidade em saúde, e em particular dos cuidados de enfermagem.

O autocuidado, no sentido da reconstrução da autonomia, em substituir a pessoa dependente, quando tem níveis de dependência elevados, os aspetos centrados no desenvolvimento das potencialidades do familiar cuidador para tomar conta, a prevenção de complicações nomeadamente as úlceras de pressão, as associadas à imobilidade, como a rigidez articular e alterações do equilíbrio corporal, bem como os aspetos da consciencialização.

A assunção de novas ideias, valores, perspetivas de cuidar, metodologias de trabalho como a gestão de casos, que partiram da reflexão sobre a ação e implicaram mudanças congruentes com o modelo II de Argyris e Schon (1982) são usualmente as mais duradouras.

Para que a informação produzida pelos enfermeiros, no seu dia a dia, na assistência às pessoas, seja importante para a gestão de serviços de saúde, esta tem que ser válida. Só

assim conseguiremos implementar programas de gestão da qualidade dos cuidados que terão consequência na excelência da prestação e cuidados, correspondendo a níveis mais altos de qualidade profissional.

Com o decorrer do trabalho de investigação todos os envolvidos se consciencializaram da importância da informação válida para a gestão dos serviços e em particular da qualidade dos cuidados, ainda mais, porque a reflexão para além de se basear na ação foi dando lugar a um modelo baseado em indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O facto de se conseguirem viabilizar indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, no momento dois, foi tradutor da qualidade da informação e da preocupação dos enfermeiros em documentarem a identificação das necessidades dos clientes, as intervenções de enfermagem implementadas tendo em vista atingir um resultado e a avaliação, traduzindo-se numa nova sintaxe informativa que mostra se a necessidade inicial se manteve ou alterou.

Todo o processo de mudança foi facilitado, pois os enfermeiros estavam abertos à mudança, queriam ver resultados nos clientes fruto do seu trabalho, estavam motivados, empenhados em construir equipas sólidas que dessem resposta às necessidades específicas das famílias que integram dependentes. O sentimento de querer fazer melhor em prol dos clientes, após a identificação das oportunidades de desenvolvimento foi a força motriz de todo o processo de mudança.

Também a formação oferecida aos enfermeiros, assim como a que cada enfermeiro estava a frequentar no seu percurso individual de formação avançada, foram facilitadoras da mudança, na medida em que mostrou novos caminhos e olhares para questões antigas e apontou novas direções.

Relativamente às dificuldades, a mudança na liderança interfere com as equipas e com a própria investigação e a saída e entrada de novos elementos. O aumento da taxa de ocupação das ECCI, embora previsível, também interferiu causando uma instabilidade inicial.

Os aspetos intrínsecos às próprias pessoas (personalidade, disponibilidade, formação adquirida) que em alguns casos, objetivamente afetaram o envolvimento, a participação e a própria abertura à mudança, também foram sentidos como dificuldades.

A reflexão-ação foi crucial na mudança, se por um lado permitiu distanciamento, por outro gerou envolvimento. O distanciamento necessário para reconceptualizar o conhecimento e conseqüentemente do modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O envolvimento suficiente para implementar as mudanças e conseguirmos chegar à produção de indicadores relativos a ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Os dados que constam da documentação permitem constatar que os ganhos em saúde são positivos no momento dois, após a implementação do processo de mudança. No momento um não foi possível gerar indicadores.

Conseguir produzir indicadores relevantes para a prática de enfermagem na vertente da tomada de decisão autónoma é, por si só, muito relevante. Os indicadores dizem respeito ao core da disciplina, o que os torna ainda mais relevantes.

A prevenção de úlceras de pressão, é obrigatória nos registos dos enfermeiros neste contexto, por indicação da RNCCI, bem como da respetiva comissão de qualidade da ULS a que pertencem as equipas. Daí os indicadores relacionados com a prevenção de UP seriam esperados encontrar neste contexto, mostrando modelos de ação similares ao modelo I de Argyris e Schon (1982), não permitindo espaço para reflexão, nem a implementação de novos conhecimentos.

Realçamos a informação válida que traduz modificações positivas no domínio do autocuidado e também nas capacidade e conhecimentos da pessoa dependente. Isto mostra-nos a intenção dos enfermeiros em procurar a autonomia. Sendo o autocuidado o segundo foco de atenção com mais relevância e onde se verifica resultados.

A informação válida que espelha as modificações positivas na capacitação do familiar cuidador bem como no desempenho de papel, é também relevante.

No momento final de fechar este ciclo de investigação foi relevante, em primeira instância, a produção de indicadores de resultado. Para alguns enfermeiros, o primeiro

impacto das mudanças foi de frustração, pois consideraram-nas pequenas, mas de uma forma geral e após mais reflexão, a frustração deu lugar ao sentimento de dever cumprido, no dia a dia da prestação de cuidados às famílias que integram pessoas dependentes e até alguma “ vaidade ” com a constatação da mudança e do seu impacto.

Para terminar o capítulo, as limitações do estudo serão apresentadas, os seus principais contributos e as sugestões para a investigação.

O estudo populacional descreveu uma realidade que não se conhecia suficientemente, pelo menos neste contexto. O facto de se tratar de um estudo transversal dificulta projetar tendências para o futuro.

Um único ciclo de investigação-ação pode não ser suficiente para representar mudanças significativas, deve ser entendido como um ponto de partida para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O fenómeno das famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado não é mais uma novidade; no entanto, conhecer com propriedade esta realidade, pensar um modelo de assistência baseado em resultados, induzido da prática reflexiva, deve importar aos enfermeiros, mas também aos profissionais de saúde em geral e à sociedade, no sentido de influenciar decisões políticas informadas.

Os indicadores de resultado de enfermagem devem ser centrais nos modelos de gestão de qualidade e melhoria contínua, pois só pondo em causa os modelos em uso, através da reflexão, a partir de informação válida, se conseguem perceber transformações.

Importa desenvolver estudos que comparem populações homogéneas de dependentes (hospitalizados, ECCI, lares e internamentos domiciliários) e custos. E também, número de episódios de internamento e de recurso aos serviços de urgência.

A caracterização da pessoa dependente e dos familiares cuidadores são fundamentais na construção do conhecimento em torno da ajuda às pessoas nas respostas humanas às transições e conseqüentemente na construção de uma enfermagem mais significativa para as pessoas.

Replicar o estudo em outras ECCI do país, para perceber se os contributos para um modelo de gestão da qualidade dos cuidados apontados também fazem sentido noutros contextos, parece-nos relevante. Assim como o desenvolvimento de tecnologias que permitam um maior acesso à informação dos clientes, assegurando a continuidade dos cuidados em casa, seriam um recurso importante para os enfermeiros. Tentar criar uma forma automática de extrair os indicadores de resultado dos cuidados de enfermagem, no sistema de informação em uso, para servir como informação válida para a gestão da qualidade, seria bastante pertinente nestes contextos de ação dos enfermeiros.

Apresentamos de seguida um esquema síntese de toda a investigação:

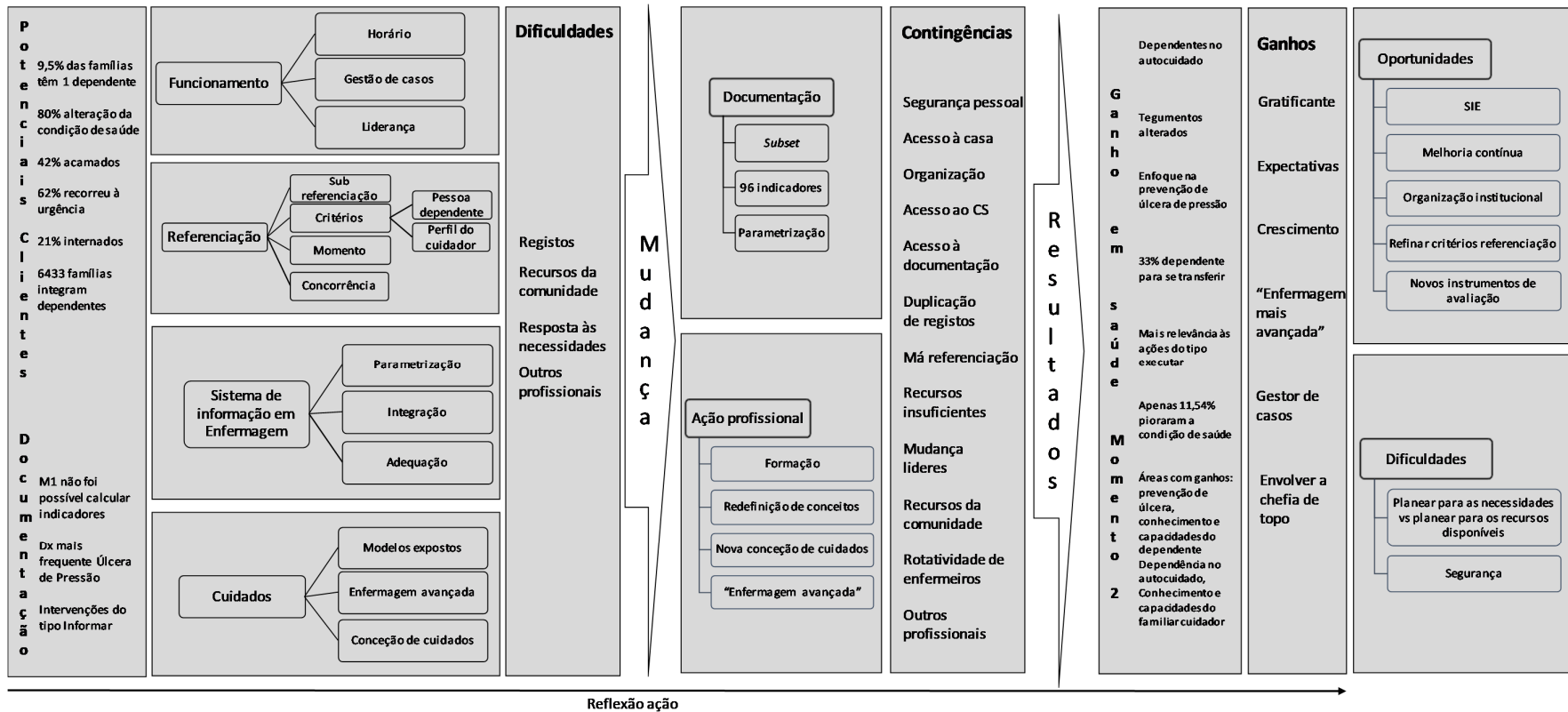


Figura 41 - Contributos para um modelo de Enfermagem para as ECCI



Para finalizar, importa referir que desde o início deste percurso os enfermeiros foram co-investigadores, participaram e envolveram-se na construção coletiva, dos contributos para o modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados nas ECCI.

Da investigação emergiram contributos para o referido modelo de cuidados para as ECCI, o qual implica cuidados de substituição da pessoa dependente e do familiar cuidador. Estes contributos apontam para a implementação de mais intervenções do tipo executar, posicionar, transferir, e para o aumento da sua frequência, o que terá implicações a nível dos horários de funcionamento das ECCI para, efetivamente, trabalharem nas 24 horas do dia, todos os dias da semana. Concluímos que o suprimento de mais necessidades implica mais custos. Porém, entendemos que, sendo estas as necessidades das pessoas, elas devem ser colmatadas.

Relativamente aos recursos materiais, concluímos que estes também teriam que ser aumentados, nomeadamente as viaturas de serviço e os dispositivos de apoio para o autocuidado e de apoio ao familiar cuidador.

A contratação de outros profissionais que apoiem o trabalho dos enfermeiros também pode ser uma mais valia, pelo que deve ser objeto de atenção na conceção do modelo de cuidados na área em estudo.

O estudo também colocou em evidência as questões inerentes à segurança dos enfermeiros que exercem funções nas ECCI, pois a deslocação destes profissionais, sozinhos, à noite, a casa das famílias, levanta algumas preocupações, sugerindo-se a articulação com os recursos locais, no sentido de estes poderem contribuir para tornar o ambiente seguro.

Concluímos que os sistemas de informação em enfermagem são fulcrais em todo este processo e merecem particular atenção no que releva para o seu desenvolvimento. É fundamental apostar na criação de ferramentas ajustadas ao contexto domiciliário, de fácil acesso, que permitam agilizar a documentação dos cuidados e com interfaces entre programas que evitem a necessidades de duplicação de registos.

A abrangência dos critérios das ECCI emerge da investigação como objeto de atenção e preocupação, questionando-se a capacidade de resposta destas unidades, face à magnitude

do fenómeno da dependência e do acompanhamento das famílias. Entendemos que esta problemática deve ser objeto de investigação, a qual possa contribuir para a tomada de decisão política, no sentido de adotar medidas que permitam contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados nas ECCI.

O nosso estudo conduziu-nos a algumas reflexões, nomeadamente, sobre a organização do serviço nacional de saúde, inclusive, a concorrência entre organizações e serviços, a qual se pode vir a agravar com a criação dos internamentos domiciliários com epicentro no hospital. Entendemos que, também esta, é uma área que deve ser objeto de reflexão e de investigação, na medida em que é relevante perceber se as organizações hospitalares têm interesse em referenciar clientes para as ECCI, ou se, efetivamente, estas unidades podem constituir-se como uma nova concorrência. Embora as hospitalizações domiciliárias, sejam para uma fase aguda de doença, será de ponderar a sua utilidade se de facto houver integração de cuidados entre as ECCI, os agrupamentos de centros de saúde, mas também em casos de agudização do estado de saúde dos clientes, com os hospitais de referência.

---

---

# Capítulo 8: Referências

## bibliográficas

---

---

Abernethy, A.; Burns, C. & Currow, D. (2008). Defining distinct caregiver subpopulations by intensity of end-of-life care provided. *Palliat Med*, November, n. 7.

Administração Central do Sistema de Saúde (2014). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*, 1º semestre. Agosto 2014. Consultado em 09 de março de 2015. [http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20e%20da%20atividade%20da%20RNCCI\\_1%C2%BA%20semestre%202014.pdf](http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio%20monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20do%20desenvolvimento%20e%20da%20atividade%20da%20RNCCI_1%C2%BA%20semestre%202014.pdf).

Administração Central do Sistema de Saúde (2016). *Monitorização da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*.

Administração Central do Sistema de Saúde (2017). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. 1º semestre, 2017.

Alarcão, I. & Canha, B. (2013). *Supervisão e Colaboração: Uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.

Alfaro, R. (1986). *Application of Nursing Process: a step-by-step guide*. Philadelphia: JB Lippincott.

Alfaro, R. (1995). *Critical Thinking in Nursing - A Practical Approach*. Philadelphia: Saunders Company

Alfaro, R. (2005). *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

Allred C., Arford P., Michel Y., Dring R., Carter V., Veitch I. A cost-effectiveness analysis of acute care case management outcomes. *Nursing Economics*. Jannetti publications, Inc. 1995. May-June. V. 13. No. 3. P. 129-136.

Alvarez, A. (2001). *Tendo que cuidar: A vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar*. UFSC/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis.

Andrews, P., & Meyer, R. (2003). Marlowe-Crowne Social Desirability Scale and Short Form C: Forensic Norms. *Journal of Clinical Psychology*, 59(4), 483-492. doi: 10.1002/jclp.10136

Anderson, M; Helms, L; Kelly, N. (2004). Realigning the communication paradigm in nursing case management. *Care Manag J* Summer 2004;5(2):67-72. doi: 10.1891/cmaj.5.2.67.66285.

Argyris, C. (2005). *Maus conselhos uma armadilha gerencial*. Porto Alegre: Bookman.

Argyris, C. & Schön, D. (1982). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Bandeira, M., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L., Mendes, M., Baptista, M. & Moreira, M. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN: 978-989-8662-50-7 Dep. Legal: 385467/14

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, Vol 37(2), Feb 1982, 122-147.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. NY: Freeman.

Bandura, A. (1999). *A social cognitive theory of personality*. In L. Pervin & O. John (Ed.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154-196). New York: Guilford Publications. (Reprinted in D. Cervone & Y. Shoda [Eds.], *The coherence of personality*. New York: Guilford Press).

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, Vol 84(2), Mar 1977, 191-215.

Bandura, A. & Schunk, D. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 41(3), Sep 1981, 586-598.

Baskerville, R (1999). Investigating Information Systems with Action Research. *Communications of the Association for Information Systems*, volume 2 (article 19), October.

Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiros*. Porto: Editora Rei dos Livros.

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *J Adv Nur*, 30: 564-572.

Beach, S.R.; Schulz, R.; Yee, J.L. & Jackson, S.(2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: Longitudinal findings from the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging*, Vol 15(2), Jun, p. 259-271. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.15.2.259>.

Billek – Sawbney, B. & Reicherter, E.A. (2004). Social Cognitive Theory: use by Physical Therapists in the Education of the Older Adult Client. *Top Geriatr Rehabil*, 20: 319-323.

Blair, C. (1999). Effects of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents. *Issues Ment Health Nurs* (29): 559-70.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

- Brereton, L. & Nolan, M. (2002). Seeking: a Key activity for new carers of stroke survivors. *Journal of clinical Nursing*, 11; p. 22-31.
- Bridges, W. (2003). *Managing Transitions: Making the Most of Change*. 2nd Ed. De Capo Press. ISBN: 9780738208244.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brito, A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência – uma teoria explicativa*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Brock, C. & Dost, A. (2005). *Self Care – A Real Choice Self Care Support – A practical Option*. London: Department of Health.
- Bull, M., & Jervis, L. (1997). Strategies used by chronically ill older women and their caregiving daughters in managing posthospital care. *Journal of advanced Nursing*. Nº 25, p. 541-547.
- Bull, M. & Jervis, L. (1997). Strategies used by chronically ill older women and their caregiving daughters in managing posthospital care. *Journal of advanced Nursing*. Nº 25, p. 541-547.
- Burges, R. (1997). *A pesquisa de Terreno: Uma Introdução*. Celta Editora. Oeiras.
- Burke, M. & Flaherty, S.M.J. (1993). Coping strategies and health status of elderly arthritic women. *J Adv Nurs* 18: 7-13.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com Dependência: Responsabilidades e Demandas da Família. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol. 19 Nº 3, Mai-Jun. pp.773-781. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf> (Consultado em 9 de Junho de 2008).
- Campos, C. & Ramos, F (2005). Contas e Ganhos na Saúde em Portugal: dez anos de percurso. In: *Desafios para Portugal – Seminários da Presidência da República*. Lisboa: Casa das Letras, p. 159-254

- Campos, M.J. (2008). *Integração na família de uma pessoa dependente no auto-cuidado – Impacte da acção do enfermeiro no processo de transição*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto e ciência da Saúde da universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Campos, L.; Saturno, P. & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.
- Carpenito, L. (1997). *Diagnósticos de Enfermagem Aplicação à Prática Clínica*. 6ª ed. São Paulo: Artes Médicas.
- Carpenter, D. & Streubert, H. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed.: Loures: Lusociência.
- Catsambas, T.T; Kelley, E.D.; Legros, S.; Massoud, R. & Bouchet, B (2002). The evaluation of quality assurance: developing and testing practical methods for managers. *International Journal for Quality in Health Care*; Vol.14, Supplement 1, p. 75-81.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing Research Methodology: Issues and Implementation* (pp. 237-257). Aspen: Rockville.
- Chumbler, N.; Rittman, M.; Puymbroeck, M.; Vogel, W. & Qnin, H. (2004). The Sense of Coherence, Burden, and Depressive Symptoms in Informal Caregivers During the First Month After Stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, pp. 944 – 953. USA.
- Clark, M.; Rubenach, S. & Winsor, A. (2003). A randomized controlled trial an education and counselling intervention for families after stroke. *Clinical Rehabilitation*, 17, p. 703-712.
- Clark, M. & Smith, D. (1999). Psychological correlates of outcome following rehabilitation from stroke. *Clinical Rehabilitation*, 13, p.129-140.
- Colombo *et al.* (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Publishing. [www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted](http://www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted).
- Consejo de Europa (1998) - Recomendación N" (98)9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia.

Costa, A. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado – estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa*. Tese de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, submetida à Universidade católica Portuguesa.

Costa-Font, J.; Wittenberg, C.P.; Comas-Herrera, C.G.; di Maio, L. P.; Pozzi, A. & Rothgang, H. (2008). Projecting Long-term Care expenditure in Four European Union Member States: The Influence of Demographic Scenarios, *Social Indicators Research*, Vol. 86, No. 2, pp. 303-321.

Cruz, D., Pimenta, C., Kurita, G., & Oliveira, A. (2004). Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 15(1), p.5-14.

Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*. Dec; Vol. 52 (6), pp. 658-71.

De La Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista ROL de Enfermería*, 27 (12), 51-59.

Decreto-lei nº 101/2006. D.R. nº 108 de 06 de Junho Diário da Republica I Série – A, 3856 a 3865.

Decreto-lei nº 28/2008. DR de 22 de Fevereiro. Diário da República, 1ª série – Nº 38, 1182 a 1189.

Dellasega, C. (1990). Self-care for the elderly diabetic. *J Gerontol Nurs* 16: 16-20.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications

Denzin, N. & Lincoln, Y. (2006). *O Planejamento de Pesquisa Qualitativa: Teoria e Abordagens*; 2ª Ed. São Paulo: Artmed.

Department of Health (2005). Self Care - A Real Choice. *Self Care Support - A practical option*. <http://www.ich.ucl.ac.uk>. [Online] Janeiro de 2005.

Dicionário da Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Verbo. Lisboa.

Direcção Geral Acção Social (1996). *Cuidados Familiares às Pessoas Muito Idosas*. Núcleo de Divulgação Técnica e Documentação. Lisboa. Dezembro.

Direcção-Geral da Saúde (2004). Circular Normativa n.º 13/DGCG – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde. Portugal.

Direcção-Geral da Saúde (2005). Elementos Estatísticos: informação geral: saúde. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde (2010). Ondas de calor - Recomendações para a população em linha <http://www.dgs.pt/saude-ambiental-calor/recomendacoes.aspx>

Direcção-Geral da Saúde (2011). *Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. MS 1.01*. Lisboa: Departamento da Qualidade em Saúde/Direcção-Geral da Saúde.

Doenges, M. & Moorhouse, M. (1992). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem*. Lisboa: LusodiDicionário da Academia das Ciências.

Doenges, M. & Moorhouse, M. (1999). *Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed.

Donabedian, A. (1985). The epidemiology of quality. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 22(3), p. 282-292. ISSN: 0046-9580.

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, Nov, 114(11), p. 1115-1118. ISSN:0003-9985.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*, Oxford: University Press.

Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, nº 31, p.1165-1173.

Dunnel, K. & Dobbs, J. (1982). *Nurses Working in the Community*. OPCS Social Survey Division, London.

Duque, H. 2009. O doente dependente no autocuidado: Estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros. Porto: Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em

Enfermagem Avançada apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2009.

Drucker, P. (1992). *Administração para o futuro: os anos 90 e a virada do século*. São Paulo: Pioneira.

Ekwall, A.; Sivberg, B. & Hallberg, I. (2004). Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18; p. 239-248.

Economic Policy Committee (2005). Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long term sustainability of public finances. *European Economy, Reports and Studies* 04-01.

Economic Policy Committee (2005). The 2005 EPC projections of age-related expenditure: Agreed underlying assumptions and projection methodologies. *European Economy: Special Reports* 4/2005.

Ekwall, A.; Sivberg, B. & Hallberg, I. (2004). Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18; p. 239-248.

Elias, M. F. (2012). "Contributos do apoio psicossocial, em contexto domiciliário, aos familiares cuidadores/idosos após fractura da extremidade proximal do fémur." Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Ennuyer, B. (2001). Ces vieux que l'on dit "dépendants". In J. Chabert, B. et al (Eds.), *Vivre au grand âge: Angoisses e ambivalences de la dépendance* (p. 9-65)- paris: Éditions Autrement.

Equal Opportunities Commission (1982). *Who cares for the carers*. Opportunities for those caring for the elderly and handicapped Equal Opportunities Commission, Manchester.

Esposito, L. (1995). The effects of medication education on adherence to medication regimens in an elderly population. *J Adv Nurs* 21: 935-943.

European Commission. Recommendation 1.035. Aging population in Europe: economic

and social consequences. Brussels: European Union, 1998.

European Observatory (2000). *Health Care Systems in Transition*. Germany: European Observatory.

Exel, N.; Brouwer, W.; Berg, B.; Koopmanschap, M. & Bos, G. (2004). What really matters: an inquiry into the relative importance of dimensions of informal caregiver burden. *Clinical Rehabilitation*, 18; p. 683-693.

Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 36, pp. 39-52.

Filipe, M. (2015). *Contributo para um modelo de contratualização de cuidados em contexto domiciliário. Estudo exploratório sobre os custos de funcionamento das ECCI*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Filipe, M. (2016). Os custos com os cuidados continuados domiciliários. *Revista da APAH – Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares*. Março de 2016.

Fischer, A. (2002). Uma resgate conceitual e histórico dos modelos de gestão de pessoas. In Fleury. *As pessoas na organização*. São Paulo. Editora Gente.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5.

Fortinsky, R.; Kercher, K. & Burant, C. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging & Mental Health*, Volume 6, Issue 2.

Gardiner, C.; Brereton, L.; Frey, R.; Wilkinson-Meyers, L. & Gott, M. (2014). Exploring the financial impact of caring for family members receiving palliative and end-of-life care: A systematic review of the literature. *Palliat Med*. May 28: 375-390, first published on November 7, 2013

Gerstle, J. (2001). Post-diagnosis family adaptation influences glycemic control in women with type 2 diabetes mellitus. *Journal Of The American Dietetic Association*. Vol. 101 (8), pp. 918-22; PMID: 11501869

Gil, C (1999) – *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ª Ed. São Paulo: Editora Atlas.

Glaser, B.; Strauss, A. (1999). *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine De Gruyter.

Grindley, E. & Zizzi, S. (2005). Using a Multidimensional Approach to Predict Motivation and Adherence to Rehabilitation in Older Adults. *Top in Geriatr Rehabil* 21(3): 182-193.

Grunfeld, E; Coyle, D.; Whelan, T.; Clinch, J.; Reyno, L.; Earle, C.; Willan, A.; Viola, R.; Coristine, M.; Janz, T. & Clossop, R. (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, p. 1795-1801.

Guba, E. & Lincoln, Y. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage.

Hallberg, I. & Kristensson, J. (2004). Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, 13, 6b; p. 112-120.

Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à família – Teoria, Prática e Intervenções*. 2ª Ed., Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-83-5.

Hanson, S. & Kaakinen, J. (1999). *Avaliação familiar de enfermagem*. In: Lancaster; Stanhope – *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-05-3.

Haase. J. (2004). The Adolescent Resilience Model as a Guide to Interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. <https://doi.org/10.1177/1043454204267922>.

.

Haddock, K.; Johnson, PK; Cavanaugh, J, Stewart, GS. (1997). Oncology case management linking structure and process with clinical and financial outcomes. *Nursing Case Management*. Managing the Process of Patient Care, 01 Mar 1997, 2(2):44-8.

Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Hilton, P. (1997). Theoretical perspectives of nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*; 26, 1211-1220: Blackwell Science Ltd.

Holloway, I. & Wheeler, S. (1996). *Qualitative research for nurses*. Blackwell Science, Oxford, 214 pps. ISBN 0-632-03765-2

Huang, H.L.; Shyu, Y.I.; Chen, M.C. & Lin, L.C. (2003). A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol 18, Issue 4, pages 337–345, April.

Im, E. & Meleis, A. (1999). A situation-specific theory of Korean immigrant women's menopausal transition. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 333-338.

Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Formasau: formação e saúde, Coimbra, pps.242. ISBN: 972-8485-38-7.

Instituto Nacional de Estatística (2001). *Conceitos e Metodologias. BGRI – Base Geográfica de Referenciação de Informação*. Direcção Regional de Lisboa e Vale do Tejo. 2º semestre.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001: Resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação*. Vol. 8. Lisboa. ISSN0872-6493.

Instituto Nacional de Estatística (2003). *Conceitos Estatísticos (em linha)*. [Consult. 4 de março. De 2007]. Disponível em WWW:<URL: <http://conceitos.ine.pt/pesquisa2.asp#>

Instituto Nacional de Estatística (2005). *Sistema integrado de Metainformação*. Documentação das Operações Estatísticas - Documento Metodológico. Departamento de Metodologia Estatística. DOCT/1634/CSE/PCD.

International Council of Nurses (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.

International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Genebra.

International Council of Nurses (ICN) (2014). *Enfermeiros: uma força para mudar – Um recurso vital para a Saúde*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.

Jani-le bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos dependentes idosos nos países das comunidades europeias*. Conselho Económico e Social.

Jasper, M. (2003). *Beginning reflexive practice: foundations in nursing and health care*. Nelson Thornes Editors.

Jezaun, C. & Sabroya L. (2001) Níveis de dependência nos idosos. Nursing, 161. ISSN 0871-6196

Jiménez, F., Sánchez, G. & Tobón, C. (2009). A social desirability scale for the MMPI-2. Which of the two: Wiggins (WSD) or Edwards (ESD). *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1(2), 147-163.

Johnson, M.; Maas, M. & Moorhead (2000). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 2ª ed. Missouri: Mosby

Jones, E. (2004). *Terapia dos sistemas familiares: desenvolvimentos nas terapias sistémicas da Escola de Milão*. 2ª ed. Climepsi Editores, (Sistemas, Famílias e Terapias nº 3), Lisboa, pps. 225. ISBN 972-796-123-1.

Junius-Walker, U, Theile, G. & Hummers-Pradier, E. (2007). *Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany*. Family Practice. Vol. 24, pp. 14-19.

- Kääriäinen & Kyngäs (2005). Concept analysis of counselling in nursing science (abstract). *J Nurs Sci* 17: 250.
- Kasak, A. (2002). Challenges in Family Health Intervention Research. *Families, Systems & Health*, Vol. 20, Nº.1; p. 51-58.
- Kérouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Ketele, J. & Roegiers, X. (1999). Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas, e de estudo de documentos. Instituto Piaget, *Epistemologia e sociedade*, Lisboa, pps. 258 ISBN: 972-771-074-3.
- Kramer, B. & Thompson, E.H. (2002). *Men as Caregivers: Theory, Research, and Service Implications*. Springer Publishing Company, Inc.
- Lage, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos*, In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 203 - 229). Lisboa: Climepsi.
- Lage, I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador Informal*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Lancaster, J. & Stanhope, M. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3.
- Leprohon, J. (2001) – A qualidade dos cuidados de enfermagem. In *Ordem dos Enfermeiros Portugueses – 1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: melhor Enfermagem, Melhor Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses.
- LIM, J.; ZEBRACK, B. Caring for family members with chronic physical illness: a critical review of caregiver literature. *Health Qual Life Outcomes*. 2004; 2: 1-9.
- Lin, P. & Lu, C. (2005) - Hip Fracture: Family Caregivers' Burden and Related Factors for Older People in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 719 –726.

Lopes, M. (2003). A metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 63-74.

Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro – Doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau –Formação e Saúde, Lda.

Louro, M. (2009). *Cuidados continuados no domicílio*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Dezembro, 2009.

Lukkarinen, H. & Hentinen, M. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. *Int J Nurs Stud* 34: 295-304.

Lwanga, S.K. & Lemeshow, S. (1991). *Sample size determination in health studies: a practical manual*. Geneva, World Health Organization.

Maccane, T. & Clarck, E. (2003). Grounded Theory in Nursing: Part 3 – Application. *NurseResearcher*, 11: 2 29-39.

Machado, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem – um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação*. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Magnusson, L.; Hanson, E. & Borg, M. (2004). A literatura review study of Information and Communication Technology as a support for frail older people living at home and their family carers. *Technology and Disability*, 16; p. 223-235.

Martins, M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.

Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.

Martins, T., Ribeiro, J., & Garret, C. (2004). Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI): reavaliação das propriedades psicométricas. *Revista Referência*, 11, 17-31.

Martins, T.; Ribeiro, J. & Garrett, C. (2003). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – (QASCI): Reavaliação das propriedades psicométricas. *Referência*, n.º 11.

Marks, R. & Allegrante, J. (2005). A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-Efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implications for Health Education Practice (Part II). *Health Promot Pract* April 2005 6: 148-156.

Maurice, J.; Wetherell, M.; Langan, M.; Dallos, R. & Cochrane, A. (2000). *Understanding the family*. 2ª Edição. SAGE publications/ The open university, Londres, pps.327. ISBN: 0 7619 5307 -8.

May, K. (2007). *Conhecimento Abstracto: O Caso para Magia no Método*. pp. 21-32. In: Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa. (J.Morse/ SAGE Publications, Inc.), Formasau –Formação e Saúde, Lda. Coimbra.

McCloskey, J. & Bulechek, G. (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Porto Alegre: Atrmed. 3ª Ed.

Mccubbin, M. & McCubbin, H. (1993). Families Coping with illness: the resiliency model of familie stress, adjustment, and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissell & P. Winstead-Fry. *Families, Health & Illness. Perspectives on coping and intervention* (p.21-63). St Louis: Mosby-Year Book, Inc.

MCcCubbin, M. & McCubbin, H. (1998). *Stress, Coping, and Health in Families: sence of coherence and resiliency*. Ed. lit. Hamilton I. London : Sage Publications.

Mckay, J. & Marshall, P. (1999).  $2 \times 6 = 12$ , or Does It Equal Action Research?, *Proceeding 10th Australasian Conference on Information Systems*, p. 597-609. [Em linha], [Consult. 21-10-2009] Disponível em: <[www.vuw.ac.nz/acis99/Papers/PaperMcKayMarshall-129.pdf](http://www.vuw.ac.nz/acis99/Papers/PaperMcKayMarshall-129.pdf)>

Meleis, A. (1987). International nursing research for knowledge development. *Western Journal of Nursing Research*, Aug vol. 9(3), pp. 285-7.

- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(3), 12-28: Aspen Publishers, Inc.
- Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress*. 3<sup>a</sup> ed. rev. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 4<sup>a</sup> Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Louro, 2009.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde*. Edição: Editora Manole, janeiro de 2001 · ISBN: 9788520412633.
- Minuchin, S. & Fishman, H. (2003). *Técnicas de Terapia Familiar*. 1<sup>a</sup>. Porto Alegre: Artmed Editora, pps. 285
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *Reforma dos cuidados de saúde primários – Plano estratégico 2007 – 2009*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mistiaen, P.; Dujinhouwer, E.; Wijkkel, D.; DE Bont, M. & Veeger, A. (1997). The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 25; p.1233-1240.
- Moore, E. (1990). Using self-efficacy in teaching self-care to the elderly. *Holist Nurs Pract*, 4(2): 22-29.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. 2<sup>a</sup> Ed. London: Sage
- Morse, J. (2007). *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Formasau – Formação e Saúde, Lda. Coimbra.
- Naing, L.; Winn, T. & Ruslli, B. (2006). Practical Issues in Calculating the Sample Size for Prevalence Studies. *Medical Statistics. Archives of Orofacial Sciences*; 1:9-14.
- Navaie-Waliser, .M, Spriggs. A. & Feldman, P. (2002). Informal Caregiving: Differential Experiences by Gender. *Medical Care*. Vol. 40, No. 12 (Dec., 2002), pp. 1249-1259 (11 pages). Published By: Lippincott Williams & Wilkins.

- Nightingale; F. (1946). *Notes on Nursing*. J.B. Lippincott Company.
- Nolan, M. & Dellasega, C. (1999). It's not the same as him being at home: creating caring partnerships following nursing home placement. *Journal of Clinical Nursing*, 8; p. 723-730.
- Nolan, M. & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 14; p. 950-961.
- Nolan, M.; Grant, G. & Keady, J. (1995). Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. *Journal of Advanced Nursing*, 21; p. 256-265.
- Nolan, M.; Grant, G. & Keady, J. (1996). *Understanding Family Care: A Multidimensional Model of Caring and Coping*. Open University Press, Buckingham.
- Nolan, M. & Philp, I. (1999). COPE: towards a comprehensive assessment of caregiver need. *British Journal of Nursing*, Vol. 8, Nº. 20.
- Norburn, *et al* (1995). Self-Care and Assistance from others in Coping with Functional Status Limitations among a National Sample of Older Adult. *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 50B, Issue 2, March 1995, Pages S101–S109, <https://doi.org/10.1093/geronb/50B.2.S101>
- Nunes, L. (2005) – *Ética na investigação em enfermagem*. Comunicação – Mesa-Redonda: Ética na Prática de Enfermagem – XXVI Congresso Português de Cardiologia – Porto.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2010). *OECD Health Data 2010*, OECD Publishing, Paris.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2011). *Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-en>.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2011). *Help wanted? Providing and Paying for long-term care* © OECD 2011.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico /EU (2013). *Policy Brief A Good Life in Old Age* (Junho).

Oliveira, J. (2004). Desejabilidade social: Um constructo de difícil avaliação. *Psychologica*, 35, 233-247.

Observatório português dos sistemas de saúde (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório Primavera*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual*. Enunciados Descritivos. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual*. Enunciados Descritivos. Portugal: Ordem dos Enfermeiros; p. 138 e 139.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Orem, D. (1991). *Modelo de Orem: Conceptos en la Práctica*. Barcelona: Masson.

Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermagem en la practica*. Barcelona, Masson- Salvat.

Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice*. St. Louis, Mosby.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. London, Mosby.

Padilha, J. (2006). *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar sob a orientação do Professor Doutor Abel Paiva e Silva. Porto [s.n.].

Pais-ribeiro, J. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 1ª Edição. Climepsi Editores, Lisboa.

Pandit, N. (1996). The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method. *The Qualitative Report*. 2: 4 1-15.

Parente, P. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*. Tese de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, submetida à Universidade católica Portuguesa.

Parissopoulos, S. & Kotzabassaki, S. (2004). Orem's self-care Theory, transactional analysis and the management of elderly rehabilitation. *ICUS and Nursing Web Journal* 17: <http://www.nursing.gr/OREM.pdf> (11p).

Parse, R. (2001). *Qualitative inquiry: the path of sciencing*. Jones and Bartlett Publishers, Boston, pps. 343. ISBN 0-7637-1565-4.

Patterson, M. & Garwick, A. (1994). Levels of meaning in family stress theory. *Family Process*, Vol. 33 (3); p. 287-304.

Paulhus, D. L., & Reid, D. B. (1991). Enhancement and denial in socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(2), 307-317.

Pereira, F. (2004). Dos Resumos Mínimos de Dados em Enfermagem aos indicadores de Ganhos em Saúde Sensíveis aos cuidados de Enfermagem: O caminho percorrido, *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Suplemento. 13, p. 13-21

Pereira, F. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Novembro, 2007.

Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Formasau, Coimbra.

Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Dissertação de candidatura ao Grau de Doutor em Enfermagem, submetida à Universidade de Lisboa.

Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora.

Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012.

Polit, D.; Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

Polit, D. & Hungler, B. (1997). *Investigacion científica en ciencias de la salud*. 5ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores.

Powell, R. A. & Single, H. M. (1996). Focus group. *International Journal of Quality in Health Care*, 8(5), p. 499 – 504.

Procter, S.; Wilcockson, J.; Pearson, P. & Allgar, V. (2001). Going home from hospital: the carer/patient dyad. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 35, nº 2; p. 206-217.

Puijalon, B; Trincas, J (2000). *Le droit de vieillir*. Paris : Fayard.

Radwin, E. & Alster, K. (2002). Individualised nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*, pp. 45-63.

Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, BOE número 96 de 21 de abril de 2007.

Reed, J. (1992). Individualised care: some implications. *Journal of Clinical Nursing* 1, 7–12.

Reed, J. (2006). Commentary on Li H (2005) Hospitalized elders and family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd, 15, 368–369.

Relvas, A.; Alarcão, M. (2007). *Novas formas de família*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, pps. 340 p.: il., quadros, gráficos; 20 cm. (Psicologia Clínica e Psiquiatria).

Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Climepsi Editores, Lisboa.

Ritter, F.; Lorig, K. (2014). The English and Spanish Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale measures were validated using multiple studies. *Journal of Clinical Epidemiology*.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2010). *Três anos da rede nacional de cuidados continuados integrados RNCCI*. Cuidados continuados – saúde e apoio social.

Robert Wood Johnson Foundation and the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (2010). *Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care*. Updated 2010. Available at [www.rwjf.org/files/research/50968chronic.care.chartbook.pdf](http://www.rwjf.org/files/research/50968chronic.care.chartbook.pdf).

Rocha, M.C. (2015). "Dependência no autocuidado em contexto familiar - estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia". Tese de Doutoramento apresentada ao ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82488>

Rodrigues, E., Samagaio, F., Ferreira, H., Mendes, M. & Januário, S. (1999). A pobreza e a exclusão social: Teorias, conceitos e políticas sociais em Portugal. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 09, 1999, p.63-101.

Rodríguez, B., Álvarez, E. & Cortés, O. (2001). Cuidadores Informales. Necesidades y ayudas. *Revista Rol de Enfermagem*, 24(3), 183-189.

Rodriguez-Mañas L.& Fried L.P. (2015). Frailty in the clinical scenario. *Lancet*. 2015; 385: e7-9.

Roper, N.; Logan, W.; Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.

Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Coleção Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rotondi, A.; J.; Sinkule, J.; Balzer, K.; Harris, J. & Moldovan, R. (2007). A Qualitative Needs Assessment of Persons Who Have Experienced Traumatic Brain Injury and Their Primary Family Caregivers. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, vol.22, nº1, 14-25.

Santos, T. (2004). *Acidente Vascular Cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Porto, 2004. Dissertação de Doutoramento apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto, sob a orientação do Professor Doutor José Pais Ribeiro e sob Co-orientação da Professora Doutora Carolina Garrett.

Schermer, J. & MacDougall, R. (2013). A general factor of personality, social desirability, cognitive ability, and the survey of work styles in an employment selection setting. *Personality and Individual Differences*, Vol. 54, Issue 1, January, 141-144 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.08.012>

Schoech, D; Quinn, A; Rycraft, J. (2000). Data mining in child welfare. *Child Welfare; Arlington* Vol. 79, Edic. 5, (Sep/Oct 2000): 633-50.

Schoenmakers, B.J.; Caetano, M. (2002). *Determinação da intensidade de amostragem adequada para caracterização da ocupação de solo de Portugal continental*. Instituto Nacional de Estatística.

Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Schumacher, K.; Meleis, I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image*, 26(2); p.119-125.

Schumacher, K. (1996). Reconceptualizing Family Caregiving: Family Based Illness Care During Chemotherapy. *Research in Nursing & Health*, 19; p. 261-271.

Schumacher, K. (1995). Family Caregiver Role Acquisition: Role-Making Through Situated Interaction. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice An International Journal*, 9 (3), 211-226.

Schumacher, K.; Stewart, B. & Archbold, P. (1998). Conceptualization and measurement of doing family caregiving well. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30, 63–69.

Schumacher, K.; *et al.* (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*, 23, 191–203

Schumacher, K.; *et al.* (2006). A Transactional Model of Cancer Family Caregiving Skill. *Advances in Nursing Science*, vol.29, nº 3; p. 271-286.

Senge, P. (1990). *A quinta disciplina. Arte, teoria e prática da organização da aprendizagem*. 15ª Ed. Editora Best Seller. Círculo do Livro, S. Paulo.

Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do Autor.

Shyu, Y. (2000a). Patterns of Caregiving When Family Caregivers Face Competing Needs. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), 35–43.

Shyu, Y. (2000b). The needs of Family Caregivers of Frail Elders During the Transition From Hospital to Home: a Taiwanese Sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619–625.

Shyu, Y.; Chen, M.; Chen, S.; Wang, H. & Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2497 – 2508.

Silva, A. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem, uma teoria explicativa de mudança*. Porto: [s.n.]. Dissertação de candidatura ao grau de doutor em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem, uma teoria explicativa de mudança*. Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Silverman, D. (2005). *Doing Qualitative Research*. 2ªEd. Londres: SAGE: publications. ISBN 1-4129-0197-9

Sit, J.; Wong, T.; Clinton, M.; Li, L. & Fong, Y. (2004). Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*; 13, 816–824;

Söderhamn, O.; Evers, G. & Hamrin, E. (1996). A Swedish version of the Appraisal of Selfcare Agency (ASA) Scale. *Scand J Caring Sci*, 10: 3-9.

Soderhamn, O. (2000). Self-care as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, 183-189: Taylor & Francis.

Sonninen, A.L. (1997). *Testing Reliability and Validity of the Finnish Version of the Appraisal of Self-Care Agency (ASA) Scale with Elderly Finns*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 44, Kuopio.

Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto, Ambar, 1ª edição.

Stajduhar, K. & Davies, B. (2005). Variations in and factors influencing family members' decisions for palliative home care. *Palliative Medicine*, 19, 21 – 32.

Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-05-3

Stauner, G. (2008). The Future of Social Security Systems and Demographic Change. *European View*, Vol. 7, pp. 203-208.

Stoltz, P.; Udén, G.; Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 18 Issue 2; p. 111-119.

Strauss, A.; Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. 2ª Ed London: SAGE Publications.

Strauss, A.; Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Streubert, H.; Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed.: Loures: Lusociência.

Susman, G.; Evered, R. (1978). An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly*, vol. 23, Cornell University.

Theuerkauf, A. (2000). *Autocuidado e actividades da vida diária*. In Hoeman, Shirley P. – Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo. Trad. de: M<sup>a</sup> Leonor Abecasis. 2<sup>a</sup> ed. Loures, Lusociência. Tradução de: Rehabilitation nursing: process and application. ISBN: 972-8383-13-4. p. 173-207.

Teel, C.S. & Leenerts, M.H. (2005). Developing and testing self-care interventions for older adults in caregiving roles. *Nurs Res*, 54(3): 193-201.

Toljamo, M.; Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*. Vol.10, n<sup>o</sup>5; p.618-627.

Tomey, A.; Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra*. 5<sup>a</sup> ed. Loures: Lusociência.

Unidade Local de Saúde de Matosinhos (2010). *Carta compromisso da ULSM com a RNCCI*. Consultado em 10 de março de 2015 em <http://www.ulsm.min-saude.pt/content.aspx?menuid=3.~>

Unidade Local de Saúde de Matosinhos (2013). *Plano de actividades ULSM 2010-2012*.

Upcey, J. (1997). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*.

von Storch, H.; Zwiers, F. W. (2003). *Statistical Analysis in Climate Research*. University Press, Cambridge. Cambridge

Walsh, M.; Estrada, G.; Hogan, N. (2004). Individual Telephone Support for Family Caregivers of Seriously Ill Cancer Patients. *Research in Medsurg Nursing*, 3(13); p. 181-189.

Weihl, K.; Fisher, L.; Baird, M. (2002). Families, health, and behavior: a section of the Commissioned Report by the Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy, Division of Neuroscience and Behavioral Health and Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Families, Systems & Health: *The Journal of Collaborative Family HealthCare* Spring, 20(1): 7-46.

Wehbe, G.; Galvao, C. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2001, vol.9, n.2, pp.86-90. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200012>.

Whedstone, W.R. & Reid, J. (1991). Health promotion of older adults: perceived barriers. *J of Adv Nurs*, 16(11): 1343-1349.

White, P.; Hall, M. (2006). Mapping the literature of case management nursing. *J Med Libr Assoc*. Apr; 94(2 Suppl): E99–E106.

William, L. (2004). The utility of self-care theory as a theoretical basis for self-neglect. *J of Adv Nurs*, 34(4): 545-551.

World Health Organization (1983). *Health Education in Self-Care: possibilities and limitations*. Geneva.

YIN, R. (2003). *Estudo de caso - Planejamento e Métodos*. 3ª Ed. São Paulo: Bookman.

---

---

# Anexos

---

---



**Anexo 1 – Formulário utilizado no estudo de base populacional**





39838

CODIFICAÇÃO:

--	--	--	--	--	--	--	--

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE I - INQUÉRITO PRELIMINAR / CARACTERIZAÇÃO

#### INQUÉRITO PRELIMINAR

Aceita responder ao inquérito preliminar?  Sim  Não

Se não, porque:

Não quer  Não reside  Não pode  Não tem tempo  Outro

Vive alguém que precise de ajuda - não esperada para a idade - de outras pessoas para o autocuidado (tomar banho, andar, comer, vestir)?

Sim  Não

Vive alguém que precise de ajuda/apoio de algum tipo de equipamento para o autocuidado (bengala, barras de apoio)?

Sim  Não

Vive alguém com 65 ou mais anos?

Sim  Não

Vive alguma mulher que esteja grávida?

Sim  Não

Vive alguma criança nesta casa?

Sim  Não

Aceita responder ao inquérito?  Sim  Não

Se não, porque:

Não quer  Não reside  Não pode  Não tem tempo  Outro

#### ALOJAMENTO

Edifício de alojamento familiar

- Clássico: moradia  
 Clássico: apartamento  
 Clássico: outro tipo  
 Não clássico (barraca, móvel, improvisado)

Necessidade de reparações (estrutura, cobertura, paredes, caixilharia)

- Muito grandes  Grandes  Médias  Pequenas  Nenhumas

Edifício com acessibilidade a PMC?  Sim  Não

Área útil    m<sup>2</sup>

N.º divisões

N.º ocupantes

Alojamento com:

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim                   | Não                   | Sim                   | Não                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- Retrete      Instalação de banho ou duche  
 Água canalizada      Aquecimento

#### FAMÍLIA

Tipo de família

- Clássica sem núcleos  
 Clássica com um núcleo  
 Clássica com dois núcleos  
 Clássica com três núcleos

Rendimentos do agregado / mês

- Até 250 euros  
 De 251 a 500 euros  
 De 501 a 1000 euros  
 De 1000 a 2000 euros  
 De 2001 a 5000 euros  
 Mais de 5000 euros

Número de membros da família



39838

**PRESTADOR DE CUIDADOS / PARENTE DE DEPENDENTE INSTITUCIONALIZADO****Perfil 1**

Prestador de cuidados     Parente dependente institucionalizado     Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

**Coabita com o dependente?**     Sim     Não

**Sexo**

M     F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Nível de escolaridade**

- Nenhum  
 Ensino básico -1.º ciclo (4 anos)  
 Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)  
 Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)  
 Ensino secundário (11 ou 12 anos)  
 Ensino superior

**Profissão**

- Membros das forças armadas  
 Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
 Especialistas das profissões intelectuais e científicas  
 Técnicos e profissionais de nível intermédio  
 Pessoal administrativo e similares  
 Pessoal dos serviços e vendedores  
 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas  
 Operários, artifices e trabalhadores similares  
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  
 Trabalhadores não qualificados  
 Doméstico  
 Desempregado  
 Pensionista / Reformado  
 Estudante  
 Outra

**Parentesco**

- Marido / Esposa  
 Pai/Mãe  
 Filho/Filha  
 Irmão/Irmã  
 Afinidade (nora; padrastrô; cunhado)  
 Sem grau de parentesco  
 Outra

**Perfil 2**

Prestador de cuidados     Parente dependente institucionalizado     Prestador de cuidados e Parente dependente institucionalizado

**Coabita com o dependente?**     Sim     Não

**Sexo**

M     F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Nível de escolaridade**

- Nenhum  
 Ensino básico -1.º ciclo  
 Ensino básico - 2.º ciclo  
 Ensino básico - 3.º ciclo  
 Ensino secundário  
 Ensino superior

**Profissão**

- Membros das forças armadas  
 Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
 Especialistas das profissões intelectuais e científicas  
 Técnicos e profissionais de nível intermédio  
 Pessoal administrativo e similares  
 Pessoal dos serviços e vendedores  
 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas  
 Operários, artifices e trabalhadores similares  
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  
 Trabalhadores não qualificados  
 Doméstico  
 Desempregado  
 Pensionista / Reformado  
 Estudante  
 Outra

**Parentesco**

- Marido / Esposa  
 Pai/Mãe  
 Filho/Filha  
 Irmão/Irmã  
 Afinidade (nora; padrastrô; cunhado)  
 Sem grau de parentesco  
 Outra



55527

CODIFICAÇÃO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## FAMÍLIAS QUE INTEGRAM DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

### PARTE II - FORMULÁRIO PCD

#### PESSOA DEPENDENTE

**Sexo**

- M  
 F

**Idade**

--	--

**Estado civil**

- Casado/ União de facto  
 Solteiro  
 Viúvo  
 Divorciado

**Nacionalidade**

- Portuguesa  
 Não portuguesa (especificar)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Profissão**

- Membros das forças armadas  
 Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa  
 Especialistas das profissões intelectuais e científicas  
 Técnicos e profissionais de nível intermédio  
 Pessoal administrativo e similares  
 Pessoal dos serviços e vendedores  
 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas  
 Operários, artifices e trabalhadores similares  
 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem  
 Trabalhadores não qualificados  
 Doméstico  
 Desempregado  
 Pensionista / Reformado  
 Estudante  
 Outra

**Nível de escolaridade**

- Nenhum  
 Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)  
 Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)  
 Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)  
 Ensino secundário (11 ou 12 anos)  
 Ensino superior

**Situação que originou a dependência**

Sim Não

- Envelhecimento  
  Acidente  
  Doença aguda  
  Doença crónica  
  Outra

**Instalação da dependência**

- Súbita  
 Gradual

**Tempo de dependência**

--	--	--	--	--	--	--	--

Anos      Meses

**Consumo medicamentos**

- Não  
 Sim

**Variedades de fármacos (n.º)**

--	--

**Internamentos no último ano**

- Nenhum  
 Um  
 Dois  
 Três  
 Mais de três (especificar)

--	--

**Episódios de recursos ao SU, no último ano**

- Nenhuma  
 Uma  
 Duas  
 Três  
 Mais de três (especificar)

--	--

**Número de fármacos nas tomas/dia**

--	--

#### AUTOCUIDADO: Tomar banho

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Obtém objectos para o banho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consegue água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre a torneira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula a temperatura da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regula o fluxo da água	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lava o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seca o corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55527

Com que frequência dá banho ao seu familiar?   vezes / semana

Com que frequência lava as mãos e a cara ao seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência lava o cabelo ao seu familiar?   vezes / semana

Normalmente, em que local dá banho ao seu familiar?

- Na cama  
 No chuveiro/banheira  
 Noutro local

Quem decide a frequência/local do banho?

- O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Outro

Incentiva o seu familiar a lavar as zonas do corpo de que é capaz?

- Sempre  Às vezes  Nunca

**Assento suspenso para banheira**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Barras de apoio para banho**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Cadeira de banho (fixa/ giratória)**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Cadeira higiénica**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Elevador de banheira**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Lava cabeças para acamados**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

**Antiderrapante**

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

- S  N

**Utilizado**

- S  N

**Desejado**

- S  N

55527

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar banho ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pentear o cabelo ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar os dentes ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cortar as unhas ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbear o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### AUTOCUIDADO: Vestir-se e despir-se

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Escolhe as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retira as roupas da gaveta e do armário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segura as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desabotoa as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa fechos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça as meias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Descalça os sapatos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quem escolhe a roupa que o seu familiar vai vestir?

Dependente    Prestador de cuidados    Outro

55527

	Nunca	Às vezes	Sempre
Incentiva o seu familiar a vestir-se e calçar-se sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte superior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste/despe a roupa da parte inferior do corpo ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abotoa/desabotoa a roupa ao seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calça/descalça o seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procede a ajustes no vestuário do seu familiar em função de alterações da temperatura?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veste roupa adequada à condição antropométrica/dependência do seu familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Abotoador****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Calça meias/tira meias****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Calçadeira de cabo longo****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Cordões elásticos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

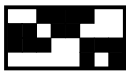
Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Extensões para fechos de correr****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Para:****Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber se a roupa / calçado do seu familiar estão adequados à temp. ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a roupa e o calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher o vestuário do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p.ex em função da temperatura ambiente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestir e calçar o seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respectivo vestuário e o calçado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



55527

**AUTOCUIDADO: Arranjar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Penteia ou escova os cabelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barbeia-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica maquilhagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida das unhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa um espelho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplica o desodorizante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa a área do períneo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpa as orelhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantém a higiene oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência arranja as unhas ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência penteia o cabelo ao seu familiar?   vezes / diaCom que frequência corta/apara a barba ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica maquilhagem ao seu familiar?   vezes / mêsCom que frequência aplica cremes hidratantes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência aplica desodorizantes/perfumes ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência limpa os ouvidos ao seu familiar?   vezes / semanaCom que frequência lava os dentes ao seu familiar?   vezes / dia**Pente de cabo longo****Razão da não utilização**
 Económica   
 Desconhecimento da forma de aceder ao recurso   
 Desconhecimento da forma de funcionamento   
 Limitações da residência   
 Outro
**Necessário (juízo do enfermeiro)** S     N**Utilizado** S     N**Desejado** S     N**Espelho inclinável****Razão da não utilização**
 Económica   
 Desconhecimento da forma de aceder ao recurso   
 Desconhecimento da forma de funcionamento   
 Limitações da residência   
 Outro
**Necessário (juízo do enfermeiro)** S     N**Utilizado** S     N**Desejado** S     N

**AUTOCUIDADO: Alimentar-se**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Prepara os alimentos para ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abre recipientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utiliza utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca o alimento nos utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pega no copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bebe por copo ou chávena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conclui uma refeição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quantas refeições fornece ao seu familiar?   vezes / dia

Quem decide a frequência/composição/local das refeições?

- O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Serviço de refeições ao domicílio  
 Outro

Normalmente, em que local o seu familiar faz as refeições?

- Na cama  
 Na sala de jantar/cozinha  
 Outro

Incentiva o seu familiar a comer sozinho?  Sempre  Às vezes  Nunca

Dá os alimentos à boca ao seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

**Abridor de frascos**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S  N

S  N

S  N

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Adaptador de talheres**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S  N

S  N

S  N

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Babete**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S  N

S  N

S  N

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Copo adaptado**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S  N

S  N

S  N

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Garfo flexível**

**Necessário (juízo do enfermeiro)**

**Utilizado**

**Desejado**

S  N

S  N

S  N

Razão da não utilização

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

55527

**Mesa de comer na cama****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Rebordo para prato****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Suporte de copos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Suporte de palhinha para copo****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Para:****Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desnutrição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais de desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dar de comer / beber ao seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar para as refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55527

**AUTOCUIDADO: Uso do sanitário**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tira as roupas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergue-se da sanita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Normalmente, em que local o seu familiar evacua?

- Fralda  Arrastadeira  Sanita  Outro

Normalmente, em que local o seu familiar urina?

- Fralda  Arrastadeira  Sanita  Outro

Quem decide onde o seu familiar vai urinar / evacuar?

- Dependente  Prestador de cuidados  Outro

Lava os genitais ao seu familiar depois das micções/dejecções?  Sempre  Às vezes  NuncaPosiciona o seu familiar no sanitário?  Sempre  Às vezes  NuncaIncentiva o seu familiar a utilizar o sanitário?  Sempre  Às vezes  Nunca**Alteador de sanita****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Arrastadeira****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Barra de apoio de sanitário****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Cadeira sanitária****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Cueca impermeável****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Colector urinário****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

- Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

55527

<b><u>Fralda</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
-----			
<b><u>Penso absorvente para incontinência</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
-----			
<b><u>Penso higiénico</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
-----			
<b><u>Resguardo</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
-----			
<b><u>Saco de colostomia/ileostomia/urina</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro
-----			
<b><u>Urinol</u></b>	<b>Necessário (juízo do enfermeiro)</b>	<b>Utilizado</b>	<b>Desejado</b>
<b>Razão da não utilização</b>	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
<input type="radio"/> Económica <input type="radio"/> Desconhecimento da forma de aceder ao recurso	<input type="radio"/> Desconhecimento da forma de funcionamento	<input type="radio"/> Limitações da residência	<input type="radio"/> Outro

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e o local estabelecidos para o seu familiar urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/ evacuar, relativamente àquilo que é habitual		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar a fralda ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trocar o colector urinário ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar a região perineal ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar o seu familiar na sanita		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/ evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar / evacuar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



55527

## AUTOCUIDADO: Elevar-se

### Levantar parte do corpo

- Dependente não participa    Necessita de ajuda de pessoa    Necessita de equipamento    Completamente independente

Com que frequência senta o seu familiar?   vezes / dia

Incentiva o seu familiar a levantar-se (por de pé)?  Sempre    Às vezes    Nunca

Incentiva o seu familiar a sentar-se?  Sempre    Às vezes    Nunca

Com que frequência levanta (por de pé) o seu familiar?   vezes / dia

### Almofada elevatória

#### Necessário (juízo do enfermeiro)

#### Utilizado

#### Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

- Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

### Apoio de cabeça anatómico

#### Necessário (juízo do enfermeiro)

#### Utilizado

#### Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

- Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

### Apoio de pés

#### Necessário (juízo do enfermeiro)

#### Utilizado

#### Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

- Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

### Barras paralelas e apoios da posição de pé

#### Necessário (juízo do enfermeiro)

#### Utilizado

#### Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

- Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

## AUTOCUIDADO: Virar-se

### Move o corpo, virando-o de um lado para o outro

- Dependente não participa    Necessita de ajuda de pessoa    Necessita de equipamento    Completamente independente

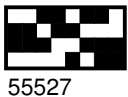
Com que frequência posiciona o seu familiar na cama/cadeira?   vezes / dia

### Quem decide o horário da mudança de posição e a posição a adoptar?

- O dependente  
 O prestador de cuidados  
 O enfermeiro  
 Outro

Incentiva o seu familiar a posicionar-se?  Sempre    Às vezes    Nunca

Nas mudanças de posição adopta os decúbitos laterais?  Sempre    Às vezes    Nunca

**Grades de apoio / segurança****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Colchão anti-úlceras de pressão****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Cotoveleira****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Coxim****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Transfer de cama (dispositivo para posicionar)****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Imobilizador abdominal****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Luva de imobilização****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Posicionador de perna e pés****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Suporte para as costas****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro**Dispositivo de prevenção de pé equino****Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso**Necessário (juízo do enfermeiro)** S  N**Utilizado** S  N**Desejado** S  N Desconhecimento da forma de funcionamento Limitações da residência Outro

55527

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Detectar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar sinais precoces de rigidez articular		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir os posicionamentos adequados/inadequados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento estabelecidos para o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executar exercícios articulares ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentar o seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a posicionar-se		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### AUTOCUIDADO: Transferir-se

#### Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão

Dependente não participa    Necessita de ajuda de pessoa    Necessita de equipamento    Completamente independente

#### Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama

Dependente não participa    Necessita de ajuda de pessoa    Necessita de equipamento    Completamente independente

Com que frequência transfere o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?   vezes / dia

#### Quem decide transferir o seu familiar da cama para a cadeira/ cadeirão?

O dependente    O prestador de cuidados    O enfermeiro    Outro

Incentiva o seu familiar a participar na transferência da cama para a cadeira/ cadeirão?  Sempre    Às vezes    Nunca

#### Barra de apoio

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

#### Cabeceira e pés da cama amovíveis

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

#### Cama articulada

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

#### Elevador de transferência

Necessário (juízo do enfermeiro)

Utilizado

Desejado

S    N

S    N

S    N

#### Razão da não utilização

Económica    Desconhecimento da forma de aceder ao recurso    Desconhecimento da forma de funcionamento    Limitações da residência    Outro

55527

**Transfer leito-cadeira****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Disco de rotação****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Para:****Sente-se:**

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a transferir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**AUTOCUIDADO: Usar cadeira de rodas**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
<b>Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência movimenta o seu familiar na cadeira de rodas?   vezes / diaCom que frequência leva o seu familiar a passear/sair de casa, na cadeira de rodas?   vezes / mês

Quem decide a utilização da cadeira de rodas?

 O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  OutroIncentiva o seu familiar a utilizar sozinho a cadeira de rodas?  Sempre  Às vezes  Nunca**Rampa****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Rodas anti-queda****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Plataforma vertical para cadeiras de rodas****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

55527

**AUTOCUIDADO: Andar**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Suporta o próprio corpo na posição de pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe e desce degraus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deambula em aclives e declives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias curtas (<100m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre distâncias moderadas (>100m<500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percorre longas distâncias (>500m)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência assiste o seu familiar na deambulação?   vezes / diaIncentiva o seu familiar a deambular sozinho?  Sempre  Às vezes  Nunca

Quem decide os períodos / locais de deambulação?

 O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro**Andarilho****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Bengala****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Canadiana(s)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Prótese****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

Para:

Sente-se:

	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assistir o seu familiar a andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a andar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55527

**AUTOCUIDADO: Tomar medicação**

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
<b>Providencia medicamentos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Prepara a medicação</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Toma a medicação</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Procede a ajustes (de acordo com indicação médica) de horário/dose de algum medicamento?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma esquecer-se da dose/administração de algum medicamento?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma proceder a alteração (à revelia da indicação médica) do horário/dose da medicação?  Sempre  Às vezes  Nunca

Incentiva o seu familiar a preparar/tomar sozinho os medicamentos?  Sempre  Às vezes  Nunca

**Aparelho para tensão arterial****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Aspirador de secreções****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Caixa de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Caneta de insulina****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Corta comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Máquina de pesquisas de glicemia capilar****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Nebulizador****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Oxigenoterapia****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Termómetro (para registo de temperatura)****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

**Triturador de comprimidos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado**

Razão da não utilização

 S  N S  N S  N

Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro

55527

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Medianamente competente	Muito competente
Supervisar as tomas de medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Detectar efeitos secundários da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação / efeito secundário da medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Garantir a ajuda de familiares / amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administrar a medicação ao seu familiar		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## CUIDADOS COMPLEMENTARES

Respeita a dieta aconselhada ao seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Quem decide a dieta do seu familiar?

O dependente  O prestador de cuidados  O enfermeiro  Outro

Procede a ajustes na dieta em função das preferências?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma proceder a alteração na dieta em função da condição nutricional do seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Com que frequência dá água (líquidos) fora das refeições, ao seu familiar?   vezes / dia

Incentiva o seu familiar a beber água (líquidos) fora das refeições ao seu familiar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma incluir na dieta do seu familiar frutas/legumes?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma utilizar espessantes/gelatinas quando o seu familiar tem dificuldade em deglutir?  Sempre  Às vezes  Nunca

Leva o seu familiar ao sanitário, pelo menos uma vez por dia, mesmo que não tenha vontade de evacuar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma fazer a pesquisa de fecalomas?  Sempre  Às vezes  Nunca

Com que frequência inspecciona a pele do períneo do seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência inspecciona as zonas de proeminências ósseas do seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência massaja a pele das proeminências ósseas do seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros inferiores do seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência realiza exercícios/mobiliza os membros superiores do seu familiar?   vezes / dia

Com que frequência desenvolve actividades estimulantes da memória com o seu familiar?   vezes / semana

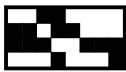
Costuma utilizar equipamentos de prevenção de quedas (grades, tapetes antiderrapantes,...)?  Sempre  Às vezes  Nunca

Incentiva o seu familiar a tossir quando se apercebe que ele tem secreções?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma aspirar as secreções quando o seu familiar não as consegue eliminar?  Sempre  Às vezes  Nunca

Costuma solicitar a intervenção de um profissional da saúde quando o estado de saúde do seu familiar se altera?

Sempre  Às vezes  Nunca



55527

**RECURSOS COMPLEMENTARES****Dispositivo de chamada****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Material de instrução e aprendizagem****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Prótese auditiva****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Telefone / telemóvel****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Pinça para alcançar objectos****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Suporte para cartas****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Enfia agulhas****Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado****Razão da não utilização** S  N S  N S  N Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Outro 1 (especificar)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado** S  N S  N S  N**Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro**Outro 2 (especificar)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Necessário (juízo do enfermeiro)****Utilizado****Desejado** S  N S  N S  N**Razão da não utilização** Económica  Desconhecimento da forma de aceder ao recurso  Desconhecimento da forma de funcionamento  Limitações da residência  Outro



55527

## OUTROS RECURSOS

	Sim	Não		Sim	Não
<b>Assistente Social</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Médico</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Enfermeiro</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Nutricionista</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Fisioterapeuta</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Psicólogo</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Outro</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

## Recursos não profissionais

Familiar
  Vizinho
  Amigo
  Empregada
  Outro

## Serviços de:

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente em casa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cuidados de higiene e conforto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cabeleireiro, manicure e esteticista
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio no tratamento da roupa do dependente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Confecção de refeições e apoio durante as mesmas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aconselhamento e instalação dos equipamentos adequados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio técnico na adaptação do domicílio à condição do utente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de medicamentos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio na compra de artigos alimentares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento do dependente ao exterior (consultas, saídas ocasionais)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acompanhamento em actividades lúdicas e recreativas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hospital
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tele-assistência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	112 INEM
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Centro de Saúde/Unidade de Saúde Familiar
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Linha Saúde 24

## Recursos financeiros (principais fontes de rendimento)

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento do trabalho
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimentos da propriedade e da empresa
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio de desemprego
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Subsídio temporário por acidente de trab. ou dça profissional
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outros subsídios temporários
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento social de inserção
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensão / Reforma
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	A cargo da família
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoio social
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Programa conforto habitacional para idosos (PCHI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rendimento solidário para idosos (RSI)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Complemento de dependência
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Esmolas / donativos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra situação

## AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desidratação
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Olhos encovados
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele seca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucosas secas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sinais aparentes de desnutrição
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magreza excessiva?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Obesidade mórbida?
		IMC <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
		Que peso perdeu nos últimos três meses? <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> Kg
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da amplitude articular
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação Cotovelo Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação punho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação anca Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Dto
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação joelho Edo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Dto (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Articulação tornozelo Edo (pé equino)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pele comprometida
		Número de úlceras de pressão <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
		Localização úlceras
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Região sagrada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Trocanter
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Maléolo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Calcaneos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outra
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Feridas não tratadas / não cuidadas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Eritema da fralda
		N.º de dejectões <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> vezes / semana

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprometimento da limpeza das vias aéreas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Acumulação de secreções traqueobrônquicas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ruídos respiratórios anormais (roncos e crepitações)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aumento frequência respiratória
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deglutição comprometida
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição de higiene e asseio
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: odores corporais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: unhas sujas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má higiene oral
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções oculares
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções auditivas
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Secreções nasais
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sujidade corporal visível
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deficitária: má condição vestuário
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa suja
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa desabotoada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à temperatura ambiente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição antropométrica
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Roupa inadequada à condição de dependência

N.º de quedas no último mês  

## Estado mental

Sim	Não	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que mês está?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sabe em que terra vive?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Repete três palavras (Pêra, Gato e Bola)?
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Faz cálculos simples
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Identifica objectos comuns (relógio)

## Evacuar (controlo dos intestinos)

- Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.  
 Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).  
 Consegue controlar os intestinos.

## Urinar (controlo vesical)

- Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho.  
 Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.  
 Continente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.

**Anexo 2 – Pedido de autorização ao conselho de administração da ULS Matosinhos,  
EPE**





ULSM 02/06/10 1813 SAIDA

Exma. Senhora  
MARIA JOANA ALVES CAMPOS  
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto

PORTO

SUA REFERÊNCIA	DATA	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		09 / RC / CA	2010.06.01

ASSUNTO: **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**  
TEMA: "Famílias que integram pessoas dependentes no auto-cuidado – Modelo para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem baseado em resultados".

Exma. Senhora

Serve o presente para lhe comunicar que o seu pedido de autorização para a realização do estudo de investigação, no âmbito do curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, intitulado "Famílias que integram pessoas dependentes no auto-cuidado – Modelo para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem baseado em resultados" foi autorizado após parecer favorável da Comissão de Ética.

Com os meus melhores cumprimentos

Margarida Filipe  
ENFERMEIRA DIRECTORA



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, epe  
Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-519 SENHORA DA HORA  
Geral :: 22 999 10 00 | ADMINISTRAÇÃO :: 22 999 18 50 | Fax Admin. :: 22 999 16 54  
Email :: ca@ulsm.min-saude.pt

Unidade Local de Saúde de Matosinhos epe | Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-519 Senhora da Hora | Contribuinte n.º 508 361 390 | Capital Social 29 910 000 €

www.ulsu.pt



### **Anexo 3 – Análise de conteúdo aos casos**



Análise de conteúdo aos casos

A Pessoa Dependente

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo e codificação do participante</b>
Precisa de Cuidados	Consciencialização	"O que eu fui e como estou" (C11)
		"Está um pouco perdido!" (C9)
	Prevenção de complicações	"Vai a enfermeira do Centro de saúde fazer o tratamento à UP" (C4)
		"anquiloze" (C12)
		"padrão espástico" (C9)
	Promoção da autonomia	"Não está a recuperar como esperava" C9
		"Já se vê qualquer coisa" C8
		"será que vou melhorar? parece" C3
	Necessidades básicas vs Cuidados complexos	"mudar a roupa" (C11)
		"Mudar de posição"( C1)
"sair da cama" (C6)		
"as coisas do dia a dia, tomar banho no chuveiro" (C8)		
Isolamento	Acamado	"passa a maior parte do tempo na cama" (C4)
		"gastamos muito dinheiro nesta cadeira tipo cadeirão, 2000 e tal euros,...o problema é que não conseguimos passa-lo da cama para a cadeira e vice-versa" (C11)
		"passa todo o tempo na cama" (C13),
		"ficou na cama" (C15)
		"vive sozinha" (C6),
	Sentir-se Só	"idosa vive sozinha" (C10)
		"dois idosos sozinhos" (C4)
		"sozinhos" (C3)
		"Ficamos aqui sozinhos" (C7)
		"Não tenho ninguém, estou sozinho" (C13)
		"ninguém quer saber de nós" (C1)
	Sentir-se excluído	"ninguém sabe o que se passa dentro de portas" (C7)
		"ninguém nos ajuda" (C3)
		"ninguém do centro de saúde vem cá"(C6)
		"parece que não somos ninguém" (C10)
		"Triste" (C3)
	Tristeza	"Muito triste mesmo" (C1)
		"Triste" (C6)
		"Tristeza" (C7)
		"Triste" (C10)
		"Uma tristeza muito grande" (C13)

Familiar Cuidador

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo e codificação do participante</b>	
Preparação	Aprender sozinho	<i>“não sabia como fazer as coisas, os cuidados, onde procurar ajuda”</i> (C1)	
		<i>“a filha tinha tentado e não tinha conseguido (mudar a roupa)”</i> (C11)	
		<i>“tive que aprender tudo sozinho”</i> (C14)	
		<i>“o problema é que não conseguimos passa-lo da cama para a cadeira e vice-versa”</i> (C11)	
	Perceção autoeficácia	de	<i>“apoio para banho (...) pensa ser suficiente”</i> (C4)
			<i>“Para já acho que estamos bem”</i> C15
			<i>“Vamos ver como corre”</i> C1
	Procura recursos	de	<i>“gastamos muito dinheiro nesta cadeira tipo cadeirão, 2000 e tal euros</i> (C11)
			<i>“Procuraram recursos”</i> (C1)
			<i>”apoio domiciliário”</i> (C4)
			<i>“arranjaram centro social (...) tentaram arranjar alguém para transferir”</i> (C11)
			<i>“chamo uma vizinha”</i> (C14)
	Interferência no dia a dia	Dinâmica Familiar	<i>“mudaram de casa”</i> (C15)
<i>“não saio de casa (...) não faço férias”</i> (C7)			
<i>“mudaram de casa”</i> (C5)			
<i>“quero estar com o marido, dar-lhe apoio e não posso”</i> (C7)			
Rede Familiar de Apoio			<i>“filha trabalha e mora longe”</i> (C11)
			<i>“irmã é casada e não vive com eles”</i> (C12)
			<i>“Não há mais ninguém”</i> (C2)
Tarefas			<i>“muita coisa mesmo”</i> (C11)
			<i>“Não se para”</i> C10
			<i>“sempre à volta dela”</i> C4
Desespero			<i>“apresento-me...e desata a chorar, sem parar”</i> NC C7
			<i>“ninguém sabe o que se passa dentro de portas”</i> (C8)
			<i>“a família está desesperada”</i> (C11)
			<i>“como é que isto pode ser?”</i> (C12)

Suporte

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de registo e codificação do participante</b>
Recursos	Dispendiosos	<i>“é muito caro”</i> (C6)
		<i>“tentaram arranjar alguém para o transferir de manhã e a meio da tarde e não conseguiram, a única resposta foi de uma clínica que cobrava 30 euros por dia”</i> (C11)
		<i>“Tudo se paga“</i> C1
	Acesso	<i>“só arranjam apoio domiciliário noutro concelho”</i> (C1)
		<i>“apoio domiciliário só noutro concelho”</i> (C11)
	“mais do mesmo”	<i>“Enfermeira diz que não têm recursos, que não é bem esse o objetivo (transferência da cama para a cadeira e vice-versa) que tem que ser a família”</i> (C11)
		<i>“Para quê? Para virem fazer o mesmo?”</i> C14 referindo-se à possibilidade de ser encaminhada para a ECCI
		<i>“Afinal isso (ECCI) é igual à caixa (CS) para os tratamentos”</i> C5
	Desconhecido dos profissionais	<i>“...se fosse em Espanha estes equipamentos eram gratuitos...esteve cá ontem a assistente social da ECCI e não me disse nada, não sabia dizer nada, nem as enfermeiras”</i> (C11)
		<i>“Enfermeira diz que não têm recursos, que não é bem esse o objetivo (transferência da cama para a cadeira e vice-versa) que tem que ser a família”</i> (C11)
<i>“tive que ir ao centro de saúde, ninguém sabia o que aconteceu”</i> C2		
<i>“Ninguém recebeu informação nenhuma”</i> C3		
Integração	Desconhecido do CS	<i>“Ninguém recebeu informação nenhuma”</i> C3
		<i>“Não sabiam o que tinha acontecido”</i> C2
	Saúde vs Social	<i>“esteve cá ontem a assistente social da ECCI e não me disse nada, não sabia dizer nada,”</i> C11
		<i>“É muito confuso, quem paga o quê”</i> C1
		<i>“Nem sei se devo ir à segurança social ou ao centro de saúde”</i> C4
	Referenciação	<i>“Quem pode ir para essas equipas? Todos?”</i> C10
		<i>“É preciso vaga ou entram todos?”</i> C7

Nota: optou-se por seleccionar as unidades de registo mais significativas em função da quantidade de dados do estudo.



## **Anexo 4 – Análise de conteúdo das reuniões com os enfermeiros**



Análise de conteúdo às reuniões com os enfermeiros na fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Funcionamento das ECCI	Horário	<i>Estamos abertos 7 dias por semana, 24h por dia,...</i> R1E9
		Nos dias da semana das 8 às 20h e aos fins-de-semana, bem como entre as 20h e as 8h apenas se deslocam em situações programadas, bem como em situações de urgência, uma vez que os clientes podem telefonar para o telefone de serviço que está entregue a um enfermeiro nesse horário. Ficam “à chamada” NC1
		<i>“Isto de estar à chamada, e não estar à chamada é uma grande treta, desculpe lá que lhe diga. Irrita-me ver constantemente as pessoas a falar disso. Mas isto é tapar o sol com a peneira. Nós temos casos na ECCI, que os doentes precisam de ser posicionados muito mais vezes e não são...porque isto não é uma situação programada. Um posicionamento não é uma situação programada e nós não podemos ir!”</i> R9E4
	Gestão de Casos	Método de trabalho individual gestão de caso NC1
		Distribuição dos casos por área de especialização dos enfermeiros e o motivo de referência NC1
	Liderança	Coordenador UCC NC1
Responsável ECCI NC1		
Os responsáveis apontam o caminho NC1		
Referenciação	Sub-referenciação	<i>“Não estamos cheios”</i> R1E2
		<i>“alguns (enfermeiros) vieram da comunidade e sabemos que há pessoas que podiam estar aqui e não estão”</i> R1E5
		<i>“na nossa ECCI estão integrados 10 doentes”</i> R6E5
	Critérios centrados no familiar cuidador e na pessoa dependente	<i>“...muitos são referenciados para reabilitação e depois não é nada disso”</i> R6E5
		<i>“O que está a acontecer é que metem os doentes para reabilitação como uma maneira de encaminhar, de entrar para a rede e quando tu vais lá não é isso que o doente está a necessitar. Não é a necessidade maior que ele tem. Por exemplo, doentes de paliativos que estão mesmo mal, entrou para reabilitação, não tem sentido nenhum.”</i> R6E7
		<i>“Preparar os familiares”</i> R6E10
Momento	<i>“Referenciam muito tarde os doentes.”</i> R3E4	
	<i>“Podiam chegar mais cedo”</i> R3E8	
	<i>“eu só dei este exemplo para voltar à questão, há um timing, que é muito importante, entre o doente ir para casa e entrar na ECCI. Muito mais é alargado esse timing quando o doente vai para casa e suspende o processo de</i>	

		referenciação na EGA porque teve alta. O doente só pode ir para casa quando estiver na ECCL. Há um gap temporal entre o doente ir para casa e entrar na ECCL. Não vai para a unidade sem que eu vá lá. É igualmente importante que a referenciação seja para a ECCL" R1E5 "demora. Às vezes a alta é à sexta" R1E10
	Concorrência	"Mesmo assim ainda não referenciámos alguns doentes, porque, por exemplo, doentes que integram o projeto do AVC da UCC, não referenciámos, porque se não, ficávamos com a capacidade lotada. Também temos tido muita dificuldade de referenciação por parte das equipas de saúde familiar. Ainda ontem fizemos lá uma reunião para falarmos sobre os critérios de referenciação, e a dificuldade continua a ser da referenciação, porque se não, se calhar tínhamos já a capacidade total, mas também não sei se teria vantagem termos tudo preenchido..." R1E1
Sistemas de Informação de Enfermagem	Parametrização	"As coisas (o que querem registar) não estão lá" R2E9 "Temos que pensar o que queremos que apareça nos registos" R2E3
	Integração	"Nós no aplicativo da rede (GestCare) somos obrigados a preencher" R7E2 "É o SAPE, é o outro, e não falam um com o outro, mas deviam" R7E5
	Adequação	"Não sei se o SAPE é o ideal" R7E5 "precisamos de outra coisa para os registos" R7E2
Cuidados	Modelos expostos	"nós antigamente tínhamos doentes internados no hospital a fazer antibioterapia diariamente e ou x vezes e ocupava uma cama, enquanto na ECCL o doente pode vir para casa e nós damos a continuidade desse cuidado" R9E6 "responsabilizar a família" R1E9 "Os doentes que temos mais são os que têm necessidade de reabilitação...em termos de intervenção mais para a área curativa não temos muito. A maior parte é mesmo a precisar de reabilitação" R1E1 "Temos que capacitar o prestador de cuidados..." R1E11 "...outro tipo de situações que passam pelo ensino à família e que a família pode perfeitamente fazer..." R1E12
	Enfermagem Avançada	"Quando pensamos nos doentes que temos, à cabeça podemos dizer que eles são dependentes em quase, se não em todos os domínios do autocuidado, dependentes para andar, posicionar, transferir, alimentar. Mas depois da avaliação temos mais ou menos quatro tipos, aqueles que o objetivo é que sejam mais autónomos, os que vão conseguir resolver a dependência, e os que quando ficam dependentes, o objetivo é a adaptação à nova situação e os que é para capacitar o prestador de cuidados" R1E3

		<p><i>"Vou colocar a coisa nestes pontos, vem do hospital uma sexta à tarde e não temos tempo para ensinar o prestador de cuidados, ele não aprende naquele momento, como é? Fica o fim-de-semana em casa sem posicionar?"</i> R1E11</p> <p><i>"organizamos a família"</i> R1E13</p> <p><i>"Temos que capacitar o prestador de cuidados, mas estou a perceber, isso demora. Às vezes a alta é à sexta, e como fica? Devíamos ser nós."</i> R1E10</p> <p><i>"Nós estamos com o casal de velhinhos e articulamos com a higiene, a ajudante de saúde e estamos a ir 3 vezes por dia para posicionar."</i> R1E5</p> <p><i>"Temos é que falar com a família para a consciencializar da situação que ela está a viver"</i> R1E6</p>
	Conceção de Cuidados	<p><i>"Também fazemos quando não podem"</i> R1E8</p> <p><i>"A família pode realmente ser envolvida"</i> R1E12</p> <p><i>"temos é que trabalhar com a família e fazer por eles também"</i> R1E6</p> <p><i>"temos é que trabalhar com a família"</i> R1E13</p> <p><i>"Se nós formos lá posicionar, a família desresponsabiliza-se. Pensa que nós vamos lá fazer isso e já não querem saber. Nós não fazemos isso, porque também não há essa directiva de que nós podemos ir fora do horário que nos está estipulado, porque se disse de alguma maneira que o posicionar não era importante. O posicionamento não é de tal forma relevante para justificar a nossa saída para esse horário."</i> R2E12</p> <p><i>"não é ir posicionar ao domicílio o doente de 3 em 3 horas, acho que isso não é o ideal."</i> R2E11</p> <p><i>"claro que o ideal é capacitarmos as pessoas"</i> R1E7</p>
Dificuldades	Registos	<p><i>"estou a ter dificuldades neste tipo de registos, é muito mais dificultador"</i> R2E3</p> <p><i>"obrigatório no da rede...duplicação de registos..."</i>R1E2</p> <p><i>"muitos registos, fica algum por fazer"</i> R1E6</p>
	Recursos da Comunidade	<p><i>"Vem um doente do hospital, mesmo que a dependência seja recente, eles ficam quase todos a cargo de instituições que vai lá prestar os cuidados de higiene"</i> R7E1</p> <p><i>"não sabemos quando vão, nem o que fazem"</i> R7E2 (referindo-se a instituições que dão apoio, por exemplo, no banho do dependente)</p>
	Resposta às necessidades	<p><i>"... Agora nestas condições não é possível darmos essa resposta (referindo-se às horas de cuidados que têm distribuídas nas equipas)."</i> R1E5</p> <p><i>"se agora não temos mãos a medir..."</i> R7E1</p> <p><i>"já temos tantas horas a mais"</i> R7E2</p> <p><i>"não podemos mais"</i> R7E3</p>

		<i>"Leça tem poucos dependentes e nós estamos cheios"</i> R6E3
	Outros profissionais	<i>"Nós temos que arranjar uma resposta menos especializada"</i> R1E9 <i>"Assistentes, para ajudar os enfermeiros"</i> R1E8
	Desconhecimento da realidade	<i>"há muitos dependentes com sinais aparentes de rigidez articular, alterações de estado mental e desidratação, estou admirada"</i> R6E5 <i>"...não tinha mesmo ideia"</i> R6E2 <i>"Há muitos recursos ao serviço de urgência"</i> R6E3

### Análise de conteúdo às reuniões com os enfermeiros na fase de mudança

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Documentação	Subset	<i>"estes registos mais ajustados"</i> R6E2
		<i>"pelo menos estes dados são importantes"</i> R6E10
	96 Indicadores	<i>"indicadores que descrevem a realidade"</i> R6E10
	Parametrização	<i>"outra parametrização"</i> R6E3
Acção profissional	Formação	<i>"as formações são úteis"</i> R5E9
		<i>"aprender sempre mais"</i> R5E1
	Redefinição de conceitos	<i>"isso foi uma grande discussão que nós tivemos quando constituímos equipa de UCC e depois de ECCL, isso foi uma grande discussão, porque realmente alguns enfermeiros especialistas achavam que pelo facto de terem uma determinada especialidade já não tinham competências para prestar esse tipo de cuidados (cuidados gerais)."</i> R9E3
		<i>E já ultrapassaram isso?"</i>
		<i>"claro que conseguimos!"</i> R9E3
		<i>"que é a questão social! Duas pessoas idosas que estão sozinhas, que não têm apoio"</i> R9E2
		<i>"é a falta de medicação, é o sr não ter capacidade, ..."</i> R9E4
		<i>"o prestador de cuidados não conseguir tomar conta..."</i> R9E1
	Nova conceção de cuidados	<i>"esta mudança de visão"</i> R9E1
		<i>"agora olhamos na globalidade e não só para o que veio, o motivo"</i> R9E10
Enfermagem Avançada	<i>"perceber a totalidade e a adaptação"</i> R9E11	
	<i>"ajudar a consciencializar"</i> R9E3	
Contingências	Segurança pessoal	<i>"ir à noite a um bairro problemático"</i> R10E11
		<i>"andar à noite sozinho"</i> R10E7
	Acesso à casa	<i>"vamos acordar as pessoas às 2h da manhã? Não sei..."</i> R10E5
	Organização	<i>"isto da chamada"</i> R10E2
		<i>"temos que nos organizar, encontrar outras formas de fazer as coisas"</i> R10E11
	Acesso ao Centro de Saúde	<i>"está fechado à noite"</i> R10E1 <i>"fora das horas normais o centro de saúde não abre"</i> R10E8
	Acesso à documentação	<i>"se está fechado onde fazemos registos?"</i> R10E1
		<i>"vamos registar ao hospital?"</i> R10E4
Duplicação de registos	<i>"2 programas"</i> R10E7	
	<i>"sempre a registar 2 vezes"</i> R10E4	

	Má referenciação	<i>"o doente veio para tratamento de UP, entretanto nós identificamos outro tipo de problemas. Não é o tratamento, outro tipo de problemas"</i> R9E4
		<i>"...muitos são referenciados para reabilitação e depois não é nada disso"</i> R6E5
	Recursos insuficientes	<i>"...carros, queres ir e não há"</i> R10E5
	Mudança de Liderança	<i>"já mudamos coordenadores"</i> R10E7 <i>"mudaram os responsáveis"</i> R10E11
	Rotatividade de enfermeiros	<i>"alguns enfermeiros não fizeram este processo"</i> R10E1 <i>"não passaram pela reflexão"</i> R10E3
	Outros profissionais	<i>"as assistentes operacionais"</i> R10E4

#### Análise de conteúdo às reuniões com os enfermeiros na fase dos resultados

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Ganhos	Gratificante	<i>"... como frequentemente foi referido, a participação nestas reuniões resultou num esforço adicional em termos de tempo e algum trabalho, mas o resultado foi incrivelmente gratificante"</i> R10E1
	Expectativas	<i>"... Para já, não parece ter criado grande estrada...mas tenho esperança que o venha a fazer no futuro."</i> R10E2
		<i>"entre os profissionais que constituem as equipas da ECCI há uma grande heterogeneidade de opiniões sobre o que a ECCI deve ser. (...) Penso que ainda estamos a definir um plano para atingir esse propósito (modelo de melhoria contínua dos cuidados nas ECCI)."</i> R10E2
	Crescimento	<i>"... o facto das pessoas que as integram (ECCI) terem experiências anteriores, objectivos e perspectivas muito diferentes sobre o que estas equipas podem oferecer no sentido de serem úteis às populações e melhorarem a vida de muitas pessoas, foi, por vezes motivo de conflito e discussão permanente dentro das equipas. Esta investigação e, nomeadamente os professores da ESEP envolvidos com a sua visão estratégica e mais global, teve um papel crucial na mediação desses conflitos e no crescimento destas equipas no sentido de encontrarem os seus focos de atenção efectivos e de melhorarem a sua intervenção no sentido de concretizar esse objectivo maior de ser mais significativo para a vida destas pessoas."</i> R10E1
		<i>"A participação nestas reuniões permitiu-me trocar experiências, dúvidas, conhecimento e regras com os outros elementos das ECCI contribuindo, assim para uma melhoria na prestação de cuidados".</i> R10E4
		<i>"o trabalho de investigação serviu para refletir sobre aspetos importantes da prática diária e a partilha de ideias acaba por trazer benefícios para a prestação de cuidados"</i> R10E6

		“(a investigação) influencia sobretudo, porque leva-nos a pensar em pormenores úteis, e que com o trabalho diário não estaríamos despertos para esses aspetos/lacunas e que assim podemos refletir e tentar dar resposta hoje ou pelo menos, perspetivar o que seria o ideal nas nossas ECCI”. R10E3
	Enfermagem mais avançada	“(…) enfermagem autónoma, em particular no âmbito do autocuidado, gestão do regime terapêutico, comunicação, apoio ao prestador de cuidados”. R10E1 “É possível dar uma resposta continuada dos cuidados de enfermagem, aproximando a enfermagem comunitária a um novo paradigma de cuidar, em que os cuidados são prestados consoante as necessidades identificadas e não consoante as “horas dos enfermeiros”” R10E5. “os profissionais não estavam sensibilizados (áreas como a consciencialização, preparação dos familiares cuidadores e assegurar cuidados básicos, enquanto os familiares cuidadores ainda não têm competência) como agora eu considero estar, na minha opinião, houve uma mudança de mentalidade” R10E6
	Gestor de caso	“... na reunião é atribuído um gestor de caso que fica responsável pela situação e tenta articular com os restantes profissionais.” R10E7 “um gestor de caso, enfermeiro, para todos os doentes” R10E5.
	Envolver a chefia de topo	“chefia de topo (conselho de administração) quebrar o paradigma de cuidar num modelo deste género, ou seja, se for (para a administração de) uma medicação, (o enfermeiro) pode ir à noite!!! Mas se for posicionar de x em x tempo, não aceita” R10E5.
Oportunidades	SIE	“... obrigatoriedade de registos na rede...” R10E4 “... gestcare obrigatório” R10E5. “...Si não garante a continuidade de cuidados em casa...” R10E2.
	Melhoria contínua	“... só, tão pouco...” R10E7 “trabalhamos tanto... só?!” R10E5. “... estamos no bom caminho.” R10E2 “já conseguimos ver que os doentes ganham alguma coisa, com os nossos cuidados, com o nosso esforço e dedicação” R10E1 “podia ser melhor?! Talvez, com mais recursos, isto é possível neste momento. Que bem!” R10E7 “ajudam a perceber o quanto a enfermagem tem que avançar nesta tipologia de cuidados” R10E5
	Organização Institucional	“... assistentes operacionais (...) mediante um plano definido pelo enfermeiro e devidamente supervisionado.” R10E1 “entendo que os outros profissionais, que não enfermeiros, sejam os

		<p>coordenadores das UCC a supervisioná-los” R10E6.</p>
	<p>Refinar critérios de referênciação</p>	<p>“... os critérios demasiado vastos (...) diversas estruturas intermédias (EGA, ECL, ECR) que não conhecem efetivamente o doente, penso que está na base da referênciação não ser a ideal” R10E1</p>
	<p>Novos instrumentos de avaliação</p>	<p>Alguns dos instrumentos obrigatórios pela Rede, não são, na perspetiva dos utilizadores, os ideais, bem como o timing para a sua utilização. “... Barthel, a das quedas” R10E9</p>
<p>Dificuldades</p>	<p>Planear necessidades vs Planear para os recursos disponíveis</p>	<p>“(...) existem vários entraves no que respeita ao posicionamento dos doentes. É ensinado ao FC de um dependente os posicionamentos, as prevenções (...) isso torna-se muito difícil, pois estes não têm capacidade nem físicas nem emocionais para tais cuidados. Quando se pede autorização ao conselho de administração este simplesmente ou responde inconvenientemente ou não dá resposta, o que impossibilita a prestação de cuidados”. R10E6</p> <p>“planear para as necessidades dos clientes é diferente de planear para os recursos disponíveis. Penso que esse é o busílis da questão.(...) acho que podemos afirmar que as mais frequentes são: familiares cuidadores sem capacidade física para cuidar, isto é, posicionar, trocar a fralda, etc e também, os doentes com necessidade de execução de técnicas mais complexas, como aspirar secreções, administração de fármacos injetáveis e cujos familiares cuidadores têm grande dificuldade ou não são mesmo capazes de assumir o papel, aliás devem ser os enfermeiros a fazer isso” R10E7</p> <p>“as situações de intervenção noturna implicam uma autorização formal para que se proceda ao pagamento posterior das horas dispendidas nos cuidados, embora isso possa ser feito à posteriori, se não houver tempo para se proceder a esse tipo de autorização. Ao ser uma situação programada, implica a tomada de decisão de um profissional ou da equipa no sentido de criar uma necessidade que terá consequências para a restante equipa. O que tendencialmente vai suceder é que só serão programadas intervenções in extremis. O facto de uma intervenção noturna implicar custos adicionais de transporte e deslocação (muitos profissionais vivem a mais de 30 km do local de trabalho) bem como a saída de casa do profissional, provavelmente sozinho, é mais um factor dificultador. Por outro lado, (...) existe a sensação que por cada doente que necessita de ser posicionado, haverá dezenas na mesma situação e como até há pouco tempo isto não era uma necessidade tida em conta, por deformação profissional ou por falta de recursos nos</p>

		<p><i>cuidados domiciliares tradicionais, (...) leva a que este tipo de necessidades ainda não sejam devidamente valorizadas e atendidas.” R10E1</i></p>
		<p><i>“autorização para os profissionais planejarem livremente cuidados para o horário para além das 8 às 20h de segunda a sexta-feira.” R10E4.</i></p>
	<p><b>Segurança</b></p>	<p><i>“Sinceramente dos cuidados prestados à noite, não tenho sentido em risco a minha segurança, o acesso à casa é garantido porque a família está a contar connosco ou nos chamou (...).”R10E8.</i></p>

**Anexo 5 – Subset para os cuidados continuados em contexto das ECCI**



### **Catálogo de dados**

Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão 1

Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama 2

Move o corpo, virando-o de um lado para o outro 3

Levantar parte do corpo 4

Obtém objectos para o banho 5

Consegue água 6

Abre a torneira 7

Regula a temperatura da água 8

Regula o fluxo da água 9

Lava-se no chuveiro 10

Lava o corpo 11

Seca o corpo 12

Escolhe as roupas 13

Retira as roupas da gaveta e do armário 14

Segura as roupas 15

Veste as roupas na parte superior do corpo 16

Veste as roupas na parte inferior do corpo 17

Despe as roupas na parte superior do corpo 18

Despe as roupas na parte inferior do corpo 19

Abotoa as roupas 20

Desabotoa as roupas 21

Usa cordões para amarrar 22

Usa fechos 23

Calça as meias 24

Descalça as meias 25

Calça os sapatos 26

Descalça os sapatos 27

Prepara os alimentos para a ingestão 28

Abre recipientes 29

Utiliza utensílios 30

Coloca o alimento nos utensílios 31

Pega no copo ou chávena 32

Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão 33

Leva os alimentos à boca com recipiente 34

Leva os alimentos à boca com os utensílios 35

Bebe por copo ou chávena 36

Coloca os alimentos na boca 37

Conclui uma refeição 38

Penteia ou escova os cabelos 39

Barbeia-se 40

Aplica maquilhagem 41

Cuida das unhas 42

Usa um espelho 43

Aplica desodorizante 44

Limpa a área do períneo 45

Limpa as orelhas 46

Mantém o nariz desobstruído e limpo 47

Mantém a higiene oral 48

Ocupa e desocupa o sanitário 49

Tira as roupas 50

Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira 51

Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar 52

Ergue-se da sanita 53

Ajusta as roupas após a higiene íntima 54

Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas 55

Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança 56

Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida 57

Suporta o próprio corpo na posição de pé 58

Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos 59

Sobe e desce degraus 60

Deambula em aclives e declives 61

Percorre distâncias curtas (< 100m) 62

Percorre distâncias moderadas (>100 <500m) 63

Percorre longas distâncias (>500m) 64

Providencia medicamentos 65

Prepara a medicação 66

Toma a medicação 67

Demonstra não saber estratégias adaptativas 68

Percepciona a necessidade de ajuda de pessoa/ou equipamento no domínio do auto-cuidado 69

Avalia realisticamente as suas capacidades/potencialidades 70

Atribui significados dificultadores à situação/dispositivos 71

Atribui significados facilitadores à situação/dispositivos 72

Verbaliza crenças dificultadoras 73

Tem dificuldades na execução das actividades de auto-cuidado 74

Deglutição comprometida 75

Consciência comprometida 76

Memória 77

Cognição 78

Vómitos/Diarreia 79

Pele e mucosas descoradas 80

Pele e mucosas secas 81

Ingestão de líquidos insuficiente 82

Pele perineal húmida 83

Uso de fralda 84

Escala de Braden 85

Incontinência urinária 86  
Incontinência intestinal 87  
Acumulação de secreções 88  
Ruídos intestinais 89  
Frequência das dejectões 90  
Uso de medicamentos 91  
Desconforto intestinal 92  
Abdomén distendido 93  
Parésia 94  
Força muscular 95  
Amplitude articular dos principais segmentos (através de goniómetro) comprometida 96  
Imobilidade 97  
Escala numérica da dor 98  
Escala de morse 99  
Sabe onde está 100  
Sabe onde vive 101  
Faz cálculos simples 102  
Identifica objectos 103  
Perda de peso 104  
IMC 105  
Atribui significados dificultadores ao papel de prestador de cuidados 106  
Atribui significados dificultadores ao papel de prestador de cuidados 107  
Expectativas do membro da família prestador de cuidados face ao desempenho do papel 108  
Iniciativa da família em apoiar o prestador de cuidados 109  
Iniciativa na procura de informação 110  
Integra as actividades inerentes ao papel de prestador de cuidados no dia a dia 111  
Interpreta os efeitos da mudança 112  
Identifica o que está diferente 113  
Atitude face ao plano de cuidados estabelecido com os profissionais 114  
Sentimentos de impotência na resposta às necessidades do dependente 115  
Verbaliza como prevenir complicações 116  
Verbaliza os cuidados específicos 117  
Percepção de eficácia no desempenho do papel 118  
Identifica as necessidades de auto-cuidado do familiar dependente 119  
Identifica os riscos associados à condição de saúde do familiar dependente 120  
Decide sobre as acções a serem implementadas 121  
Estabelece prioridades nas acções a implementar 122  
Calendariza as acções a implementar 123  
Decide sobre a forma e o local onde as actividades de auto-cuidado são realizadas 124  
Organiza os cuidados tendo em conta o potencial do dependente 125  
Analisa os efeitos da tomada de decisão na sua condição de saúde 126  
Analisa os efeitos da tomada de decisão na condição de saúde do dependente 127  
Ajusta os cuidados em função da participação do dependente 128  
Ajusta os cuidados de modo a promover o bem-estar/segurança do dependente 129

Ajusta o modo como presta os cuidados em função da evolução da condição do dependente 130

Ajusta o local e horário dos cuidados em função da evolução do familiar dependente 131

Ajusta o ambiente de modo a torná-lo favorável à condição de saúde do dependente 132

Ajusta os cuidados em função da sua capacidade de desempenho 133

Identifica recursos/dispositivos facilitadores do desempenho no auto-cuidado 134

Toma a iniciativa de consultar o enfermeiro sobre os recursos/dispositivos para o auto-cuidado 135

Decide quais os recursos necessários/dispositivos para o auto-cuidado 136

Obtém os recursos/dispositivos identificados como necessários 137

Obtém a ajuda de membros da família/amigos/vizinhos para lidar com a incapacidade do familiar dependente no auto-cuidado

Negoceia os cuidados com os profissionais 139

Envolve o familiar dependente na tomada de decisão sobre o plano de cuidados 140

Organiza os cuidados de modo a permitir a participação do familiar dependente 141

Avalia o potencial de participação do familiar dependente no plano de cuidados 142

Promove a participação do familiar dependente na tomada de decisão sobre o plano de 143

Promove a participação do familiar dependente na implementação do plano de cuidados 144

Monitoriza a condição de saúde do familiar dependente 145

Supervisiona o familiar dependente no desempenho das actividades de auto-cuidado 146

Identifica progressão do familiar dependente 147

Regista a informação resultante da monitorização 148

Identifica as suas próprias lacunas na prestação de cuidados 149

Actua em situações de urgência 150

Reunião com a família 151

Verbalizam os ajustes à agenda de cuidados familiares 152

Verbalizam apoiar o prestador de cuidados 153

Percepcionam as alterações na vida familiar/sistema de crenças familiares 154

Verbalizam disponibilidade para prestar cuidados 155

Observar execução 156

Verbalizam incapacidade para fazer 157

Verbalizam desconhecimento acerca dos cuidados específicos 158

Prestador de cuidados pela 1ª vez 159

#### **Catálogo de Diagnósticos**

Transferir-se, dependência total 1

Transferir-se, dependência de familiar prestador de cuidados 2

Transferir-se, dependência de dispositivo 3

Virar-se, dependência total 4

Virar-se, dependência de familiar prestador de cuidados 5

Virar-se, dependência de dispositivo 6

Auto-elevar-se, dependência total 7

Auto-elevar-se, dependência de familiar prestador de cuidados 8

Auto-elevar-se, dependência de dispositivo 9

Tomar banho, dependência total 10

Tomar banho, dependência de familiar prestador de cuidados 11

Tomar banho, dependência de dispositivo 12

Vestir-se/despir-se, dependência total 13

Vestir-se/despir-se, dependência de familiar prestador de cuidados 14

Vestir-se/despir-se, dependência de dispositivo 15

Alimentar-se, dependência total 16

Alimentar-se, dependência de familiar prestador de cuidados 17

Alimentar-se, dependência de dispositivo 18

Arranjar-se, dependência total 19

Arranjar-se, dependência de familiar prestador de cuidados 20

Arranjar-se, dependência de dispositivo 21

Usar o sanitário, dependência total 22

Usar o sanitário, dependência de familiar prestador de cuidados 23

Usar o sanitário, dependência de dispositivo 24

Usar a cadeira de rodas, dependência total 25

Usar a cadeira de rodas, dependência de familiar prestador de cuidados 26

Usar a cadeira de rodas, dependência de dispositivo 27

Andar, dependência total 28

Andar, dependência de familiar prestador de cuidados 29

Andar, dependência de dispositivo 30

Tomar os medicamentos, dependência total 31

Tomar os medicamentos, dependência de familiar prestador de cuidados 32

Tomar os medicamentos, dependência de dispositivo 33

34

Significado dificultador 35

Falta de consciencialização 36

37

Risco de Aspiração 38

Expectorar comprometido 39

Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre técnica de tosse 40

Incapacidade para tossir 41

Risco de desidratação 42

Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre prevenção da desidratação 43

Risco de úlcera de pressão 44

Risco de maceração 45

Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre prevenção de maceração 46

Risco de obstipação 47

Risco de pé equino 48

Risco de rigidez articular 49

Potencial de desenvolvimento do conhecimento sobre exercícios musculó-articulares ativos 50

Dor 51

Risco de queda 52

Capacidade para gerir o regime comprometido 53

Atitude face ao cuidado do MFPC dificultadora 54

Falta de confiança do MFPC (baixa percepção de auto-eficácia) 55

Incapacidade do MFPC para o desempenho do papel 56

Potencial de desenvolvimento da capacidade do MFPC para o desempenho do papel 57  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC para o desempenho do papel 58  
Significado dificultador do MFPC 59  
Falta de consciencialização do MFPC 60  
61  
Potencial de desenvolvimento da capacidade do MFPC para gerir o regime 62  
Potencial de desenvolvimento da capacidade do MFPC para a higiene 63  
Potencial de desenvolvimento da capacidade do MFPC para posicionar 64  
Potencial de desenvolvimento da capacidade do MFPC para transferir 65  
Potencial de desenvolvimento da capacidade do MFPC para vestir/despir 66  
Potencial de desenvolvimento da capacidade do MFPC para alimentar 67  
Potencial de desenvolvimento da capacidade do MFPC para assistir no uso do sanitário 68  
Potencial de desenvolvimento da capacidade do MFPC para assistir a andar 69  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre higiene 70  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre posicioanar 71  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre transferir 72  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre vestir/despir 73  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre alimentar 74  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre uso do sanitário 75  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre assistir a andar 76  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre equipamentos adaptativos 77  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre prevenção de úlcera de pressão 78  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre prevenção de aspiração 79  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre prevenção de desidratação 80  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre prevenção de obstipação 81  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre prevenção de maceração 82  
83  
Potencial de desenvolvimento do processo familiar 84  
Potencial de desenvolvimento da capacidade do MFPC para usar a cadeira de rodas 85  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre usar a cadeira de rodas 86  
Potencial de desenvolvimento do conhecimento do MFPC sobre gerir o regime 87

#### **Catálogo de Intervenções**

Remover barreiras 1  
Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado 2  
Incentivar o auto cuidado 3  
Informar sobre equipamento adaptativo para o auto cuidado 4  
Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado 5  
Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o auto cuidado 6  
Orientar no uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado 7  
Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado 8  
Assistir no auto cuidado 9  
Treinar o uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado 10  
Treinar o uso de equipamento 11

Substituir a pessoa 12  
Facilitar a consciencialização 13  
Confrontar a pessoa com a situação/mudanças/limitações 14  
Facilitar o envolvimento 15  
Facilitar a expressão dos significados dificultadores 16  
Desmistificar crenças 17  
Providenciar orientação antecipada 18  
Assegurar a continuidade de cuidados 19  
Posicionar 20  
Transferir 21  
Dar banho 22  
Arranjar a pessoa 23  
Assistir a andar 24  
Instruir marcha 25  
Treinar a marcha 26  
Aspirar secreções 27  
Inspeccionar a cavidade oral depois da refeição 28  
Elevar a cabeceira da cama 29  
Ensinar a pessoa sobre preparação/selecção dos alimentos 30  
Ensinar sobre prevenção da aspiração 31  
Ensinar sobre a técnica de tosse 32  
Executar cinesiterapia respiratória 33  
Executar inaloterapia através de inalador 34  
Instruir a técnica de tosse 35  
Instruir sobre inaloterapia através inalador 36  
Treinar a técnica de tosse 37  
Ensinar sobre condições de risco para a desidratação 38  
Ensinar sobre prevenção da desidratação 39  
Incentivar ingestão de líquidos 40  
Planear ingestão de líquidos 41  
Ensinar sobre prevenção da desidratação 42  
Aplicar colchão anti - úlcera de pressão 43  
Ensinar a pessoa a usar dispositivos para alívio da pressão 44  
Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos 45  
Providenciar colchão anti-úlcera de pressão 46  
Providenciar equipamento para alívio da pressão 47  
Requerer dispositivos de ajudas técnicas 48  
Aplicar creme 49  
Ensinar sobre prevenção de maceração 50  
Instruir sobre a prevenção da maceração 51  
Proteger a pele de líquidos orgânicos 52  
Treinar o uso de dispositivos de prevenção da maceração 53  
Executar tratamento à maceração 54  
Aconselhar hábitos de eliminação intestinal 55

Ensinar sobre desvantagens da auto medicação 56

Ensinar sobre relação entre ingestão de alimentos e eliminação intestinal 57

Informar sobre técnica de treino intestinal 58

Planear eliminação intestinal 59

Irrigar o intestino 60

Remover fecalomas 61

Aplicar tala plantar 62

Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos activos 63

Executar técnica de activação musculoesquelética activa-assistida (Procedimento) 64

Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculoesqueléticos activos 65

Incentivar movimento articular activo 66

Instruir técnica de activação musculoesquelética 67

Treinar técnica de activação musculoesquelética 68

Aplicar calor 69

Aplicar frio 70

Ensinar sobre auto controlo: dor 71

Executar a técnica de massagem 72

Executar técnica de distração 73

Executar técnica de imaginação guiada 74

Executar técnica de relaxamento 75

Gerir a analgesia 76

Instruir técnica de distração 77

Instruir técnica de imaginação guiada 78

Instruir técnica de relaxamento 79

Ensinar sobre complicações da gestão do regime 80

Ensinar sobre gestão do regime 81

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a gerir o regime 82

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a cuidar da higiene 83

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a posicionar 84

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a transferir 85

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a vestir/despir 86

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a assistir no uso do sanitário 87

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a assistir a andar 88

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a usar a cadeira de rodas 89

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a prevenir complicações 90

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a incentivar o dependente 91

Instruir o membro da família prestador de cuidados a gerir o regime 92

Instruir o membro da família prestador de cuidados a cuidar da higiene 93

Instruir o membro da família prestador de cuidados a posicionar 94

Instruir o membro da família prestador de cuidados a transferir 95

Instruir o membro da família prestador de cuidados a vestir/despir 96

Instruir o membro da família prestador de cuidados a assistir no uso do sanitário 97

Instruir o membro da família prestador de cuidados a assistir a andar 98

Instruir o membro da família prestador de cuidados a usar a cadeira de rodas 99

Instruir o membro da família prestador de cuidados a prevenir complicações 100

Treinar o membro da família prestador de cuidados a gerir o regime 101

Treinar o membro da família prestador de cuidados a cuidar da higiene 102

Treinar o membro da família prestador de cuidados a posicionar 103

Treinar o membro da família prestador de cuidados a transferir 104

Treinar o membro da família prestador de cuidados a vestir/despir 105

Treinar o membro da família prestador de cuidados a assistir no uso do sanitário 106

Treinar o membro da família prestador de cuidados a assistir a andar 107

Treinar o membro da família prestador de cuidados a usar a cadeira de rodas 108

Treinar o membro da família prestador de cuidados a prevenir complicações 109

Informar o MFPC sobre dispositivos para o auto cuidado 110

Instruir o MFPC a utilizar dispositivos para o auto cuidado 111

Treinar o MFPC a utilizar dispositivos para o auto cuidado 112

Ensinar o membro da família prestador de cuidados a alimentar 113

Instruir o membro da família prestador de cuidados a alimentar 114

Treinar o membro da família prestador de cuidados a alimentar 115

Reunir com a família 116

Facilitar rede de suporte familiar 117

Planear a agenda de cuidados familiares 118

Promover participação dos membros da família 119

Negociar papéis com o prestador de cuidados, familiar dependente e membros da família 120

Providenciar internamento temporário/definitivo do familiar dependente 121

Ajudar o MFPC a perceber as dificuldades do dependente para as actividades de AC 122

Explicar ao MFPC as complicações que podem surgir com a permanência do dependente na mesma posição 123

Orientar o MFPC para alternar posicionamentos, com intervalos de tempo regulares 124

Ensinar o MFPC a organizar o tempo em que o dependente permanece na cama/em que circula em cadeira de rodas 125

Preparar o MFPC para detectar sinais e sintomas que motivem o ajuste do período de tempo em que o dependente está na cama 126

Ajudar o MFPC a perceber quais os obstáculos da habitação 127

Incentivar o MFPC a procurar ajuda de profissionais/familiares/amigos para lidar com as limitações do dependente 128

Incentivar o MFPC a ter em conta a opinião do dependente, nas decisões relativas ao seu AC 129

Explicar ao MFPC que deve incentivar a independência do dependente 130

Ensinar o MFPC a procurar assistência dos profissionais de saúde quando não consegue ser bem sucedido 131

Capacitar o MFPC para modificar e ajustar aspectos relacionados com o AC de acordo com a condição do dependente 132

Incentivar o MFPC a não substituir o dependente quando percebe que este tem capacidade para o AC 133

#### **Catálogo de Resultados**

Transferir-se, dependência total 1

Transferir-se, dependência de familiar prestador de cuidados 2

Transferir-se, dependência de dispositivo 3

Transferir-se, independente 4

Virar-se, dependência total 5

Virar-se, dependência de familiar prestador de cuidados 6

Virar-se, dependência de dispositivo 7

Virar-se, independente 8

Auto-elevar-se, dependência total 9

Auto-elevar-se, dependência de familiar prestador de cuidados 10

Auto-elevar-se, dependência de dispositivo 11

Auto-elevar-se, independente 12

Tomar banho, dependência total 13

Tomar banho, dependência de familiar prestador de cuidados 14

Tomar banho, dependência de dispositivo 15

Tomar banho, independente 16

Vestir-se/despir-se, dependência total 17

Vestir-se/despir-se, dependência de familiar prestador de cuidados 18

Vestir-se/despir-se, dependência de dispositivo 19

Vestir-se/despir-se, independente 20

Alimentar-se, dependência total 21

Alimentar-se, dependência de familiar prestador de cuidados 22

Alimentar-se, dependência de dispositivo 23

Alimentar-se, independente 24

Arranjar-se, dependência total 25

Arranjar-se, dependência de familiar prestador de cuidados 26

Arranjar-se, dependência de dispositivo 27

Arranjar-se, independente 28

Usar o sanitário, dependência total 29

Usar o sanitário, dependência de familiar prestador de cuidados 30

Usar o sanitário, dependência de dispositivo 31

Usar o sanitário, independente 32

Usar a cadeira de rodas, dependência total 33

Usar a cadeira de rodas, dependência de familiar prestador de cuidados 34

Usar a cadeira de rodas, dependência de dispositivo 35

Usar a cadeira de rodas, independente 36

Andar, dependência total 37

Andar, dependência de familiar prestador de cuidados 38

Andar, dependência de dispositivo 39

Andar, independente 40

Tomar os medicamentos, dependência total 41

Tomar os medicamentos, dependência de familiar prestador de cuidados 42

Tomar os medicamentos, dependência de dispositivo 43

Tomar os medicamentos, independente 44

Conhecimento sobre estratégias adaptativas melhorado 45

Significado facilitador 46

Conscientização facilitadora 47

Crenças facilitadoras 48

Aspiração 49

Sem sinais de aspiração 50

Expectorar 51

Conhecimento sobre técnica de tosse melhorado 52

Capacidade efectiva para tossir 53

Desidratação 54

Sem sinais de desidratação 55

Conhecimento sobre prevenção da desidratação melhorado 56

Sem sinais de úlcera de pressão 57

Úlcera de pressão 58

Sem sinais de maceração 59

Maceração 60

Conhecimento sobre prevenção de maceração melhorado 61

Obstipação 62

Sem sinais de obstipação 63

Pé equino 64

Sem sinais de pé equino 65

Rigidez articular 66

Sem sinais de rigidez articular 67

Conhecimento sobre exercícios musculo-articulares activos melhorado 68

Sem sinais de dor 69

Gestão do regime melhorada 70

Queda 71

Atitude face ao cuidado do membro da família prestador de cuidados facilitadora 72

Confiança do membro da família prestador de cuidados 73

Crenças do membro da família prestador de cuidados facilitadora 74

Capacidade efectiva do MFPC para o desempenho do papel 75

Capacidade do MFPC para o desempenho do papel melhorada 76

Conhecimento do MFPC para o desempenho do papel melhorado 77

Significado facilitador do membro da família prestador de cuidados 78

Consciencialização facilitadora do membro da família prestador de cuidados 79

Capacidade do membro da família prestador de cuidados para gerir o regime melhorada 80

Capacidade do membro da família prestador de cuidados para a higiene melhorada 81

Capacidade do membro da família prestador de cuidados para posicionar melhorada 82

Capacidade do membro da família prestador de cuidados para transferir melhorada 83

Capacidade do membro da família prestador de cuidados para vestir/despir melhorada 84

Capacidade do membro da família prestador de cuidados para alimentar melhorada 85

Capacidade do MFPC para assistir no uso do sanitário melhorada 86

Capacidade do membro da família prestador de cuidados para assistir a andar melhorada 87

Conhecimento do membro da família prestador de cuidados sobre higiene melhorado 88

Conhecimento do membro da família prestador de cuidados sobre posicioanar melhorado 89

Conhecimento do membro da família prestador de cuidados sobre transferir melhorado 90

Conhecimento do membro da família prestador de cuidados sobre vestir/despir melhorado 91

Conhecimento do membro da família prestador de cuidados sobre alimentar melhorado 92

Conhecimento do membro da família prestador de cuidados sobre uso do sanitário melhorado 93

Conhecimento do membro da família prestador de cuidados sobre assistir a andar melhorado 94

Conhecimento do MFPC sobre equipamentos adaptativos melhorado 95

- Conhecimento do MFPC sobre prevenção de úlcera de pressão melhorado 96
- Conhecimento do MFPC sobre prevenção de aspiração melhorado 97
- Conhecimento do MFPC sobre prevenção de desidratação melhorado 98
- Conhecimento do MFPC sobre prevenção de obstipação melhorado 99
- Conhecimento do MFPC sobre prevenção de maceração melhorado 100
- Processo familiar melhorado 101
- Capacidade do MFPC para usar a cadeira de rodas melhorada 102
- Conhecimento do MFPC sobre uso da cadeira de rodas melhorado 103
- Conhecimento do membro da família prestador de cuidados para gerir o regime melhorado 104

### **Relação entre os dados e os diagnósticos**

Dados	Diagnósticos
1,2,94,95	1,2,3
3,94,95	4,5,6
4,94,95	7,8,9
5,6,7,8,9,10,11,12,13,94,95	10,11,12
13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,94,95	13,14,15
28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,94,95	16,17,18
39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,94,95	19,20,21
49,50,51,52,53,54,94,95	22,23,24
55,56,57,94,95	25,26,27
58,59,60,61,62,63,64,94,95	28,29,30
65,66,67,94,95	31,32,33
69,70,71,72,151	35
69,70,110,112,113,151	36
75,76,79	38
76,88	39
77,78,88	40
76,77,78,88	41
79,80,81,82	42
77,78,79,80,81,82	43
76,80,81,83,85,86,87,97	44
83,84	45
77,78,83,84	46

89,90,91,92,93	47
94,95,96,97	48,49
77,78,94,95,96,97	50
98	51
99 100 101 102 103 100	52
66,67,68,74,77,78,100,101,102,103	53
107 108 109 110 114	54
118-150	55
68,70,74, 105,156,157	56, 57
77,78,117,155	58
107 108	59
110 111 112 113 115 000	60
77,78,95,110,116,117,118,155,156	62,63,64,65,66,67,68,69
77,78,110,116,117,155,158,159	70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82
109, 112, 113, 151, 152, 153, 154, 155	84

### Relação entre diagnósticos e intervenções

Diagnóstico	Intervenções
1,7	12,21
2,8,65,72	85, 91, 95, 104, 110,111,112
3,9	3,4,6,7,8,9,11
4	12,20
5,64,71	84,91,94,103,110,111,112
6	3,4,6,7,8,9,11
10, 19	12,22,23
11, 20, 63,70	83,93,102,110,111,112
12, 21	3,4,6,7,8,9,11

13	12
14, 66, 73	86, 96, 105, 110, 111, 112
15	3,4,6,7,8,9,11
16	12
17, 67, 74	110, 111, 112, 113, 114, 115
18	3,4,6,7,8,9,11
22	12
23, 68, 75	87, 97, 106, 110,111,112
24	3,4,6,7,8,9,11
25	12
26, 85, 86	89,99, 108, 110,111,112
27	3,4,6,7,8,9,11
28	12,24,25,26
29, 69, 76	88, 98, 107, 110,111,112
30	3,4,6,7,8,9,11
31	12,21
32, 62, 87	82, 92, 101, 110,111,112
33	3,4,6,7,8,9,11
35	16,18,19
36	13, 14, 15, 18, 19
38	27-31
39	33, 34, 36
40	32, 35, 37
41	27
42	40,41
43	38, 39
44	43-49
45	49, 52
46	50, 51, 53
47	55 - 61

48	62, 64, 65, 66
49	64, 65, 66
50	63, 67, 68
51	69 - 79
52	1
53	80, 81
54	116, 119
55	120, 122 - 133
56	121
59	16,18,19, 116
60	13, 14, 15, 18, 19, 116
77	110, 111, 112
78, 79, 80, 81, 82	110, 111, 112
84	116, 117, 118, 119, 120, 121

### Relação entre diagnósticos, intervenções e resultados

Diagnóstico	Intervenções	Resultados
1,7	12,21	1-4, 9-12
2,8,65,72	85, 91, 95, 104, 110,111,112	1-4, 9-12, 83, 90
3,9	3,4,6,7,8,9,11	1-4, 9-12
4	12,20	5 , 6, 7, 8
5,64,71	84,91,94,103,110,111,112	5 , 6, 7, 8, 82, 89
6	3,4,6,7,8,9,11	5 , 6, 7, 8
10, 19	12,22,23	9 - 12, 25 - 28
11, 20, 63,70	83,93,102,110,111,112	9 - 12, 25 - 28, 81, 88
12, 21	3,4,6,7,8,9,11	9 - 12, 25 - 28
13	12	17, 18, 19, 20
14, 66, 73	86, 96, 105, 110, 111, 112	17, 18, 19, 20, 84, 91
15	3,4,6,7,8,9,11	17, 18, 19, 20
16	12	21, 22, 23, 24
17, 67, 74	110, 111, 112, 113, 114, 115	21, 22, 23, 24, 85, 92
18	3,4,6,7,8,9,11	21, 22, 23, 24
22	12	29, 30, 31, 32
23, 68, 75	87, 97, 106, 110,111,112	29, 30, 31, 32, 86, 93
24	3,4,6,7,8,9,11	29, 30, 31, 32
25	12	33, 34, 35, 36

26, 85, 86	89,99, 108, 110,111,112	33, 34, 35, 36, 102, 103
27	3,4,6,7,8,9,11	33, 34, 35, 36
28	12,24,25,26	37, 38, 39, 40
29, 69, 76	88, 98, 107, 110,111,112	37, 38, 39, 40, 87, 94
30	3,4,6,7,8,9,11	37, 38, 39, 40
31	12,21	41, 42, 43, 44
32, 62, 87	82, 92, 101, 110,111,112	41, 42, 43, 44, 80, 104
33	3,4,6,7,8,9,11	41, 42, 43, 44
35	16,18,19	46
36	13, 14, 15, 18, 19	47
38	27-31	49, 50
39	33, 34, 36	51
40	32, 35, 37	52
41	27	53
42	40,41	54, 55
43	38, 39	56
44	43-49	57, 58
45	49, 52	59, 60
46	50, 51, 53	61
47	55 - 61	62, 63
48	62, 64, 65, 66	64, 65
49	64, 65, 66	66, 67
50	63, 67, 68	68
51	69 - 79	69
52	1	71
53	80, 81	70
54	116, 119	72
55	120, 122 - 133	73
56	121	75, 76
59	16,18,19, 116	78
60	13, 14, 15, 18, 19, 116	79
77	110, 111, 112	95
78, 79, 80, 81, 82	110, 111, 112	96, 97, 98, 99, 100
84	116, 117, 118, 119, 120, 121	101