



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA PESSOA DEPENDENTE PARA O AUTOCUIDADO: UM MODELO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS CONTINUADOS

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

por

Marisa da Conceição Gomes Lourenço

Janeiro 2015



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA PESSOA DEPENDENTE PARA
O AUTOCUIDADO: UM MODELO DE INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM EM CUIDADOS CONTINUADOS

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

por

Marisa da Conceição Gomes Lourenço

Sob a orientação do Professor Doutor: Paulino Artur Ferreira de Sousa

Janeiro de 2015

AGRADECIMENTOS

Ao professor Doutor Paulino Sousa pela orientação científica, pela ajuda nas decisões difíceis, pela partilha e, sobretudo, pelas oportunidades de desenvolvimento proporcionado.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto por me proporcionar condições fundamentais à realização deste trabalho.

À Palmira Oliveira colega e amiga da ESEP e à Rosa Silva pelo incentivo, apoio incondicional, ajuda para “*seguir em frente*”; pelas discussões, pela leitura de revisão e por tudo.

Aos enfermeiros da Unidade de Convalescência da ULS de Matosinhos que participaram neste percurso pela motivação, pelo desafio, pela perseverança e porque sem eles esta tese não existia, pelo menos, deste modo *BEM HAJAM!*

À Fátima Pinho (enfermeira chefe) pela infusão permanente de confiança, carinho revelado, incentivo, apoio absoluto, discussões, partilha de ideias e porque no fim, mais do que o trabalho desenvolvido ficou a amizade.

Às colegas e amigas da ESEP, Alexandrina e Alice, pela oportunidade em partilhar discussões e pelas leituras de revisão e ao José Luís pela ajuda na reta final.

Ao José Carlos, à Regina e à Fátima Araújo pela proximidade nas angústias e pela amizade.

Aos meus pais pela presença de sempre ... e por tudo...

Ao Cesário pelo companheirismo, compreensão e apoio, em especial nos momentos mais difíceis.

À Mariana e ao Rodrigo, por me mostrarem, todos os dias, o mais importante da vida

RESUMO

O estudo apresentado inscreve-se no domínio do autocuidado, mais concretamente *“na promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado”*. Emerge de um percurso de investigação-ação (IA), desenvolvido numa Unidade de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. Os critérios usuais de referenciação para estas unidades contemplam a dependência para o autocuidado em pessoas com necessidades de reabilitação funcional e de treino das atividades básicas de autocuidado (tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, arranjar-se, alimentar-se, usar o sanitário, transferir-se, virar-se e mover-se em cadeira de rodas), com forte potencial de recuperação. Esta condição conduz para uma transição situacional de saúde/doença que implica um processo, uma direção e aquisição de novos papéis e responsabilidades.

Promover a autonomia da pessoa dependente para o autocuidado, estimulando-a para uma mudança significativa do seu modo de vida e para uma aprendizagem com recurso a estratégias adaptativas, é algo que pode ser facilitado pelos enfermeiros. Para isso é necessário encontrar um modelo capaz de levar a pessoa dependente a atingir o seu máximo de potencial de autonomia para o autocuidado.

O ciclo de IA empreendido gerou mudanças no modelo de cuidados em uso, tendo apelado ao uso de estratégias promotoras da participação e do comprometimento interno dos enfermeiros, com vista à viabilização da mudança. Os resultados permitiram estruturar um conjunto de pressupostos que estão na génese de um modelo de orientação da conceção de cuidados, centrado na promoção da autonomia para o autocuidado. Foi possível partir do que “o que os enfermeiros fazem e como fazem”, para uma estratégia de reflexão “sobre a ação e na ação”, para gerar evidência. Este modelo permite aos enfermeiros compreenderem o que ocorre na prática e organizar de forma crítica essa informação, de modo a fundamentar a

tomada de decisão que antecede a ação, no sentido da promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

Os dados iniciais, os diagnósticos de enfermagem, os objetivos e as intervenções de enfermagem constituem os itens de informação característicos para a sistematização da explanação da conceção de cuidados, centrada na promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado. Para isso relevam estruturas fundamentais como: a especificação dos dados iniciais sobre a capacidade de autocuidado e integração de dados relativos a focos de atenção de enfermagem centrados nas respostas humanas às transições; a sistematização na explanação da conceção de cuidados, centrada nas respostas humanas às transições; o suporte de dados com integridade referencial entre, diagnósticos, objetivos/resultados e intervenções de enfermagem; a utilização de qualificadores que revelem a identificação de oportunidade de desenvolvimento e mestria que caracteriza o máximo de potencial de autonomia (potencial para adquirir, ou desenvolver, ou melhorar o conhecimento e/ou capacidade para estratégias adaptativas no autocuidado; a integração de intervenções de enfermagem promotoras da autonomia da pessoa, potenciando a utilização de dispositivos de apoio adequados a cada pessoa; a monitorização de padrões de resposta durante o processo de recuperação da autonomia, como uma estratégia para a gestão personalizada dos cuidados.

Um recurso importante para o desenvolvimento do modelo de intervenção é um sistema de informação de suporte à tomada de decisão em enfermagem, sistematizado que permita gerir a informação produzida como expressão adequada da prática clínica.

Este percurso de investigação permitiu: estruturar a ação profissional dos enfermeiros centrada na promoção da autonomia para o autocuidado, tendo por base o seu potencial de recuperação e desenvolver um conhecimento empírico que pretende conduzir a prática profissional, orientada por modelos conceptuais (Teoria do autocuidado de Orem e Teoria das transições de Meleis), tornando-a progressivamente mais significativa para as pessoas.

Palavras-chave: Dependência para o autocuidado, Potencial para a autonomia, Autonomia para o autocuidado.

ABSTRACT

The presented study is placed within the domain of self-care, more specifically, “within the promotion of the autonomy of the dependent person for self-care”. It emerges from a course of Action Research (AR), developed in a Convalescence Unit of the National Long Term Care Network (LTC). The Long Term Care is focused on the global recovery of the person, promoting one’s autonomy and improving one’s functionality, within the ambit of his/her dependency situation. The usual referencing criteria for these units contemplate the dependency for self-care in people with needs of functional rehabilitation and of self-care basic activities training (Having a shower, getting dressed and getting undressed, getting ready, taking care of one’s personal hygiene, feeding oneself, using the toilet, turning around and moving in a wheel chair), with a strong potential for recovery. This condition leads to a situational transition of health/ illness that implies a process, a direction and an acquisition of new roles and responsibilities.

Promoting a dependent person’s autonomy for self-care, stimulating him/ her for a significant change in his/her way of living and for learning through adaptive strategies are actions that can be facilitated by nurses. To do so, it is important to find a model capable to lead the dependent person to reach his/her maximum autonomy potential for self-care.

The undertaken AR cycle has created changes in the care model that was being used, having appealed to the use of promoter strategies of participation and internal commitment by nurses, with the purpose of change. The results have allowed structuring a set of presuppositions that are in the origin of an orientation model of the self-care concept, centered in the promotion of the self-care autonomy. It was possible to start from “what nurses do and how they do it” and reflect “about the action and on the action” to generate evidence. This model allows nurses to understand what occurs in practice and to organize that information in a critical way, in order to justify the decision that precedes an action and to promote the autonomy of the dependent person for self-care.

The initial data, the nursing diagnosis, the nursing objectives and interventions constitute the information items that characterize the explanation systematization of the care concept, centered on the promotion of the autonomy of the dependent person for self-care. For that, they reveal fundamental structures like: the initial data specifications about the self-care capability and the integration of data related to the nursing attention focus, centered on human responses to transitions; the explanation systematization of the care concept, centered on human responses to transitions; the data support with referential integrity among diagnosis, objectives/results and nursing interventions; the usage of qualifiers that reveal the identification of development opportunity and skills that characterize the maximum potential of autonomy (potential to acquire, or develop, or improve the knowledge and or capability for adaptive strategies on self-care); the integration of nursing interventions that promote the person's autonomy, potentiating the usage of support devices suitable for each person; the monitoring of response patterns during the autonomy recovery process, as a strategy for the care personalized management.

An important resource for the development of the intervention model is a support information system, in order to help the nurses' decision, which allows managing generated information as an adequate expression of the clinical practice.

This investigation course has allowed: to structure the nurses' professional action centered on the promotion of autonomy for self-care, having as a basis one's recovery potential; and to develop an empirical knowledge that intends to lead to a professional practice oriented by conceptual models (Self-care Theory by Orem and Transitions Theory by Meleis), making it progressively more significant for people.

Key words: Dependency for self-care, Potential for autonomy, Autonomy for self-care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	25
CAPITULO 1. A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA PESSOA DEPENDENTE PARA O AUTOCUIDADO.....	33
1.1. Teoria de enfermagem do défice de autocuidado	36
1.2. A investigação sobre o autocuidado	39
1.2.1. O conceito de autocuidado	40
1.2.2. Fatores que influenciam o autocuidado	42
1.2.3. Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado.....	48
1.3. Teoria das transições	51
1.4. A realidade dos cuidados à pessoa em situação de dependência para o autocuidado	66
1.5. Justificação da investigação	71
1.6. Finalidade do estudo e questões de investigação.....	74
CAPITULO 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	77
2.1. Paradigma de Investigação	77
2.2. A Investigação-ação como opção metodológica	82
2.3. O contexto da investigação.....	86
2.4. O desenho do estudo	89
2.5. Método de recolha e análise de dados	94
2.5.1. Instrumento de avaliação da dependência para o autocuidado	95
2.5.2. Análise à documentação de enfermagem.....	97
2.5.3. Notas de campo.....	99
2.5.4. Entrevistas semiestruturadas	99
2.6. Os princípios éticos do estudo.....	101
CAPITULO 3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	103
3.1. Caracterização da amostra	104

3.2. Avaliação da dependência para o autocuidado no momento da admissão.....	109
3.3. Avaliar a dependência para o autocuidado no momento da alta	124
3.4. Ganhos em autonomia para o autocuidado durante o internamento na Unidade de Convalescença	136
3.5. Os fatores de influência na recuperação da autonomia para o autocuidado	139
3.6. Análise à documentação dos enfermeiros	169
3.6.1. Enunciados de diagnóstico e resultados de enfermagem no domínio do autocuidado	171
3.6.2. Ações de enfermagem relacionadas com o autocuidado.....	180
3.7. Síntese da problemática em análise.....	185
CAPITULO 4. O PERCURSO DA MUDANÇA	189
4.1. O Planeamento da mudança	190
4.2. A mudança no processo de conceção dos cuidados de enfermagem	192
4.3. A mudança na documentação dos enfermeiros.....	197
4.3.1. Especificação dos conteúdos centrados no foco autocuidado.....	199
4.3.2. Estratégias utilizadas na implementação do processo de documentação	206
4.4. O recurso a uma maior diversidade de dispositivos de apoio.....	210
4.5. O sistema de informação como suporte à tomada de decisão	212
CAPITULO 5. AVALIAÇÃO DA MUDANÇA.....	215
5.1. O impacto da mudança na promoção da autonomia para o autocuidado	215
5.1.1. Avaliação da dependência para o autocuidado em dois momentos distintos do internamento, admissão e alta.....	218
5.1.2. Ganhos em autonomia para o autocuidado durante o internamento na Unidade de Convalescença	232
5.2. O impacto da mudança na documentação dos enfermeiros.....	236
5.3. Discussão dos resultados do percurso de mudança	249
CAPITULO 6. UM MODELO DE INTERVENÇÃO PROMOTOR DA AUTONOMIA DA PESSOA DEPENDENTE PARA O AUTOCUIDADO.....	253
6.1. A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado ..	253
6.2. Um modelo de intervenção de enfermagem.....	257

6.3. Considerações finais	279
BIBLIOGRAFIA	283
ANEXOS	303
Anexo 1 - Parecer favorável da comissão de ética da unidade local de saúde de matosinhos para a realização do estudo	
Anexo 2 - Instrumento de avaliação da dependência para o autocuidado (IADA)	
Anexo 3 - Guião da entrevista	
Anexo 4 - Consentimento informados dos participantes	
Anexo 5 - Barthel ADL index	
Anexo 6 - O índice de KATZ ou índice de atividades de vida diária	
Anexo 7 - Fatores intrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia no autocuidado identificados pelos participantes	
Anexo 8 - Fatores extrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado identificados pelos participantes	
Anexo 9 - Documento sobre uma revisão integrativa efetuada durante o processo formativo, centrada na temática do autocuidado	
Anexo 10 - Padrão de documentação definido pelos enfermeiros durante a fase de planeamento e de mudança para o contexto prático	
Anexo 11 - Imagem dos dispositivos de apoio adquiridos para a unidade de convalescença	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de uma transição em enfermagem	54
Figura 2 - Interesse da IA: a investigação	84
Figura 3 - Interesse da IA: a resolução de problemas	85
Figura 4 - Fases do ciclo de IA.....	86
Figura 5 - Representação esquemática do estudo	94
Figura 6 - Dados de avaliação do foco “atitude face à dependência para o autocuidado”	204
Figura 7 - Estratégias facilitadoras do autocuidado “tomar banho”	205
Figura 8 - Modelo de intervenção de enfermagem promotor da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado	259

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Dependência para o autocuidado na admissão e na alta (1º momento de avaliação)	137
Gráfico 2 - Autonomia para o autocuidado na admissão e na alta (1º momento de avaliação)	138
Gráfico 3 - Frequência dos focos de atenção no domínio do autocuidado enunciados pelos enfermeiros (1º momento de avaliação).....	172
Gráfico 4 - Ações de enfermagem por domínio do autocuidado (1º momento de avaliação).....	184
Gráfico 5 - Dependência para o autocuidado no momento da admissão e da alta (2º momento de avaliação).....	233
Gráfico 6 - Autonomia para o autocuidado no momento da admissão e da alta (2º momento de avaliação).....	234
Gráfico 7 - Autonomia para o autocuidado no momento da alta. Antes da mudança e após a mudança.....	235
Gráfico 8 - Ação dos enfermeiros centrada nas respostas humanas à situação de dependência (2º momento de avaliação)	246
Gráfico 9 - Frequências da ação dos enfermeiros por domínio do autocuidado (2º momento de avaliação).....	248

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Fatores intrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia.....	146
Quadro 2 - Fatores extrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia	160
Quadro 3 - Critérios de diagnóstico para avaliar a condição da pessoa centrada nas respostas humanas à transição	207
Quadro 4 - Critério de diagnóstico para avaliar o conhecimento e a capacidade sobre as estratégias adaptativa face à dependência para o autocuidado.....	209

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (1º momento de avaliação).....	105
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa do grupo de doenças que originaram internamento hospitalar prévio dos participantes (1º momento de avaliação).....	105
Tabela 3 - Caracterização da dependência para o autocuidado “tomar banho” no momento da admissão (1º momento de avaliação)	110
Tabela 4 - Caracterização da dependência para o autocuidado “vestir-se e despir-se” no momento da admissão (1º momento de avaliação).....	112
Tabela 5 - Caracterização da dependência para o autocuidado “alimentar-se” no momento da admissão (1º momento de avaliação)	114
Tabela 6 - Caracterização da dependência para o autocuidado “arranjar-se” no momento da admissão (1º momento de avaliação)	116
Tabela 7 - Caracterização da dependência para o autocuidado “cuidar da higiene pessoal” no momento da admissão (1º momento de avaliação)	117
Tabela 8 - Caracterização da dependência para o autocuidado “autoelevar” no momento da admissão (1º momento de avaliação)	118
Tabela 9 - Caracterização da dependência para o autocuidado “usar o sanitário” no momento da admissão (1º momento de avaliação).....	118
Tabela 10 - Caracterização da dependência para o autocuidado “transferir-se” no momento da admissão (1º momento de avaliação)	119
Tabela 11 - Caracterização da dependência para o autocuidado “virar-se” no momento da admissão (1º momento de avaliação)	120
Tabela 12 - Caracterização da dependência para o autocuidado “mover-se em cadeira de rodas” no momento da admissão (1º momento de avaliação)	120
Tabela 13 - Caracterização da dependência por domínio do autocuidado no momento da admissão (1º momento de avaliação)	122
Tabela 14 - Medidas de tendência central e desvio padrão dos scores de dependência para o autocuidado no momento da admissão (1º momento de avaliação)	123
Tabela 15 - Caracterização da dependência para o autocuidado “tomar banho” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)	125
Tabela 16 - Caracterização da dependência para o autocuidado “vestir-se e despir-se” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)	126
Tabela 17 - Caracterização da dependência para o autocuidado “alimentar-se” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação).....	127
Tabela 18 - Caracterização da dependência para o autocuidado “arranjar-se” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação).....	128

Tabela 19 - Caracterização da dependência para o autocuidado “cuidar da higiene pessoal” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)	129
Tabela 20 - Caracterização da dependência para o autocuidado “autoelevar” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)	130
Tabela 21 - Caracterização da dependência para o autocuidado “usar o sanitário” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)	131
Tabela 22 - Caracterização da dependência para o autocuidado “transferir-se” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)	132
Tabela 23 - Caracterização da dependência para o autocuidado “virar-se” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)	132
Tabela 24 - Caracterização da dependência para o autocuidado “mover-se em cadeira de rodas” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)	133
Tabela 25 - Caracterização da dependência por domínio do autocuidado no momento da admissão e na alta (1º momento de avaliação)	134
Tabela 26 - Medidas de tendência central e desvio padrão dos scores de dependência para o autocuidado no momento da alta (1º momento de avaliação)	135
Tabela 27 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (1º momento de avaliação)	142
Tabela 28 - Atribuição do juízo dependência por domínio do autocuidado (1º momento de avaliação)	173
Tabela 29 - Enunciados de diagnóstico na dimensão do conhecimento e da aprendizagem de capacidades por domínio do autocuidado (1º momento de avaliação)	177
Tabela 30 - A frequência dos diagnósticos que indicam respostas humanas à situação de dependência	179
Tabela 31 - Domínio de ação das intervenções de enfermagem (1º momento de avaliação)	180
Tabela 32 - Ações de enfermagem associadas ao autocuidado (1º momento de avaliação)	182
Tabela 33 - Caracterização sociodemográfica da amostra (2º momento de avaliação).....	216
Tabela 34 - Frequências absolutas e relativas dos grupos de doenças que originaram internamento hospitalar prévio dos participantes (2º momento de avaliação).....	217
Tabela 35 - Frequências relativas e absolutas dos dias de internamento dos clientes.....	218
Tabela 36 - Caracterização da dependência para o autocuidado “tomar banho”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)	220
Tabela 37 - Caracterização da dependência para o autocuidado “vestir-se e despir-se”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)	222
Tabela 38 - Caracterização da dependência para o autocuidado” alimentar-se”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)	223
Tabela 39 - Caracterização da dependência para o autocuidado “arranjar-se”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)	224

Tabela 40 - Caracterização da dependência para o autocuidado “cuidar da higiene pessoal” no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)	225
Tabela 41 - Caracterização da dependência para o autocuidado “usar o sanitário”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)	227
Tabela 42 - Caracterização da dependência para o autocuidado “transferir-se”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)	227
Tabela 43 - Caracterização da dependência para o autocuidado “virar-se”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)	228
Tabela 44 - Caracterização da dependência para o autocuidado “mover-se em cadeira de rodas” no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)	229
Tabela 45 - Caracterização da dependência por domínio do autocuidado no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)	230
Tabela 46 - Frequências da atividade de diagnóstico no domínio do autocuidado (2º momento de avaliação)	237
Tabela 47 - Frequência de juízo de diagnóstico no domínio do autocuidado (2º momento de avaliação)	239
Tabela 48 - Respostas humanas à situação de dependência para o autocuidado (2º momento de avaliação)	241
Tabela 49 - Frequência da especificidade diagnóstica no domínio do conhecimento e das capacidades para utilizar estratégias adaptativas	244
Tabela 50 - Frequências das ações de enfermagem centradas na dimensão do autocuidado (1º momento de avaliação, 2011 e 2º momento de avaliação, 2013)	245

INTRODUÇÃO

A tese que aqui se apresenta resulta de um percurso de investigação centrado numa abordagem de Investigação-ação (IA), tendo como objeto de estudo *a promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado*.

O estudo foi desenvolvido numa Unidade de Convalescença da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na Unidade Local de Saúde de Matosinhos. O período temporal do trabalho de campo decorreu entre outubro de 2010 a outubro de 2013, gerando dados que foram analisados num ciclo de IA, permitindo a validação teórica sobre os adquiridos descritos neste relatório.

A trajetória de investigação que realizámos centrou-se na área do Autocuidado, como foco de atenção de enfermagem, com o objetivo de desenvolver e estruturar, conjuntamente com os enfermeiros que trabalham no contexto dos cuidados continuados, um modelo de intervenção promotor da autonomia para o autocuidado, orientado para o potencial de recuperação da pessoa dependente.

Ao longo do nosso percurso profissional e académico muito centrado nas necessidades de cuidados de enfermagem das pessoas idosas e seus familiares cuidadores, fomos criando e consolidando a convicção que estas estão, na sua maioria, relacionadas com as alterações dos processos corporais e psicológicos, decorrentes de doenças crónicas e do desenvolvimento do ciclo vital (envelhecimento). Como consequência, temos o aumento progressivo de incapacidades que tendencialmente evoluem no sentido da dependência para o autocuidado.

É consensual que uma alteração nos requisitos de autocuidado reverte para um enorme desafio que se coloca ao cliente e às pessoas significativas. Deste modo, resultaram ideias e inquietações sobre qual a melhor forma de melhorar o nível de sistematização da ação dos enfermeiros, no domínio da promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

As alterações demográficas verificadas nas últimas décadas em todas as sociedades sem exceção, que se traduzem pela inversão das pirâmides etárias, vieram colocar às pessoas, famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estávamos preparados. Esta realidade demográfica que se espelha nas sociedades industrializadas e que ganhou um impacto social relevante é um efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade e do aumento da esperança média de vida, consequência direta dos progressos da medicina e das transformações económicas e sociais. Em contrapartida, estes progressos causam um conjunto de novas necessidades de cuidados resultantes essencialmente de três fatores: situação de duplo envelhecimento; mudanças verificadas no perfil das doenças crónicas e degenerativas e mudanças sociais, verificadas ao nível da estrutura familiar.

A conjugação destes fatores é uma das principais razões do aumento da prevalência de situações de cronicidade múltipla, de incapacidades para desempenho das atividades de autocuidado, de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Por isso, são necessárias respostas com características distintas das tradicionalmente oferecidas pelos serviços sociais e de saúde, a que se associa a necessidade de um nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, capazes de responder à perda de autonomia e de prevenir as incapacidades das pessoas, após a doença aguda e /ou descompensação de processos crónicos, com respostas centradas na identidade e na globalidade das pessoas.

O aumento da prevalência de pessoas com dependência para o autocuidado, proveniente dos diferentes momentos e circunstâncias da evolução da própria doença, começou a preocupar as entidades governamentais, mais propriamente as entidades de saúde e da segurança social. Deste modo, têm emergido, como estratégia central de resposta, programas e modelos de cuidados centrados no desenvolvimento de competências que sejam facilitadoras da autonomia e da participação dos clientes, bem como pessoas significativas para aprenderem a lidar com esta situação.

Por conseguinte, torna-se prioritário o desenvolver de ações mais próximas das pessoas em situação de dependência, o investir no desenvolvimento de cuidados de

curta, média e de longa duração, que promovam a distribuição equitativa das respostas a nível territorial, o qualificar e humanizar a prestação de cuidados, o potenciar os recursos locais, criando serviços de proximidade, e o ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza a dependência para o autocuidado.

A **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**, que se constitui como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

Os objetivos da RNCCI são 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. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. A RNCCI integra diferentes tipos de unidades de cuidados:

- Internamento (Unidades de convalescença, Unidades de média duração e reabilitação, Unidades de longa duração e manutenção, Unidades de cuidados paliativos);
- Ambulatório (Unidades de dia e Promoção da autonomia);
- Respostas Domiciliárias (Equipas de cuidados continuados integrados).

O autocuidado é um conceito central para a disciplina de enfermagem e por força de razão para o exercício profissional dos enfermeiros. Por conseguinte, a necessidade de promover a autonomia da pessoa dependente para o autocuidado estimulando-a para uma mudança significativa do seu modo de vida e para uma aprendizagem com recurso a estratégias adaptativas, é algo que pode ser facilitado pelos enfermeiros.

O Autocuidado, ao longo do tempo, tem sido bastante abordado nas teorias de enfermagem. Neste contexto, a Teoria de Enfermagem de Orem é muito usada como referencial para a investigação. Engloba três teorias: a teoria do autocuidado, que descreve como e porque as pessoas cuidam de si; a teoria do défice de autocuidado,

que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem; e a teoria dos sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser mantidas para que os cuidados de enfermagem incidam em benefício dos clientes.

Na perspetiva de Orem (2001), o autocuidado pode ser definido como uma atividade (ou conjunto de atividades) auto iniciada que visa a manutenção da vida, saúde e bem-estar contínuo. É um conjunto de ações que as pessoas executam ao longo do seu desenvolvimento, que se prendem com as capacidades necessárias para cuidar de si.

O autocuidado emerge como um recurso de saúde estruturado em duas áreas interrelacionadas. Na primeira, o autocuidado surge como a capacidade para a manutenção da saúde e, na segunda, como um processo para a manutenção e desenvolvimento da saúde. Ambos os conceitos envolvem vários atributos conceptuais. Apesar do autocuidado poder ser conceptualmente analisado de forma distinta, como uma capacidade e como um processo, devem ser vistos não como dimensões independentes, mas sim como aspetos que se reforçam mutuamente (Hoy & Wagner, 2007).

Dada a abrangência do fenómeno em estudo, restringimo-nos apenas à sua essência básica do autocuidado, ou seja, às atividades realizadas pelo indivíduo, que implicam: “tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (International Council of Nurses (ICN), 2011, p. 41). A isto associa-se também a ideia de que a promoção do autocuidado tem fortes implicações na autonomia do cliente.

O conceito de autonomia segundo Proot, Meulen, Abu-Saad, and Crebolder, (2007) que resultou do conceito de “*changing autonomy*”, emergiu da investigação realizada em clientes vítimas de Acidente Vascular Cerebral. A este conceito estão implícitas três dimensões: a autodeterminação, a independência e o autocuidado (Proot, Abu-Saad, Gijis & Jos, 2002). Para a recuperação da autonomia da pessoa, após a dependência para o autocuidado, esta deve desenvolver e manter estratégias eficazes e comportamentos de autocuidado, porque a autonomia pessoal envolve um

sentido de realismo da vida, que tem por base a relação entre o que as pessoas fazem e o que querem fazer (Proot, Meulen, Abu-Saad, & Crebolder, 2007).

Um outro conceito central e com grande relevância para a enfermagem é o de transição. Este remete-nos para a ideia de “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro” (Chick & Meleis, 1986, p. 239), ou seja, a passagem da condição de independente para a condição de dependente para o autocuidado, traduz-se numa mudança que origina uma transição (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, Messias, & Schumacher, 2000). Com base na nossa experiência profissional, podemos afirmar que o evento gerador de dependência desta transição corresponde na sua maioria a uma doença crónica, aguda ou agudização de um problema crónico, que origina uma transição do tipo saúde-doença. Todavia, nem sempre esta situação é delimitada no tempo e a instalação da dependência pode ser gradual e progressiva, muitas das vezes em resultado do envelhecimento, surgindo, neste caso, uma transição de desenvolvimento (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, Messias, & Schumacher, 2000).

Porém, a pessoa é entendida como um ser em crescimento e em mudança desde o nascimento até à morte e possui um conjunto de necessidades hierarquizadas de acordo com o grau de importância para a sua sobrevivência, que ela própria vai aprendendo a satisfazer. Contudo, se por algum motivo deixar de conseguir satisfazer as suas necessidades, vai carecer de cuidados de enfermagem. Os enfermeiros têm então como propósito assistir ou substituir o indivíduo, doente ou saudável, naquilo que ele não consegue fazer por si, mas que faria sem ajuda se tivesse a capacidade e os conhecimentos necessários.

Neste sentido e de acordo com a literatura, a promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado assenta numa estratégia processual, estruturante e dinamizadora da prestação de cuidados num modelo integrado, apoiado no combinar dos princípios de orientação para o cliente, de orientação para os resultados e das intervenções. Trata-se de um processo colaborativo no âmbito do qual se executa atividade diagnóstica, planeamento, implementação, coordenação, monitorização e avaliação de opções e cuidados, com vista a responder, com qualidade, às necessidades e potencialidades do indivíduo. Este processo é concebido como um

meio para que o cliente alcance o bem-estar e a autonomia, através da prática de comunicação, colaboração e coordenação, beneficiando ainda do recurso a produtos de apoio como estratégia facilitadora para a atividade do autocuidado (Backman, Räsänen, & Kyngä, 2007; Zeleznik, 2007; Hoy, Wagner, & Hall, 2007; Spichiger, Rieder, Christafrohlich, & Kesselring, 2011; Brito, 2012).

Durante o trabalho de avaliação e de diagnóstico de situação, constatámos que os enfermeiros da Unidade de Convalescença tinham em atenção a necessidade de promoção de autonomia da pessoa dependente para o autocuidado, no entanto, as estratégias utilizadas para o fazerem não revelaram ser de maior efetividade. Aspeto que se justifica quando caracterizamos a dependência para o autocuidado, no momento da alta, dos clientes internados na Unidade de Convalescença. O modelo de cuidados em uso revelou ausência de atividades de avaliação que permitem caracterizar a dependência dos clientes, o potencial de recuperação para o autocuidado e obter um nível de especificação de diagnósticos de enfermagem que facilite a tomada de decisão dos enfermeiros de modo a produzirem resultados de enfermagem, tornando difícil perceber os “pequenos” ganhos em autonomia das pessoas durante o tempo de internamento. Também se notou escassez de recursos materiais (produtos de apoio) que facilitem o aperfeiçoamento das estratégias adaptativas, no sentido da concretização das atividades de autocuidado de forma independente, aspeto que contraria a literatura que defende os produtos de apoio como “fazendo toda a diferença”, pois têm uma relação direta com os ganhos em autonomia para o autocuidado (Brito, 2012).

A finalidade do estudo é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, através do desenvolvimento, nos contextos de ação da prática de enfermagem, de um modelo sistematizado de cuidados, com maior ênfase nas respostas humanas envolvida no processo de transição¹ face à dependência para o autocuidado, capaz de potenciar ganhos em autonomia.

¹Respostas humanas às transições traduzem uma intenção centrada nos pressupostos teóricos definidores da enfermagem como disciplina do conhecimento, de acordo com os quais o enfermeiro é um profissional de saúde capaz de se constituir como uma ajuda profissional para a pessoa que está a viver uma transição” (Silva, 2011, p. 47).

Deste modo, assumimos que o fenómeno do autocuidado é uma área decisiva no exercício profissional dos enfermeiros do contexto onde decorreu o estudo. Por isso, este trabalho identifica: as necessidades em cuidados de enfermagem decorrentes da dependência para o autocuidado; os fatores que influenciam a recuperação da autonomia para o autocuidado e a forma como os enfermeiros podem exercer influência no desenvolvimento do potencial de recuperação, dos clientes dependentes para o autocuidado.

Do ponto de vista metodológico, as opções adotadas tiveram em conta a natureza do que se pretende estudar e o carácter da dualidade do envolvimento do investigador na investigação e no processo de mudança. Neste seguimento, consideramos que a Investigação-ação apresentou-se como a estratégia mais adequada, uma vez que era nossa intenção utilizar uma metodologia de investigação que possibilitasse a aprendizagem dos elementos nela envolvidos e análise da realidade.

Por conseguinte, esta metodologia de investigação reúne um conjunto de características adequadas para o desenvolvimento de conhecimento baseado numa dialética de análise comparativa e interativa dos dados que fossem emergindo, a partir das necessidades e perspetivas dos clientes e dos enfermeiros, facto relevante para diagnosticar e encontrar soluções na realidade da prática de enfermagem, com introdução de mudanças nos processos de ação e a análise do seu impacto.

O desenvolvimento dos contextos de ação da prática, centrado num modelo de cuidado, promotor da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado, teve um forte protagonismo dos enfermeiros envolvidos. Partimos de uma sensibilização para a necessidade de mudança, tendo por base uma atitude proactiva e determinada dos enfermeiros.

A partir destes pressupostos, o presente relatório segue um modelo de organização e sequência dos capítulos que procura ser fiel ao percurso de investigação-ação, orientado pelos princípios de rigor e condução metodológicos definidos por Marshall and Mckay (1999).

O ciclo de Investigação-ação teve início com a delimitação e especificação do problema e evoluímos no sentido de definir as estratégias de ação baseadas no desenvolvimento do conhecimento e das competências dos enfermeiros, no domínio da sistematização dos

cuidados e da documentação de enfermagem. O planeamento das estratégias e a sua implementação surgiu como uma orientação para a mudança.

Por fim, procedeu-se à implementação das estratégias de mudança delineadas e avaliação do impacto da mudança, traduzido em termos de ganhos em autonomia dos clientes, no domínio do autocuidado.

O documento está organizado em seis capítulos. No primeiro, apresentamos uma revisão da literatura relativa a alguns aspetos que eram centrais para o estudo: conceito de autocuidado, enquanto aspeto de saúde relevante na prática dos enfermeiros; os fatores de influência na promoção do autocuidado; a *transição* enquanto enquadramento que explica o processo de mudança; as respostas apresentadas pelas pessoas face à dependência para o autocuidado; e as intervenções dos enfermeiros para ajudarem as pessoas dependentes na promoção do autocuidado. Por fim, e de modo a entender a dimensão do fenómeno, enunciamos a forma como as entidades nacionais e internacionais se ocupam da problemática, no sentido de dar resposta às necessidades das pessoas dependentes no autocuidado.

No segundo capítulo, surgem as opções metodológicas adotadas para a concretização do estudo, o contexto da investigação e o da ação e os princípios éticos.

No terceiro capítulo, é descrita a realidade do contexto do estudo, identificando, caracterizando e delimitando a problemática como uma oportunidade de desenvolvimento da prática de enfermagem.

O quarto capítulo é dedicado à descrição do percurso de mudança com recurso ao planeamento, à implementação das estratégias entretanto definidas, no sentido do desenvolvimento da prática e consequente avaliação dos resultados centrados no percurso de mudança.

O quinto capítulo dá lugar à avaliação do impacto da mudança, tendo em consideração as estratégias empreendidas e o progresso influído nas práticas.

Por fim, no sexto capítulo, e a partir dos resultados que traduzem a identificação do adquirido durante o ciclo de investigação e de ação realizado, evoluímos com a descrição de um modelo de intervenção na ação dos enfermeiros, facilitador da promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

CAPITULO 1. A PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DA PESSOA DEPENDENTE PARA O AUTOCUIDADO

A estrutura atual de organização das políticas de saúde convencionou uma rede nacional de cuidados continuados integrados, que define:

Um conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Ministério da Saúde, 2006, p.3857).

Esta rede pressupõe um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador. Este modelo situa-se num novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os cuidados de base comunitária e os de internamento hospitalar.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada com a finalidade de promover uma distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potenciar cuidados de proximidade, e ajustar ou criar novas respostas adaptadas à diversidade, que caracteriza as alterações da funcionalidade e consequente dependência para o autocuidado.

A implementação desta rede de respostas de cuidados continuados integrados pressupõe uma estrutura de unidades e equipas de cuidados, dinâmica e financeiramente sustentável. Torna-se inevitável a necessidade de redimensionar o sistema de saúde, o que implica o desenvolvimento de novas soluções a nível político, organizacional, estrutural e de avaliação. É, simultaneamente, considerada uma oportunidade para aprofundar o contributo dado pelo conhecimento dos diferentes domínios disciplinares e profissionais, numa perspetiva de integração de

natureza multidisciplinar e pluriprofissional da prestação de cuidados de saúde. Podemos mesmo considerar que desta forma emerge a oportunidade de investigação e de inovação na oferta de cuidados de saúde, na medida em que estes podem contribuir para uma melhor e mais eficiente proteção das pessoas.

O interesse em desenvolver programas de reabilitação das pessoas dependentes no autocuidado tem aumentado nos últimos tempos, surgindo em resposta às mudanças associadas ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e, por conseguinte, a um aumento da prevalência de pessoas com doença crónica incapacitante. Segundo o Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat), Portugal em 2050 será o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos (31,9%), só ultrapassado por Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%), prevendo-se um aumento da percentagem de idosos com mais de 80 anos que será de mais do dobro da verificada em 2010 (4% em 2010 estima-se que seja 10% em 2050).

A RNCCI estabelece uma nova e diferenciada conceção de cuidados, numa lógica de resposta interdisciplinar e multiprofissional, no sentido de capacitar a pessoa dependente para o autocuidado, potenciando e desenvolvendo competências cognitivas e instrumentais para fazer face à sua condição de saúde.

A despesa em saúde tem de ser sustentável, ou seja, com meios que permitam a sua continuidade a um nível que não retire o essencial de um sistema que se quer equitativo, geral e universal, pelo que, a prestação de cuidados continuados integrados não se pode limitar à continuidade do processo de intervenção verificado nos cuidados hospitalares. Em contrapartida, necessita de objetivos concretos e consistentes que passam pela necessidade de uma avaliação sistemática e sistematizada dirigida para as reais necessidades da pessoa, de um juízo de diagnóstico capaz de traduzir a dimensão da condição da pessoa e de uma ação terapêutica voltada para a promoção de uma aprendizagem efetiva, de forma a possibilitar um processo de gestão proactivo e integrado da promoção da autonomia para o autocuidado.

Viver no domicílio é um indicador de qualidade de vida cada vez mais valorizado ao nível das políticas de saúde, pois torna-se menos dispendioso para qualquer Serviço

Nacional de Saúde. Nesta perspectiva, acreditamos, tal como outros autores que se têm dedicado a esta área de interesse, que promover a autonomia da pessoa no âmbito do autocuidado é promover a saúde e a independência para o autocuidado sendo o fator que mais contribui para que as pessoas possam viver nas suas casas (Backman & Hentienen 1999; Söderhamn, 2000; Zeleznik, D. Zeleznik, U., & Stricevic, 2010).

No sentido de identificar o potencial dos clientes para recuperar a autonomia para o autocuidado após um evento gerador de dependência, os profissionais de saúde, e em particular os enfermeiros, necessitam de mais e melhores níveis de evidência que os ajude a dar maior sistematização à sua ação. Neste caso, ao utilizarmos o termo “sistematização”, referimo-nos a uma estratégia de melhoria da qualidade da ação de enfermagem, centrada na intenção de agregar maior proficiência e sistemática a áreas tidas como definidoras do *core*² da disciplina e da profissão (Pereira, 2007). Esta estratégia exige a incorporação nas práticas clínicas da melhor evidência, bem como abordagens criativas capazes de produzir os melhores resultados (Yam, 2004).

A dependência para o autocuidado é um desafio para os enfermeiros e para a pessoa que a vivencia. Os processos de mudança despertam na pessoa respostas, que podem ser facilitadoras ou inibidoras para o desenvolvimento de competências no sentido da recuperação da autonomia para o autocuidado. É neste sentido que enquadrámos a teoria das transições de Meleis e colaboradores (2000), como uma transição que pode ser influenciada pelos cuidados de enfermagem.

O Autocuidado, que definimos como uma atividade aprendida pelos indivíduos e orientada para um objetivo, traduz uma conduta que existe em situações concretas da vida, dirigida pelas pessoas para si mesmas ou ao meio envolvente, para controlar os fatores que afetam o seu próprio funcionamento em benefício da sua vida, saúde e bem-estar (Orem, 2001). Este conceito tem evoluído ao longo do tempo e está associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal.

² *Core* – Refere-se à clarificação daquilo que é a essência da disciplina, os elementos centrais e os objetivos da disciplina (Pereira, 2007).

Os desafios que as pessoas dependentes no autocuidado vivenciam expõem-nas a vulnerabilidades, à possibilidade de progressão da doença e à consequente degradação da condição de saúde, com um provável aumento do consumo de recursos de cuidados de saúde. Deste modo, estamos certos que promover a autonomia para o autocuidado garante qualidade de vida às pessoas e aumenta a sua satisfação para com o seu projeto de vida. Este processo implica sobretudo ajudar a pessoa a desenvolver competências capazes: de uma consciencialização facilitadora da necessidade de mudança (Meleis et al., 2000); de uma atitude positiva face às mudanças; de aumentar a capacidade funcional, a confiança, a esperança e a perceção de auto eficácia para desenvolver estratégias adaptativas no autocuidado (Backman & Hentienen 1999; Proot, Crebolderb, Abu-Saad, Macord, & Meulen, 2000 b; Backman & Hentienen 2001; Callaghan, 2005; Backman, Räsänen, & Kyngä, 2007; Zeleznik, 2007; Hoy, Wagner, & Hall, 2007; Spichiger, Rieder, Christafrohlich, & Kesselring, 2011; Petronilho, 2012).

1.1. Teoria de enfermagem do défice de autocuidado

A conceptualização do autocuidado foi iniciada por Orem nos anos 60 ao desenvolver a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado. A International Orem Society for Nursing Science and Scholarship fomenta a divulgação e o desenvolvimento da utilização do trabalho desenvolvido por Orem. Na realidade, os conceitos da teoria de Autocuidado de Orem têm sido muito utilizados por inúmeras escolas de enfermagem como base para a construção dos seus currículos académicos e por várias organizações de saúde como base de orientação na conceção dos cuidados com recurso à ação profissional dos enfermeiros.

A Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado é uma teoria geral que engloba três teorias inter-relacionadas:

- 1) A Teoria de Autocuidado que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si;
- 2) A Teoria do Défice de Autocuidado que descreve e explica como as pessoas podem ser ajudadas através dos cuidados de enfermagem;

3) A Teoria dos Sistemas de Enfermagem que descreve e explica as relações a manter durante as ações de enfermagem (Orem, 2001).

Integrados na teoria do autocuidado, surgem conceitos centrais e inter-relacionados, dos quais destacamos: autocuidado (*self-care*), agente de autocuidado (*self-care agent*), agente dependente de cuidados (*dependent care agent*), déficit de autocuidado (*self-care deficit*), sistemas de enfermagem (*nursing system*), ação de autocuidado ou ação deliberada (*self-care agency*), comportamentos de autocuidado (*Self-care behavior*), fatores condicionantes básicos (*basic conditioning factors*), necessidade terapêutica de autocuidado (*therapeutic self-care demand*) e requisitos de autocuidado (*self-care requisites*) (Orem, 2001).

Para Orem, o autocuidado não é uma ação inata, antes é adquirida e apreendida pelo cliente no seu contexto sociocultural, ao longo do seu desenvolvimento. É considerado como uma função humana reguladora que os indivíduos têm de desempenhar por si próprios, ou que alguém executa por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. É ainda aprendido e executado deliberada e continuamente de acordo com as necessidades dos indivíduos. Estas condições estão associadas ao estado de crescimento e desenvolvimento, aos estados de saúde, às características específicas de saúde, à cultura e aos fatores ambientais (Orem, 2001).

O indivíduo é capaz de se auto cuidar pois tem habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida, pelo que se denomina de agente de autocuidado. Quando o indivíduo por algum motivo perde esta capacidade e necessita que este autocuidado seja realizado por outras pessoas, passa a denominar-se agente dependente de cuidados. É neste momento que ele pode beneficiar dos cuidados de enfermagem.

Outro conceito central que Orem desenvolveu na sua teoria é o de *ação de autocuidado* ou *ação deliberada*, que se reporta à “capacidade adquirida, complexa, para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar” (Orem, 2001, p. 255). Trata-se, por isso, de um fator ativo, voluntário e intencional que envolve a tomada de decisão. O desenvolvimento da prática do

autocuidado é um processo pelo qual as atividades são aprendidas e que, conseqüentemente, são determinadas pelas crenças, hábitos, e costumes culturais do grupo, ao qual pertence o indivíduo que as executa. Deste modo, a ação de autocuidado é uma ação deliberada, que se reporta à capacidade do ser humano em envolver-se no autocuidado por influência de fatores condicionantes básicos, que são “fatores internos ou externos aos indivíduos que afetam a sua capacidade de envolver-se no autocuidado ou afetam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário” (Orem, 2001, p. 245). Basicamente são as características pessoais, como: idade; sexo; estado de desenvolvimento; estado de saúde; fatores socioculturais; familiares e ambientais; aspectos relativos ao sistema de assistência à saúde; padrão de vida e a disponibilidade de recursos (Orem, 2001).

Para Orem (2001, p. 255) “... a ação de autocuidado desenvolve-se no dia-a-dia através do processo espontâneo de aprendizagem. O seu desenvolvimento é ajudado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e por experiências na realização de medidas de autocuidado”. Neste sentido, as pessoas que cuidam delas próprias devem alcançar alguns objetivos, que são denominados de requisitos de autocuidado, podendo estes serem classificados:

- de *requisitos universais de autocuidado*, quando se encontram relacionados com os processos de vida e com a manutenção da integridade humana estrutural ou funcional, pois são comuns a todos os seres vivos ao longo do ciclo vital e encontram-se inter-relacionados, sendo designados por atividades de vida diária;
- de *requisitos de desenvolvimento de autocuidado*, quando se encontram associados à condição do indivíduo decorrente do processo de desenvolvimento vital, ou associados a algum evento ao longo da vida, e são relevantes para a formação inicial das características humanas, tais como: infância, adolescência, envelhecimento, gravidez e parto, situação de casamento, divórcio, situações de mudança no percurso de vida;
- e por último, *os requisitos de desvio de saúde*, quando derivam da alteração da condição do indivíduo, à genética, aos desvios estruturais e funcionais, com os seus efeitos, e às medidas de diagnóstico e terapêutica médica (Orem, 2001).

No entanto, o déficit de autocuidado existe, e está relacionado com a capacidade de ação do indivíduo (ação de autocuidado) e as suas necessidades (exigências de autocuidado). Por isso, o déficit refere-se a uma conformidade entre as ações que os indivíduos deveriam desenvolver e aquelas que têm capacidade de desenvolver, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. (Orem, 2001). Esta teórica identificou os défices de autocuidado como totais ou parciais; o primeiro implica a ausência de capacidade para satisfazer a necessidade, e o segundo refere-se à incapacidade de satisfazer alguma, ou algumas necessidades, estando associados não somente às limitações dos indivíduos para realizar estas medidas de cuidados, mas também com a falta de continuidade e efetividade no provimento dos cuidados (Orem, 2001).

O déficit de autocuidado implica a necessidade de intervenção de enfermagem que é uma propriedade complexa ou um atributo de um enfermeiro para compensação ou ajuda de outra pessoa, como resposta às necessidades de autocuidado. De acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, as intervenções podem ser: totalmente compensatórias (compensar as incapacidades, apoiar e proteger); parcialmente compensatórias (substituir o cliente em algumas atividades); ou de apoio e educação (ajudar a tomar decisões, dar informação e desenvolver aprendizagem), com o objetivo de satisfazer e modificar os requisitos de autocuidado universal, de desenvolvimento e os desvios de saúde.

1.2. A investigação sobre o autocuidado

O domínio do autocuidado é um foco da atenção dos enfermeiros e um dos principais aspetos do mandato social da profissão. Na assistência à pessoa dependente espera-se que os enfermeiros promovam a máxima autonomia nas atividades de vida diária, gerindo os recursos da sociedade e assumindo um papel de “*pivôt*” no contexto das equipas de saúde. No entanto, para poderem dar respostas efetivas aos desafios que lhes são colocados, é fundamental o desenvolvimento do conhecimento disciplinar nesta área, pelo que, realizamos uma pesquisa em janeiro de 2011 a partir dos descritores: “*self-care*”; “*activities of daily living*”; “*dependent*” e “*nursing interventions*”, em bases de dados eletrónicas disponíveis na Escola Superior de

Enfermagem do Porto: CINAHL Plus; MEDLINE; MedicLatina; Nursing & Allied Health Collection (Comprehensive; British Nursing Index; Cochrane Database of Systematic Reviews e Academic Search Complete via EBSCO, B-on e Elsevier). Apenas incluímos artigos de acesso livre, apresentados em texto integral (*full text*) e posteriores a 1990. Podemos constatar que muitos dos artigos se reportam às alterações nas atividades de autocuidado decorrentes da existência de uma doença crónica como a Diabetes, a Hipertensão Arterial, o Alzheimer e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Por isso, muitos dos artigos foram rejeitados a partir do título, ou após a leitura do resumo.

Optamos por apresentar uma síntese baseada nos artigos onde o fenómeno do autocuidado fosse estudado numa perspetiva de requisitos universais e atividades de vida diária, com o objetivo de identificar o conceito de autocuidado, os fatores de influência no autocuidado e as intervenções de enfermagem promotoras da autonomia para o autocuidado.

1.2.1. O conceito de autocuidado

O conceito de autocuidado de Orem emerge em muitos estudos como 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 (Almeida, 2009; Duque, 2009; Brito, 2012). Enquanto área de atenção dos enfermeiros, o autocuidado é entendido como feito, ação ou comportamento dependente de cada um e que pode ser executado pelo próprio, mas não necessariamente sozinho (Orem, 2001; Bernier, 2002), isto é, tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária, tais como: tomar banho, lavar-se, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, usar o sanitário, transferir-se, virar-se e usar a cadeira de rodas (ICN, 2002; ICN, 2011).

O autocuidado é um conceito multidimensional, o que pode ajudar a gerar intervenções mais abrangentes, destinadas a assistir pessoas dependentes para o

autocuidado, controlando a doença através do complexo sistema de saúde (Chou & William, 2004).

Hoy e colaboradores (2007) na exploração do conceito de autocuidado como recurso de saúde dos idosos (pessoas com idade igual ou superior a 65 anos) salienta duas áreas inter-relacionadas: o autocuidado como a capacidade para a manutenção da saúde e o autocuidado como um processo para a manutenção e desenvolvimento de saúde. *O autocuidado como a capacidade para manutenção da saúde* é definido como a capacidade de ação através da qual a pessoa mantém, promove ou melhora a sua capacidade funcional, controla a doença e/ou previne a incapacidade na sua vida diária, ou seja, refere-se ao potencial do indivíduo para dar resposta às necessidades universais e aos objetivos de saúde, a fim de obter o bem-estar e a independência. O autocuidado, nesta vertente, compreende três capacidades diferentes: *as capacidades fundamentais*, direcionadas para a condição de saúde, capacidade física e habilidade dos idosos, para atenderem às necessidades de vida diária com o sentido da autorresponsabilidade e equilíbrio; *as capacidades de poder*, a cognitiva, a fisiológica e a emocional, que dimensionam o modo de envolvimento do idoso nas atividades de autocuidado e assim adquirirem o controlo da sua vida para satisfação dos objetivos pessoais e, por último, *as capacidades de desempenho*, que confere a autogestão dos idosos na resolução de problemas e tomada de decisão durante situações específicas de saúde/doença.

O autocuidado como um processo para a manutenção e desenvolvimento de saúde é concebido como um método de reflexão que permite à pessoa modificar a sua condição de saúde e posteriormente adaptar-se e expandir a sua própria capacidade de ação. Esta dimensão engloba três processos, que podem ser descritos como:

- *O autocuidado como processo de experiência de vida*, que está relacionado com o conhecimento pessoal capaz de atribuir significados e objetivos à própria vida, interligando as perceções do seu passado, presente e futuro com a sua situação, individual e cultural, ou seja, uma procura de significado que integra a aceitação de si mesmo, os desafios da vida, a partilha, a flexibilidade, o prazer com a vida e a interação com um ser superior a si mesmo;

- *O autocuidado como um processo de aprendizagem*, criado para explorar e utilizar capacidades, recursos internos e externos na sua prática, que implica uma procura de comportamentos de saúde regulada pela experiência de vida. Corresponde ao saber e querer agir com base na sua consciência, valores e demonstração do potencial de desenvolvimento do conhecimento, entendimento e modo de pensar;
- *O autocuidado como um processo ecológico*, reconhecido como um processo de construção integrador e cumulativo na dimensão emocional, espiritual, fisiológica, bem como de condição sociocultural. O processo ecológico centra-se no reforço dos objetivos de vida, resiliência e na procura de redes de suporte (Hoy et al., 2007).

Sendo o autocuidado entendido como uma forma racional para agir no sentido de manter a saúde, apresenta condições e significados diferentes para cada pessoa (Backman & Hentienen, 1999; Rasanen, Backman, & Kynga, 2007).

1.2.2. Fatores que influenciam o autocuidado

Pensar em estratégias facilitadoras da promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado requer conhecimento sustentado acerca do assunto, pelo que, torna-se inevitável perceber quais os fatores identificados pela literatura que influenciam o autocuidado das pessoas. Dos estudos analisados, muitos tinham por finalidade identificar ou relacionar esses mesmos fatores. Pelo que se percebeu, estes fatores não surgem isoladamente, aparecem muitas vezes em simultâneo e interagindo uns com os outros (Borg, Hallberg, & Blomqvist, 2006). Assim, um evento súbito que leva a pessoa a depender de outra pode ser considerado um marco ou ponto de referência para a identificação desses mesmos fatores (Proot et al., 2000b).

Na literatura foi possível encontrarmos inúmeros fatores capazes de influenciar o envolvimento e a atividade de autocuidado das pessoas, podendo facilitar ou dificultar a prática do autocuidado, remetendo para aspetos que podem ser

intrínsecos ou extrínsecos à pessoa, isto é, estarem relacionados com a pessoa ou com o ambiente (Proot et al., 2000b).

Assim, e de acordo com a literatura (Proot et al., 2000b; Backman & Hentienen, 2001; Orem, 2001; Chou & William, 2004; Sacco-Peterson & Borel, 2004; Callaghan, 2006; Hoy et al., 2007; Petronilho, 2012), consideramos como fatores relacionados com a pessoa:

- *Fatores físicos* - capacidades psicomotoras e estado funcional;
- *Fatores psicológicos* - personalidade, autoestima, perceção da autoeficácia, motivação, força de vontade, autoconceito, autodisciplina, confiança, satisfação com a vida, iniciativa e responsabilidade;
- *Fatores cognitivos* - capacidade para aprender, memória, capacidade de procurar informação e capacidade de tomar decisões;
- *Fatores demográficos* - idade e sexo.

Por outro lado, como fatores relacionados com o ambiente incluímos:

- *Fatores sociais* - as redes de suporte formal (profissionais de saúde) e a rede de suporte informal (família, amigos e vizinhos);
- *Fatores económicos* - condições económicas

Os fatores considerados como facilitadores do envolvimento e da prática de autocuidado referidos encontravam-se relacionados: com uma maior capacidade funcional para desempenhar o autocuidado; destreza no desempenho; melhores estilos de vida; um envelhecimento mais ativo; uma melhor aceitação do futuro; melhores relações familiares; melhor satisfação com a vida e a perceção positiva de autoeficácia (capacidade para se auto cuidar). Este último está relacionado com um sentimento pessoal de sucesso perante um conjunto de competências desencadeadas como resposta a uma determinada situação, que permite aos indivíduos aumentar a capacidade para desempenhar atividades de autocuidado, com maior controlo das situações relacionadas com a vida e conquista dos objetivos pessoais (Backman & Hentienen, 1999; Hoy et al., 2007; Petronilho, 2012). É de salientar que os indivíduos com uma maior perceção de bem-estar identificam melhor os seus objetivos de vida, têm maior dedicação aos mesmos e maior sensação de sucesso na

sua concretização, em contrapartida, a sua ausência conduz à perda do sentido de vida e apatia (Nair, 2003).

Ainda na vertente dos fatores que facilitam o autocuidado, os estudos revelaram que o sexo feminino está associado a melhores comportamentos de saúde, melhor autoeficácia e maior capacidade de autocuidado. No entanto, estes aspetos vão diminuindo à medida que a pessoa vai envelhecendo (Callgahan, 2005). Também os fatores cognitivos relacionados com a capacidade de aprendizagem, a memória, a organização pessoal, os conhecimentos adquiridos e a capacidade de procurar informação são considerados como fatores facilitadores do autocuidado (Jaarsma et al., 2000; Proot et al., 2000a; Proot et al., 2000 b; Chou & William, 2004; Bridget, McGill, Stuart, Dorothy, & Nora, 2009).

Outros fatores evidenciados como facilitadores do autocuidado foram o apoio proporcionado pela família, amigos e vizinhos que é considerado vital (Sacco-Peterson & Borel, 2004; Wykes, Pryor, & Jeewody, 2009), a disponibilidade de acesso a recursos materiais e um maior nível de suporte social. Paralelamente, o apoio dado pelos profissionais de saúde foi considerado como fundamental para motivar as pessoas para o autocuidado (Nair, 2003).

Outros estudos revelaram aspetos considerados dificultadores do envolvimento e da prática de autocuidado, nomeadamente, a existência de uma personalidade “pessimista”, que poderá fazer com que estes clientes não procurem cuidados de saúde, dado considerarem que não vale a pena fazer mais nada, tornando-se pouco recetivos às terapêuticas de saúde (Backman & Hentienen, 1999; Jaarsma et al., 2000). Neste âmbito, enquadram-se indivíduos com história de vida mais dura, pior atitude face ao envelhecimento, pior satisfação com a vida, menos comportamentos de autocuidado. São também referenciados outros aspetos como dificultadores do autocuidado: sentimentos de tristeza; a depressão; a angústia; a falta de esperança; o agravamento dos sintomas; a solidão; o medo; o baixo nível educacional; a falta de recetividade e as expectativas negativas; o estado emocional negativo e o sentir-se um leigo (Proot et al., 2000b; Backman & Hentienen, 2001; Bridget et al., 2009).

Por último, destacamos a referenciação de outros fatores dificultadores para o autocuidado, como: as más condições habitacionais; a baixa capacidade

financeira ou baixo nível socioeconómico; o contexto das instituições (rotinas nos cuidados, limitações de tempo, falta de privacidade e falta de envolvimento da família); estratégias dos profissionais de saúde (atitudes de paternalismo, falta de informação, avaliação e deliberação); e as estratégias da família (atitudes de superproteção) (Proot et al., 2000b; Proot, Abu-Saad, Van Oorsouw, & Stevens, 2002; Bridget et al., 2009).

O perfil de autocuidado surge na literatura como sendo um fator de influência para o autocuidado dos idosos. Backman and Hentienen (1999) realizaram um estudo de natureza qualitativa com uma amostra de 40 idosos com idade igual ou superior a 75 anos, que viviam no domicílio. Este estudo teve como objetivo desenvolver um modelo explicativo sobre o perfil de autocuidado dos idosos. O autocuidado destes idosos centrava-se sobretudo no cuidar da sua condição de saúde e na realização das atividades de vida diária, sendo considerado como pré-requisitos do autocuidado: a capacidade funcional; a experiência de vida; a personalidade; a atitude para com os outros; o processo de envelhecimento; as expectativas futuras e a autoestima. Dos resultados do estudo emerge um modelo que engloba quatro perfis de autocuidado, com razões e significados diferentes para a ação: Autocuidado responsável (responsible self-care); Autocuidado formalmente guiado (formally guided self-care); Autocuidado independente (independent self-care); Autocuidado abandonado (abandoned self-care) (Backman & Hentienen 1999; Backman & Hentienen, 2001; Backman et al., 2007; Zeleznik, 2007; Zeleznik, D.; Zeleznik, U., & Stricevic, 2010).

O Autocuidado responsável engloba pessoas que se responsabilizam por todas as atividades de vida diária, cuidam da saúde e da doença (responsáveis pelo regime terapêutico, medicamentoso e de tratamento), interessam-se por saber o motivo dos seus sintomas, os benefícios e as complicações do regime terapêutico proposto pelo profissional de saúde. Assim, com base na informação, conhecimento e significado que atribuem, podem tomar as melhores decisões sobre a adesão ou a não adesão ao que lhe é proposto. Os idosos com este perfil de autocuidado, quando percecionam algo de errado na sua saúde, têm uma atitude ativa, procurando imediatamente o apoio que consideram necessário e a informação relacionada com as causas dos seus sintomas, reconhecendo-se nos idosos um envolvimento muito ativo com os

profissionais de saúde. As atividades diárias são encaradas por estas pessoas como tarefas realizadas com muito prazer. Neste perfil de autocuidado, as pessoas incorporam estilos de vida saudáveis, como manter uma dieta saudável, interesse na prática de exercício físico e preocupações com o ambiente. O pré requisito para este perfil de autocuidado é a orientação positiva face ao futuro e uma perspectiva positiva face ao envelhecimento, mesmo que em algum momento das suas vidas os idosos experienciem acontecimentos menos positivos, mas que são reconhecidos e valorizados como momentos de aprendizagem significativos. Durante a sua vida ativa, há uma valorização da sua vida laboral e sentem-se respeitados. Uma vez que dedicaram grande parte do seu tempo à atividade profissional, após a reforma, desejam ocupar os seus tempos livres na concretização de projetos que tiveram necessidade de adiar, considerando o facto de serem idosos uma nova forma de liberdade. Estas pessoas demonstram vontade para continuar a viver como agentes socialmente ativos e têm uma boa relação com a rede familiar e os amigos, reportam experiências positivas no passado, têm confiança no futuro e aguardam o apoio vindo dos outros se assim for necessário.

O autocuidado formalmente guiado engloba os indivíduos que cumprem as recomendações no sentido da promoção da saúde e as tarefas de vida diária de uma forma acrítica e rotineira. Estas pessoas revelam uma atitude passiva, não se empenhando em obter informação para melhor compreensão acerca do regime terapêutico prescrito, nomeadamente: efeitos secundários da medicação, preparação semanal da medicação, a razão do tipo de alimentos sugeridos e a evitar na dieta recomendada. Este perfil de autocuidado é determinado por idosos que ao longo do seu ciclo vital tiveram experiência de cuidadores, o que ao longo do tempo os levou a terem dificuldades em identificar as suas próprias necessidades. São idosos que experimentam um envelhecimento realista, aceitam de forma tranquila e com resignação a deterioração e as limitações físicas e cognitivas associadas ao processo de envelhecimento como sendo normal. Assim, apesar de se empenharem em manterem-se ativos, desempenham as rotinas diárias e mantêm-se o mais tempo possível nos seus lares, perspectivando que no futuro terão de ter apoio, podendo este passar pela institucionalização.

O autocuidado independente – baseia-se no desejo dos idosos em *ouvir a sua própria voz*. Colocam grandes dúvidas sobre as recomendações terapêuticas dos profissionais de saúde, pois gerem os seus processos de saúde-doença e as atividades de vida diária de uma forma muito independente. Não procuram os profissionais de saúde quando confrontados com algo de errado em relação à sua saúde e bem-estar, tentando encontrar respostas por si próprias e de acordo com as suas experiências de vida e crenças (de saúde e socioculturais). Muitas das vezes parecem ignorar ou não querem mesmo valorizar sinais e sintomas de doenças. Consideram as experiências ao longo da vida a melhor *escola da vida*. Os idosos com este perfil de autocuidado foram sempre independentes e determinados ao longo da sua vida relativamente à sua saúde, à sua atividade profissional ou mesmo nas suas relações sociais. O significado por eles atribuído à sua independência é manterem-se vivos, negando o próprio envelhecimento e o próprio futuro. Revelam uma autoeficiência, um autocontrolo e um autoconceito positivos, e revelam um forte desejo de permanecerem em casa até à morte, considerando o seu lar o lugar mais seguro para permanecerem, não valorizando o apoio da rede social de apoio.

O autocuidado abandono engloba os indivíduos que revelam falta de responsabilidade e desamparo, não são capazes de gerir o quotidiano, nem de cuidarem de si próprios. Existem fatores condicionantes que estão relacionados com o agravamento da sua condição de saúde (ex. dificuldade ou incapacidade para ler, ouvir, realizar as atividades de vida diária, gerir o regime medicamentoso e mesmo alterações da memória). Os idosos com este perfil de autocuidado demonstram normalmente uma condição psicológica comprometida caracterizada por tristeza, solidão, baixa autoestima e amargura; referem ter perdido o sentido da vida e revelam desejo de renúncia. Muitas vezes, revelam histórias de uma vida dura com sofrimento e relatam que foram pouco respeitados e pouco compreendidos ou mesmo abandonados pelos outros, descrevendo uma vida permanentemente difícil, associada à perda de pessoas significativas, perceção de baixa saúde física, perceção de baixo suporte social ou mesmo inexistente. Estes idosos apresentam atitudes negativas em relação ao processo de envelhecimento e têm redes sociais muito limitadas. Em relação ao futuro, embora manifestem o desejo de *desistir da vida*, sentem medo

desse mesmo futuro com a probabilidade de perder o controlo sobre a sua própria vida, associada ao declínio da sua condição física, mental e mesmo da própria morte.

Pelo exposto, os perfis de autocuidado *responsável, independente e formalmente* guiado podem ser entendidos como sendo facilitadores do autocuidado, requerendo o último mais suporte dos profissionais de saúde. O perfil de autocuidado de *abandono* é considerado inibidor, pois tal como o seu nome indica há um abandono do autocuidado (Backman & Hentienen, 1999; Backman & Hentienen, 2001; Backman et al., 2007; Zeleznik, 2007; Zeleznik et al., 2010).

Os fatores capazes de influenciar as atividades de autocuidado encontrados na literatura foram muitos, pelo que, se pode concluir que a vivência de uma situação de saúde/doença, que obriga a pessoa a tornar-se dependente de terceiros para realizar atividades de autocuidado que até aí desenvolviam sem dificuldades, é uma situação que dá origem a um processo difícil e lento de recuperar. Torna-se necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, se apercebam das diversas variáveis que se relacionam com o fenómeno do autocuidado, para que a promoção da autonomia destas pessoas seja mais eficaz.

1.2.3. Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado

Os profissionais de saúde são considerados um potencial na aplicabilidade de modelos de identificação e de gestão de estratégias que promovam a autonomia e que minimizem os fatores que condicionam de forma inibidora essa mesma autonomia (Chou & William, 2004). Identificar, relacionar e considerar os fatores com influência no autocuidado, deverá ser um aspeto essencial da base da decisão da efetividade de um modelo de intervenção promotor da autonomia da pessoa dependente (Blair, 1999).

Sendo o autocuidado uma função humana reguladora com o seu sistema de ação tem que ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente, em conformidade com as entidades reguladoras do indivíduo, associados ao seu estado de saúde ou características especiais de saúde, aos níveis de consumo de energia e aos fatores ambientais (Orem, 2001). Deste modo, e segundo Orem, o défice no autocuidado

exprime a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidados, orientando para a seleção dos sistemas de ação dos enfermeiros, que podem ser produzidos para pessoas que formam uma unidade de cuidar dependente, para grupos de pessoas que possuem necessidades de autocuidado semelhantes, ou para famílias (Orem, 2001).

Desta forma, Orem, através da teoria dos sistemas de enfermagem, determina de que modo as necessidades de autocuidado dos clientes podem ser resolvidas pelos enfermeiros, pelo cliente ou até por ambos, ou seja, quando existe um déficit de autocuidado, a forma como a pessoa e o enfermeiro se relacionam para compensar esse desequilíbrio origina o sistema de enfermagem, que são métodos de ação concebidos e produzidos pelos enfermeiros e englobam conceitos de ação deliberada, incluindo a intencionalidade e operações de diagnóstico, prescrição e regulação. Neste sentido, a relação entre a ação do cliente e a do enfermeiro pode ser classificada em três sistemas, reunidos ou não para um só cliente:

- No sistema totalmente compensatório - a pessoa é incapaz de manter um papel ativo nas ações do autocuidado, ela necessita que todos os cuidados sejam assumidos pelo enfermeiro;
- No sistema parcialmente compensatório - representa a situação na qual a distribuição das atividades de autocuidado são repartidas entre a pessoa e o enfermeiro, ou seja, ambos partilham os cuidados. A pessoa tem capacidade para efetuar algumas ações de autocuidado;
- No sistema de apoio-educação - a pessoa consegue realizar todas as ações do autocuidado, mas não pode fazer isso sem assistência e supervisão do enfermeiro. Estas exigências de ajuda estão, assim, confinadas à tomada de decisão, ao controle de comportamento e à aquisição de conhecimentos e habilidades, sendo o papel do enfermeiro promover o cliente como um agente do autocuidado (Orem, 2001).

A condição que valida a existência de uma exigência em enfermagem para um adulto é a ausência de capacidade para manter continuamente a quantidade e a qualidade do autocuidado (Orem, 2001).

O *empowerment*³ subjacente ao conceito de autocuidado aplicado às pessoas portadoras de doença crónica e com défice funcional tem sido uma medida adotada por vários países face às alterações demográficas da sociedade atual (Department of health, 2006). A evidência mostra que os programas de intervenção promotores do autocuidado são baseados na teoria da autoeficácia de Bandura (1986) onde o modelo de intervenção se baseia no incentivo da performance e da força, da energia e da capacidade individual para realizar as atividades básicas da vida diária, e as pessoas sujeitas a estes programas demonstram níveis superiores de bem-estar, auto estima positiva, sentido de autoconfiança e qualidade de vida (Chang, Crogan, & Wung, 2007; Wilkinson & Whitehead, 2009). Neste sentido, consideramos a promoção da autoeficácia como um indicador de processo que contribui para a avaliação do desenvolvimento da mestria dos clientes.

Promover a autonomia para o autocuidado exige do profissional de saúde programas de efetividade onde imperem: a atenção e o respeito pelos clientes; as atitudes de autodeterminação e tomadas de decisão partilhadas; mais supervisão; maior disponibilidade à informação e à deliberação baseada nas necessidades e prioridades do cliente e família; e uma avaliação sistematizada dos indicadores de processo capazes de traduzir as mudanças ocorridas, ao longo de todo o processo (Jaarsma et al., 2000; O'Hara, Loraine de Souza, & Ide, 2002; Borg et al, 2006; Backman et al., 2007; Chang, 2009; Pryor, 2009).

Os estudos incluídos na presente revisão revelam ainda que o modelo de abordagem por parte dos enfermeiros no sentido de promover a capacidade para o autocuidado necessita de incluir uma combinação do sistema educativo e assistencial com o uso de estratégias e comportamentos que promovam o aumento: da autoestima, da autoeficácia; da responsabilidade individual e familiar; da habilidade instrumental de autogestão orientada para as novas dificuldades pessoais e ambientais; e da efetividade da continuidade dos cuidados (Blair, 1999; Jaarsma et al., 2000;

³ Em saúde promover o *empowerment* é ajudar a pessoa a aumentar e a usar a sua própria capacidade, inata, para obter mestria. O enfermeiro que utiliza abordagens baseadas no *empowerment* encontra-se imbuído de estratégias que o leva a distinguir-se dos outros, não pelo que faz, mas pela forma como o faz e pela intencionalidade com que o faz. O seu papel é principalmente de facilitador e recurso, enquanto *expert* no processo (Anderson & Funnell, 2010).

Roelands, Paulette, Buysse, & Depoorter, 2002; Chang, Crogan, & Wung, 2007; Wilkinson & Whitehead, 2009).

Da revisão realizada resulta também que o autocuidado é entendido como a percepção, a capacidade e a motivação dos indivíduos para realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e gerir as doenças. Ficou também demonstrado que o autocuidado é um resultado de saúde sensível às intervenções de enfermagem, sendo que enfermeiros têm uma ação decisiva na promoção do autocuidado e no bem-estar das pessoas, através do aumento do seu repertório de conhecimentos e habilidades. O autocuidado é um conceito fundamental para a vida do ser humano e para o sistema de saúde, com ampla abrangência nos diferentes contextos da relação de cuidados (Chou & William, 2004; Bridget et al., 2009).

Dos estudos encontrados alguns deixaram como advertência a necessidade de desenvolver modelos de intervenção adequados com recurso à investigação experimental (dentro do possível, face à natureza ética do objeto da profissão de enfermagem), por forma a testar a efetividade e eficiência dos cuidados, e desta forma, poder encontrar os melhores resultados face às necessidades das pessoas decorrentes da dependência para o autocuidado, pelo que nos pareceu urgente, a partir desta compreensão, e por via da investigação em enfermagem, evoluir para a construção da ação através de modelos de intervenção que se traduzam em resultados positivos na saúde e no bem-estar das pessoas (Holguín, 2010; Spichiger, et al., 2011).

1.3. Teoria das transições

Estudar a prática e desenvolver o conhecimento da disciplina sob a evidência do conceito das transições pode constituir uma mais-valia na compreensão e na interpretação das interações entre a pessoa e o ambiente e os seus efeitos reais ou potenciais sobre a saúde (Chick & Meleis, 1986).

Quando alguém fica dependente de outro por perda da autonomia para realizar as atividades de autocuidado, colocam-se sérios desafios à pessoa que vivencia o acontecimento, exigindo-lhe a necessidade de implementar mudanças duradouras nos

seus estilos de vida. Estas mudanças são mais do que simples alterações, porque exigem a incorporação de novos conhecimentos, novas habilidades, alterações nos padrões das relações sócio/familiar e profissionais; alterações nas expectativas e gestão das emoções. Estes desafios que implicam a passagem de um estado, condição ou lugar para outro e implicam um processo de mudanças durante um período de tempo numa determinada direção para atingir um objetivo, denominam-se de transições (Chick & Meleis, 1986).

A Enfermagem toma por foco de atenção as respostas humanas às transições, decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida. (Chick & Meleis, 1986). Mais tarde, Meleis (2007) complementa a ideia com afirmação que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam, e ajudam a lidar com as mudanças promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar nas pessoas.

Os enfermeiros cuidam da pessoa e das famílias, assistindo nas mudanças e exigências que estas implicam nos seus quotidianos, preparando as transições eminentes e facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde e doença. Desta forma, os enfermeiros que usam parte substancial do seu tempo a prestarem cuidados a indivíduos em transição, a sua função tem como desígnio facilitar o processo de transição que a pessoa vivencia, promovendo adaptação e prevenindo resultados indesejáveis (Meleis & Trangenstein 1994b; Meleis et al., 2000; Meleis, 2007). No entanto, será que mudança e transição são duas palavras diferentes que designam a mesma coisa? Diversos autores têm mostrado que o conceito de *transição* é distinto do conceito de *mudança* (Chick & Meleis, 1986; Bridges, 2004; Kralik, Visentin, & Van Loon, 2006). Mudança aponta para a situação e a transição para a vivência da situação; a mudança é externa e a transição interna. Assim, a mudança, seja ela desejada ou forçada, implica, por vezes, uma transição (Chick & Meleis, 1986; Bridges, 2004; Kralik et al., 2006).

As transições podem ser entendidas como experiências humanas, descritas como o conjunto de respostas, ao longo tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das

modificações, bem como pelo impacto destas modificações ao nível do bem-estar (Meleis, Hall, & Stevens, 1994a; Meleis & Trangenstein 1994b).

Consequentemente, as transições são eventos que propiciam modificações nos comportamentos e papéis de cada indivíduo na sua família, são o “*resultado e resultam em modificações nas vidas, saúde, relações e ambientes*” (Meleis et al., 2000, p. 13). A experiência da transição exige, por isso, que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere comportamentos, que redefina os significados associados aos eventos e que, consequentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social (Chick & Meleis, 1986; Meleis et al., 2000).

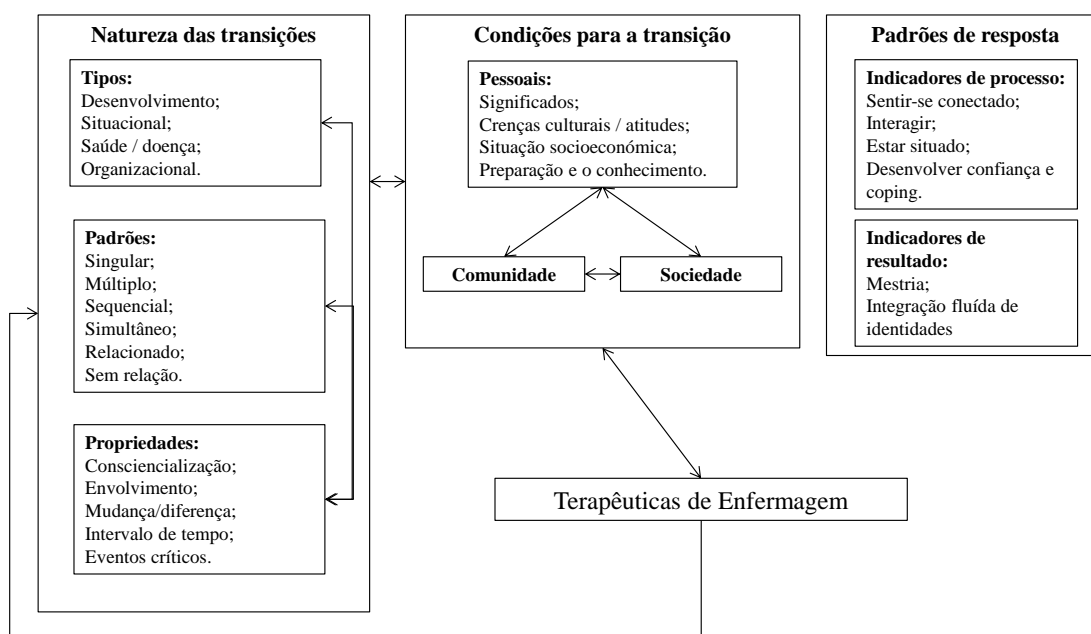
Segundo Chick & Meleis (1986), a transição foi apontada como um processo organizado numa determinada sequência e que decorre ao longo de diversas fases, um início, uma passagem e um fim. E tem como características universais: o *processo*, a *perceção* e a *rutura (disconnectedness)*. Entre o início e o fim existe uma noção de movimento que envolve tanto a rutura com a vida tal como era conhecida, como as respostas da pessoa ao evento que desencadeou a transição. Segundo as autoras, a sequência no processo de transição é invariável, mas a duração e o efeito da rutura de cada fase não o são. A duração da transição corresponde ao *período de tempo (time span)* que decorre entre a antecipação, quando possível, da necessidade de mudar e a estabilidade na nova condição. Contudo, a perceção tem uma estreita relação com o significado que a transição assume para quem a experiencia. É influenciada pelo ambiente e pelas características do indivíduo e influencia as respostas aos eventos e, por essa via, os resultados da transição (Chick & Meleis, 1986).

Uma outra característica elementar da transição é a rutura (*disconnectedness*) que traduz a ideia de corte nas relações, nos compromissos ou com o anteriormente estabelecido (Chick & Meleis, 1986). Efetivamente, quem vive uma transição é confrontado com a rutura com os laços que suportam e fortalecem os sentimentos de segurança no mundo tal qual o conhece. A rutura pode ocorrer a diversos níveis, nomeadamente a perda de pontos de referência habituais; a inconsistência entre as expectativas construídas no passado e as perceções determinadas pelo presente; a

discordância entre as necessidades e a disponibilidade; e o acesso a recursos para a sua satisfação.

A partir da investigação desenvolvida em torno das transições, Meleis e colaboradores (2000) apresentam a teoria de Médio Alcance das Transições. A figura 1 permite de forma esquemática perceber a estrutura desta teoria que se encontra organizada em torno de três conceitos centrais: a natureza da transição, as condições facilitadoras e inibidoras e os padrões de resposta.

Figura 1- Modelo de uma transição em enfermagem



(Traduzido e adaptado de Meleis et al., 2000, p. 661)

Natureza das transições

Quanto à natureza, as transições podem ser analisadas de acordo com o tipo, o padrão e as propriedades.

Tipos de transição

As transições podem ser de quatro tipos: *transição de desenvolvimento*, associada a mudanças no ciclo vital, que podem ser individuais ou familiares; *transição situacional*, associada a acontecimentos que implicam alterações de papéis do cliente (são exemplo, o assumir o papel de prestador de cuidados e o assumir o papel

parental, entre outros); *transição saúde/doença*, relacionada com alterações da condição de saúde que implica a passagem de um estado saudável para viver com uma doença crónica ou o agravamento do estado da condição de saúde e a *transição organizacional*, associada a mudanças relativas a alterações nas entidades que experienciam as transições como aspetos relacionados tanto com o ambiente social, político e económico como com as alterações na estrutura e dinâmica das organizações (Meleis et al., 2000).

Padrão da transição

As transições não são discretas nem mutuamente exclusivas, as autoras defendem a ideia de que as transições possuem padrões de complexidade e de multiplicidade, na medida em que cada pessoa pode estar a viver mais do que um tipo de transição simultaneamente. Deste modo, no que concerne aos padrões, as transições podem ser caracterizadas como *únicas* ou *múltiplas*, *sequenciais* ou *simultâneas* e *relacionadas* ou *não*. Por exemplo, uma mulher pode estar a lidar simultaneamente com uma transição de desenvolvimento, relacionada com a menopausa, e com uma situacional, relacionada com a migração e o trabalho (Meleis et al., 2000).

Propriedades da transição

Apesar das transições se revestirem de muita diversidade, complexidade e multidimensionalidade, foram identificadas algumas homogeneidades, definidas como “*propriedades universais das transições*” (Schumacher & Meleis, 1994, p. 121), que são: a consciencialização; o envolvimento; a mudança e a diferença; o tempo; os momentos e os eventos críticos.

A *consciencialização* é considerada a propriedade definidora de todo o processo, na medida em que está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da experiência de transição. O nível de consciencialização reflete-se no grau de congruência entre o que se sabe sobre o processo, as respostas e as perceções dos indivíduos a lidar com transições semelhantes (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007).

A análise desta propriedade tem deixado uma questão que subsiste e que se relaciona com a dúvida sobre se alguém que não tem consciência da transição estará efetivamente a vivenciá-la? Chick and Meleis (1986) sustentam a ideia de

que a consciencialização, em torno das mudanças que estão a ocorrer, é essencial para que a transição ocorra. No entanto, os trabalhos realizados por Meleis (2000) acrescentaram que contrariamente ao que tinha sido referido, apesar de a consciencialização ser essencial para que a transição ocorra, a não demonstração da mesma não pode ser um fator limitativo de que a transição não exista (Meleis et al., 2000).

O envolvimento é outra das propriedades que corresponde ao nível de “disponibilidade” que cada pessoa demonstra no processo de transição. O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento e este pode não acontecer na ausência de consciencialização. Como exemplos de envolvimento temos: a procura de informação ou de recursos; a utilização de modelos de referência; preparar-se ativamente para lidar com a nova situação; e a modificação proactiva das atividades da vida diária (Meleis et al., 2000).

O nível de consciencialização influencia o grau de envolvimento, na medida em que este fica comprometido se não existir consciencialização (Chick & Meleis 1986; Meleis et al., 2000; Kralik, Visentin & Van Loon, 2006). A condição de saúde da pessoa, os recursos disponíveis e o suporte social são também fatores que influenciam o nível de envolvimento.

A mudança e a diferença são propriedades essenciais da transição. As transições são resultado de mudanças e resultam em mudanças. Ao longo da transição, a pessoa pode experienciar mudanças significativas em si, no ambiente e no modo como as percebe.

Para perceber a transição é necessário explorar e descrever os efeitos e significados das mudanças, incluindo a natureza, a temporalidade, a importância percebida e as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar associada a eventos críticos ou desequilíbrios, que proporcionam rutura nas rotinas, ideias, percepções e identidade da pessoa (Meleis et al., 2000). Para caracterizar a mudança e diferença interessa também perceber o quanto importante, ou grave, é a mudança e o impacto que vai ter no estilo e hábitos de vida do indivíduo e pessoas significativas.

A *diferença* é outra propriedade da transição. Uma vez percebida pode levar a mudanças de comportamento e de percepção, ou seja, o indivíduo pode ver-se ou sentir-se diferente, ou ser visto de forma diferente. Esta diferença pode resultar numa nova maneira de o indivíduo envolvido na transição ver o que o rodeia e o que levou a originar a transição em si mesmo. A maneira como esta diferença é encarada pelo indivíduo pode influenciar o período de tempo necessário para que a transição decorra com sucesso (Meleis et al., 2000). Assim, facilitar o processo de transição implica avaliar, entre outros aspetos, o nível de conforto com a situação, o impacto da mudança e da diferença no nível de bem-estar e a capacidade da pessoa para lidar com essas mudanças e diferenças.

O *período de tempo*, ou seja, a passagem do tempo é essencial no processo de transição, pois este pode variar em função do progresso da própria transição, pelo que é importante uma avaliação dos resultados desta experiência, considerando a sua possibilidade de fluxo e variabilidade ao longo do tempo (Chick & Meleis, 1986; Kralik, Visentin & Van Loon, 2006).

Os *pontos e os eventos críticos* são aspetos importantes como propriedades da transição. Algumas transições estão associadas a eventos, como por exemplo: o nascimento, a menopausa, ou o diagnóstico de uma doença. Outras transições podem ocorrer sem que os eventos associados sejam tão evidentes. A identificação e descrição dos eventos e pontos críticos constituem etapas incontornáveis para planear e implementar as intervenções de enfermagem, de modo a apoiar as pessoas ao longo do processo de transição. Os momentos marcantes desencadeiam normalmente no indivíduo o início do processo de transição, estes momentos podem ainda levar a uma melhoria da consciencialização da percepção da mudança e da diferença inerente à própria transição, assim como o aumento do nível de envolvimento para lidar com a experiência de transição (Meleis et al., 2000).

Temos ainda os pontos críticos finais, caracterizados pelo sentido de estabilidade em novas rotinas, capacidades, estilos de vida e atividades de autocuidado. Podem ser identificados períodos críticos, considerados inibidores para o processo de transição, que são períodos de aumento da vulnerabilidade onde os clientes encontram

dificuldades, que requerem a atenção, o conhecimento e a experiência do enfermeiro em diferentes sentidos (Meleis et al., 2000).

Condições facilitadoras e inibidoras da transição

Para compreender as experiências dos clientes, ao longo da transição, é necessário caracterizar as condições pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável, pois, cada pessoa atribui um significado às situações de saúde e doença, de acordo com os valores, as crenças e os desejos, que caracterizam a singularidade e projeto de saúde individuais (Meleis et al., 2000; Ordem dos Enfermeiros, 2001). Assim se compreende o modo como os significados e as percepções são influenciados e influenciam o decurso da transição (Meleis et al., 2000).

As condições pessoais

As condições pessoais englobam os significados, as crenças e as atitudes culturais, o estatuto socioeconómico, o nível de preparação e de conhecimento (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007).

Os significados guardam relação estreita entre a importância e o valor que é atribuído pelo indivíduo aos eventos que desencadeiam a transição e ao processo de transição. O significado atribuído é construído a partir da interpretação que cada um faz da realidade que o envolve e da experiência apreendida através dos órgãos dos sentidos e da percepção. Assim, a partir dos conhecimentos adquiridos, das experiências vividas, e da percepção da realidade, cada pessoa vai definindo a sua forma de agir, de sentir, de ver e de ser em relação a tudo o que é importante para si e para os que lhe são significativos. De acordo com a forma como os significados são entendidos, podem ser considerados positivos, negativos ou neutros e constituírem-se como fatores facilitadores ou inibidores da transição (Meleis et al., 2000). Se uma pessoa atribui significado negativo à utilização de determinado equipamento, tende a resistir ao desenvolvimento de competências para o utilizar (por exemplo ao uso de um auxiliar de marcha).

A *atitude* pode ser percebida como a tendência da pessoa para responder ou agir de um modo característico acerca do que o rodeia. De acordo com o ICN (2011), a

atitude, enquanto processo psicológico, refere um modelo mental, uma orientação e uma opinião aceite. Na estrutura ontológica da CIPE® são especificadas seis tipos de atitude: atitude face ao cuidado, atitude face à gestão de medicamentos, atitude face ao cuidado no domicílio, atitude face ao *status* nutricional, atitude face à cirurgia e atitude face à dor. Cada uma das atitudes representa a opinião acerca de aspetos que influenciam a ação, por exemplo, a atitude face ao cuidado refere a “*opinião sobre o tratamento e o prestador de cuidados de saúde*” (ICN, 2006, p. 40).

As crenças são entendidas como “opiniões, convicções e fé” (ICN, 2011, p. 46). Deste modo, a crença cultural pode ser definida como a “convicção e disposição da pessoa para manter ou abandonar ações tendo em conta os valores da sua própria cultura” (ICN, 2011, p. 46). As crenças constituem princípios orientadores que conferem significado e direção à vida, funcionam como filtros pré-formatados que facilitam a organização e a construção das perceções sobre a realidade.

Os estatutos socioeconómicos constituem a posição, ou a ordem, relativa de um indivíduo numa hierarquia baseada em atributos sociais e económicos, que se exprimem no acesso diferencial a recursos e a comodidades valorizadas. São três os indicadores do estatuto socioeconómico tradicionalmente mais relevantes no processo de transição - o nível dos rendimentos, a ocupação profissional e o grau de instrução (Meleis et al., 2000).

Assim, o estatuto socioeconómico constitui um fator que pode condicionar o curso da transição. Meleis e colaboradores (2000) reconhecem que o baixo estatuto socioeconómico pode assumir-se como um fator inibidor para a transição saudável, na medida em que pode ser condicionador do acesso a recursos de saúde, do acesso à informação e da capacidade para implementar as medidas inerentes à nova condição.

O Nível de preparação e nível de conhecimento antecipado para lidar com a nova situação parece constituir um fator facilitador e, pelo contrário, a falta de preparação parece constituir um fator inibidor da transição. Assim, conhecer antecipadamente o que é esperado durante a transição e as estratégias necessárias para lidar com as mudanças e as suas consequências é potenciador de uma transição saudável (Meleis et al., 2000). O conhecimento ajuda na construção dos significados. Por isso, o processo de aprendizagem é parte relevante da transição.

Desta forma, seja qual for o tipo e padrão de transição, o processo de recuperação do papel é um elemento crítico, condicionado pela rutura com os modelos de vida até então tidos como certos e habituais, nomeadamente as rotinas diárias. De facto, a reformulação da identidade envolve os conhecimentos para tomar decisões e as habilidades para lidar com a nova condição. Para lidar com as novas situações é necessário adquirir novos conhecimentos e novas habilidades, desenvolvendo, por essa via, novas competências.

As condições da comunidade e da sociedade

Os recursos da comunidade podem também constituir condições que facilitem ou restringir os processos de transição saudáveis e o resultado das transições. Assim, quanto melhor organizados, preparados e acessíveis forem os recursos disponíveis, maior a probabilidade de ocorrer uma transição saudável. Podem ser considerados fatores facilitadores da transição o suporte familiar, a informação relevante disponível em fontes credíveis, o aconselhamento sobre as diferentes possibilidades e o suporte na tomada de decisão, o encaminhamento para os recursos disponíveis e a resposta apropriada às dúvidas e às necessidades efetivas. Por seu turno, o suporte insuficiente ou inadequado, o aconselhamento desajustado, a informação insuficiente ou contraditória podem constituir fatores inibidores (Meleis et al., 2000).

Padrões de resposta

Apesar das diferenças individuais, os estudos têm vindo a demonstrar que os clientes em transição apresentam respostas semelhantes ao longo da transição, sendo, por isso, possível falar em padrões de resposta. Os padrões de resposta às transições podem ser monitorizados através de indicadores capazes de traduzir, entre outros, o nível de conhecimentos e o nível de desempenho necessários para fazer face às novas situações e contextos e ao impacto do evento na saúde (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007).

No sentido de identificar o estado ou a direção da pessoa que vivencia a transição, ou seja, se está a evoluir no sentido do máximo bem-estar ou no sentido dos riscos de vulnerabilidade, é necessário a existência de indicadores que podem ser de processo ou de resultado. Meleis (2007) considerou que a monitorização do processo de transição vivenciado pela pessoa é fundamental, para considerar se a transição em

curso é saudável ou não, ou seja, a transição não saudável ou ineficaz é caracterizada por déficit no desempenho de papel, isto é, dificuldade na compreensão e/ou desempenho de um papel, nos comportamentos e nos sentimentos. A transição saudável é caracterizada pela existência de mestria nos comportamentos e nos sentimentos associados ao novo papel e identidade. Quando a transição é saudável os sentimentos de stress iniciais são substituídos pela sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007).

Indicadores de processo

Dada a natureza longitudinal das transições, importa definir e avaliar as dimensões relativas ao seu desenvolvimento, de modo a obter dados comparáveis com os resultados esperados ao longo do tempo. Assim, os indicadores de processo permitem caracterizar as respostas à transição durante o tempo em que esta decorre.

Os indicadores de processo considerados na teoria das transições são: o sentir-se ligado, o interagir, o localizar-se e estar situado, o desenvolver a confiança e o adaptar-se.

O sentir-se ligado, ou seja, o estabelecer de relações com os outros, assume-se como relevante para o desenrolar da transição, sobretudo quando se trata da ligação com o profissional de saúde, enquanto fonte de informação e de apoio para o desenvolvimento da transição. O sentir-se bem com o profissional de saúde é considerado um indicador positivo na experiência da transição (Meleis et al., 2000).

A interação com os outros é fundamental para que a transição possa suceder. Esta interação permite que o indivíduo descubra quais os comportamentos a adotar e o significado da transição para si, pois, existem contextos em que o princípio da interação necessita ser reformulada, por exemplo, a necessidade de outros para a realização de tarefas que antes conseguia realizar sem ajuda (Meleis et al., 2000).

O estar situado traduz aceitação da atual condição de saúde. A comparação da vida anterior com a atual e o descobrir de novos significados e perceções facilita o aceitar da nova condição de saúde. Assim, o sentir-se situado vai depender da harmonia entre a realidade e a perceção, das expectativas e da consciencialização que a pessoa tem da sua própria situação e do modo como está a lidar com a mudança e diferença (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007).

O desenvolvimento de confiança e o adaptar-se consiste no aumento dos níveis de segurança por parte das pessoas que se encontram em processo de transição, manifestando-se pela sua compreensão nas diferentes etapas do processo em que se envolvem, quer seja ao nível do diagnóstico, tratamento, recuperação, o viver com as suas limitações, o nível de utilização dos recursos disponíveis e o desenvolvimento de estratégias de gestão.

O coping, de acordo com o ICN, é descrito como a disposição para gerir o stress face a situações que desafiam os recursos individuais de modo a satisfazer as exigências da vida, caracterizando-se por sentimentos de controlo, diminuição do nível de stress, verbalização da aceitação da situação e aumento do conforto psicológico (ICN, 2006).

Indicadores de resultado

Os indicadores de resultado anunciam os resultados em função do que é expectável. Os indicadores de resultado permitem, por um lado, identificar o final da transição; e, por outro, possibilitam a avaliação da evolução do desenvolvimento de competências, comparando com os resultados finais estabelecidos. Meleis e colaboradores (2000) apresentaram dois indicadores de resultado: a mestria e uma nova identidade.

A noção *de mestria* resulta de uma combinação do incorporar de capacidades desenvolvidas durante o processo de transição, com a reformulação das capacidades anteriormente presentes, levando ao desenvolvimento de um equilíbrio nas relações de capacidade da pessoa. Assim, o fim da transição é determinado a partir do momento em que a pessoa evidencia domínio dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar com a nova condição.

A *integração fluida da identidade*, que é outro indicador de resultado, está associada ao facto de a pessoa que vivencia as transições integrar novos comportamentos, experiências e competências que transformam a sua identidade, ou seja, a integração de novas competências e novos conhecimentos que permitiram à pessoa ultrapassar a transição vivenciada exige um reajuste entre a pessoa e o contexto, que passa pelo

reformular a forma de viver, incorporando novas formas de ser e de estar na sua identidade (Chick & Mekeis, 1986; Meleis et al., 2000).

O processo de recuperação da autonomia da pessoa que se tornou dependente para o autocuidado, pelas suas idiossincrasias, coloca-lhe desafios de competências, exigindo-lhe a percepção da necessidade de implementar mudanças duradouras no seu dia-a-dia. Essas mudanças ocorrem durante um período de tempo e têm um sentido e um movimento para que possa ser atingido o objetivo de uma transição saudável. Deste modo, ao longo das fases do processo de transição é necessário o desenvolver de estratégias adaptativas que permitam à pessoa readquirir o seu equilíbrio e uma sensação de bem-estar.

As terapêuticas de Enfermagem

As terapêuticas de enfermagem são definidas como todas as ações intencionalmente implementadas para promover, recuperar ou facilitar a saúde e o bem-estar dos clientes (Meleis et al., 2000).

O ICN define intervenções de enfermagem como “ações realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado (...)” (ICN, 2002, p. 19), enquanto as terapêuticas de enfermagem, embora se antevejam nesta definição, procuram a intencionalidade colocada nas ações de enfermagem. As terapêuticas de enfermagem podem ser por natureza de promoção, prevenção, intervenção, ou de restauração, sendo cruciais para o sucesso das transições (Chick & Melies, 1986; Schumacher & Meleis, 1994; Meleis et al., 2000).

Dada a multiplicidade das terapêuticas de enfermagem referidas por Schumacher et al. (1999), decidimos abordar aquelas que de algum modo pudessem servir de referencial teórico na operacionalização do presente estudo. Neste sentido, destaca-se: *nursing assessment* (avaliação de enfermagem); *reminiscence* (reminiscência); *role supplementation* (complemento do papel); *creation of a healthy environment* (criação de um ambiente saudável); *mobilization of resources* (mobilização de recursos) (Schumacher, Jonesy, & Meleis., 1999).

A *nursing assessment* (avaliação de enfermagem) constitui uma terapêutica de suporte, dada a natureza dinâmica das transições. A avaliação no sentido de aferir o

rumo do processo de transição e de adequação das terapêuticas de enfermagem em cada fase do processo é fundamental no sentido de alcançar o nível máximo de bem-estar da pessoa que vivencia a transição. Contudo, não se poderá esquecer que a adequação das terapêuticas de enfermagem implica, nesta perspectiva, que os enfermeiros dominem a problemática das transições, com as suas propriedades, as condições que as facilitam ou as inibem, assim como o identificar dos padrões de resposta descritos. Para isso, é necessário ter uma atenção particular aos indicadores de processo, na medida em que estes fornecem informações singulares sobre o rumo e estado do processo de transição (Schumacher et al., 1999).

A *reminiscence* (reminiscência) facilita o crescimento e desenvolvimento de uma nova identidade, ou seja, o enfermeiro tem que promover a reinterpretação dos significados passados para os poder integrar no presente e iniciar uma nova fase rumo ao sucesso da transição (Schumacher et al., 1999).

O *role supplementation* (complemento do papel) assume-se como uma terapêutica facilitadora no desenvolvimento e aquisição de novos conhecimentos e capacidades necessários para lidar com a nova conjuntura de mudanças inerentes aos tipos de transições descritos e suprimir as exigências de desempenho de determinado papel (Schumacher et al., 1999; Meleis, 2007). O *role supplementation* foi enunciado como o elemento *major* das terapêuticas de enfermagem face à necessidade em cuidados decorrente da insuficiência no desempenho do papel, potencial ou real (Meleis, 2007).

A perturbação no processo de integrar um novo papel pode desencadear uma insuficiência no seu desempenho (*role insufficiency*), que foi definida como comportamentos e sentimentos associados à perceção de não conseguir dar resposta efetiva às obrigações e às expectativas inerentes aos novos papéis, ao longo da transição (Meleis, 2007). A insuficiência do papel exige, de algum modo, a sua suplementação. Na especificação desta terapêutica foram definidas as componentes, as estratégias e o processo. Como componentes foram identificadas a clarificação do papel (*role clarification*) e o *role taking*; como estratégias foram identificadas o treino do papel (*role rehearsal*) em ambiente seguro e a modelagem do papel (*role*

modeling); e como processo foi identificada a comunicação, que possibilita a ocorrência de todas as estratégias.

A *creation of a healthy environment* (criação de um ambiente saudável) é uma terapêutica de enfermagem que se revela muito útil na abordagem às transições vivenciadas pelas pessoas idosas. Esta terapêutica deve ser vista segundo uma perspectiva dinâmica e flexível no sentido de adequar as mudanças ambientais decorrentes do processo de transição às necessidades das pessoas e obter um novo ambiente saudável (Schumacher et al., 1999).

Por último, a *mobilization of resources* (mobilização de recursos) consiste no mobilizar e adequar os recursos, no sentido de facilitar a transição entretanto iniciada, que poderão ser: pessoais, familiares, comunitários ou ambientais. A necessidade de novos recursos pode não ser estável tendo de existir a melhor adequação possível destes às necessidades das pessoas em determinado momento da transição (Schumacher et al., 1999).

Desta forma, percebemos que as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros podem assumir um papel facilitador do modo como a pessoa responde às mudanças, ao longo do tempo, e necessita de adaptar-se a uma nova situação ou circunstância, para integrar a mudança na sua vida.

Consideramos que ajudar os clientes, mobilizando as suas energias e facilitando as transições dirigidas para um potencial de recuperação da autonomia⁴ e de saúde, numa perceção do bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento, confere à disciplina de Enfermagem um carácter singular, sendo a compreensão dos processos de transição e o implementar de intervenções que prestem ajudas efetivas às pessoas, um desafio para os seus profissionais. Os enfermeiros interagem com o ser humano que vive numa condição de saúde/doença, podendo esta ser real ou por antecipação e as intervenções de enfermagem organizam-se em torno de uma

⁴ Potencial de autonomia - é um resultado esperado, ou seja uma meta extremamente importante nos cuidados aos clientes com compromisso da autonomia para o autocuidado. Tratando-se do potencial que cada pessoa encerra para preservar ou recuperar a autonomia após um quadro de dependência para o autocuidado (Brito, 2012; Maciel, 2013).

intenção que conduz à ação de promover, restaurar ou facilitar essa transição (Meleis et al., 2000; Meleis, 2007).

A utilização da teoria de médio alcance das transições (Meleis et al., 2000) tem acrescentado uma importante dimensão na identificação de marcos para a Enfermagem, no refinamento de fenómenos específicos da disciplina, na definição de prioridades e no desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem adequadas (Chick & Meleis, 1986; Meleis & Trangenstein, 1994).

1.4. A realidade dos cuidados à pessoa em situação de dependência para o autocuidado

Ao olharmos a realidade internacional, sobre as estratégias que foram acionadas pelos diferentes países, de forma a darem resposta à crescente necessidade de cuidados, associada ao progressivo aumento da esperança média de vida que por sua vez, leva a um aumento da prevalência de situações de cronicidade e incapacidade, verificamos que estas revelam-se bastante distintas. Estas diferenças reportam-se sobretudo a nível: da definição dos cuidados; das respostas a oferecer; dos modelos organizacionais; da sustentabilidade e do acesso aos cuidados. Em contrapartida, as semelhanças são apenas referentes ao espaço ocupado por este novo tipo de cuidados, nos diferentes sistemas de saúde, ou seja, entre o hospital e a comunidade e o facto de os sectores da saúde e social estarem sempre presentes na organização (Comas-Herrera et al., 2006; World Health Organization [WHO], 2008).

Esta ausência de consenso, fruto das políticas de saúde e da segurança social de cada país, cria dificuldades quando se pretende comparar os modelos de organização e de financiamento, e quando se pretende fazer avaliação da qualidade e do impacto dos cuidados nas pessoas e nos sistemas de saúde. Em Portugal, a resposta às necessidades de cuidados em saúde das pessoas com dependência para o autocuidado e aos idosos em situação de fragilidade, é suportada pela estrutura do Sistema Nacional de saúde e denominam-se de Cuidados Continuados Integrados. Em contrapartida, para a Organização Mundial de Saúde (OMS), para a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD), e até para alguns países

da união europeia, estas mesmas respostas são designados de Long Term Care (LTC) / Cuidados de longa duração (WHO, 2002; Driest, 2006; Gibson & Donald, 2007; Gonzalez & Lozano, 2008, OECD, 2013;).

Ao analisarmos a definição de cuidados de longa duração para a OMS, o termo LTC inclui atividades destinadas a pessoas que não têm capacidade para o autocuidado a longo prazo, sendo estes cuidados prestados por cuidadores informais e formais, incluindo profissionais de saúde, profissionais sociais, entre outros, bem como voluntários. Esta organização não inclui, na definição de LTC, a prevenção, o tratamento da doença crónica, a reabilitação ou a intervenção na saúde mental. (WHO, 2002). Segundo a OECD, os LTC incluem um conjunto de serviços para pessoas com dependência nas atividades de vida diária, devido a incapacidade física ou mental, frequentemente associado à prestação de serviços básicos na área da saúde, como o tratamento de feridas, gestão de dor, medicação, monitorização da saúde, prevenção e reabilitação e cuidados paliativos. Todavia, a organização e a gestão das instituições fornecedoras deste tipo de cuidados apresenta grande variabilidade dentro dos 34 países que desta organização fazem parte (Colombo, F., & Mercier, J. 2011; Colombo, F., Llena-Nozal, A. Mercier & J. Tjadens, F. 2011; OECD, 2013).

Para a União Europeia, o conceito de LTC é muito semelhante ao descrito para a OECD, pois configuram igualmente uma gama de serviços sociais e de saúde, destinados a pessoas com dependência nas atividades de vida diária motivada por doenças crónicas e incapacidade física ou mental. Dentro dos diferentes estados membros, o que difere é a organização dos cuidados, os sectores de responsabilização e a definição dos limites entre os cuidados de saúde e sociais (Europen, 2009; Europen, 2012).

As diferenças existentes entre os países da Europa em termos LCT são influenciadas por diversos fatores, como os sistemas de financiamento dos LCT que variam entre dois setores, o setor público (depende predominantemente de impostos geridos pelo estado) e o setor privado (depende predominantemente de seguros); a estrutura de cuidados informais existente e a história que cada país tem de prestação de LTC. Por exemplo, nos países nórdicos os LTC surgiram nos anos 50, com uma assinalada

especialização entre diferentes tipos de serviços e instituições, a estes países, sobretudo na Noruega, é-lhes reconhecida uma longa tradição de responsabilidade do Estado para o bem-estar das pessoas idosas. Muitos dos países do norte da Europa já se encontram em fase de reforma do processo do sistema de LCT com a sua reorganização e inovação. Por outro lado, temos os países do sul da Europa que se encontram numa fase experimental e de expansão do modelo de desenvolvimento dos LTC. Relativamente aos EUA, estes possuem um sistema organizado de LTC com a configuração que revelam os países europeus. O Medicare que é o sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos da América e destinado às pessoas de idade igual ou superior a 65 anos, não cobre todas as necessidades em cuidados de longa duração. Os seguros privados destinados a este tipo de cuidados são muito caros e não estão disponíveis para toda a população (Olsen & Novelli, 2006; European, 2009; European, 2012).

Em Portugal, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de acordo com o Decreto-Lei nº 101 de 6 de Junho de 2006. Esta rede é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em instalações próprias. A RNCCI resulta duma parceria entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social (MTSS) e da Saúde (MS) e vários prestadores de cuidados de Saúde e de Apoio Social, e inclui: “Unidades de internamento”, “Unidades de ambulatório”, “Equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social” e “Equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social”.

As unidades de internamento podem ser de:

- Cuidados continuados de convalescença;
- Cuidados continuados de média duração e reabilitação;
- Cuidados continuados de longa duração e manutenção;
- Cuidados paliativos.

Na RNCCI são prestados cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência, independentemente da sua idade. Estas recebem cuidados de saúde e

apoio social, com o objetivo de assistir a pessoa a recuperar ou a manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2009). A RNCCI dispunha de um acompanhamento para operacionalização do projeto da rede e uma coordenação integral do mesmo, assumida pela UMCCI, que foi extinta em dezembro de 2012, data a partir da qual a coordenação e o acompanhamento da RNCCI passaram a ser integrados na orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.⁵

A RNCCI possui uma coordenação ao nível regional, assumida pela Equipa de Coordenação Regional (ECR). A esta equipa compete o planeamento, a gestão o controlo e a avaliação da rede a nível regional e o garantir da equidade no acesso e a articulação dentro dos serviços da própria rede. A um nível mais operacional surge a Equipa de Coordenação Local (ECL) que assegura o acompanhamento e avaliação da rede a nível local, bem como articulação e coordenação dos recursos, e a Equipa de Gestão de Alta (EGA), que assegura a preparação e gestão da alta hospitalar com outros serviços para os cliente que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais. O circuito de referenciação assenta em níveis operacionais, correspondentes à EGA, à ECL e à ECR, podendo os clientes serem provenientes quer do hospital quer do centro de saúde (Ministério da Saude, 2009; Lopes et al., 2010).

O domínio da prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurado pela RNCCI através de quatro tipos de respostas: as unidades de internamento, as unidades de ambulatório, as equipas intra-hospitalares e as equipas domiciliárias. Cada uma destas unidades tem funções diferentes, específicas e complementares. O objetivo destas unidades é comum, visam criar novas respostas de saúde e de apoio social sustentáveis e ajustadas às necessidades dos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência nos diferentes momentos e circunstâncias da evolução da doença e situação social, sendo facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários. Globalmente, podemos afirmar que estas unidades têm como

⁵ Deliberação n.º 2020/2012, de 8 de novembro, do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 245, de 19 de dezembro de 2012).

finalidade: a obtenção de ganhos em saúde; o aumento da cobertura da prestação de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional; o reforço da articulação entre os serviços de saúde e de apoio social; a manutenção das pessoas com dependência no domicílio, sempre que possível; a redução da procura de serviços hospitalares de agudos por parte de pessoas em situação de dependência e a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas com dependência (Ministério da Saude, 2009).

O modelo de gestão da RNCCI assenta numa lógica de estrutura de descentralização dos serviços que “visa uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis e agentes da RNCCI, garantindo a flexibilidade e a sequencialidade na sua implementação, acompanhamento e monitorização, para além de assegurar o bom funcionamento do processo de gestão dos clientes” (UMCCI, 2009, p. 11), de forma a dar uma resposta adequada para cada pessoa. A RNCCI pretende assumir um carácter intersectorial e de corresponsabilização, que é bem evidente quando olhamos a constituição das equipas de coordenação ao nível local e regional, compostas por elementos da área da saúde e da segurança social. No entanto, para além deste carácter intersectorial exige-se a este novo nível de cuidados a capacidade de diálogo permanente através de “*interfaces*” com os restantes níveis de cuidados, pois só assim se cumprirá a sequencialidade dos cuidados centrados nas necessidades do cliente.

Em Portugal, o modelo de gestão adotado pela RNCCI assume características inovadoras na medida em que envolve uma diversidade de fontes que se completam. Contudo, surge a questão da sustentabilidade que se torna pertinente e preocupante, uma vez que a cobertura da rede ainda não é total. Assim, justifica-se e prevê-se a sua expansão, sem esquecer o momento de recessão financeira atual em que por vezes se questiona a sustentabilidade da segurança social e as medidas de austeridade que poderão repercutir-se neste nível de cuidados.

1.5. Justificação da investigação

A enfermagem é uma disciplina orientada para a prática, o que decorre da natureza da profissão e daquilo que é o seu mandato social. A dimensão prática da disciplina de enfermagem exige e implica o que Meleis (2007, p. 95) define como “conhecimento básico” e “conhecimento aplicado”, e como Pereira (2007, p.37) salienta de “conhecimento com potencial para promover a qualidade dos cuidados prestados ao cliente”.

Na perspetiva de uma enfermagem orientada para o contexto da prática, o desenvolvimento do conhecimento e da teoria de enfermagem deve ir para além do conhecimento em si e fornecer uma base que ajude a conhecer as necessidades em cuidados de enfermagem e as melhores formas de cuidar das pessoas. Por isso, importa gerar -para aplicar- o conhecimento em dimensões como:

- Caracterização dos clientes e suas necessidades;
- Formas de aumentar o bem-estar dos clientes e os seus recursos cognitivos para lidar com as atividades de vida diárias;
- Formas de aumentar a capacidade dos clientes para cuidar de si mesmo e dos seus familiares, através da otimização dos recursos disponíveis e da criação e/ou mobilização de novos recursos (Meleis, 2007).

Nesta perspetiva, é fulcral o desenvolvimento de conhecimento para a profissão de Enfermagem que permita a caracterização dos clientes e das suas necessidades em cuidados de saúde, nomeadamente ao nível do autocuidado.

A enfermagem já possui um acervo de conhecimento teórico sobre o fenómeno do autocuidado, os fatores que influenciam o autocuidado e as respostas humanas desenvolvidas, durante a transição, decorrente de eventos relacionados com processos de saúde e/ou com processos de vida, geradores de dependência para o autocuidado. Torna-se, no entanto, necessário desenvolver modelos de intervenção, que visem promover a autonomia para o autocuidado, com recurso à investigação experimental ou quase experimental (Petronilho, 2012) e à investigação-ação (Brito, 2012), por forma a testar a efetividade e a eficiência dos

melhores modelos e encontrar as melhores respostas face às necessidades das pessoas dependentes para o autocuidado.

O número de pessoas com dependência para o autocuidado tem vindo a aumentar em virtude do acréscimo de condições de saúde que associadas aos processos de vida, nomeadamente o envelhecimento geram incapacidades.

O exercício profissional do enfermeiro engloba a competência da promoção da autonomia do cliente, como constatamos através deste texto pela Ordem dos Enfermeiros:

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se também a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – fundamentalmente através de processos de aprendizagem do cliente (2004, p.5).

As transições com relevância para a enfermagem, como aquela que o estudo circunscreve, apontam para mudanças na vida das pessoas que interferem com a saúde ou exigem respostas que se traduzem através de comportamentos relacionados com a saúde. A transição vivenciada pela pessoa que se torna dependente para o autocuidado é de extrema relevância para a enfermagem. Por isso, recuperar a autonomia para o autocuidado é um processo que exige tempo e um fluxo, no qual a ajuda profissional dos enfermeiros pode ser extremamente significativa para os clientes.

Para que as pessoas dependentes para o autocuidado possam fazer face aos desafios colocados durante o processo de recuperação da autonomia, são necessárias novas competências de autocuidado e recursos, nomeadamente, materiais, institucionais, profissionais, comunitários e familiares.

A dependência para o autocuidado é uma condição da pessoa que acarreta custos excessivos aos próprios, às pessoas significativas e às sociedades em geral. Por isso, promover a máxima independência nas atividades de vida das pessoas é uma das perspectivas atribuídas aos enfermeiros que trabalham no contexto dos cuidados

continuados, facto que evidencia a relevância do exposto para a disciplina e para a profissão de enfermagem.

As entidades nacionais que se preocupam com o fenómeno do autocuidado definem como objetivo dos cuidados, para os profissionais que trabalham no contexto dos cuidados continuados, aumentar o grau de autonomia das pessoas que se encontram em situação de dependência, de modo a possibilitar a sua readaptação e a reintegração social e familiar. É, por isso, necessário repensar as mentalidades e as filosofias de conceção dos cuidados de enfermagem e processos terapêuticos, numa lógica de potenciar a autonomia das pessoas e não numa lógica centrada unicamente na doença. Como nos refere Silva (2007, p. 9). “O sistema de saúde português está quase exclusivamente focado nas necessidades associadas ao diagnóstico e tratamento das doenças (...) e uma parte substancial das necessidades em saúde está muito para além das ações de diagnóstico e tratamento das doenças...”. A diversidade, a complexidade e a multidimensionalidade das experiências vivenciadas pelas pessoas em situação de dependência coloca-nos perante a necessidade de pensar em modelos de intervenção capazes de guiar as práticas de cuidados, formados por componentes estruturais que permitam a definição da condição ou estado do cliente, a análise dos contextos e dos padrões de resposta às condições, situações ou eventos, a análise dos fatores promotores e inibidores dos contextos, a conceção e implementação de intervenções de enfermagem capazes de melhorar o conforto, o bem-estar e o autocontrolo dos clientes e, por fim, a análise sistematizada dos contextos das respostas. É também necessário que as condições e os indicadores de transição com sucesso se tornem focos de investigação de modo a delinear intervenções de enfermagem que favoreçam os ganhos em saúde (Meleis et al., 2000).

Tornar a pessoa capaz de se auto cuidar é um processo interpessoal e compromete uma aprendizagem participada pela comunicação, educação de valores e domínios, efetivados pelo promotor de saúde e a pessoa dependente, implicando uma complexa transformação pessoal orientada pelo princípio da autodeterminação; por uma responsabilidade sobre a escolha; um desenvolvimento de habilidades; uma mestria; uma motivação intrínseca; e uma aprendizagem prática. Neste sentido, o

enfermeiro, no papel de promotor da capacidade da pessoa dependente, tem a responsabilidade de conceber intervenções no âmbito de uma atmosfera positiva, privilegiando a escuta ativa, o diálogo auto reflexivo das experiências de vida e um encorajar das atitudes autónomas. No entanto, deve manter presente que a pessoa necessita de tempo para a perceção das mudanças decorrentes da nova condição de saúde e para tomar decisões conscientes no sentido de um bem-estar próprio (Aujoulat et al., 2006).

Sendo o autocuidado uma ação auto iniciada e fortemente relacionada com o estilo de vida do cliente, torna-se determinante que os enfermeiros durante os processos de tomada de decisão considerem o potencial da pessoa para preservar ou recuperar a sua autonomia, após a instalação de um quadro de dependência para o autocuidado. Este potencial, como nos afirma Maciel (2013, p. 23) “ não deverá ser reduzido aos aspetos neuromusculares e ‘objetivamente’ operacionalizados à luz do paradigma biomédico“. Por conseguinte, é aqui que os enfermeiros devem ter em consideração a recuperação da autonomia para o autocuidado como um processo de transição. É certo que os compromissos corporais condicionam o processo. No entanto, não é menos certo que aspetos como a atitude do cliente face à dependência, a força de vontade, a perceção da autoeficácia, a convicção e o desejo em recuperar, o apoio e a mobilização dos recursos da comunidade, tenham um papel decisivo na obtenção de ganhos em autonomia para o autocuidado sensíveis aos cuidados de enfermagem (Brito, 2012; Maciel, 2013).

1.6. Finalidade do estudo e questões de investigação

O estudo que desenvolvemos tomou por objeto a promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado. Partimos de um pressuposto central que poderia constituir-se de um contributo para clarificar e evidenciar o mandato social dos enfermeiros que trabalham no contexto dos cuidados continuados. Neste sentido, evoluímos para um percurso de investigação que tem por finalidade contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através do desenvolvimento, nos contextos de ação da prática de enfermagem, de um modelo de intervenção sistematizado, promotor da autonomia para o autocuidado, orientado para o potencial

de recuperação da pessoa dependente e com maior ênfase nos fatores de influência nas respostas humanas envolvidas no processo de transição face à dependência para o autocuidado.

Face ao exposto, identificamos as seguintes perguntas de investigação, que delimitaram e orientaram o percurso que desenvolvemos:

1. Como se caracteriza a dependência para o autocuidado dos clientes internados em unidades de convalescença da RNCCI, no momento da admissão e da alta?
2. Quais são as principais necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes internados em unidades de convalescença da RNCCI, decorrentes da dependência para o autocuidado?
3. Quais as respostas que a enfermagem oferece face às necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes dependentes para o autocuidado internados em unidades de convalescença da RNCCI?
4. Quais os resultados em saúde mais sensíveis aos cuidados de enfermagem nos clientes dependentes para o autocuidado internados em unidades de convalescença da RNCCI?
5. Que fatores influenciam o potencial de recuperação dos clientes dependentes para o autocuidado internados em unidades de convalescença da RNCCI?
6. Que modelo de intervenção de enfermagem é facilitador do processo de promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado em clientes internados em unidades de convalescença da RNCCI?

Desta forma, propusemo-nos para desenvolver um estudo de aproximação à realidade dos cuidados continuados em contexto de internamento, centrado na viabilização de mudanças na prática clínica e na produção de conhecimento neste domínio, que agregasse maior sistematicidade à ação dos enfermeiros.

CAPITULO 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O desafio deste capítulo é apresentar os aspetos do ponto de vista metodológico que orientaram o estudo. Tendo em conta a definição da problemática, procurámos descrever e fundamentar as opções tomadas ao longo do percurso de investigação, relativamente às técnicas e métodos adotados.

Começamos por fazer referência ao paradigma de investigação e por enquadrar a investigação-ação enquanto processo que conduziu o estudo desde a identificação diagnóstica à avaliação do adquirido. Para facilitar a leitura compreensível dos dados que serão apresentados posteriormente, caracterizamos o contexto real no qual foram produzidos. Procedemos, também, à descrição das etapas que constituíram o ciclo de investigação-ação enquanto processo de mudança, esclarecendo o nosso posicionamento quanto à orientação no mesmo e às estratégias a adotar. Na descrição das técnicas e métodos de recolha de dados utilizados, de acordo com os objetivos e os dados que nos importava recolher, clarificamos as variáveis e a sistemática de operacionalização da análise dos dados obtidos.

2.1. Paradigma de Investigação

O desenvolvimento do conhecimento tem sido abordado de várias formas ao longo da história da ciência. Esta evolução foi orientada por um conjunto de valores, convicções e normas partilhadas pelos membros da comunidade na qual os investigadores se inseriam (Guba & Lincoln, 1994), isto é, pelo paradigma adotado. Um paradigma pode ser visto pela forma como o investigador "...aborda o mundo com um conjunto de ideias, uma estrutura (teoria, ontologia) que especifica um conjunto de questões (epistemologia) que são examinadas de formas específicas (metodologia). "A rede que contém os pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos..." (Denzin & Lincoln, 2000, p. 18) do investigador pode ser denominada de paradigma.

O paradigma enforma o pensamento, implícito ou explícito, de uma investigação, ou seja, deve ser entendido como um sistema de crenças, pressupostos e princípios, intrinsecamente relacionados, que nos ajudam a perceber a natureza da realidade investigada (pressuposto ontológico); o modelo de relação entre o investigador e o investigado (pressuposto epistemológico) e a forma como se realiza a aproximação da realidade (pressuposto metodológico) (Guba & Lincoln, 1994).

O conjunto básico de crenças que caracterizam um paradigma orientam-nos para a ação, e por isso, ao optarmos por um paradigma em detrimento de outro não estamos senão a olhar para uma dada face da realidade. No entanto, a mesma realidade poderá revelar outra perspetiva, se a olharmos de forma diferente. Relativamente à Enfermagem, as reflexões acerca dos paradigmas associados são importantes para responderem às questões da disciplina e para ajudarem a compreender a forma como se faz a ciência. Neste caso, temos assistido a um desenvolvimento da disciplina baseado em diferentes paradigmas, não só numa lógica de rutura e de prevalência de uns paradigmas sobre os outros, mas também numa lógica colaborativa, com a finalidade de viabilizar o desenvolvimento do conhecimento face à diversidade dos fenómenos com interesse para a disciplina (Monti & Tingen, 1999; Meleis, 2007).

A enfermagem necessita das visões proporcionadas por diferentes paradigmas para a resolução dos problemas clínicos complexos com que os enfermeiros se debatem no seu dia-a-dia. Uma visão unívoca é reducionista, ao passo que a existência de múltiplos paradigmas na Enfermagem aumenta a riqueza da exploração porque encoraja a criatividade, estimula o debate, a troca de ideias e a diversidade de olhares (Monti & Tingen, 1999).

Neste sentido, Meleis (2007) pretende ultrapassar a discussão, acerca deste ponto, propondo a integração das diferentes visões paradigmáticas para o desenvolvimento da disciplina e da profissão, com base num consenso em torno das áreas essenciais que caracterizam o domínio da Enfermagem. Salienta que há aspetos onde existe acordo, como no desenvolvimento do conhecimento, que deve estar centrado na *prática clínica*, que em conjunto com a investigação, a educação e o ensino devem incorporar a disciplina de Enfermagem. Há, igualmente, aspetos onde prevalece o desacordo, como por exemplo, as metodologias que são mais congruentes com as

áreas de Enfermagem ou o seu posicionamento filosófico. Neste contexto, diferentes visões paradigmáticas têm contributos diferentes para o desenvolvimento do conhecimento. Simultaneamente, uma outra característica única tem a ver com o facto de, como profissão, existir num sistema aberto e ser influenciada e responsável pelas necessidades das sociedades, a todo o tempo. Dessa forma, não se poderá excluir um paradigma em favor de outro, devendo considerar-se preferível a integração de todos, o que facilitará o dinamismo na produção do conhecimento.

Para Meleis (2007, p. 3) “As disciplinas devem ser dinâmicas, para responderem às necessidades e mudanças emergentes da sociedade e a novas exigências impostas pelos movimentos populacionais e à transformação de ordem global”.

Quando implementamos uma investigação não podemos unicamente conhecer os aspetos metodológicos, o paradigma deve orientar o investigador nos aspetos ontológicos e epistemológicos, ou seja, é a questão onto-epistemológica, que se refere à natureza do problema, que leva à decisão metodológica, tendo em conta as orientações epistemológica/filosófica e processual. Porém, estes aspetos devem estar sempre intrinsecamente relacionados, e o investigador deve aplicar posturas ajustadas aos pressupostos que sustentam o paradigma de investigação e o nível ontológico deve orientá-lo para a seleção de posturas consonantes com os planos epistemológicos e metodológicos.

Para o desenvolvimento deste estudo partimos de um pressuposto inicial que seria possível avançar no sentido de um modelo de ação dos enfermeiros capaz de potenciar a autonomia dos clientes dependentes para o autocuidado, durante o tempo de internamento na Unidade de Convalescença. Este modelo de intervenção deveria ser útil, para a prática, dando resposta às necessidades de autocuidado e promovendo o potencial de recuperação dos clientes. Por isso, adotamos um paradigma construtivista como orientação para o desenvolvimento da investigação.

Deste modo, a problematização das questões investigáveis surge da análise reflexiva da prática dos enfermeiros junto das pessoas em situação de dependência para o autocuidado. Estas sustentam a ação e a inovação como elementos fulcrais da produção de conhecimento, num processo contínuo de construção de

significados que permite a inclusão da informação e a capacidade de a utilizar em novas situações.

Numa perspetiva construtivista importa lidar com os dados que emergem dos processos de mudança num determinado contexto, onde se assume que investigador e objeto de estudo não são entidades independentes, nem as variáveis passíveis de controlo e manipulação (Silva, 2006). O construtivismo tem tido sempre a preocupação com a detenção da experiência vivida pelos atores sociais, dando prioridade à compreensão dos fenómenos e não à explicação causal dos mesmos. O investigador tem uma participação ativa enquanto criador dos objetos estudados, ou seja, não é neutro e o mundo vivido é uma representação construída a partir da interação dos agentes de investigação e dos agentes investigados (Silva, 2006; Sousa, 2006; Marques, 2011; Sousa, 2012; Padilha, 2013).

Com origem em Immanuel Kant (1724-1804), a visão construtivista do conhecimento coloca em evidência o papel daquele que pretende conhecer, não como um sujeito passivo, exterior à realidade, mas alguém que constrói uma interpretação da realidade, defendendo que a realidade em torno do sujeito é também uma construção. Deste modo, justifica-se que a adoção por esta visão residiu não apenas na natureza da investigação propriamente dita, mas também no percurso que desenvolvemos com a preocupação de crescimento e envolvimento dos interessados nos resultados da investigação. A responsabilidade do conhecimento produzido foi repartida com os enfermeiros, através da sua participação na criação dos sentidos da realidade e do uso que fazem do saber adquirido. O nosso papel enquanto investigador centrou-se na análise e na construção de novas representações da realidade e na transferência aos enfermeiros do conhecimento que se foi adquirindo.

Face ao objetivo proposto para este estudo: desenvolver conjuntamente com os enfermeiros, que trabalham o contexto dos cuidados continuados, um modelo de intervenção promotor da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado e construir esse conhecimento, só era possível através do envolvimento ativo do investigador com os enfermeiros que se encontravam a prestar cuidados no contexto específico. Para isso, era necessário identificar o modelo em uso onde se

desenvolviam os cuidados, definindo e implementando a mudança na forma e conteúdo considerada adequada.

Contudo, importava caracterizar a dependência para o autocuidado dos clientes internados na Unidade Convalescença, conhecer os dados que os enfermeiros consideram relevantes para identificação diagnóstica no domínio do autocuidado, quais as intenções que direcionam as suas ações; e quais as intervenções que implementam face às necessidades em cuidados, identificadas. Interessava igualmente conhecer os fatores que interferem com as suas opções e, portanto, influenciam a sua gestão assistencial.

Antevíamos como possível a necessidade de processos de mudança na conceção de cuidados com enfoque no autocuidado, num contexto de investigação em que o investigador e os enfermeiros analisassem os dados, refletindo sobre e na ação e fazendo emergir um modelo de intervenção, promotor da autonomia dos clientes dependentes para o autocuidado. Desta forma, as escolhas metodológicas deviam ter por base exclusiva a necessidade em desvendar o que estava oculto e a sua adequação para alcançar essa aspiração.

Importava também ter presente que a pesquisa se desenrolou num dado local, com uma cultura e organização, num certo período de tempo e circunstâncias, com umas determinadas pessoas, investigador e os enfermeiros envolvidos na investigação o que, por si, fez emergir dados que importava saber gerir, já que num processo construtivista, não é possível nem desejável controlar ou manipular qualquer das variáveis envolvidas. Dada a envolvência do investigador e dos enfermeiros na investigação, nos processos de pesquisa e de mudança, tinha que existir uma reengenharia de dinâmicas e a geração de consensos entre ambos, necessários à construção interpretativa dos dados que iam emergindo de todo o processo de análise.

A natureza qualitativa desta investigação não constituiu obstáculo para a inclusão de procedimentos estatísticos. A utilização deste tipo de procedimentos foi fundamental. Foram utilizados dados combinados provenientes de um instrumento de avaliação da dependência para o autocuidado, de entrevistas, de notas de campo e da análise documental produzida pelos enfermeiros durante a conceção de cuidados, no período

em que decorreu o trabalho de campo. Sem esta complementaridade, não seria possível obter os dados que pretendíamos. A lógica de triangulação, neste caso de técnicas e dados, permite ao investigador usar, entre outros, a estatística e reflete uma tentativa de melhor entendimento do objeto de estudo (Denzin & Lincoln, 1994).

Pretendíamos partir da realidade dos cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados continuados e, com os enfermeiros que os concebem e implementam, identificar o modelo em uso, as oportunidades de mudança e as estratégias de resposta a essas necessidades. Como em outras pesquisas (Silva, 2006; Sousa, 2006; Marques, 2011; Pereira, 2011; Sousa, 2012; Padilha, 2013), a Investigação-ação (IA) pareceu-nos um processo adequado já que nos interessava uma metodologia que se fundamentasse no facto dos processos sociais complexos serem melhor compreendidos quando estudada e observada a mudança num dado contexto da prática clínica.

2.2. A Investigação-ação como opção metodológica

A investigação-ação (IA) é uma metodologia de investigação, tendo tido alguma controvérsia acerca da sua origem, nos Estados Unidos da América e Grã-Bretanha na década de quarenta do século passado. O conceito de *investigação-ação* tem a sua origem no modelo de Kurt Lewin (1946) que descrevia uma nova forma de investigação no âmbito das ciências sociais. Os contextos desta investigação eram sempre contextos do sistema social com programas de intervenção onde era possível obter em simultâneo avanços teóricos e mudanças do próprio sistema, e cada participante e investigador colaborava no sentido de encontrar novos caminhos com vista à mudança desejada (Mckay & Marshall, 1999), ou seja, tratava-se de uma proposta para a construção de um modelo de investigação que gerava condições de aprendizagem e análise da realidade com o desígnio de tomar decisões para a mudança, desenvolvendo simultaneamente uma atitude de reflexão e crítica (Sousa, 2006).

A IA, classicamente, caracteriza-se por se centrar num problema, num contexto específico, ser participativa e envolver intervenção no contexto da mudança, com o

objetivo de gerar melhores resultados. É um processo baseado na interação contínua entre a investigação, a ação, a reflexão e avaliação (Hart, 1996). Os objetivos da IA podem ser orientados, entre outros, para a implementação de uma mudança e para gerar teoria (Greenwood, 1994) recorrendo à colaboração entre os intervenientes (do contexto e da investigação) para encontrar uma solução para o problema, implementar uma mudança na prática e desenvolver uma teoria (Greenwood, 1994; Hart, 1996).

A revisão da literatura permite encontrar consensos sobre IA em quatro características comuns: um problema identificado; uma ação e uma orientação para a mudança; um processo orgânico envolvendo etapas sistemáticas e por vezes interativas e colaboração entre os participantes para encontrar soluções para os problemas práticos no campo da ação social (Baskerville, 1999; Streubert & Carpenter, 2002; Máximo-Esteves, 2008). Como nos refere Silva (2006):

A enfermagem é simultaneamente uma disciplina prática e um fenómeno social, assim a IA é particularmente adequada para resolver problemas de enfermagem. Esta abordagem coloca ênfase no desenvolvimento, os enfermeiros estão envolvidos no processo de investigação e nele colaboram, escolhem, e registam os objetivos. O investigador está envolvido como facilitador e catalisador, cuja contribuição para o processo de tomada de decisão é legitimado (Silva, 2006, p. 50).

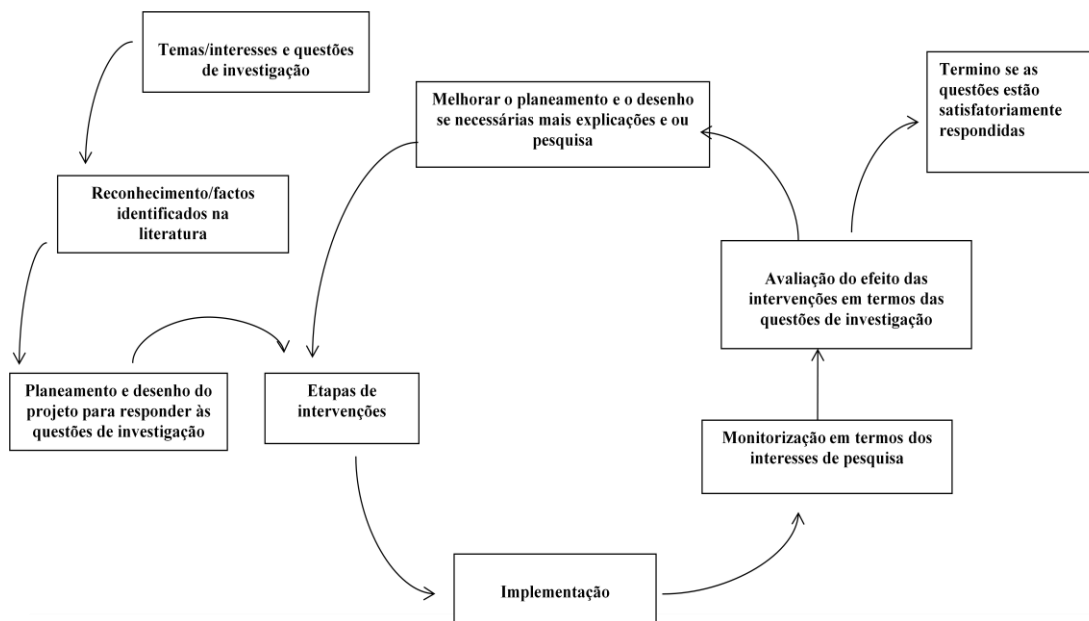
Face ao tipo de estudo que pretendíamos realizar, interessava-nos uma metodologia que permitisse descrever a realidade da prática de enfermagem, encontrando soluções para uma área problemática, a partir da investigação mas numa situação real que simultaneamente permitisse produzir conhecimento relevante para a disciplina e para a prática de enfermagem, ou seja, pretendíamos evoluir com um modelo de investigação que implicasse conhecer e analisar a realidade; diagnosticar e encontrar soluções promotoras de desenvolvimento da prática; e que permitisse produzir conhecimento novo para a disciplina de enfermagem. Deste ponto de vista, e tendo em consideração o carácter de dualidade do envolvimento do investigador na investigação e nos processos de mudança, a IA apresentou-se como opção metodológica adequada.

Conceptualmente, a IA pode ser representada por um processo cíclico duplo: em que um ciclo se relaciona com os interesses e responsabilidades da investigação para o

investigador; e o segundo se relaciona com os interesses e responsabilidades da resolução do problema, isto é, a IA apresenta um carácter de dualidade, descrito como justaposição de “ação e investigação” e de “teoria e prática” (Mckay & Marshall, 1999, p. 603).

No ciclo da IA centrado na investigação, que apresentamos na figura seguinte (fig.2), o investigador parte de uma ideia, objetivos ou questões a investigar; identifica a sua área de interesse; empenha-se na procura de literatura relevante para clarificar os assuntos e identificar modelos e teorias relacionadas com a investigação; planeia e desenha a investigação que melhor responderá às questões colocadas; implementa a ação mantendo a sua perspetiva teórica; monitoriza as ações em termos do interesse investigativo; avalia o efeito das intervenções tendo em consideração as questões de investigação; termina a intervenção se as questões são respondidas e satisfatoriamente resolvidas, ou, caso contrário, melhora o seu plano e desenho, entrando num novo ciclo de IA.

Figura 2 - Interesse da IA: a investigação

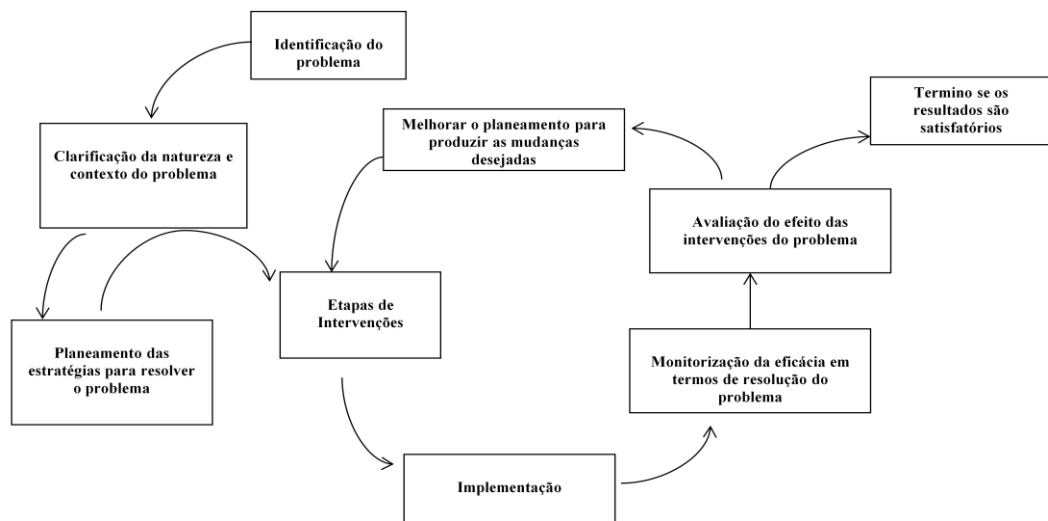


Fonte: Mckay & Marshall, 1999, p. 602

Deste modo, um dos interesses e responsabilidades da IA é a resolução do problema (fig.3). O investigador, após a identificação do mesmo, deverá clarificar a natureza e o contexto desse problema. Seguidamente e utilizando a colaboração

dos participantes do processo, planeia e implementa as estratégias para resolver o problema, monitoriza e avalia: a eficácia das intervenções implementadas e o impacto das intervenções na resolução do problema. O término da ação ocorre se os resultados forem satisfatórios ou em alternativa terá de melhorar a ação planeada produzindo mudanças adicionais no contexto identificado, entrando num novo ciclo de IA.

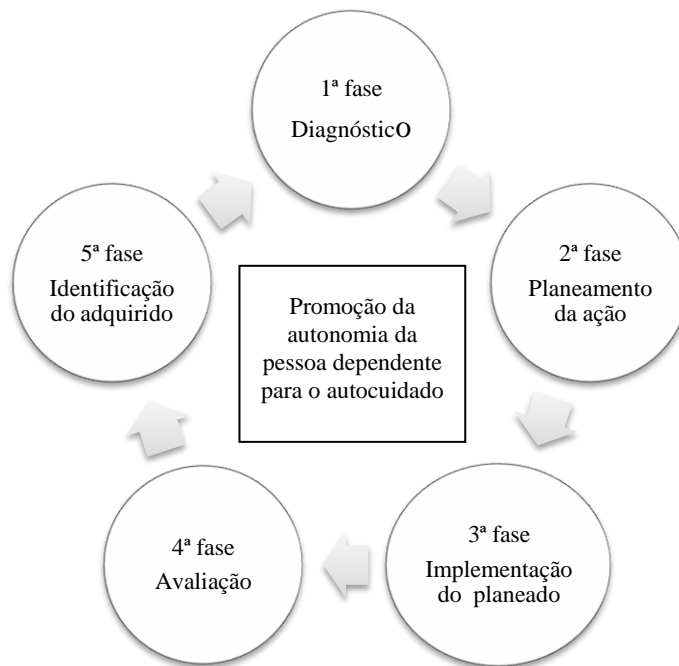
Figura 3 - Interesse da IA: a resolução de problemas



Fonte: Mckay & Marshall, 1999, p. 601

O estudo inseriu-se no contexto da IA com o propósito de unir teoria e prática, tendo isso uma dupla finalidade: gerar benefícios para o “cliente” da investigação e, simultaneamente, gerar conhecimento relevante para a disciplina de enfermagem. Deste modo, recorreremos às cinco fases da IA de acordo com o representado na figura 4 como uma abordagem de natureza cíclica: diagnóstico, plano de ação, implementação, avaliação e a identificação do adquirido (Mckay & Marshall, 1999), onde as infraestruturas do sistema e a ação do investigador mantêm e regulam todas as fases do processo.

Figura 4 - Fases do ciclo de IA



Fonte: Mckay & Marshall, 1999

Neste seguimento definimos dois ciclos característicos de IA:

- Ciclo orientado para construir uma solução, que gerasse benefícios para o “cliente” da investigação;
- Ciclo orientado para a investigação de forma a gerar conhecimento relevante para a disciplina de enfermagem.

Partimos da sensibilização para a necessidade de uma mudança, na forma como os enfermeiros concebiam os cuidados às pessoas em situação de dependência. O papel do investigador centrou-se na transferência de conhecimento ao grupo que é sujeito e objeto da investigação. Era necessário que os enfermeiros tivessem a possibilidade de clarificar as suas práticas, dado que eram eles que tinham a solução para a resolução do problema.

2.3. O contexto da investigação

O projeto foi desenvolvido na Unidade de Convalescença da ULSM pertencente à RNCCI. A Unidade de Convalescença é uma unidade de internamento, integrada no Hospital Pedro Hispano, que tem por finalidade a avaliação e a

reabilitação integral da pessoa com perda da autonomia para o autocuidado, numa perspetiva de intervenção multidisciplinar da pessoa com potencial de recuperação e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Esta tipologia de unidade destina-se a internamentos com uma previsibilidade até 30 dias consecutivos, por cada internamento.

A Unidade de Convalescença da ULSM está situada no Hospital Magalhães Lemos, abriu em outubro de 2007 e assume-se como um recurso intermédio de apoio após internamento hospitalar. Dispõe de 22 camas divididas por 6 quartos individuais e 4 enfermarias com lotação de 4 camas. A área física considera um ginásio para a inoperação da fisioterapia, locais de convívio entre os clientes, sala de estar, sala de refeições e uma acessibilidade congruente com o uso de auxiliares de marcha e com as medidas de prevenção de quedas.

Foi nossa preocupação perceber previamente a motivação da equipa de enfermagem da Unidade de Convalescença, através do estabelecimento de contactos formais e informais com a responsável da unidade e com a direção de enfermagem do hospital, para a participação no projeto. No seguimento do respetivo interesse, procedemos à apresentação formal do projeto, ao representante da direção de enfermagem, responsável pelos programas de investigação e à equipa de enfermagem da unidade, merecendo o aval de todos os elementos e a garantia do respetivo envolvimento, sobretudo dos enfermeiros da Unidade de Convalescença, pois estes seriam necessariamente uma parte ativa no desenvolvimento da ação e da investigação. Em outubro de 2010 iniciou-se o estudo após aprovação pela Comissão de Ética da ULSM, no parecer nº 3148 (Anexo1).

Na Unidade de Convalescença, são admitidas pessoas com mais de 18 anos, que careçam de cuidados continuados, por dependência funcional, decorrente de processo de convalescença, em observância com a primazia do cliente e com a proximidade da sua área de domicílio⁶. Os clientes são provenientes de hospitais e/ ou de centros de

⁶ Entende-se por domicílio a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência. Alínea 0 do artigo 3º, Decreto-Lei n.º 101 de 6 de Junho de 2006.

centros de saúde, do Sistema Nacional de Saúde.

Os clientes na sua maioria encontravam-se em processo de restabelecimento, associado a situações patológicas decorrentes de doenças: do sistema osteoarticular e do tecido conjuntivo (artoplastia total ou parcial da anca e do joelho e a osteossíntese trocantérica ou subtrocantérica); do sistema cérebro vascular (acidente vascular cerebral); neoplasias e tumores malignos e doenças do aparelho respiratório.

A equipa de enfermeiros, no início do estudo era formada por 14 elementos do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 48 anos. Dois dos enfermeiros tinham formação especializada, a enfermeira responsável da unidade em enfermagem médico-cirúrgica e o outro enfermeiro em enfermagem de reabilitação. Para o processo de documentação dos cuidados de enfermagem e como suporte ao processo de tomada de decisão, os enfermeiros utilizavam o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). O SAPE utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão β_2 (CIPE[®] β_2), que permite a uniformização dos termos e conceitos, associados à construção de enunciados de diagnóstico, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem.

Para além do SAPE, os enfermeiros da Unidade de Convalescença possuem outro recurso de documentação o “GestCare CCI”, que tem como finalidade endereçar as vertentes de referenciação e monitorização dos resultados, para além de reportar a possibilidade de produzir estatísticas a partir do histórico. O sistema permite o registo dos clientes por episódio de internamento na RNCCI. Os módulos de avaliação são nomeadamente:

Avaliação médica; avaliação enfermagem; avaliação social; risco de úlceras de pressão; avaliação de úlceras de pressão; instrumento de avaliação integrada (biopsicossocial); risco/avaliação diabetes, exames auxiliares de diagnóstico; registo de pensos e apósitos; registo de fármacos; reação adversa aos medicamentos; registo de infeção.

O facto de nesta unidade de cuidados o ambiente e a cultura serem já sensíveis a aspetos centrais para a promoção da autonomia e também existir uma estrutura informatizada de suporte à documentação do processo de enfermagem, fruto de

estudos anteriores centrados no desenvolvimento de sistemas de informação (Silva, 2006; Sousa, 2006), fundamentou a ideia de que este seria um contexto estratégico favorável.

Ao longo dos três anos em que decorreu a fase de trabalho de campo, surgiram pequenas mudanças de mobilidade na equipa de enfermagem, aspeto que não foi de todo facto de influência para o estudo, pois o grupo de enfermeiros que integraram a investigação manteve-se praticamente inalterado à exceção de um período em que um dos elementos esteve ausente por motivo de licença parental.

A prestação de cuidados na Unidade de Convalescença é garantida por uma equipa multidisciplinar das áreas de saúde e da ação social, determinada pela natureza dos cuidados a prestar, tendo em conta as necessidades de reabilitação dos clientes e a rápida reintegração no seu meio de vida com a maior autonomia possível. Pelo que a equipa multiprofissional para além da equipa de enfermeiros descrita integra também: dois médicos de clínica geral e familiar, um fisiatra, dois fisioterapeutas, uma assistente social, uma secretária clínica e dezasseis assistentes operacionais de ação médica. Se necessário, é possível o apoio do serviço de nutrição e de uma terapeuta da fala.

À sexta-feira realiza-se uma reunião multidisciplinar com o desígnio de partilhar e analisar o plano de intervenção semanal estabelecido por cada grupo profissional face às necessidades dos clientes internados.

2.4. O desenho do estudo

Ao referir-se à IA, naturalmente que Lewin (1946) não pôde deixar de especificar a questão da mudança, porque uma e outra surgem em simultâneo nos seus trabalhos, com a necessidade de colaboração entre o investigador, os educadores, e os intérpretes da mudança. Desta forma, quando Lewin descreve o processo de mudança, considera três etapas, a primeira pode ocorrer quando alguns dos aspetos atuais da prática dão origem à insatisfação, culpa, ansiedade, apreensão e contrariedade nos participantes. Nesta fase, os atores começam a perceber que a mudança é necessária e importante para o sucesso do contexto. A etapa seguinte

engloba a mudança e a passagem para outro nível. Um plano detalhado de mudança é construído e a mudança é executada, levando à alteração do estado do grupo. A última etapa ocorre quando as mudanças são incorporadas no grupo originando novos comportamentos e novos valores.

Neste estudo, para a consecução da mudança recorreremos à utilização do modelo II de Argyris (1995), em detrimento do modelo I, que é descrito como conduzindo às seguintes consequências: relações defensivas, fraca liberdade de escolha, reduzida produção de informação válida e reduzida verificação pública de ideias, o que não beneficia a mudança. Apesar da evidência sugerir que as teorias em uso são consistentes com o Modelo I, a maior parte dos estudos expõem o Modelo II (Silva, 2006; Sousa, 2006; Marques, 2011; Padilha, 2013). Este modelo está alicerçado nos valores da informação válida, escolha livre e informada e vinculação interna à decisão; e nas estratégias de controlo partilhado dos processos e participação no desenho e na implementação da ação. O sucesso da sua utilização encontra-se demonstrado na implementação de mudanças em outros contextos de cuidados em Portugal (Silva, 2006; Sousa, 2006; Marques, 2011, Sousa, 2012; Padilha, 2013).

Utilizamos as variáveis e estratégias do Modelo II, centradas na predisposição dos enfermeiros para a análise e gestão da informação, assente na disponibilidade para questionar o existente, na incorporação do seu ponto de vista, na explicitação das decisões tomadas e na disponibilidade para testar o seu contexto da ação (exposição à avaliação dos outros). Nesta pesquisa, a informação válida, a escolha livre e informada, e o comprometimento interno, foram os alicerces que potenciaram a defesa dos propósitos, a confrontação de ideias, de opiniões e de emoções. Estes alicerces viabilizaram a construção de soluções válidas que promoveram o compromisso interno dos enfermeiros.

Em simultâneo e de acordo com Silva (2006) viabilizamos um ambiente onde os participantes pudessem ser originais e pudessem experimentar o sucesso e o controle da situação; pudessem exercer um controlo partilhado dos processos e uma proteção de cada participante orientado para o desenvolvimento e para a produção direta de categorias observáveis. Tivemos ainda em consideração que o comportamento baseado em conhecimento se pode modificar principalmente através de processos

normativos/reeducativos, centrados na ideia que as normas constituem a base do comportamento e que a mudança ocorre através de um processo de reeducação, sendo para isso necessário que a reflexão profunda sobre as crenças e as práticas, através da partilha e do diálogo se tornem numa prática comum (Sousa, 2006).

Partimos para o trajeto de mudança convictos das dificuldades salientadas por Argyris & Shon (1982) em construir modelos de teorias em uso, baseadas na importância das pessoas pensarem e refletirem de forma crítica sobre as práticas, aspeto que não é habitual e contraria muito do que as pessoas aprendem acerca da compreensão e gestão dos comportamentos. Desta forma, foi nossa premissa insistir no desenvolvimento da atitude reflexiva por parte dos enfermeiros no sentido da interpretação dos seus contextos reais. Em todo o percurso tivemos presente que as formas mais participativas aumentam o envolvimento e os compromissos dos participantes pelo aumento da vinculação aos mesmos (Silva, 2006).

O estudo foi projetado de forma a integrar as cinco fases sequenciais da metodologia de IA, descritas anteriormente: diagnóstico, planeamento, implementação, avaliação e identificação do adquirido, tendo decorrido entre outubro de 2010 e outubro de 2013. As fases constituintes deste trajeto de IA estão inter-relacionadas, e cada uma procura dar resposta a objetivos específicos que descreveremos com mais pormenor. A partir desses objetivos surgiram as opções relativas às estratégias de recolha e de análise dos dados obtidos, bem como a síntese operativa que nos permitiu avançar para as fases seguintes.

A fase de diagnóstico (fase 1) corresponde à fase de identificação do problema e foi basilar e determinante para o evoluir de todo o processo. Decorreu entre outubro de 2010 a outubro de 2011. Nesta fase tínhamos como objetivo geral clarificar a natureza e o contexto do problema e identificar as oportunidades de mudança. Como objetivos específicos pretendíamos: (a) - Identificar as necessidades de cuidados decorrentes da dependência para o autocuidado, em dois momentos distintos do internamento na Unidade de Convalescença (admissão e alta) e, por conseguinte, caracterizar os ganhos em autonomia para o autocuidado adquiridos pelas pessoas durante este período de tempo, utilizando para isso um instrumento de avaliação da dependência para o autocuidado; (b) - Reconhecer fatores de influência no processo

de recuperação da autonomia, inferidos pelos clientes, que vivenciaram uma transição saúde/doença face a um evento gerador de dependência para o autocuidado, pelo que foram realizadas entrevistas, no domicílio, de algumas pessoas que tinham estado internadas na Unidade de Convalescença; (c) - Caracterizar o modelo de cuidados em uso, para isso avaliamos a representatividade do foco autocuidado, na documentação dos enfermeiros, através da análise dos registos produzidos no sistema de informação de apoio à tomada de decisão, durante o período de tempo descrito.

Seguidamente, surge a necessidade de um processo de reflexão onde foi integrada a evidência empírica e a teoria disponível sobre a temática. Desta forma, as oportunidades de desenvolvimento foram sendo identificadas, na medida em que acrescentavam mais propriedade teórica e adequação face ao modelo de cuidados em uso, reconhecendo-se assim a oportunidade de desenvolvimento e mudança da prática.

A fase de planeamento (fase 2), desenvolvida entre setembro de 2011 a dezembro de 2011, foi essencial para determinar as estratégias conducentes à mudança. Os resultados que emergiram na fase 1 foram disponibilizados e discutidos com os enfermeiros, viabilizando a identificação do problema e as oportunidades de intervenção e de desenvolvimento da prática clínica, através de uma dinâmica de reuniões previamente planeadas com os enfermeiros envolvidos na investigação. Os dados que iam sendo produzidos foram apresentados sequencialmente e planeadas as etapas seguintes. Nestes encontros, o fornecimento de informação válida aos enfermeiros, resultante da revisão da literatura e dos dados recolhidos no momento anterior, assumiu uma natureza relevante para as escolhas que foram necessárias realizar. Por outro lado, os dados e a interpretação dos mesmos foram partilhados de forma a proteger os participantes, o que denotou que os enfermeiros foram responsáveis pelas opções, permitindo vincularem-se à ação. Deste modo, foi possível identificar as oportunidades de desenvolvimento da prática de enfermagem e planear as estratégias de mudança das mesmas. Com estas estratégias estabeleceram-se formas de suporte à tomada de decisão, centradas no foco autocuidado e suas dimensões, preferencialmente sustentadas em atividades de diagnóstico que sistematizavam a recolha de dados.

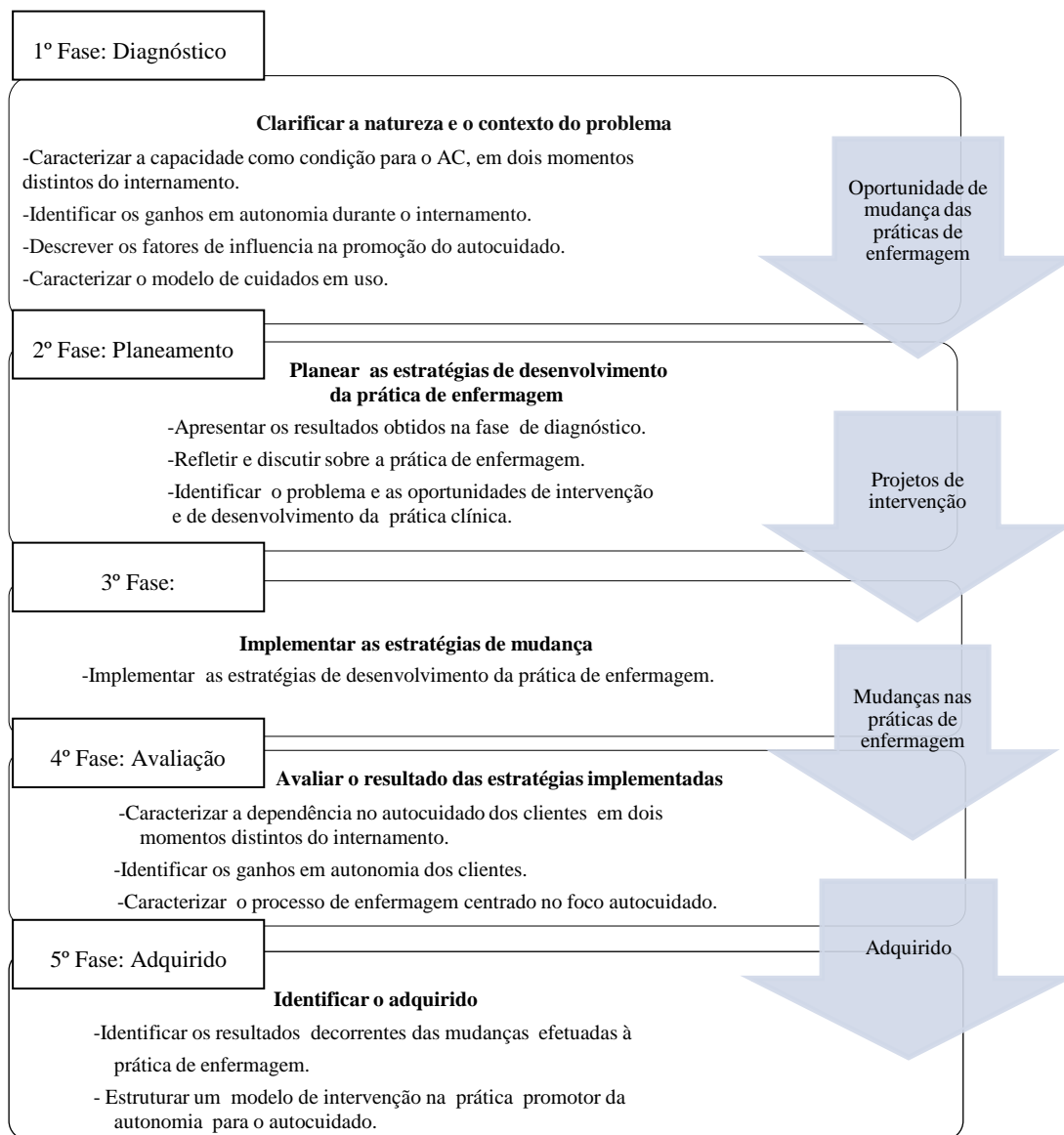
As estratégias planeadas, consideradas as alternativas de ação para proporcionar o desenvolvimento ou resolver os problemas identificados, foram desenvolvidas na fase de implementação (fase 3) que decorreu entre janeiro 2012 a novembro de 2012. No momento, tivemos a perceção de que as estratégias orientadas para as oportunidades de desenvolvimento deveriam, prioritariamente, ser aceites e integradas pelos enfermeiros da unidade, sendo também fundamental por parte destes profissionais a perceção da necessidade de mudança, a motivação para a mudança e o sentido de que eram capazes de o fazer (Sousa, 2006). Mediante a implementação das estratégias planeadas, estas foram sempre acompanhadas por discussões de grupo e até de esclarecimento individual com os enfermeiros, aspetos que se tornaram facilitadores do processo de mudança.

A consciência de que a transmissão de dados produzidos, por si só, dificilmente produziria modificações de atitudes e de que o défice de conhecimento poderia constituir um obstáculo à implementação de mudanças, surgiu a necessidade de na fase três desenvolver atividades formativas. Realçarmos a importância dos locais de trabalho para a construção de trajetórias profissionais e formativas, através de processos informais de educação, em particular dos saberes construídos na e sobre a ação, no que se traduziu num “olhar diferente sobre a formação em enfermagem” (Sousa, 2006, p. 152).

Por sua vez, surgiu a fase de avaliação do impacto da mudança (fase 4), entre maio de 2013 a dezembro de 2013. Nesta fase, o objetivo foi analisar o resultado das estratégias implementadas durante o processo de mudança e salientar a avaliação pré (que permitiu o diagnóstico de situação e identificação das áreas de intervenção) e a avaliação pós (com utilização dos mesmos instrumentos anteriores e associação das notas de campo). Por fim, procedemos à identificação do adquirido (fase 5), em dezembro de 2013 até setembro de 2014, momento final deste relatório. Esta traduziu-se na revisão dos resultados, após a sistematização do adquirido com as mudanças efetuadas nas práticas de enfermagem. A partir destes, apresentou-se o conhecimento gerado: um modelo de intervenção promotor da autonomia para o autocuidado.

A figura 5 apresenta de forma esquemática os objetivos que se pretendiam atingir em cada uma das fases da IA, responsáveis pela viabilização do projeto em estudo.

Figura 5 - Representação esquemática do estudo



2.5. Método de recolha e análise de dados

Face à natureza do paradigma de investigação e às opções metodológicas assumidas, recorreremos a várias técnicas de recolha e análise dos dados: entrevistas; análise de conteúdo; análise documental; instrumento para avaliação da dependência para o autocuidado e notas de campo, resultantes das reuniões

com os enfermeiros. Iremos contextualizar e descrever cada uma das técnicas utilizadas nas diferentes fases do ciclo de IA.

Adotámos uma estratégia de triangulação de fontes de dados para a construção da realidade que aqui apresentamos. Quando falarmos em triangulação referimo-nos à estratégia que “...reflete um esforço para assegurar uma compreensão em profundidade do fenómeno em questão” (Denzin & Lincoln, 2000, p. 2).

No tratamento dos dados utilizamos abordagens qualitativas e quantitativas, pois acreditamos que a partir da sua complementaridade, os resultados podem ser enriquecidos já que não seria possível obter aquilo que se pretendia, nem com a mesma riqueza, com dados provenientes de uma única fonte, o que não altera em nada a natureza metodológica adotada. Para construir uma teoria bem desenvolvida, integrada e exaustiva, um investigador deve fazer uso de todos os recursos à sua disposição, tendo inclusive em mente uma verdadeira interação de métodos (Polit, Beck, & Hungler, 2004; Strauss & Corbin, 2008).

2.5.1. Instrumento de avaliação da dependência para o autocuidado

A caracterização da dependência para o autocuidado foi considerada um atributo para determinar o perfil de dependência dos clientes internados na Unidade de Convalescença. Pretendíamos caracterizar a dependência para o autocuidado em dois momentos distintos do internamento, na admissão e na alta. Por isso, houve necessidade de utilizar um instrumento de avaliação da dependência para o autocuidado que permitisse responder aos objetivos delineados para o projeto de investigação, tais como: dar a conhecer as necessidades de cuidados dos clientes decorrentes da dependência para o autocuidado e identificar os ganhos em autonomia para o autocuidado conquistados pelos clientes durante o internamento na Unidade de Convalescença.

O Instrumento de Avaliação da Dependência para o Autocuidado (IADA) (Anexo 2) foi um instrumento desenvolvido, no âmbito de uma dissertação de mestrado, por Duque, em 2009. O seu conteúdo foi construído de acordo com o foco de atenção de enfermagem, autocuidado e respetivos domínios, descritos na CIPE®, versão 1.0

(ICN, 2006). Para cada foco no domínio do autocuidado foram definidos indicadores de resultado, com base nas características específicas apresentadas na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (Moorhead et al., 2008). Por sua vez, as estruturas definidas na NOC foram operacionalizadas e avaliadas, através de uma escala tipo *Likert* com 4 pontos, de acordo com:

- *Dependente, não participa* (score=1) – cliente totalmente dependente, que não é capaz de realizar a atividade em análise;
- *Necessita de ajuda de pessoa* (score=2) – cliente que realiza (inicia e / ou completa) a atividade em análise, necessariamente com ajuda de uma pessoa;
- *Necessita de equipamento* (score=3) – cliente que é capaz de realizar a atividade em análise, apenas com auxílio de equipamento adaptativo, não exigindo a colaboração de qualquer pessoa;
- *Independente* (score=4) – cliente sem qualquer tipo de dependência na realização da atividade em análise.

O IADA é constituído por dez subescalas. Cada subescala corresponde a um domínio do autocuidado: tomar banho; vestir-se ou despir-se; alimentar-se; arranjar-se; cuidar de higiene pessoal; autoelevar; usar o sanitário; transferir-se; virar-se e usar a cadeira de rodas, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para cada domínio, o documento apresenta um conjunto de itens (atividades de autocuidado) que traduzem o que a pessoa consegue ou não realizar e a forma como o faz (Anexo 2). Este nível de descrição teve como suporte os resultados apresentados pelo NOC (Moorhead et al., 2008).

O autor determinou a consistência interna do instrumento através do coeficiente de correlação de Alpha de Cronbach, tendo verificado uma elevada consistência interna (Alpha de Cronbach = 0,997). O mesmo pode ser afirmado em relação à avaliação inter-itens (com o mínimo Alpha de Cronbach = 0,896) (Duque, 2009).

A validade do constructo do instrumento tem como base os conceitos da NOC, reconhecidos pela North American Nursing Diagnosis Association e os conceitos da CIPE®, desenvolvidos pelo International Council of Nurses. A sua estrutura contempla conceitos que desde há muito tempo estão inseridos no seio da

enfermagem, conferindo um conhecimento claro dos conceitos utilizados, facilitando a sua interpretação e aplicação.

Após discussão com os enfermeiros, consideramos relevante e pertinente a utilização deste instrumento, como atividade de avaliação da dependência do cliente para o autocuidado, dada a especificidade da informação por ele fornecida no sentido de compreender o potencial do cliente para realizar cada atividade de autocuidado. A necessidade de integrar o instrumento (IADA) no sistema informático de apoio à tomada de decisão foi reconhecida por todos os enfermeiros que integraram o percurso da investigação, tendo sido assumida como a primeira estratégia a integrar no processo de mudança e a primeira a ser implementada.

Os dados decorrentes da utilização do IADA, durante a investigação foram tratados através da utilização do programa estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0 para o Windows.

2.5.2. Análise à documentação de enfermagem

O modelo de Enfermagem em uso, as conceções de enfermagem e os valores que lhe estão associados, são elementos centrais do exercício da profissão, por isso, interessou-nos conhecer de que forma estes elementos se consolidavam na Unidade de Convalescença.

A documentação que resulta do processo de prestação de cuidados de enfermagem tem sido uma área de interesse dos enfermeiros desde longa data, havendo consciência da necessidade e da obrigação legal de documentar os cuidados de enfermagem de modo a promover a continuidade dos cuidados e a possibilitar a avaliação dos mesmos. Por outro lado, a visibilidade do exercício profissional dos enfermeiros dentro e “fora do grupo profissional e para efeitos de inclusão dessa informação na tomada de decisão em saúde só é viável através de indicadores produzidos a partir da informação documentada pelos enfermeiros ao nível da prestação de cuidados” (Silva, 2006, p. 19).

O propósito da análise da informação, realizada na fase 1 (diagnóstico) do estudo, foi compreender, no âmbito do contexto cultural particular do serviço onde decorreu a

nossa investigação, que informação documentada se configurava relevante para a prática dos enfermeiros, e em que medida esta informação descreve as necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas referenciadas para estas unidades. Para efeitos desta análise, consideramos toda a informação processada pelos enfermeiros no sistema de apoio à tomada de decisão com integridade referencial para o foco autocuidado, em particular para algumas das suas dimensões.

Voltamos a usar a análise documental na fase 4 (avaliação) do ciclo de IA, uma vez que a frequência de utilização dos focos de atenção dos enfermeiros, que se mostraram centrais no domínio da nossa investigação e que foram adicionados na fase de planeamento de estratégias para o desenvolvimento da prática de enfermagem, assumiu contornos de grande importância, pelo facto de representarem as situações experienciadas pelos clientes a vivenciarem uma transição saúde/doença de dependência para o autocuidado, às quais os enfermeiros poderão dar resposta produzindo ganhos em autonomia sensíveis aos seus cuidados.

A análise documental centrou-se na informação formal (informação processada pelos enfermeiros) documentada no sistema de apoio à tomada de decisão, procurando registos relativos aos diagnósticos ou resultados e às intervenções de enfermagem. Neste processo de análise partimos com um modelo de categorias *à priori*: focos; diagnósticos; resultados; e intervenções de enfermagem. Os Focos de atenção de Enfermagem são considerados como aspetos da saúde relevantes para a enfermagem de acordo com aquilo que está descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional dos enfermeiros, sendo exemplo o *autocuidado*. As opiniões ou os juízos clínicos dos enfermeiros sobre o estado de um foco da prática conduzem à formulação dos diagnósticos de enfermagem. O Diagnóstico de Enfermagem representa assim o estado de um cliente, problema, necessidade ou potencialidade, que requer intervenções de enfermagem autónomas. As Intervenções de Enfermagem são ações intencionais tomadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem. E os resultados de enfermagem são a medida ou o estado de um diagnóstico de enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem (ICN, 2001).

2.5.3. Notas de campo

As notas de campo reportam sobretudo os comentários dos enfermeiros acerca do processo de IA e as ideias significativas ocorridas ao longo do trabalho de campo, e da observação do investigador, essencialmente aquando da interação direta com os clientes do contexto em estudo, das passagens de turno e das reuniões realizadas com regularidade durante as distintas fases da IA. Estas surgiram como algo de relevante para a descrição do processo de mudança, do envolvimento dos enfermeiros e do processo de reflexão na ação e para a ação. Por isso, procurámos no conteúdo da informação transmitida, as evidências da orientação para a conceção de cuidados que assente na promoção do potencial de recuperação da pessoa dependente para o autocuidado, e que nesse contexto determina as práticas de enfermagem. Dada a relevância do conteúdo discutido quer para o ciclo de investigação, quer para o ciclo da ação, a partir das oportunidades de mudança para a prática as notas produzidas pretendem apresentar o percurso da discussão.

As notas de campo foram habitualmente documentadas após a sua verificação, no intuito de prevenir o esquecimento dos aspetos mais relevantes. De seguida foi efetuada uma análise de conteúdo aos dados que emergiram dos momentos formais e informais com os enfermeiros. Dados estes que na sua maioria foram utilizados no capítulo que se reporta ao percurso de mudança. No processo de análise, as notas de campo foram identificadas com (NC) seguido do número sequencial correspondente ao momento em que é enunciada.

2.5.4. Entrevistas semiestruturadas

As entrevistas constituíram uma técnica de recolha de dados fundamental para descobrir elementos que pudessem dar resposta a uma das questões de investigação enunciadas. Que fatores influenciam o potencial de recuperação dos clientes dependentes para o autocuidado, internados em unidades de convalescença da RNCCI? Estes elementos constituíram recursos importantes, já que se pretendia conhecer a perspetiva da pessoa que vivenciava um processo de transição

saúde/doença face a um evento gerador de dependência para o autocuidado e que fora referenciada para a Unidade de Convalescença.

As entrevistas foram utilizadas na fase 1 (diagnóstico) do estudo para a colheita de dados que pudessem ser considerados, na fase da identificação e planeamento das estratégias, como oportunidade de desenvolvimento do modelo da prática de cuidados. Foram realizadas entrevistas a partir de um guião estruturado (Anexo 3) a 13 clientes, selecionados de acordo com os critérios: pessoa com alta da Unidade de Convalescença há mais de um mês (permitir o interpretar das experiências vividas durante o tempo de internamento); aceitar participar no estudo de forma voluntária; ter capacidade de interação; residir na área do grande Porto.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes e tiveram uma duração média de 50 minutos. O primeiro contacto com os participantes foi telefónico, onde nos identificamos e apresentamos de forma breve o objeto e a finalidade do estudo e os objetivos da entrevista (conhecer as dificuldades identificadas pelos participantes, os aspetos de maior influência, enunciados pelos participantes durante o processo de recuperação e as estratégias utilizadas na recuperação). Após a aceitação em participar, agendamos um encontro no domicílio das pessoas, que cumpriam os critérios de inclusão definidos. Com a obtenção do consentimento informado (Anexo 4), junto dos participantes, para a realização das entrevistas, estes passaram a ser incluídos no estudo.

As entrevistas foram gravadas (com autorização dos entrevistados) em fita magnética áudio, transcritas integralmente para um suporte informático e as gravações posteriormente destruídas. No processo de codificação dos textos, as entrevistas foram identificadas com (P) seguido de uma letra sequencial do alfabeto, correspondente a cada participante no estudo. Após a organização dos dados no *corpus* de análise, passamos à análise de conteúdo, utilizando como recurso o aplicativo informático NVivo7[®].

Para dar resposta ao que se pretendia, procuramos nos discursos dos entrevistados padrões que representassem a base para o trabalho de codificação do material numa perspetiva indutiva, que permitissem uma construção progressiva do conhecimento, acerca da questão para a qual queríamos obter resposta. A análise foi conduzida para a identificação de temas (categorias) e subcategorias (propriedades, atributos ou

circunstâncias das categorias), através de um processo inicial de codificação aberta, ao que se seguiu o estabelecimento de relações entre elas (codificação axial), para se ir progredindo iterativamente até à codificação seletiva, pressupondo um aperfeiçoamento das categorias (Strauss & Corbin, 2008).

Da análise interpretativa que realizámos ao material recolhido, fomos construindo relações entre os conceitos e estruturas lógicas que fundamentam as vivências dos participantes com os fatores de influência no autocuidado decorrentes da evidência científica consultada, com a preocupação de comparar a informação resultante, conferindo assim consistência à análise para a validação e procura de aplicabilidade prática das explicações encontradas, por parte dos enfermeiros (Guba & Lincoln, 1994).

2.6. Os princípios éticos do estudo

Qualquer trabalho de investigação, independentemente do paradigma em que este se situe, envolve do investigador responsabilidade pessoal e profissional e uma conduta ético-moral que lhe permite garantir os direitos e liberdades das pessoas. Salientamos o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade (Fortin, 2003).

No estudo os princípios da solidariedade e da responsabilidade serviram de guias orientadores da inter-relação e compromisso interno entre o investigador e os enfermeiros, que fizeram parte integrante do estudo, enquanto agentes envolvidos nos processos de mudança, delineados ao longo da investigação.

O princípio da solidariedade foi sobretudo venerado ao nível das repercussões que as ideias e os atos individuais dos investigadores pudessem vir a desenvolver sobre o grupo. Este princípio permitiu o reforçar do compromisso interno no sentido da viabilidade e manutenção do grupo e ainda conduziu os enfermeiros na procura de soluções que viabilizassem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no contexto, em resposta às necessidades das pessoas dependentes. Sem dúvida, que este foi o alicerce na orientação das ações dos enfermeiros quer no sentido da dignificação da profissão quer no da solidariedade entre os colegas e para com a sociedade em geral. O princípio da

responsabilidade foi fundamental para que os investigadores mantivessem uma atitude persistente de procura das melhores respostas face às necessidades dos clientes que se lhes acreditavam.

Relativamente aos clientes, e no sentido de garantir o respeito pela autonomia e dignidade da pessoa Humana, o consentimento informado foi elaborado de modo a que os participantes tomassem uma decisão livre e esclarecida para participarem voluntariamente e, ainda, que a informação fornecida não influenciasse a opinião dos participantes. Informámos da possibilidade de cada participante abandonar o estudo, em qualquer momento, se fosse essa a sua vontade. De modo a garantir a confidencialidade, foram utilizados códigos de identificação dos participantes.

O desenvolvimento da investigação teve início em outubro de 2010 após a autorização do Conselho de Administração da ULSM e respetiva Comissão de Ética, no parecer nº 3148 (Anexo1).

Para o desenvolvimento da investigação tivemos em consideração as normas éticas inerentes ao protocolo de Helsínquia. Todos os dados foram sujeitos a codificação de forma a proteger a informação clínica dos clientes, pelo que se procedeu a uma substituição aleatória dos números do episódio de internamento por um outro número de identificação, impedindo qualquer possibilidade futura de extrair relações dos dados com a sua origem individual. Foi assim cumprido o dever de sigilo e de anonimato.

CAPITULO 3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A partir dos resultados da evidência empírica que justificaram a necessidade de desenvolver este estudo e com o propósito de responder às questões de investigação clarificando a natureza do problema e o seu contexto, evoluímos para esta fase do percurso de investigação que teve um caráter exploratório e descritivo fundamentado na necessidade de conhecer, compreender e descrever a realidade e o contexto da Unidade de Convalescença, centrando o nosso objetivo na oportunidade de desenvolvimento da prática de enfermagem.

Iniciamos esta fase do projeto com a caracterização dos sujeitos para depois nos centrarmos nos resultados que emergiram, apresentando-os com a seguinte organização: a dependência para o autocuidado dos clientes internados na Unidade de Convalescença; os ganhos em autonomia para o autocuidado durante o internamento; os fatores de influência no processo de transição face à dependência para o autocuidado, vivenciado pelos clientes; e o exercício profissional dos enfermeiros centrado na promoção da autonomia para o autocuidado. Encerramos o capítulo com uma síntese da problemática identificada.

As unidades de convalescença da RNCCI são unidades de internamento com a finalidade de estabilização clínica e funcional, avaliação e reabilitação integral da pessoa, com perda da autonomia, potencialmente recuperável, e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Assim, para esta tipologia devem ser referenciadas pessoas em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação, num espaço temporal até 30 dias consecutivos. Neste sentido, durante o período em estudo procedemos à análise de 108 casos que foram referenciados para esta unidade, e que traduzem globalmente os critérios usuais de referência para as tipologias de convalescença.

Os destinatários destas unidades foram sobretudo clientes dependentes, com necessidade de reabilitação funcional e treino das atividades básicas de autocuidado. Na sua maioria foram referenciados por hospitais de agudos e procediam dos serviços: medicina interna; oncologia; ortopedia e neurologia.

3.1. Caracterização da amostra

O estudo da caracterização da dependência para o autocuidado envolveu 108 clientes que tinham estado internados na Unidade de Convalescença entre outubro de 2010 a maio de 2011. Os participantes tinham em média 72,5 anos, oscilando entre os 33 e os 93 anos, uma mediana de 76 anos, uma moda de 81 anos e o desvio padrão $\pm 13,2$ anos. Quanto ao sexo, os participantes eram maioritariamente do sexo feminino, 79,6% e 20,4% do sexo masculino. Tinham em média 6,9 anos de escolaridade, variando a sua formação entre os 0 e os 15 anos, com uma mediana de 6 anos, uma moda de 9 anos e o desvio padrão $\pm 3,2$ anos. Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes eram casados (44,4%), 38,9% eram viúvos, 10,2% divorciados e 6,5% solteiros. Todos os participantes tinham como motivo de referenciação para a Unidade de Convalescença a reabilitação intensiva e a otimização das atividades de vida diária.

No que se refere à atividade laboral, apenas 22,2% dos participantes tinham anteriormente atividade profissional ativa. Os restantes 77,8% encontravam-se reformados (32,4%) ou correspondiam a mulheres com atividade doméstica (45,4%) (tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra (1º momento de avaliação)

Pessoas com dependência para o autocuidado		
Idade média		72,52 Anos
Sexo	Feminino	86 (79,6%)
	Masculino	22 (20,4%)
Profissão	Reformado	35 (32,4%)
	Domésticas	49 (45,4%)
	Ativos	24 (22,2%)
Estado civil	Casado	48 (44,4%)
	Viúvo	42 (38,9%)
	Solteiro	7 (6,5%)
	Divorciado	11 (10,2%)

A referenciação para a Unidade de Convalescença foi sobretudo efetuada pelas equipas de gestão de alta hospitalar. Os serviços de medicina interna foram os locais de maior procedência, 55 (50,9%) participantes, seguido dos serviços de ortopedia, 45 (41,7%) participantes, e os serviços de cirurgia oncológica, oito (7,4%) participantes. O tempo de internamento foi de 30 dias para 85 (78,7%) dos participantes e de 45 dias para 23 (21,3%) dos participantes.

Na Tabela 2 estão representadas as frequências absolutas e relativas dos grupos de doenças que originaram o internamento dos participantes, desta fase do estudo, no hospital de agudos e posterior referenciação para a Unidade de Convalescença.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa do grupo de doenças que originaram internamento hospitalar prévio dos participantes (1º momento de avaliação)

Grupo de doenças	N	%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	45	41,7
Doenças cérebro vasculares	39	36,1
Doenças do aparelho respiratório	16	14,8
Neoplasias e tumores malignos	8	7,4
Total	108	100

Ao longo do processo de diagnóstico de situação, verificamos que os registros documentados pelos enfermeiros apenas faziam referência a dados relativos à condição global de dependência, procedendo à indicação de enunciado diagnóstico, sem qualquer dado (manifestações, fatores concorrentes ou condições) que sustentasse essa necessidade em cuidados. Este procedimento dificultava claramente a identificação da evolução da capacitação para a realização do autocuidado. Sob o ponto de vista da caracterização da dependência para o autocuidado, a construção dos enunciados de diagnósticos surge com uma especificação da sua intensidade/nível, que se encontrava operacionalizada em condições *standard* (dependência em grau reduzido, moderado e elevado⁷), ou seja, os enfermeiros procediam a um juízo de diagnóstico, atribuindo um grau qualitativo de intensidade, baseado numa recolha de dados, sustentada na sua experiência, que não eram documentados e que não permitiam a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem em aspetos particulares, como por exemplo, a forma como a pessoa passou a “tomar banho, vestir-se e despir-se...” Na opinião de Silva (2011), um plano de cuidados de enfermagem está dependente da qualidade do processo de diagnóstico, sendo necessário a sistematização e explanação da conceção de cuidados, introduzindo a integridade referencial entre os dados iniciais, os diagnósticos, os objetivos e essencialmente as intervenções de enfermagem.

A discussão com os enfermeiros sobre esta realidade, bem como dos critérios de referenciação indicados para as unidades de convalescença, levou-nos a proceder à caracterização da dependência para o autocuidado dos clientes em análise. Para isso teríamos que utilizar uma estratégia que nos permitisse a recolha e a análise sistematizada dos dados. Existem várias escalas que possibilitam a avaliação do nível de dependência para o autocuidado, que foram desenvolvidas e validadas para a versão portuguesa por vários autores, e que têm sido muito utilizadas pela

⁷ Na ULSM estava pré-definido que se entendia como “dependência em grau reduzido”, quando a pessoa tem capacidade neuromuscular para auto iniciar e completar, independentemente, as atividades inerentes à ação, no entanto requer orientação e/ou incentivo à iniciativa. “Dependência em grau moderado”, quando a pessoa não inicia todas as atividades inerentes à ação, ou não as completa de forma independente. “Dependência em grau elevado”, a pessoa, independentemente, não inicia nem completa nenhuma atividade inerente à ação.

comunidade científica para este fim. Assim os instrumentos/escalas mais utilizados são o índice de Barthel, e o índice de Katz (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963; Barthel & Mahoney, 1965; Duque, 2009; Apóstolo, 2012).

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia o nível de independência das pessoas para realizarem dez atividades de vida: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir-se e despir-se, controlo do esfíncteres, transferir da cadeira para a cama e subir e descer as escadas. Na versão original a pontuação da escala é de 0 a 100 (com intervalos de 5 pontos). Sendo que um total de 0-20 indica dependência total; 21-60 grave dependência; 61-90 moderada dependência (Barthel & Mahoney, 1965; Azeredo & Matos, 2003; Araujo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007; Apóstolo, 2012). A versão da escala pode ser consultada em anexo (Anexo 5).

O “Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária” de Katz é um instrumento desenvolvido por Sidney Katz, um dos mais antigos e também um dos mais citados pela literatura. Desenvolveu-se para medir o funcionamento físico dos idosos com doença crónica. A escala apresenta três gradientes, cujos extremos são: totalmente independente e dependente. As atividades como o tomar banho, vestir-se, ser continente (de esfíncteres), alimentar-se e levantar-se da cama ou de uma cadeira fazem parte da escala. Assim, segundo o instrumento, os idosos eram considerados independentes se desenvolvessem a atividade (qualquer das seis propostas) sem supervisão, orientação ou qualquer tipo de auxílio direto. Este instrumento sofreu várias adaptações resultantes da modificação da versão inicial, decorrente da sua utilização pela comunidade científica na área da saúde. (Katz, 1963; Azeredo et al., 2003; Duarte, Andrade, & Lebrão, 2007). Uma versão da escala pode ser consultada em anexo (Anexo 6).

Contudo, a nossa opção pelo IADA prende-se com a sua elevada utilização nos últimos anos pela comunidade científica da disciplina de enfermagem, em Portugal (Duque, 2009; Sequeira, 2011; Teixeira da Silva, 2011; Alves, 2012; Maciel, 2013; Padilha, 2013), facto que tem determinado uma elevada consistência interna do instrumento, permitindo a comparabilidade dos dados entre os diferentes estudos e contextos.

O “Instrumento de Avaliação da Dependência para o Autocuidado”, como referimos no capítulo 2, foi construído a partir de indicadores plasmados na Nursing Outcomes Classification (NOC) que incorpora e propõem múltiplos itens e indicadores (cl clinicamente uteis e válidos) para avaliar a dependência nos vários domínios do autocuidado. É constituído por cinquenta e oito itens (atividades de autocuidado), distribuídos por 10 subescalas. Estas são referentes aos domínios de autocuidado descritos na versão 1 da classificação internacional para a prática de enfermagem (ICN, 2006), tais como: tomar banho, vestir-se e despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto-elevar, usar o sanitário, transferir-se, virar-se e usar cadeira de rodas. Cada item é avaliado numa escala de Likert de 4 pontos (1- dependente, não participa; 2- necessita de ajuda de pessoa; 3- necessita de equipamento; 4- independente) (Anexo2).

Utilizamos este instrumento devido à pertinência dos domínios do autocuidado que integra, à descrição dos dados que permite obter e à relevância dos níveis de dependência que admite verificar. Mais, este instrumento apresentou-se como uma estrutura de atividade diagnóstica útil que permitiu:

- Fundamentar os diagnósticos de dependência para o autocuidado;
- Verificar a coerência do diagnóstico a partir dos dados utilizados;
- Nomear os diagnósticos de enfermagem com os seus descritores específicos/dimensões.

Por outro lado, o incremento perante o categorizar a dependência total ou parcial dos clientes para o autocuidado, em cada item da escala, conforme a sua distribuição pelos quatro tipos de dependência descritos (“dependente, não participa”; “necessita de ajuda de pessoa”; “necessita de equipamento”; e “completamente independente”), foi outro motivo para utilizar este instrumento. Desta forma, torna-se possível fazer a separação entre os clientes que eram dependentes de pessoa dos que eram autónomos apesar de dependerem de produto de apoio/equipamento adaptativo.

A análise detalhada dos dados permitiu mostrar a mais-valia do instrumento que estimou a sua seleção para o presente estudo, isto é, a variabilidade das frequências absolutas associadas a cada item de autocuidado permite caraterizar a dependência dos clientes e as necessidades específicas de cuidados. A título de

exemplo, podemos verificar que na subescala do tomar banho tivemos clientes independentes para o item “obtem objetos para o banho”, mas a necessitarem de ajuda de pessoa para o item “seca o corpo” e a necessitarem de produto de apoio (cadeira chuveiro), para o item “lava-se no chuveiro”. Estes dados revelam um nível de especificação diagnóstica impossível de obter com qualquer outro dos instrumentos consultados, tornando-se assim uma mais-valia para a tomada de decisão dos enfermeiros em resposta aos diagnósticos de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem.

Nesta primeira fase do estudo, procedemos à recolha de dados em dois momentos distintos, admissão e alta clínica da Unidade de Convalescença. Esta estratégia permitiu a comparação dos dados entre os diferentes momentos, que possibilitou identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados. Serviu ainda para debate sobre o acesso aos dados e a sua relevância e sistematização no processo de recolha e análise dos dados.

A utilização deste instrumento (IADA) neste contexto facilitou obter dados de consistência interna semelhantes aos obtidos por Duque, 2009, com um Alfa de *Cronbach* de 0,979. Para as subescalas do autocuidado: “tomar banho” e “vestir-se ou despir-se”, o valor de Alfa de *Cronbach* foi de 0,922, para a subescala do autocuidado “alimentar-se”, o valor de Alfa de *Cronbach* foi de 0,931 e no caso da subescala do autocuidado arranjá-lo o valor de Alfa de *Cronbach* foi de 0,896. Relativamente à subescala do autocuidado “cuidar da higiene pessoal”, o valor de Alfa de *Cronbach* foi de 0,919, para a subescala do autocuidado “usar o sanitário” obtivemos um Alfa de *Cronbach* de 0,930, no caso da subescala “transferir-se” obtivemos um Alfa de *Cronbach* de 0,997 e, por último, na subescala “usar a cadeira de rodas”, obtivemos um valor de Alfa de *Cronbach* de 0,959.

3.2. Avaliação da dependência para o autocuidado no momento da admissão

Procedemos à recolha de dados das 108 pessoas que integraram o estudo no momento da admissão à Unidade de Convalescença. Nesta fase de diagnóstico de situação, utilizamos o IADA em suporte de papel, que permitiu constatar os

resultados apresentados em tabelas organizadas por domínios do autocuidado. Em cada um das tabelas estão representadas as frequências relativas e absolutas, para cada nível de dependência, por item/atividade de autocuidado (a *bold* destacou-se o valor da atividade de autocuidado que a maioria dos participantes revelou necessidade de pessoa para a concretizar).

Autocuidado tomar banho

A Tabela 3 apresenta os dados que descrevem a dependência/independência para a realização do autocuidado “tomar banho”. Desta forma, podemos verificar que os clientes admitidos na Unidade de Convalescença que integraram o estudo necessitaram de ajuda de pessoa, principalmente para lavarem-se no chuveiro e para lavarem e secarem o corpo (79,6%, 92,6%, 92,6%, respetivamente).

Tabela 3 - Caracterização da dependência para o autocuidado “tomar banho” no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado Tomar banho	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4	Total
Entra e sai do chuveiro	8 (7,4%)	45 (41,7%)	49 (45,4%)	6 (5,5%)	108 (100%)
Obtém objetos para o banho	8 (7,4%)	47 (43,5%)	0	53 (49,1%)	108 (100%)
Consegue água	8 (7,4%)	31 (28,7%)	0	69 (63,9%)	108 (100%)
Abre a torneira	8 (7,4%)	31 (28,7%)	0	69 (63,9%)	108 (100%)
Regula a temperatura da água	8 (7,4%)	31 (28,7%)	0	69 (63,9%)	108 (100%)
Regula o fluxo da água	8 (7,4%)	31 (28,7%)	0	69 (63,9%)	108 (100%)
Lava-se no chuveiro	8 (7,4%)	86 (79,6%)	12 (11,1%)	2 (1,9%)	108 (100%)
Lava o corpo	8 (7,4%)	100 (92,6%)	0	0	108 (100%)
Seca o corpo	8 (7,4%)	100 (92,6%)	0	0	108 (100%)

Entre os enfermeiros estava consensualizado que para lavar-se no chuveiro a pessoa fosse capaz de molhar o corpo na totalidade com o chuveiro, atividade que foi facilitada pela utilização de um dispositivo de apoio (produto de apoio⁸), a cadeira

⁸ Os recursos materiais, de acordo com a norma ISO 9999:2007, passam a designar-se de *Produtos de Apoio*, isto é, qualquer produto, instrumento, equipamento necessários ou sistema técnico à prevenção, habilitação,

chuveiro, no caso de 11,1% dos participantes. Para lavar o corpo, implicou que a pessoa conseguisse colocar sabão líquido na esponja de banho, lavar a parte anterior e posterior do tronco, os membros superiores, inferiores e os pés; e para secar o corpo implicou que a pessoa friccionasse com a toalha a parte anterior e posterior do tronco, os membros superiores, inferiores e os pés. Concluímos ainda que 43,5% dos participantes necessitou de ajuda de pessoa para obter objetos para o banho. Esta atividade era considerada completa se os participantes fossem capazes de reunir todo o material necessário para tomarem banho. Desta forma, o compromisso do sistema musculoesquelético⁹ foi a condição responsável para que os participantes não concluíssem a atividade de forma autónoma.

Entrar e sair do chuveiro é outra atividade do autocuidado "tomar banho". Como estratégia para realizar esta atividade de forma autónoma, 45,4% dos participantes necessitou de recorrer a dispositivo de apoio, já existente na unidade (barras laterais). Por outro lado, 41,7% dos participantes necessitaram de ajuda de pessoa para o fazer. Nas atividades de autocuidado "tomar banho" ("consegue a água"; "abre a torneira", "regula a temperatura e o fluxo da água"), o número de participantes que necessitaram de ajuda de pessoa para as realizar foi o mesmo, 28,7%. No entanto, o grau de dificuldade para realizar estas atividades parece-nos distinto, pelo que consideramos de interesse esclarecer que, para "aceder a água", a pessoa tinha que pegar no chuveiro com o membro dominante e para abrir a torneira, regular o fluxo e a temperatura da água tinha de elevar e rodar (para a direita ou para a esquerda) o manípulo da torneira de forma gradual. A capacidade para concretizar estas atividades de autocuidado estava muitas vezes relacionada com o compromisso do sistema musculoesquelético e com a perceção sensorial dos membros superiores alterada.

reabilitação e integração de pessoas com deficiência e/ou incapacidade, de forma a diminuírem as desvantagens resultantes dessa incapacidade, e assim neutralizarem as limitações inerentes a uma plena participação social e profissional (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009)

⁹ Processo do sistema musculoesquelético: movimento espontâneo, voluntário ou involuntário, dos músculos e articulações (ICN, 2011)

Autocuidado vestir-se e despir-se

A análise dos dados apresentados na tabela 4 permite verificar que os participantes revelaram-se mais dependentes de pessoa para vestir e despir as roupas na parte inferior do corpo, calçar/descalçar as meias e calçar/descalçar os sapatos (86,1%, 82,4%, 83,3%, 80,5%, 78,7% e 66,7%, respetivamente).

Tabela 4 - Caracterização da dependência para o autocuidado “vestir-se e despir-se” no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado Vestir-se e despir-se	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4	Total
Escolhe as roupas	9 (8,3%)	15 (13,9%)	0	84 (77,8%)	108 (100%)
Retira as roupas da gaveta e do armário	12 (11,1%)	45 (41,7%)	0	51 (47,2%)	108 (100%)
Segura as roupas	9 (8,3%)	10 (9,3%)	0	89 (82,4%)	108 (100%)
Veste as roupas na parte superior do corpo	9 (8,3%)	44 (40,8%)	0	55 (50,9%)	108 (100%)
Veste as roupas na parte inferior do corpo	15 (13,9%)	93 (86,1%)	0	0	108 (100%)
Despe as roupas na parte superior do corpo	9 (8,3%)	50 (46,3%)	0	49 (45,4%)	108 (100%)
Despe as roupas na parte inferior do corpo	15 (13,9%)	89 (82,4%)	0	4 (3,7%)	108 (100%)
Abotoa as roupas	13 (12,0%)	32 (29,7%)	0	63 (58,3%)	108 (100%)
Desabotoa as roupas	13 (12,0%)	29 (26,9%)	0	66 (61,1%)	108 (100%)
Usa cordões para amarrar	16 (14,8%)	49 (45,4%)	0	43 (39,8%)	108 (100%)
Usa fechos	16 (14,8%)	49 (45,4%)	0	43 (39,8%)	108 (100%)
Calça as meias	18 (16,7%)	90 (83,3%)	0	0	108 (100%)
Descalça as meias	18 (16,7%)	87 (80,5%)	0	3 (2,8%)	108 (100%)
Calça os sapatos	17 (15,7%)	85 (78,7%)	0	6 (5,6%)	108 (100%)
Descalça os sapatos	17 (15,7%)	72 (66,7%)	0	19 (17,6)	108 (100%)

Para vestir e despir as roupas na parte superior do corpo os participantes apresentavam menos dificuldade, pelo que, a percentagem de participantes

dependentes de pessoa foi menor (40,8% e 46,3%, respetivamente). Também neste caso, as dificuldades sentidas pelas pessoas para realizarem as atividades de autocuidado estavam muito relacionadas com a diminuição da amplitude articular, diminuição da força muscular e alteração do equilíbrio.

No item “usar cordões e fechos”, os dados revelaram que 45,4% dos participantes necessitaram de ajuda de pessoa, para o fazerem. Note-se que os clientes usavam habitualmente (durante o dia) um fato de treino e para concluírem o vestir desta peça de vestuário tinham de apertar o casaco com fecho e atar a calça com o cordão. Porém, a capacidade para atar os cordões dos sapatos (se fosse caso disso) era também considerada neste item de avaliação.

Os participantes eram mais dependentes de pessoa para abotoar as roupas do que para as desabotoar (29,7%, 26,9%, respetivamente).

Para retirar as roupas da gaveta, 41,7% dos participantes necessitou de ajuda de pessoa, certos que a dificuldade em realizar esta atividade esteve relacionada com a capacidade diminuída dos participantes de mover e mudar o corpo de um lado para o outro. A escolha da roupa e o segurar da roupa foram as atividades do domínio do autocuidado “vestir-se e despir-se” em que a percentagem de participantes dependentes de pessoa foi menor (13,9% e 9,3% respetivamente).

Autocuidado alimentar-se

A tabela 5 permite caracterizar a dependência dos participantes para o autocuidado alimentar-se.

Tabela 5 - Caracterização da dependência para o autocuidado “alimentar-se” no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado Alimentar-se	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4	Total
Prepara os alimentos para a ingestão	10 (9,3%)	48 (44,4%)	0	50 (46,3%)	108 (100%)
Abre recipientes	10 (9,3%)	55 (50,9%)	0	43 (39,8%)	108 (100%)
Utiliza utensílios	10 (9,3%)	48 (44,4%)	0	50 (46,3%)	108 (100%)
Coloca o alimento nos utensílios	10 (9,3%)	48 (44,4%)	0	50 (46,3%)	108 (100%)
Pega no copo ou chávena	3 (2,8%)	18 (16,6%)	0	87 (80,6%)	108 (100%)
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	2 (1,9%)	19 (17,5%)	0	87 (80,6%)	108 (100%)
Leva os alimentos à boca com recipiente	3 (2,8%)	18 (16,6%)	0	87 (80,6%)	108 (100%)
Leva os alimentos à boca com os utensílios	10 (9,3%)	48 (44,4%)	0	50 (46,3%)	108 (100%)
Bebe por copo ou chávena	5 (4,6%)	25 (23,2%)	0	78 (72,2%)	108 (100%)
Coloca os alimentos na boca	10 (9,3%)	48 (44,4%)	0	50 (46,3%)	108 (100%)
Conclui uma refeição	10 (9,3%)	48 (44,4%)	0	50 (46,3%)	108 (100%)

Através da tabela 5 podemos verificar que a percentagem de participantes independentes para iniciar e concluir a maioria das atividades que concretizam o autocuidado “alimentar-se” foram as mais elevadas, até ao momento, com exceção para o item “abre recipientes”, tendo esta atividade uma maior percentagem de participantes a necessitar de ajuda de pessoa (50,9%). Para concretizar esta atividade era necessário que os participantes abrissem as tampas que protegem o prato da refeição e da sopa e a tampa das embalagens individuais de manteiga ou de compota, distribuídas nas refeições do pequeno-almoço e lanche. A realização de outras

atividades que exigiam movimentos “mais finos” como preparar os alimentos para a ingestão, utilizar os utensílios, colocar o alimento nos utensílios e levar os alimentos à boca com os utensílios, 44,4% dos participantes necessitou de ajuda de pessoa para a sua realização.

A percentagem de participantes dependentes de pessoa para pegar no copo ou na chávena e levar os alimentos à boca com o recipiente foi de 16,6%. O concretizar destas atividades implica dos participantes um movimento ativo, eliminando a gravidade do membro superior dominante e a contra resistência desse mesmo membro. Esta capacidade do sistema musculoesquelético era essencial, também para que os clientes conseguissem levar os alimentos à boca com os dedos da mão (17,5% dos participantes necessitaram de ajuda de pessoa).

As atividades: “bebe pelo copo ou pela chávena” e “coloca os alimentos na boca” surgiram com uma percentagem de clientes a necessitar de ajuda pessoa de 23,2% e de 44,4% respetivamente.

Para concluir a refeição, 44,4% dos participantes necessitaram de ajuda de pessoa, dado que se revela necessário que os participantes fossem capazes de organizar, no tabuleiro, o material utilizado durante a refeição, dando indício do término da refeição.

Autocuidado arranjar-se

A análise da tabela 6 permite constatar que algumas das atividades associadas ao autocuidado “arranjar-se” têm um menor número de participantes, já que as mesmas se encontram associadas a atividades realizadas por pessoas do sexo masculino ou feminino. A atividade “barbear-se”, teve um total de 22 participantes (número de homens que faziam parte da amostra), e a atividade “aplica maquilhagem”, um total de 86 participantes (número de mulheres que faziam parte da amostra). Podemos concluir através da tabela 6 que a maioria dos participantes eram independentes para usar o espelho (77,7%). Este objeto encontrava-se fixo às paredes das casas de banho da unidade. Por outro lado, cuidar das unhas, barbear-se e aplicar maquilhagem foram as atividades do autocuidado “arranjar-se” que os participantes revelaram mais necessidade de ajuda de pessoa (63,9% e 68,2%, 60,5%, respetivamente).

Tabela 6 - Caracterização da dependência para o autocuidado “arranjar-se” no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado Arranjar-se	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4	Total
Penteia ou escova os cabelos	10 (9,3%)	52 (48,1%)	0	46 (42,6%)	108 (100%)
Barbeia-se	2 (9%)	15 (68,2%)	0	5 (22,8%)	22 (100%)
Aplica maquiagem	10 (11,6%)	52 (60,5%)	0	24 (27,9%)	86 (100%)
Cuida das unhas	15 (13,9%)	69 (63,9%)	0	24 (22,2%)	108 (100%)
Usa um espelho	6 (5,6%)	18 (16,7%)	0	84 (77,7%)	108 (100%)

Na atividade de autocuidado “aplica maquiagem”, que só participantes do sexo feminino tentaram concretizar, estava implícito como atividade correspondente a colocação de creme na face, tendo-se verificado que nenhum dos participantes do sexo masculino tinha por hábito colocar creme ou outro produto semelhante na face.

Autocuidado cuidar da higiene pessoal

Podemos verificar através da tabela 7 que, para cuidar da higiene pessoal, a maioria dos participantes no momento da admissão na Unidade de Convalescença era independente.

Tabela 7 - Caracterização da dependência para o autocuidado “cuidar da higiene pessoal” no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado Cuidar da higiene pessoal	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4	Total
Lava as mãos	6 (5,6%)	25 (23,1%)	0	77 (71,3%)	108(100%)
Aplica desodorizante	6 (5,6%)	37 (34,2%)	0	65 (60,2%)	108(100%)
Limpa a área do períneo	11 (10,2%)	63 (58,3%)	0	34 (31,5%)	108(100%)
Limpa as orelhas	6 (5,6%)	25 (23,1%)	0	77 (71,3%)	108(100%)
Mantém o nariz desobstruído e limpo	6 (5,6%)	25 (23,1%)	0	77 (71,3%)	108(100%)
Mantém a higiene oral	6 (5,6%)	37 (34,2%)	0	65 (60,2%)	108(100%)

Porém, para limpar a área do períneo cerca de 58,3% dos participantes necessitou de ajuda de pessoa, sendo por isso considerada a atividade mais complexa deste domínio de autocuidado, exigindo dos participantes um menor compromisso dos processos corporais. Para lavar as mãos, limpar as orelhas e manter o nariz desobstruído, 23,1% dos participantes necessitou de ajuda de pessoa, situação semelhante verificada para colocar desodorizante e manter a higiene oral, com 34,2% dos casos. Esta dependência surgiu muitas das vezes associada a um compromisso de mobilidade dos membros superiores (por exemplo, dificuldade para comprimir o tubo da pasta de dentes e para abrir o frasco do desodorizante).

Autocuidado autoelevar

Relativamente ao autocuidado “autoelevar”, ou seja, levantar parte do corpo, incluindo os membros inferiores e superiores ou a cabeça para uma posição mais elevada, constatamos que 57,4% dos participantes necessitou de ajuda de pessoa e que 14,8% dos participantes utilizaram dispositivo de apoio (suporte da cama) para o fazerem (ver tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização da dependência para o autocuidado “autoelevar” no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado Autoelevar-se	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4	Total
Levantar parte do corpo	11 (10,2%)	62 (57,4%)	16 (14,8%)	19 (17,6%)	108(100%)

Autocuidado usar o sanitário

A tabela 9 mostra que para realizar as atividades que concretizam o autocuidado “usar o sanitário”, grande parte dos participantes necessitaram de dispositivo de apoio, facto que se revelou facilitador pela existência na unidade de barras laterais de apoio e alteador de sanita.

Tabela 9 - Caracterização da dependência para o autocuidado “usar o sanitário” no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado Usar o sanitário	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4	Total
Ocupa e desocupa o sanitário	15 (13,9%)	49 (45,3%)	42 (38,9%)	2 (1,9%)	108 (100%)
Tira as roupas	16 (14,8%)	44 (40,8%)	0	48 (44,4%)	108 (100%)
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	10 (9,2%)	34 (31,5%)	46 (42,6%)	18 (16,7%)	108 (100%)
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	10 (9,2%)	34 (31,5%)	0	64 (59,3%)	108 (100%)
Ergue-se da sanita	15 (13,9%)	49 (45,3%)	42 (38,9%)	2 (1,9%)	108 (100%)
Ajusta as roupas após a higiene íntima	16 (14,8%)	44 (40,8%)	0	48 (44,4%)	108 (100%)

No entanto, para ocupar e desocupar o sanitário e para erguer-se da sanita, a percentagem de clientes a necessitar de ajuda de pessoa revelou-se a mais elevada deste domínio de autocuidado em análise (45,3%). Também para estas atividades, 38,9% dos participantes precisaram de dispositivo de apoio.

Por seu lado, para fazer a higiene íntima, tirar a roupa e voltar ajustá-la, 31,5% e 40,8% dos participantes necessitaram de ajuda de pessoa. Para posicionar-se na sanita de forma autónoma, 42,6% dos participantes utilizaram o alçador de sanita.

Autocuidado transferir-se

Para transferir-se da cama para a cadeira ou para o cadeirão e vice-versa, constatamos que 79,6% dos participantes necessitaram de pessoa. Por outro lado, poucos foram os participantes (7,4%) que conseguiram transferir-se de forma independente. Estes são aspetos possíveis de verificar na tabela 10.

Tabela 10 - Caracterização da dependência para o autocuidado “transferir-se” no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado Transferir-se	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4	Total
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	14 (13,0%)	86 (79,6%)	0	8 (7,4%)	108 (100%)
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	14 (13,0%)	86 (79,6%)	0	8 (7,4%)	108 (100%)

Autocuidado virar-se

Para a concretização deste autocuidado é fundamental que a pessoa consiga mover e mudar a posição do corpo de um lado para outro, na cama ou na cadeira. Através da tabela 11, verificamos que 22,2% dos participantes conseguiram virar-se independentemente. Contudo, 37% dos participantes utilizou o suporte da cama, como produto de apoio, para conseguir virar-se de forma autónoma e 34,3% dos participantes necessitaram de ajuda de pessoa para o fazer.

Tabela 11 - Caracterização da dependência para o autocuidado “virar-se” no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado Virar-se	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4	Total
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	7 (6,5%)	37 (34,3%)	40 (37,0%)	24 (22,2%)	108 (100%)

Autocuidado mover-se em cadeira de rodas

A tabela 12 permite observar que todos os participantes que se moviam em cadeira de rodas, no momento da admissão à Unidade de Convalescença (69), necessitaram de ajuda de pessoa para o fazer. Transferir da e para a cadeira de rodas com segurança e manobrar a cadeira de rodas com uma velocidade moderada foram as atividades do autocuidado “mover em cadeira de rodas” que a maior parte dos participantes necessitou de ajuda de pessoa (79,7%). Para movimentar o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas, 71,1% dos participantes também necessitou de ajuda de pessoa.

Tabela 12 - Caracterização da dependência para o autocuidado “mover-se em cadeira de rodas” no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado Mover-se em cadeira de rodas	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4	Total
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	17 (24,6%)	49 (71,1%)	0	3 (4,3%)	69 (100%)
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	14 (20,3%)	55 (79,7%)	0	0	69 (100%)
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	14 (20,3%)	55 (79,7%)	0	0	69 (100%)

A avaliação da dependência por atividades de autocuidado permite identificar as necessidades de cuidados dos participantes em aspetos específicos, sobre os quais devem recair as ações dos enfermeiros. Para além disso, se esta avaliação fosse realizada de forma sistemática durante o período de internamento, permitiria perceber, também, a evolução dos participantes no sentido dos ganhos em

autonomia e a precisão de ajuste das ações dos enfermeiros de acordo com as alterações verificadas.

A caracterização da dependência por item ou atividade de autocuidado permite-nos evoluir para uma caracterização mais abrangente, isto é, por domínio do autocuidado. Para isso procedemos à aplicação dos critérios estabelecidos por Duque (2009) e com elevada utilização noutros estudos de investigação realizados em Portugal (Sequeira, 2011; Teixeira da Silva, 2011; Alves, 2012; Padilha, 2013). Assim, tomando em consideração os itens “não nulos” ou “aplicáveis” a cada caso, foram definidos, sequencialmente, os seguintes critérios para calcular o tipo de dependência global, em cada domínio do autocuidado:

- *Dependente, não participa* – Todos os clientes com o score=1 em todos os itens (atividades de avaliação) aplicáveis por domínio do autocuidado;
- *Independente* – clientes com score=4 em todos os itens aplicáveis por domínio do autocuidado;
- *Necessita de equipamento* – clientes com score > 2; em todos os itens aplicáveis por domínio do autocuidado, ou seja, os que necessitam de equipamento em alguns itens e podem ser independentes noutros itens;
- *Necessita de ajuda de pessoa* – Os casos que não foram categorizados em nenhuma das três categorias anteriores.

A tabela 13 mostra o resultado da análise efetuada por computação de uma nova variável de acordo com os critérios descritos. Estes dados reportam-se ao momento da admissão dos participantes na Unidade de Convalescença.

Tabela 13 - Caracterização da dependência por domínio do autocuidado no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de Equipamento	Independente	Total
Cuidar da higiene pessoal	6 (5,5%)	68 (63,0%)	0	34(31,5%)	108 (100%)
Tomar banho	8 (7,4%)	100 (92,6%)	0	0	108 (100%)
Vestir-se e despir-se	9 (8,3%)	99 (91,7%)	0	0	108 (100%)
Arranjar-se	6 (5,6%)	78 (72,2%)	0	24 (22,2%)	108 (100%)
Virar-se	7 (6,5%)	37 (34,3%)	40 (37,0%)	24 (22,2%)	108 (100%)
Transferir-se	14 (13%)	86 (79,6%)	0	8 (7,4%)	108 (100%)
Autoelevar	11 (10,2%)	62 (57,4%)	16 (14,8%)	19 (17,6%)	108 (100%)
Usar o sanitário	10 (9,2%)	68 (63,0%)	30 (27,8%)	0	108 (100%)
Mover-se em cadeira de rodas	14 (20,3%)	55 (79,7%)	0	0	69 (100%)
Alimentar-se	2 (1,9%)	77 (71,2%)	0	29 (26,9%)	108 (100%)

A análise da tabela 13 permite verificar que, **no momento da admissão**, os participantes eram dependentes na maioria dos domínios do autocuidado, embora para alimentar-se, arranjar-se, virar-se e autoelevar a percentagem de participantes independentes fosse de 26,9%, 22,2%, 22,2% e 17,6%, respetivamente, no final desta fase do estudo.

Constatamos que os participantes necessitaram de ajuda de pessoa, sobretudo para concretizarem as atividades no domínio do autocuidado mais específicas, como é o caso de: “tomar banho”, 92,6%; “vestir-se e despir-se”, 91,7%; “usar a cadeira de rodas”, 79,7%; “transferir-se”, 79,6%; “arranjar-se”, 72,2%; “alimentar-se”, 71,2%; “usar o sanitário”, 63%; e “cuidar da higiene pessoal”, 63%.

Quanto à utilização de dispositivos de apoio para o autocuidado, verificamos que o seu uso é reduzido, constatando-se apenas a sua utilização para o autocuidado: “virar-se”, “elevar-se”, “usar o sanitário” e “tomar banho” com recurso ao “suporte da cama”, as barras laterais de apoio, alterador de sanita e a cadeira chuveiro.

O nível de independência das pessoas admitidas na Unidade de Convalescença é reduzido, salientando-se a necessidade de apoio dos profissionais de saúde para executarem a maior parte das atividades básicas de autocuidado, dados que justificam plenamente a referência para esta tipologia de unidade da RNCCI.

Na continuidade da análise dos dados apresentados na tabela anterior, procedemos a uma síntese dos níveis de dependência reportados no instrumento ¹⁰ apurando a média, a moda e o desvio padrão dos *scores* para cada domínio do autocuidado, no momento da admissão.

Os resultados salientam um nível de dependência mais elevada para: “usar a cadeira de rodas”; “vestir-se e despir-se”; “tomar banho”; “transferir-se”; “usar o sanitário”; “arranjar-se”; “autoelevar”, “alimentar-se”; “cuidar da higiene pessoal” e “virar-se”; Observou-se que todos os clientes ou eram completamente dependentes ou necessitavam de ajuda de pessoa, não se registrando qualquer caso de uso de dispositivo de apoio à realização das atividades de autocuidado, nem nenhum em que o cliente fosse independente (ver tabela 14).

Tabela 14 - Medidas de tendência central e desvio padrão dos scores de dependência para o autocuidado no momento da admissão (1º momento de avaliação)

Autocuidado	N	Min	Max	Média	Moda	DP
Mover-se em cadeira de rodas	69	1	2	1,80	2	0,405
Vestir-se e despir-se	108	1	2	1,92	2	0,278
Tomar banho	108	1	2	1,93	2	0,263
Transferir-se	108	1	4	2,02	2	0,655
Usar o sanitário	108	1	3	2,19	3	0,582
Arranjar-se	108	1	4	2,39	2	0,895
Autoelevar	108	1	4	2,40	2	0,896
Alimentar-se	108	1	4	2,52	2	0,912
Cuidar da higiene pessoal	108	1	4	2,57	2	0,997
Virar-se	108	1	4	2,75	2	0,877

¹⁰ Níveis de dependência reportados no (IADA). Dependente não participa, necessita de ajuda de pessoa, necessita de equipamento, independente.

A média da *dependência para o autocuidado* (obtida a partir da média de todos os valores) é de 2,25, o que permite dizer que no momento da admissão à Unidade de Convalescença os participantes são dependentes de pessoa no autocuidado. No entanto, verificou-se que os participantes eram mais dependentes de pessoa no autocuidado: tomar banho, vestir-se e despir-se e usar a cadeira de rodas; e mais independentes no autocuidado: cuidar da higiene pessoal e virar-se.

A análise global dos dados justificam plenamente a referenciação das pessoas com dependência para o autocuidado para esta tipologia de unidade.

3.3. Avaliar a dependência para o autocuidado no momento da alta

Consideramos fundamental, nesta fase do estudo, avaliar o impacto das atividades realizadas durante o internamento na Unidade de Convalescença. Para isso, mantivemos a mesma estratégia de avaliação utilizada para identificar a dependência para o autocuidado no momento da admissão (ponto 3.2.). Os dados apresentados permitem-nos caracterizar a dependência para o autocuidado em cada um dos momentos. Por outro lado, permitem-nos verificar os ganhos em saúde constatados no final do internamento, pelo que, ao logo deste ponto, centraremos a nossa atenção nos resultados obtidos no momento da alta.

Autocuidado tomar banho

Conforme podemos verificar na tabela 15, no momento da alta, metade dos participantes (3,7%) admitidos na unidade com dependência total obtiveram ganhos em saúde durante o internamento, os restantes mantiveram este nível de dependência. No que se refere aos participantes com necessidade de ajuda de pessoa, no momento da admissão verificamos que a frequência destes diminuiu em todas as atividades do autocuidado “tomar banho”, comparativamente com o momento da alta. No entanto, nos itens “lava o corpo” e “seca o corpo”, os participantes com necessidade de ajuda de pessoa no momento da alta correspondiam a 70,4% em ambos os itens, facto que determina a dependência destas pessoas para tomarem banho.

Tabela 15 - Caracterização da dependência para o autocuidado “tomar banho” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado Tomar banho	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Entra e sai do chuveiro	8 (7,4%)	4 (3,7%)	45 (41,7%)	11 (10,2%)	49 (45,4%)	63 (58,3%)	6 (5,5%)	30 (27,8%)	108 (100%)
Obtém objetos para o banho	8 (7,4%)	4 (3,7%)	47 (43,5%)	17 (15,7%)	0	0	53 (49,1%)	87 (80,6%)	108 (100%)
Consegue água	8 (7,4%)	4 (3,7%)	31 (28,7%)	10 (9,3%)	0	0	69 (63,9%)	94 (87,0%)	108 (100%)
Abre a torneira	8 (7,4%)	4 (3,7%)	31 (28,7%)	10 (9,3%)	0	0	69 (63,9%)	94 (87,0%)	108 (100%)
Regula a temperatura da água	8 (7,4%)	4 (3,7%)	31 (28,7%)	12 (11,1%)	0	0	69 (63,9%)	92 (85,2%)	108 (100%)
Regula o fluxo da água	8 (7,4%)	4 (3,7%)	31 (28,7%)	12 (11,1%)	0	0	69 (63,9%)	92 (85,2%)	108 (100%)
Lava-se no chuveiro	8 (7,4%)	4 (3,7%)	86 (79,6%)	13 (12,0%)	12 (11,1%)	56 (51,9%)	2 (1,9%)	35 (32,4%)	108 (100%)
Lava o corpo	8 (7,4%)	4 (3,7%)	100 (92,6%)	76 (70,4%)	0	0	0	28 (25,9%)	108 (100%)
Seca o corpo	8 (7,4%)	4 (3,7%)	100 (92,6%)	76 (70,4%)	0	0	0	28 (25,9%)	108 (100%)

Relativamente à necessidade de dispositivo de apoio, os participantes usaram as barras laterais de apoio para entrarem e saírem do chuveiro e a cadeira chuveiro para lavarem-se no chuveiro. Verificamos ainda que mais de metade dos participantes (58,3%, 51,9% respetivamente) teve alta da unidade a necessitar destes dispositivos. Quanto ao número de participantes independentes no momento da alta, foi superior comparativamente com o momento da admissão em todas as atividades de autocuidado “tomar banho”, confirmando ganhos em independência neste autocuidado durante o internamento. Todavia, salientamos que a percentagem de clientes independentes para lavar e secar o corpo é ainda baixa (25,9%).

Autocuidado vestir-se e despir-se

No momento da alta da Unidade de Convalescença, o número de casos de total dependência para cada item do autocuidado “vestir-se e despir-se” é quase diminuto

(apenas 3,7%). A tabela 16 mostra que a necessidade de ajuda pessoa para a realização da maior parte dos itens deste autocuidado era reduzida, embora, mais de metade dos participantes, neste momento, para vestir e despir a parte inferior do corpo (70,4%), calçar e descalçar as meias (76,9%) e calçar os sapatos (64,8%) necessitem de ajuda de pessoa para realizarem estas atividades. Não se observa nenhum caso a utilizar os dispositivos de apoio, estratégias que poderiam ser extremamente relevantes para a autonomia do cliente na realização de algumas atividades deste autocuidado, como por exemplo: calçar as meias e os sapatos, e vestir a roupa na parte superior e inferior do corpo.

Tabela 16 - Caracterização da dependência para o autocuidado “vestir-se e despir-se” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado Vestir-se e despir-se	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Escolhe as roupas	9 (8,3%)	4 (3,7%)	15 (13,9%)	9 (8,3%)	0	0	84 (77,8%)	95 (88,0%)	108 (100%)
Retira as roupas da gaveta e do armário	12 (11,1%)	4 (3,7%)	45 (41,7%)	13 (12,0%)	0	0	51 (47,2%)	91 (84,3%)	108 (100%)
Segura as roupas	9 (8,3%)	4 (3,7%)	10 (9,3%)	2 (1,9%)	0	0	89 (82,4%)	102 (94,4%)	108 (100%)
Veste as roupas na parte superior do corpo	9 (8,3%)	4 (3,7%)	44 (40,8%)	24 (22,2%)	0	0	55 (50,9%)	80 (74,1%)	108 (100%)
Veste as roupas na parte inferior do corpo	15 (13,9%)	4 (3,7%)	93 (86,1%)	76 (70,4%)	0	0	0	28 (25,9%)	108 (100%)
Despe as roupas na parte superior do corpo	9 (8,3%)	4 (3,7%)	50 (46,3%)	24 (22,2%)	0	0	49 (45,4%)	80 (74,1%)	108 (100%)
Despe as roupas na parte inferior do corpo	15 (13,9%)	4 (3,7%)	89 (82,4%)	76 (70,4%)	0	0	4 (3,7%)	28 (25,9%)	108 (100%)
Abotoa as roupas	13 (12,0%)	4 (3,7%)	32 (29,7%)	19 (17,6%)	0	0	63 (58,3%)	85 (78,7%)	108 (100%)
Desabotoa as roupas	13 (12,0%)	4 (3,7%)	29 (26,9%)	19 (17,6%)	0	0	66 (61,1%)	85 (78,7%)	108 (100%)
Usa cordões para amarrar	16 (14,8%)	4 (3,7%)	49 (45,4%)	36 (33,3%)	0	0	43 (39,8%)	68 (63,0%)	108 (100%)
Usa fechos	16 (14,8%)	4 (3,7%)	49 (45,4%)	24 (22,2%)	0	0	43 (39,8%)	80 (74,1%)	108 (100%)
Calça as meias	18 (16,7%)	4 (3,7%)	90 (83,3%)	83 (76,9%)	0	0	0	21 (19,4%)	108 (100%)
Descalça as meias	18 (16,7%)	4 (3,7%)	87 (80,5%)	83 (76,9%)	0	0	3 (2,8%)	21 (19,4%)	108 (100%)
Calça os sapatos	17 (15,7%)	4 (3,7%)	85 (78,7%)	70 (64,8%)	0	0	6 (5,6%)	34 (31,5%)	108 (100%)
Descalça os sapatos	17 (15,7%)	4 (3,7%)	72 (66,7%)	49 (45,4%)	0	0	19 (17,6)	55 (50,9%)	108 (100%)

A independência, no momento da alta, para realizar a maior parte dos itens que caracterizam este autocuidado, verificou-se na maioria dos participantes. No entanto, o número de casos de participantes independentes para vestir e despir a parte inferior do corpo (25,9 %), calçar e descalçar as meias (19,4 %) e calçar os sapatos (31,5%), abrange menos de metade dos 108 participantes em estudo, o que permite concluir que mais de metade dos participantes regressou ao domicílio a necessitar de ajuda para vestir-se e despir-se.

Autocuidado alimentar-se

Em todos os itens do autocuidado “alimentar-se” o número de casos de independência para cada item, no momento da alta, oscila entre 72,2% e 90,7%. Regista-se apenas um caso de dependência total para cada item e os restantes casos com necessidade de ajuda de pessoa. Também para este autocuidado, no momento da alta não se identificou nenhum caso de recurso aos dispositivos de apoio para alimentar-se (ver tabela 17).

Tabela 17 - Caracterização da dependência para o autocuidado “alimentar-se” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado Alimentar-se	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Prepara os alimentos para a ingestão	10 (9,3%)	1 (0,9%)	48 (44,4%)	29 (26,9%)	0	0	50 (46,3%)	78 (72,2%)	108 (100%)
Abre recipientes	10 (9,3%)	1 (0,9%)	55 (50,9%)	29 (26,9%)	0	0	43 (39,8%)	78 (72,2%)	108 (100%)
Utiliza utensílios	10 (9,3%)	1 (0,9%)	48 (44,4%)	26 (24,1%)	0	0	50 (46,3%)	81 (75,0%)	108 (100%)
Coloca o alimento nos utensílios	10 (9,3%)	1 (0,9%)	48 (44,4%)	26 (24,1%)	0	0	50 (46,3%)	81 (75,0%)	108 (100%)
Pega no copo ou chávena	3 (2,8%)	1 (0,9%)	18 (16,6%)	12 (11,1%)	0	0	87 (80,6%)	95 (88,0%)	108 (100%)
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	2 (1,9%)	1 (0,9%)	19 (17,5%)	9 (8,4%)	0	0	87 (80,6%)	98 (90,7%)	108 (100%)
Leva os alimentos à boca com recipiente	3 (2,8%)	1 (0,9%)	18 (16,6%)	12 (11,1%)	0	0	87 (80,6%)	95 (88,0%)	108 (100%)
Leva os alimentos à boca com os utensílios	10 (9,3%)	1 (0,9%)	48 (44,4%)	26 (24,1%)	0	0	50 (46,3%)	81 (75,0%)	108 (100%)
Bebe por copo ou chávena	5 (4,6%)	1 (0,9%)	25 (23,2%)	12 (11,1%)	0	0	78 (72,2%)	95 (88,0%)	108 (100%)
Coloca os alimentos na boca	10 (9,3%)	1 (0,9%)	48 (44,4%)	29 (26,9%)	0	0	50 (46,3%)	78 (72,2%)	108 (100%)
Conclui uma refeição	10 (9,3%)	1 (0,9%)	48 (44,4%)	26 (24,1%)	0	0	50 (46,3%)	81 (75%)	108 (100%)

Autocuidado arranjar-se

À semelhança do ponto 3.2, que avalia a dependência para o autocuidado no momento da admissão, o total de participantes que realizaram a atividade do autocuidado “arranjar-se”, no momento da alta, variou de acordo com o género (22 homens e 86 mulheres), como se confirma na tabela 18.

Tabela 18 - Caracterização da dependência para o autocuidado “arranjar-se” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado Arranjar-se	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Penteia ou escova os cabelos	10 (9,3%)	3 (2,8%)	52 (48,1%)	17 (15,7%)	0	0	46 (42,6%)	88 (81,5%)	108 (100%)
Barbeia-se	2 (9%)	0	15 (68,2%)	5 (22,7%)	0	0	5 (22,8%)	17 (77,3%)	22 (100%)
Aplica maquilhagem	10 (11,6%)	3 (3,5%)	52 (60,5%)	24 (28%)	0	0	24 (27,9%)	59 (68,5%)	86 (100%)
Cuida das unhas	15 (13,9%)	4 (3,7%)	69 (63,9%)	58 (53,7%)	0	0	24 (22,2%)	46 (42,6%)	108 (100%)
Usa um espelho	6 (5,6%)	3 (2,8%)	18 (16,7%)	5 (4,6%)	0	0	84 (77,7%)	100 (92,6%)	108 (100%)

Neste autocuidado, verificamos que, no momento da alta, nenhum homem se encontrava totalmente dependente para barbear-se, registando-se o maior percentual de ganhos em autonomia neste item. As mulheres, no item “aplica maquilhagem”, registaram também ganhos em saúde, contudo, o número de casos com dependência total e com necessidade de ajuda de pessoa no momento da alta ainda apresentaram valores de 3,5% e 28% respetivamente. Quantos aos restantes itens observaram-se valores de independência entre 81,5 e 92,6%, com exceção para “cuida das unhas”, onde apenas 42,6% dos participantes se encontravam independentes no momento da alta. À semelhança dos casos anteriores, também para este autocuidado, não assistimos a nenhum caso de autonomia com recurso a dispositivo de apoio no momento da alta.

Autocuidado cuidar da higiene pessoal

Conforme podemos constatar através da tabela 19, a maior parte dos participantes não necessitaram de ajuda de pessoas para realizar as atividades que caracterizam o autocuidado cuidar da higiene pessoal, o que permite concluir que estes eram independentes neste autocuidado quando foram internados na unidade.

Tabela 19 - Caracterização da dependência para o autocuidado “cuidar da higiene pessoal” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado Cuidar da higiene pessoal	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Lava as mãos	6 (5,6%)	2 (1,9%)	25 (23,1%)	6 (5,6%)	0	0	77 (71,3%)	100 (92,6%)	108 (100%)
Aplica desodorizante	6 (5,6%)	4 (3,7%)	37 (34,2%)	32 (29,6%)	0	0	65 (60,2%)	72 (66,7%)	108 (100%)
Limpa a área do períneo	11 (10,2%)	4 (3,7%)	63 (58,3%)	13 (12,0%)	0	56 (51,9%)	34 (31,5%)	35 (32,4%)	108 (100%)
Limpa as orelhas	6 (5,6%)	2 (1,9%)	25 (23,1%)	7 (6,5%)	0	0	77 (71,3%)	99 (91,6%)	108 (100%)
Mantém o nariz desobstruído e limpo	6 (5,6%)	2 (1,9%)	25 (23,1%)	8 (7,4%)	0	0	77 (71,3%)	98 (90,7%)	108 (100%)
Mantém a higiene oral	6 (5,6%)	4 (3,7%)	37 (34,2%)	32 (29,6%)	0	0	65 (60,2%)	72 (66,7%)	108 (100%)

No entanto, queremos realçar que o número de participantes que no momento da alta da unidade necessitou de ajuda de pessoa para aplicar desodorizante (29,6%), e para manter a higiene oral (29,6%), foi muito próximo do que necessitou do mesmo tipo de ajuda para realizar estas atividades de autocuidado no momento da admissão, pelo que se conclui que os ganhos dos participantes nestas atividades de autocuidado foram reduzidos.

No momento da alta, os participantes necessitaram de barras laterais de apoio e/ou da cadeira chuveiro (com abertura na zona do períneo para facilitar a higiene pessoal) para limpar a área do períneo (51,9%).

A independência no momento da alta para lavar as mãos (92,6%), limpar as orelhas (91,6%) e manter o nariz desobstruído e limpo (90,7%) foi verificada quase na totalidade dos participantes.

Autocuidado autoelevar

No momento da alta, registaram-se apenas 2 casos de dependência total para levantar partes do corpo, incluindo os membros superiores e inferiores ou a cabeça, para uma posição mais elevada, observando-se ganhos em todos os restantes casos. Neste item, onde já se observaram participantes que usavam dispositivos de apoio para elevar-se, 17,6% dos casos mantiveram-se com necessidade de equipamento para realizar este autocuidado, num total de 66,6% de participantes independentes (ver tabela 20).

Tabela 20 - Caracterização da dependência para o autocuidado “autoelevar” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado Autoelevar	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Levantar parte do corpo	11 (10,2%)	2 (1,9%)	62 (57,4%)	15 (13,9%)	16 (14,8%)	19 (17,6%)	19 (17,6%)	72 (66,6%)	108 (100%)

Autocuidado usar o sanitário

Através da tabela 21, verificamos que o autocuidado “usar o sanitário” destaca-se pelo facto dos participantes, no momento da alta, utilizarem mais dispositivos de apoio (barras laterais de apoio e o alteador de sanita) em todas as atividades. A comparação dos dados entre o momento da alta e da admissão permite constatar que no momento da admissão alguns dos participantes já utilizavam dispositivos de apoio para alguns dos itens (ocupar e desocupar o sanitário, posicionar-se na sanita e erguer-se da sanita), pelo que, podemos concluir que o ensino e treino de estratégias adaptativas para a concretização das atividades do autocuidado usar o sanitário tenham sido iniciados noutra contexto de internamento que não a Unidade de Convalescença.

Tabela 21 - Caracterização da dependência para o autocuidado “usar o sanitário” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado Usar o sanitário	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Ocupa e desocupa o sanitário	15 (13,9%)	2 (1,9%)	49 (45,3%)	17 (15,7%)	42 (38,9%)	55 (50,9%)	2 (1,9%)	34 (31,5%)	108 (100%)
Tira as roupas	16 (14,8%)	2 (1,9%)	44 (40,8%)	19 (17,6%)	0	50 (46,3%)	48 (44,4%)	37 (34,2%)	108 (100%)
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	10 (9,3%)	2 (1,9%)	34 (31,5%)	13 (12,0%)	46 (42,6%)	52 (48,1%)	18 (16,6%)	41 (38,0%)	108 (100%)
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	10 (9,3%)	2 (1,9%)	34 (31,5%)	18 (16,6%)	0	6 (5,6%)	64 (59,2%)	82 (75,9%)	108 (100%)
Ergue-se da sanita	15 (13,9%)	2 (1,9%)	49 (45,3%)	15 (13,8%)	42 (38,9%)	68 (63,0%)	2 (1,9%)	23 (21,3%)	108 (100%)
Ajusta as roupas após a higiene íntima	16 (14,8%)	2 (1,9%)	44 (40,8%)	19 (17,6%)	0	50 (46,3%)	48 (44,4%)	37 (34,2%)	108 (100%)

O número de casos totalmente dependentes no momento da alta, à semelhança dos existentes nos domínios do autocuidado anteriores, foi muito reduzido (dois casos para cada item). A percentagem de participantes a necessitar de ajuda de pessoa na alta oscilou entre 17,6% e 12% nas atividades de autocuidado “usar o sanitário”.

Autocuidado transferir-se

No momento da alta da Unidade de Convalescença o número de casos completamente dependentes no autocuidado “transferir-se” é semelhante aos identificados anteriormente. Salientamos que 25% dos participantes necessitaram da ajuda de pessoa para se transferir. Contudo, transferir da cama para a cadeira (26,8%) e vice-versa (25,9%) foi possível para alguns dos participantes com ajuda de um dispositivo de apoio (suporte da cama). A percentagem de participantes independentes na alta foi de 46,3% na transferência da cama para a cadeira e da cadeira para a cama de 47,2% (ver tabela 22).

Tabela 22 - Caracterização da dependência para o autocuidado “transferir-se” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado Transferir-se	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	14 (13,0%)	2 (1,9%)	86 (79,6%)	27 (25%)	0	29 (26,8%)	8 (7,4%)	50 (46,3%)	108 (100%)
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	14 (13,0%)	2 (1,9%)	86 (79,6%)	27 (25%)	0	28 (25,9%)	8 (7,4%)	51 (47,2%)	108 (100%)

Autocuidado virar-se

Do total de participantes que tiveram alta da Unidade de Convalescência não se registou qualquer caso de dependência total para mover e mudar o corpo de um lado para outro. Contudo, 13,9% dos casos necessitava de ajuda de pessoa para virar-se. A maioria dos participantes (86,1%) teve alta, apresentando autonomia para a realização deste autocuidado com ajuda de dispositivos (28,7%, usaram o suporte da cama) ou de forma independente (57,4%). Salientamos que 37% dos participantes na admissão à unidade já realizavam este autocuidado com ajuda deste dispositivo de apoio (ver tabela 23).

Tabela 23 - Caracterização da dependência para o autocuidado “virar-se” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado Virar-se	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Mover o corpo, virando-o de um lado para o outro	7 (6,5%)	0	37 (34,3%)	15 (13,9%)	40 (37,0%)	31 (28,7%)	24 (22,2%)	62 (57,4%)	108 (100%)

Autocuidado mover-se em cadeira de rodas

A tabela 24 permite verificar que no momento da admissão existiam 69 participantes que usavam a cadeira de rodas para mover-se dentro da unidade de cuidados. Destes, 29 necessitaram de manter a utilização deste equipamento no domicílio. Contudo, nem todos conseguiam utilizar a cadeira de rodas de forma independente, o que

implicava saber transferir-se da e para a cadeira de rodas e manobrá-la em linha reta, curvas, rampas de acesso e até ultrapassar outros obstáculos.

Tabela 24 - Caracterização da dependência para o autocuidado “mover-se em cadeira de rodas” no momento da admissão e da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado Mover-se em cadeira de rodas	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total	
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	17 (24,6%)	2 (6,9%)	49 (71,1%)	16 (55,1%)	0	0	3 (4,3%)	11 (37,9%)	69 (100%)	29 (100%)
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	14 (20,3%)	2 (6,9%)	55 (79,7%)	24 (82,8%)	0	0	0	3 (10,3%)	69 (100%)	29 (100%)
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	14 (20,3%)	2 (6,9%)	55 (79,7%)	24 (82,8%)	0	0	0	3 (10,3%)	69 (100%)	29 (100%)

A maior parte dos participantes, no momento da alta, necessitava de ajuda de pessoa para transferir-se da e para a cadeira de rodas, manobrá-la em curvas, rampas de acesso e até ultrapassar outros obstáculos (82,8%). Relativamente a manobrar a cadeira de rodas de um lado para o outro (em linha reta), 55,1% necessitou de ajuda de pessoa para o fazer. O número de casos de participantes completamente dependentes para usar a cadeira de rodas em todos os itens, no momento da alta, foi de 6,9%.

No sentido de comparar os valores globais de dependência/independência para cada autocuidado, no momento da admissão e da alta da Unidade de Convalescência, procedemos à aplicação dos critérios de categorização da dependência por domínio de autocuidado apresentados no ponto 3.2, (página 121).

Desenvolver o máximo potencial de recuperação dos 108 participantes dependentes no autocuidado, e evoluir de um nível de dependência total ou parcial para um nível inferior ou até, se possível, a independência era o objetivo da referenciação destas pessoas para a Unidade de Convalescência.

Tabela 25 - Caracterização da dependência por domínio do autocuidado no momento da admissão e na alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total	
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissã o	Alta
Cuidar da Higiene pessoal	6 (5,5%)	2 (1,9%)	68 (63,0%)	33 (30,5%)	0	37 (34,3%)	34 (31,5%)	36 (33,3%)	108 (100%)	108 (100%)
Tomar banho	8 (7,4%)	4 (3,7%)	100 (92,6%)	77 (71,3%)	0	13 (12%)	0	14 (13%)	108 (100%)	108 (100%)
Vestir-se e despir-se	9 (8,3%)	4 (3,7%)	99 (91,7%)	90 (83,3%)	0	0	0	14 (13%)	108 (100%)	108 (100%)
Arranjar-se	6 (5,6%)	3 (2,8%)	78 (72,2%)	60 (55,6%)	0	0	24 (22,2%)	45 (41,6%)	108 (100%)	108 (100%)
Virar-se	7 (6,5%)	0	37 (34,3%)	15 (13,9%)	40 (37,0%)	31 (28,7%)	24 (22,2%)	62 (57,4%)	108 (100%)	108 (100%)
Transferir-se	14 (13%)	2 (1,9%)	86 (79,6%)	26 (24,1%)	0	30 (27,7%)	8 (7,4%)	50 (46,3%)	108 (100%)	108 (100%)
Autoelevar	11 (10,2%)	2 (1,9%)	62 (57,4%)	15 (13,9%)	16 (14,8%)	19 (17,6%)	19 (17,6%)	72 (66,6%)	108 (100%)	108 (100%)
Usar o sanitário	10 (9,2%)	2 (1,9%)	68 (63,0%)	25 (23,1%)	30 (27,8%)	63 (58,3%)	0	18 (16,7%)	108 (100%)	108 (100%)
Mover-se em cadeira de rodas	14 (20,3%)	2 (6,9%)	55 (79,7%)	24 (82,8%)	0	0	0	3 (10,3%)	69 (100%)	29 (100%)
Alimentar-se	2 (1,9%)	1 (0,9%)	77 (71,2%)	32 (29,6%)	0	0	29 (26,9%)	75 (69,5%)	108 (100%)	108 (100%)

Procedemos à análise global da dependência para o autocuidado de forma a identificar os ganhos adquiridos pelas pessoas durante o tempo de internamento na Unidade de Convalescença. De acordo com a tabela 25, verificamos que no momento da alta, o número de casos de participantes completamente dependentes para o autocuidado foi reduzido, oscilando entre um caso (autocuidado “alimentar-se”) e quatro casos (autocuidado “vestir-se e despir-se” e “tomar banho”). Tendo por base os dez domínios do autocuidado em análise, constatamos que para a maioria deles (6 domínios) mais de metade dos participantes no momento da alta eram independentes de pessoa para: alimentar-se; usar o sanitário; autoelevar; transferir-se; virar-se e cuidar da higiene pessoal. No entanto, para vestir-se e despir-se (83,3%), usar cadeira de rodas (82,8%), tomar banho (71,3%) e arranjar-se (55,6%), a maioria dos participantes necessitou de ajuda de pessoa no momento da alta.

Quanto à utilização de dispositivos de apoio para realizar as atividades de autocuidado verificamos que estes foram utilizados no autocuidado “virar-se” (28,7%), “transferir-se” (27,7%), “elevar-se” (17,6%), “usar o sanitário” (58,3%), “cuidar da higiene pessoal” (34,3%) e “tomar banho” (12%) com recurso ao suporte da cama, às barras laterais de apoio, alterador de sanita e à cadeira chuveiro.

Na continuidade da análise dos dados apresentados na tabela anterior, procedemos a uma síntese dos níveis de dependência reportados no instrumento ¹¹ apurando a média, a moda e o desvio padrão dos scores para cada domínio do autocuidado, no momento da admissão.

Os dados salientaram um nível de dependência mais elevada para: mover-se em cadeira de rodas; vestir-se e despir-se; tomar banho; arranjar-se; usar o sanitário; cuidar da higiene pessoal; transferir-se; alimentar-se; virar-se e autoelevar. Observou-se assim, que os participantes ou necessitavam de ajuda de pessoa, ou eram independentes. Poucos foram os que utilizaram dispositivos de apoio, não se registando qualquer caso em que os participantes fossem completamente dependentes (tabela 26).

Tabela 26 - Medidas de tendência central e desvio padrão dos scores de dependência para o autocuidado no momento da alta (1º momento de avaliação)

Autocuidado	N	Min	Max	Média	Moda	DP
Mover-se em cadeira de rodas	29	1	4	2,14	2	0,693
Vestir-se e despir-se	108	1	4	2,22	2	0,715
Tomar banho	108	1	4	2,34	2	0,751
Arranjar-se	108	1	4	2,81	2	1,027
Usar o sanitário	108	1	4	2,90	3	0,683
Cuidar da higiene pessoal	108	1	4	2,99	3	0,848
Transferir-se	108	1	4	3,19	4	0,866
Alimentar-se	108	1	4	3,38	4	0,944
Virar-se	108	2	4	3,44	4	0,727
Autoelevar	108	1	4	3,49	4	0,803

A média da *dependência global no autocuidado* (obtida a partir da média de todos os valores) é de 2,89, o que permite verificar que no momento da alta da Unidade de Convalescência os participantes apresentavam uma dependência de pessoa no

¹¹ Níveis de dependência reportados no (IADA). Dependente não participa, necessita de ajuda de pessoa, necessita de equipamento, independente.

autocuidado ou necessitavam de equipamento para realizarem as atividades que concretizam o autocuidado.

3.4. Ganhos em autonomia para o autocuidado durante o internamento na Unidade de Convalescença

A autonomia pode ser definida como a capacidade e o direito do indivíduo poder eleger, ele mesmo, as regras da sua conduta, a orientação das suas decisões e os riscos que está disposto a correr, além de poder realizar as suas atividades diárias sem depender de ninguém, o que significa que em certos casos, com recurso a dispositivos de apoio, a pessoa poderá ser autónoma em determinadas atividades do autocuidado. O processo de recuperação da autonomia implica na pessoa um exercício de livre vontade de decisão e uma conseqüente responsabilidade individual. A fim de recuperar a sua autonomia, a pessoa deve desenvolver e manter estratégias eficazes e comportamentos de autocuidado, porque a autonomia pessoal envolve um sentido de realismo da vida, que tem por base a relação entre o que as pessoas fazem e aquilo que elas querem fazer (Proot et al.,2007).

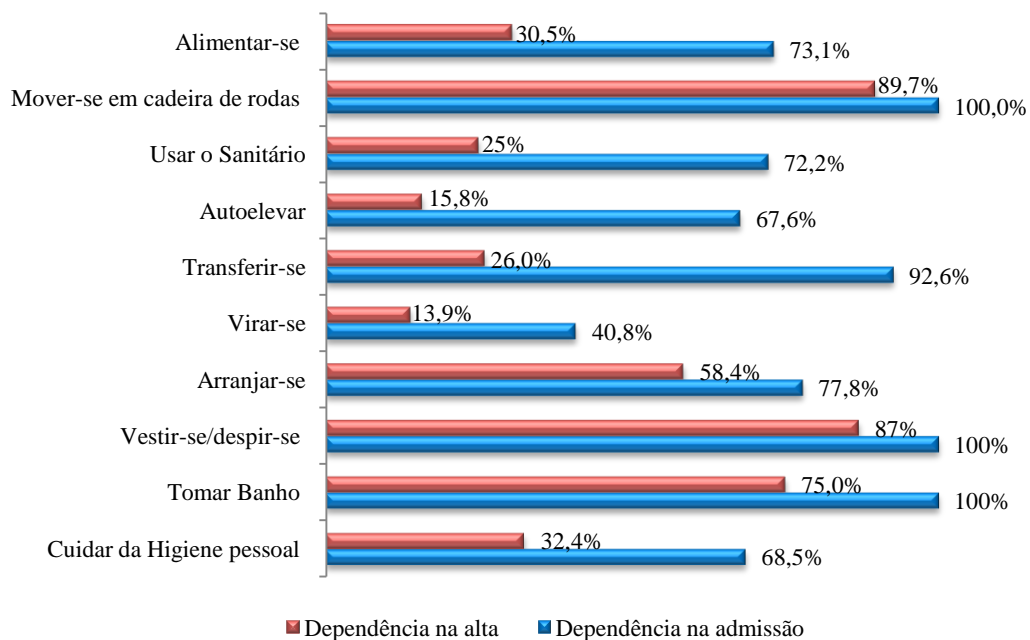
Por isso, consideramos que ser autónomo está relacionado com a capacidade percebida para controlar, lidar com a situação e tomar decisões de acordo com o gerir e manter as estratégias adaptativas eficazes e ou os dispositivos de apoio, de acordo com as próprias regras e preferências pessoais no sentido de, sozinha, a pessoa poder desenvolver as atividades de autocuidado.

Face à tipologia das unidades de convalescença na RNCCI, as pessoas devem ser referenciadas para estas unidades se apresentarem dependência para o autocuidado, decorrente de um processo agudo ou na recorrência de um processo crónico, se tiverem potencial de recuperação da autonomia. Deste modo, tendo por base os objetivos destas unidades, procedeu-se à avaliação dos ganhos em autonomia adquiridos pelos clientes durante o internamento na Unidade de Convalescença. Para isso, recorreremos aos resultados do IADA, procedendo à recodificação das suas variáveis em duas novas variáveis nominais, de acordo com os seguintes critérios:

- **Dependência** - scores anteriores: 1 - dependente não participa e 2 - necessita de ajuda de pessoa.
- **Autonomia** - scores anteriores: 3 - necessita de equipamento e 4 - completamente independente.

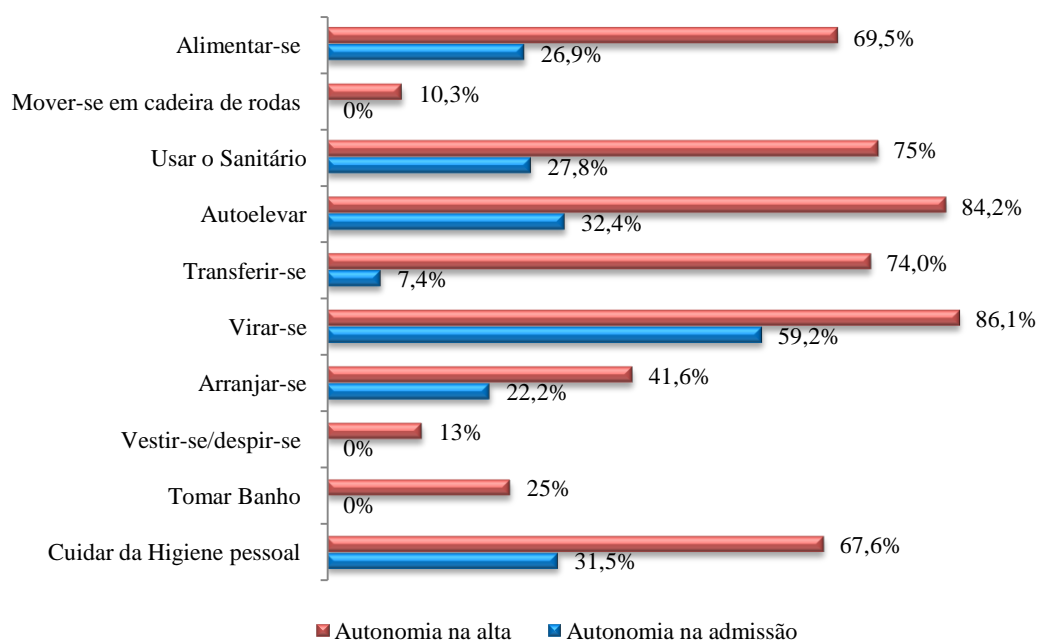
Após a recodificação das variáveis e análise dos dados, foi possível olhar os resultados em diferentes “ângulos”. O Gráfico 1 permite-nos comparar as diferenças observadas em termos da dependência no momento da admissão e da alta, da Unidade de Convalescença, constatando-se que para todos os domínios do autocuidado verifica-se uma diminuição da dependência das pessoas no momento da alta. Contudo, observa-se que nos domínios onde a dependência era mais elevada no momento da admissão (tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se e usar cadeira de rodas), a redução desta dependência, no momento da alta, foi menor (25,0%, 13,0%, 19,4%, e 10,3% respetivamente). O menor percentual de dependência no momento da alta registou-se no autocuidado “virar-se”, com um valor de 13,9%, que corresponde a uma redução de dependência de 26,9%. No global, observamos em alguns domínios do autocuidado elevados níveis de dependência no momento da alta da Unidade de Convalescença, o que corresponde a uma necessidade de ajuda de pessoa no regresso a casa.

Gráfico 1 - Dependência para o autocuidado na admissão e na alta (1º momento de avaliação)



Através do gráfico 2, podemos verificar os ganhos em autonomia durante o internamento, na Unidade de Convalescência, quando comparamos o diferencial de percentagem entre aqueles que já eram autónomos no momento da admissão, com o seu valor global no momento da alta. É evidente, à semelhança do apresentado no gráfico anterior, que foram registados “ganhos em autonomia” em todos os domínios do autocuidado. No momento da alta, observou-se na maioria dos domínios do autocuidado (virar-se, autoelevar, cuidar da higiene pessoal, uso do sanitário, transferir-se e alimentar-se) valores de pessoas autónomas superior a 67%. Nos domínios do autocuidado, onde não existiam pessoas autónomas no momento da admissão, observaram-se valores mais baixos de ganhos em autonomia, nomeadamente: usar a cadeira de rodas (10,3%), vestir-se e despir-se (13,0%) e tomar banho (25,0%). Por outro lado, os domínios onde se observaram maiores ganhos em autonomia foram no autocuidado “transferir-se” (66,6%) e no “autoelevar” (51,8%).

Gráfico 2 - Autonomia para o autocuidado na admissão e na alta (1º momento de avaliação)



Podemos concluir que uma percentagem significativa de pessoas não conseguiu adquirir, durante o internamento na unidade, estratégias adaptativas que pudessem

reduzir os défices nas atividades de autocuidado, mantendo a necessidade de ajuda de pessoa para as realizar.

Recordando a análise efetuada no ponto 3.3, os domínios do autocuidado em que os participantes já utilizavam ou passaram a utilizar produtos de apoio, durante o internamento, foram: virar-se, transferir-se, autoelevar e usar o sanitário. Na sua maioria, foram estes os domínios do autocuidado em que maior número de participantes revelou autonomia no momento da alta da unidade, pois os dispositivos de apoio disponíveis na Unidade de Convalescença davam sobretudo resposta às pessoas com dependência nestes domínios do autocuidado.

3.5. Os fatores de influência na recuperação da autonomia para o autocuidado

Quando a autonomia baixa para um nível que implica a dependência de outro é fundamental que se inicie um processo de reacquirição da mesma e se possível passe da condição de dependente para a de independente. Para isso, é necessário que a pessoa tome decisões, tenha liberdade de escolha, planeie e organize as atividades de autocuidado, possua capacidades cognitivas, de mobilidade e de comunicação (Proot et al., 1998).

Vários estudos salientam que o processo de recuperação da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado é influenciado por fatores, centrados na pessoa ou no meio ambiente e que podem exercer influencias positivas ou negativas (Proot et al., 2000^a; Brito, 2012; Petronilho, 2012). Contudo, não existem referências específicas quanto à forma como esses fatores influenciam a recuperação da autonomia para o autocuidado no contexto dos cuidados em Unidades de Convalescença.

Por isso, nesta fase do percurso de IA, interessava conhecer que fatores influenciavam, na perspetiva da pessoa dependente, o potencial de recuperação para o autocuidado durante o internamento na Unidade de Convalescença. Esta preocupação fazia todo o sentido porque o autocuidado é uma área de atenção dos enfermeiros e porque no contexto dos cuidados continuados, o autocuidado é a área de atenção dos enfermeiros que traduz a maioria dos critérios de referenciação dos clientes para as unidades de convalescença. Por outro lado, é consensual que os

enfermeiros podem ser uma ajuda profissional relevante quando se trata de recuperar a autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

Assim, a opção pelo presente estudo visou a necessidade de contributos para uma maior compreensão dos fatores que influenciaram o processo de recuperação da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado, durante o internamento na Unidade de Convalescença.

Para isso, optamos por uma metodologia qualitativa, através de um estudo exploratório e descritivo que, mais do que predizer ou controlar os fatores que influenciam o processo de recuperação da autonomia, contribuísse através da riqueza e diversidade de informação para uma visão compreensiva da realidade. Tornou-se fundamental a obtenção de dados pormenorizados sobre emoções e sentimentos, experiência e vivências, processo de pensamento e aprendizagem, processo de cuidados e funcionamento da organização. Aspetos estes que seriam difíceis de extrair e compreender através de outras metodologias (Strauss e Corbin, 2008).

Neste sentido, optamos por entrevistar pessoas no seu domicílio, que tinham tido alta da Unidade de Convalescença há mais de um mês, pois há aspetos relacionados com a vivência de uma determinada situação que só ganha significado após termos passado por ela, daí que a abordagem retrospectiva permite uma visão global da situação, reportando-se a algo que já passou. No fundo, o objetivo passa por explicar do ponto de vista das pessoas que vivenciaram o processo de recuperação da autonomia para o autocuidado o que pensam e como interpretam ou explicam o seu comportamento no seu ambiente natural.

A recolha de dados foi guiada pelos critérios estabelecidos inicialmente neste subcapítulo e o *corpus* de análise foi constituído pelos dados obtidos a partir das entrevistas semiestruturadas dirigidas a um total de 13 participantes.

Para delimitar a suficiência dos dados e encerrar a etapa empírica, foi utilizado o critério de saturação teórica, definido pelo momento em que nenhum dado adicional é encontrado para que o investigador possa desenvolver as propriedades de uma categoria. Neste trabalho, a saturação teórica foi assumida como o ponto a partir do qual não emergem novos dados. Assim, uma categoria foi considerada *saturada*

quando a informação que emergiu durante a codificação não acrescentou novas propriedades, dimensões, condições, ações/interações ou consequências (Denzin & Lincoln, 2000), ou seja, o ponto a partir do qual a recolha e a análise de dados não introduzem mudanças na categorização realizada até ao momento. A saturação constitui, por isso, um critério que orienta a decisão sobre o tamanho adequado da amostra (Fraser & Gondim 2004). Desta forma, os conceitos que foram emergindo no processo de análise guiaram a recolha de dados até ao final. A amostragem teórica foi ditada pela qualidade dos dados e não pela qualidade e número dos participantes.

Na seleção dos participantes procuramos aqueles que fossem capazes de proporcionar dados bastante variados e mais informação, passível de identificar um grande número de conceitos (categorias) que permitisse a saturação e a densificação das categorias.

Os participantes foram selecionados, tendo por base os seguintes critérios:

- Clientes com alta da Unidade de Convalescença há mais de um mês e menos de um ano;
- Clientes que residiam na área do grande Porto;
- Clientes com capacidade cognitiva para interação com o entrevistador;
- Clientes que aceitaram participar no estudo de forma voluntária.

Foram selecionados treze dos 108 participantes que integraram o primeiro estudo de caracterização da dependência para o autocuidado. A seleção dos participantes foi efetuada por contacto telefónico, através do qual agendamos um encontro no domicílio das pessoas que cumpriam os critérios de inclusão definidos. Com a obtenção do consentimento informado, junto dos participantes para a realização das entrevistas, estes passaram a ser incluídos no estudo. A recolha de dados ocorreu durante a fase de diagnóstico da IA.

Caracterização dos participantes

Foram entrevistados treze participantes no domicílio que tinham tido alta da Unidade de Convalescença há mais de um mês. Estes eram constituídos por oito mulheres e cinco homens, com idades entre os 50 e os 75anos, média de 62,7 anos. Três dos homens eram casados, um divorciado e um solteiro. Relativamente às mulheres,

quatro eram viúvas, três casadas e uma divorciada. Sensivelmente, metade dos participantes (6) viviam sozinhos (5 mulheres e 1 homem), 6 com o cônjuge e um com um familiar (irmã). Quanto à escolaridade, apenas um participante nunca tinha frequentado a escola, a maioria dos participantes tinha quatro anos de escolaridade (n=7) e cinco participantes com cinco a doze anos de escolaridade. Quanto à situação laboral, no momento da entrevista a maioria dos participantes (n=10) estava reformado e os restantes exerciam a atividade profissional, mas encontravam-se de baixa médica. Ver tabela 27.

Tabela 27 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (1º momento de avaliação)

Pessoas com dependência para o autocuidado		
Idade média (entre os 50 e os 75anos)		62,7 Anos
Sexo	Feminino	8 (61,5%)
	Masculino	5 (38,5%)
Profissão	Reformado	10 (76,9%)
	Ativos (baixa médica)	3 (23,1%)
Estado civil	Casado	6 (46,2%)
	Viúvo	4 (30,8%)
	Solteiro	1 (7,6%)
	Divorciado	2 (15,4%)
Escolaridade	Zero anos	1 (7,6%)
	De quatro a nove anos	10 (76,9%)
	De dez a doze anos	2 (15,4%)
Convivência	Cônjuge	6 (46,2%)
	Sozinho	6 (46,2%)
	Irmã	1 (7,6%)

Análise de conteúdo

A análise dos dados que constituíram o *corpus* de análise das entrevistas, na procura de significados e interpretação, teve como base os princípios definidos por Strauss e

Corbin (2008). Os dados foram submetidos a um processo de codificação que se refere às operações através das quais os dados são quebrados, conceptualizados e agrupados de novo em categorias. Tal processo aponta para três tipos de codificações: aberta, axial e seletiva.

O processo de codificação foi um processo dinâmico e fluido. A sua separação foi uma tarefa artificial, pois os procedimentos de codificação ocorreram simultaneamente, e em especial quando já tínhamos alguma análise produzida. Identificar os conceitos nos dados recolhidos foi o propósito da *codificação aberta*. Neste procedimento, os dados foram “*separados em partes distintas, rigorosamente examinados e comparados em busca de similaridades e de diferenças*” (Strauss & Corbin, 2008, p. 104). A codificação consistiu na análise do texto das entrevistas de forma a extrair palavras ou frases chave que se destacavam em significado. Os dados foram organizados e agregados em ideias e ou eventos, e rotulados, permitindo a sua categorização.

A *codificação axial* correspondeu ao estabelecimento de relações entre as categorias e as suas subcategorias. A designação axial derivou da lógica de análise em torno de um eixo de uma categoria, procurando descobrir as suas propriedades e dimensões. Assim, neste procedimento procuramos examinar como as categorias se cruzavam e se associavam, tendo por base o processo de reagrupamento dos dados que foram divididos durante a codificação aberta. O processo de codificação requereu a aplicação de um método comparativo, ou seja, o questionar dos dados e compará-los sistematicamente (Strauss & Corbin, 2008). Esta análise comparativa constante dos dados permitiu o agrupamento dos conceitos, conforme as suas similitudes e discrepâncias, aspeto que potenciou a passagem de um nível de descrição para um nível de abstração (Strauss & Corbin, 2008).

Cada categoria e subcategoria foram criadas a partir dos conceitos identificados, representando um fenómeno definido como relevante para o informante. Ao longo deste processo movemo-nos entre o pensamento indutivo e dedutivo, através da comparação constante entre as categorias, as suas relações e os dados.

A *codificação seletiva* correspondeu ao processo de identificação da categoria central com a qual todas as outras estavam relacionadas, sendo por isso necessário integrar

todas as outras categorias e expressar a essência do que estava a acontecer (Strauss & Corbin, 2008).

Para organizar o processo de análise de conteúdo recorreu-se ao NVivo7®, *software* destinado a facilitar o processo de codificação (Lyn, 2006).

Da análise dos dados emergiram aspetos centrais relacionados com os fatores que influenciaram, na perspetiva da pessoa dependente, o potencial de recuperação para o autocuidado durante o internamento na Unidade de Convalescença, nomeadamente as seguintes categorias major que denominamos de:

1. Fatores intrínsecos de influência na recuperação da autonomia para o autocuidado;
2. Fatores extrínsecos de influência na recuperação da autonomia para o autocuidado.

Estas categorias major emergiram de uma lógica indutiva que permitiu desenvolver a codificação relativamente às categorias que lhe deram forma.

De forma a tornar mais objetivo o nosso processo de pensamento, relativamente à similaridade encontrada em alguns dos conceitos definidos, que nos levou a agrupar determinados códigos e não outros, apresentamos no anexo as tabelas referentes às unidades de registo mais representativas do referencial analítico e interpretativo que realizamos (Anexos 7, 8)

Para a descrição de cada categoria major apresentamos um quadro que resume a codificação em categoria, propriedades e dimensões. Ao longo do texto as categorias encontram-se a negrito. Os segmentos do texto que visam ilustrar a determinada categoria surge em itálico, entre aspas e assinalado pela letra P, seguida de uma letra do alfabeto português que refere o participante.

Categoria major 1:

Fatores intrínsecos de influência na recuperação da autonomia para o autocuidado

Como referimos anteriormente, procuramos identificar no discurso dos participantes, os fenómenos emergentes (através do questionamento dos dados e

da reflexão) e descrever todo o processo explorando as suas características e as relações entre os factos.

O discurso dos participantes evidenciava que o potencial de recuperação da pessoa para o autocuidado durante o internamento na Unidade de Convalescência resulta de fatores pessoais e do equilíbrio entre forças positivas (atividade física, autoeficácia, autoestima, esperança, suporte familiar...) e forças negativas (atividade física comprometida, falta de suporte social e familiar, falta de vontade, autoeficácia diminuída...).

Neste sentido, com o decorrer da análise dos dados pretendíamos identificar categorias, propriedades e dimensões, que espelhassem os fatores de influência no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado, identificados pelos participantes durante o tempo de internamento na unidade. Para uma melhor visualização dos resultados, e tendo por objetivo facilitar a redução teórica, a tabela 28 apresenta os fatores intrínsecos identificados nos dados, que influenciaram, na opinião dos participantes, de forma positiva e negativa o processo de recuperação da autonomia.

Esta nova estrutura de apresentação dos dados, associada a esta categoria major, evidencia sete categorias (**Fatores Intrínsecos**): 1) Consciencialização; 2) Funcionalidade; 3) Resposta à condição de dependência; 4) Envolvimento; 5) Experiências anteriores; 6) Perceção da mudança/diferença; 7) Condição de saúde.

Quadro 1 - Fatores intrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia

Fatores intrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia		
Categoria	Propriedades	Dimensões
Consciencialização	Percepção, conhecimento e reconhecimento, das mudanças.	Fator positivo
	Falta de percepção, conhecimento e reconhecimento, das mudanças.	Fator negativo
Funcionalidade	Capacidade para realizar as atividades de autocuidado: tomar banho, vestir-se e despir-se, usar o sanitário, arranjar-se, transferir,... atividades de lazer.	Fator positivo
	Dor, equilíbrio diminuído, força muscular diminuída.	Fator negativo
Respostas humanas à condição de dependência	Desespero, insegurança, baixa autoestima, aceitação da situação de dependência, ausência de significado para a vida.	Fator negativo
	Esperança, confiança, autoeficácia positiva, crenças espirituais	Fator positivo
Envolvimento	Expetativa positiva, volição, motivação e adaptação	Fator positivo
Experiências anteriores	Vivência de situações anteriores de dependência para o autocuidado.	Fator positivo
Mudanças ocorridas durante o internamento	Reconhecimento da passagem de um nível de dependência superior para um nível de dependência inferior.	Fator positivo
Condição de saúde	Alteração da condição de saúde da pessoa, com deterioração da mesma.	Fator negativo

1) Consciencialização

A categoria “consciencialização” é apresentada como a percepção, o conhecimento e reconhecimento das mudanças e diferenças ocorridas na vida das pessoas.

Esta categoria é também explicada sob a forma de duas dimensões: consciencialização facilitadora (fator positivo no processo de recuperação da autonomia) e consciencialização inibidora (fator negativo no processo de recuperação da autonomia).

Certos eventos (acidente vascular cerebral, artoplastia da anca e do joelho e síndromes de desuso) exercem influência nos processos corporais das pessoas e causam redução dos níveis de autonomia para o autocuidado, tornando-as dependentes de outros, com consequências e repercussões significativas nas suas vidas. Alguns dos participantes reconheceram e assimilaram que algo na sua vida mudou e ficou diferente, quando referem “... *Percebi que era quase como uma*

criança, não conseguia fazer as minhas coisas sozinha...” (PA). Esta constatação leva-os a perceber que a sua nova condição de saúde tinha sido determinada por um compromisso dos processos corporais como a mobilidade e a força muscular diminuída e o equilíbrio alterado, que os limitava para a ação: “...*Percebi que estava dependente*” (PB); “... *Não conseguia ir à casa de banho*” (PF); “*Tinham que me ajudar..., a passar da cama para a cadeira e a fazer praticamente tudo...*” (PJ); “*Tinha menos força na minha perna esquerda*” (PE); “*Fiquei praticamente sem equilíbrio*” (PG). Paralelamente, sentiram que estas mudanças implicavam não só a limitação para a ação, mas também uma necessidade de mais tempo para a realização das atividades, facto salientado quando referem que “...*demorava muito tempo a tomar banho, agora ...*” (PA), ou então que, “*O meu problema era o tempo que demorava a fazer as coisas, foi onde notei mais diferença*” (PN).

No entanto, em muitos contextos, os participantes, confrontados com as dificuldades na realização de atividades de autocuidado, identificaram a necessidade de uma nova aprendizagem sobre estratégias adaptativas, por exemplo quando referiam que agora tinham “*que aprender tudo de novo...*” (PI), ou que “... *tinha que me despachar para que o próximo doente viesse tomar banho, mas se não me derem tempo eu não consigo ...*” (PN), o que implicaria uma melhor gestão de tempo para a realização das atividades de autocuidado.

Perante o evento gerador de dependência, que levou à perda da autonomia, o reconhecimento do que mudou e daquilo que vai mudar na sua vida tornou-se um desafio importante na experiência da recuperação da autonomia, facto traduzido pela afirmação: “... *(Deixai-me fazer!) eu queria fazer, porque sabia que só assim conseguia melhorar cada vez mais...*” (PB), que traduzia o intuito de alcançar um novo ponto de equilíbrio e de bem-estar. A importância de não desistir e enfrentar a situação é algo que emerge em muitos dos discursos, nomeadamente quando referem “*Eu sou de um génio que não “atiro a toalha ao chão”...eu não podia desistir...*” (PC), ou reforçam que “*Às 5h e 30m começava a fazer exercício...*” (PA) e que se continuassem iriam “*sair daqui a fazer as coisas...*” (PC).

A perceção, o conhecimento e o reconhecimento do que mudou na vida da pessoa, após um evento gerador de dependência para o autocuidado, são aspetos relacionados

com a consciencialização (Meleis, 2007). No entanto, a consciencialização acerca das mudanças ocorridas na vida da pessoa foi identificada em duas dimensões, ou seja, para alguns dos participantes emergiu uma “consciencialização facilitadora” do processo de recuperação da autonomia para o autocuidado, salientando o facto de ter “... *Percebidas as dificuldades...*” (PJ). Para estes participantes, esta constatação constituiu-se como um impulso essencial para “... *passar à etapa seguinte... aprender tudo de novo...*” (PJ). Para eles tornou-se, desta forma, possível dar início ao processo de recuperação da autonomia, tornando favorável a tomada de decisão e o envolvimento adequado à necessidade de implementar mudanças efetivas para realizar as atividades de vida diária de forma autónoma.

Para outros participantes, os seus comportamentos e respostas mantinham-se como se não tivesse havido qualquer alteração. Um dos participantes descreve que “*tentei levantar-me sozinho...*” (PJ), e que como consequência “*caí da cama porque eu achava que tinha força na perna e no braço para o fazer...*” (PI), factos identificados como momentos que colocaram em risco a sua situação de saúde e que “*Correu mesmo mal...*” (PI). Nestes casos, os participantes consideraram que a consciencialização foi dificultadora da recuperação da autonomia para o autocuidado.

A consciencialização é muitas das vezes o reflexo do grau de consonância entre o que é conhecido acerca dos processos e das respostas e o que constitui o conjunto esperado de respostas e perceções dos indivíduos perante situações semelhantes (Meleis, 2007). Verificamos que as pessoas necessitam de tempo para experienciar a nova condição de saúde, para que possam ir adquirindo ou aumentando os seus níveis de consciencialização face às mudanças, facto assumido por um dos participantes de que “...*Só com o passar do tempo é que comecei a perceber das coisas que dantes fazia todos os dias...e que agora não consigo fazer sozinho...*” (PJ). Simultaneamente, constatamos que o nível de consciencialização sofre também influência da qualidade e da quantidade de informação que é disponibilizada pelos profissionais de saúde. Os participantes valorizaram a importância da informação transmitida, referindo “... *Eu só queria saber o que estava a fazer ali (naquele local) e porque não me deixavam levantar.*” (PC), considerando mesmo que “... *é uma*

falha...eles (profissionais de saúde) não dizerem ... o que temos, o que somos capazes de fazer e porque não fazemos algumas coisas...” (PF). Para as pessoas dependentes, a falta de acesso à informação que se encontrava na posse exclusiva dos profissionais de saúde dificultou o desenvolvimento de um nível de consciencialização facilitadora para o processo de recuperação.

Estes discursos permitem compreender que a pessoa não passa de “não consciencializada” a “consciencializada” de um momento para outro e que ela necessita de tempo e de um período de vivência com a nova situação para se ir consciencializando (Brito, 2012).

2) Funcionalidade

A categoria “funcionalidade” traduz a capacidade funcional e de autodeterminação das pessoas para realizarem as atividades de autocuidado. Esta categoria pode ser explicada pela capacidade instituída dos participantes, que lhes confere ou não a possibilidade de realizarem as atividades de autocuidado.

A imobilidade imposta pelo compromisso dos processos corporais, a dificuldade no andar, a dor, a alteração do equilíbrio e a diminuição da força muscular têm implicações a muitos níveis, originando a dependência de outras pessoas para realizar atividades de autocuidado como: comer; cuidar da higiene pessoal; arranjar-se; ir ao sanitário; andar; pôr-se de pé; sentar-se e andar com auxiliar de marcha (cadeiras de rodas, andarilho e canadianas).

Alguns dos participantes referem que durante o internamento na Unidade de Convalescença confrontaram-se com dificuldades para a realização de atividades de autocuidado, nomeadamente: “... *Colocar a pasta dos dentes na escova ...*” (PJ), ... *lavar o corpo, vestir e despir*” (PB), “... *usar a casa de banho e andar...*” (PM) “...*transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama...*” (PD). Estas dificuldades relacionavam-se na maioria das situações com alterações dos processos corporais como a dispneia, a dor, a diminuição da força, a alteração do equilíbrio, o compromisso na mobilidade, a astenia e a confusão. Estes compromissos dos processos corporais, que limitavam a ação realizada pelo próprio, são fatores concorrentes para a diminuição da autonomia funcional: A Dor (“...*não podia fazer*

nada com a dor que sentia...” (PE)); as alterações do equilíbrio (“*Fiquei praticamente sem equilíbrio...*” (PG)); e a força muscular diminuída (“*Eu fiquei sem força do lado esquerdo...sobretudo na minha perna*” (PE)).

A diminuída capacidade funcional para realizar as atividades de autocuidado, imposta pelo compromisso dos processos corporais e a percepção da dificuldade em recuperar e de que a vida não vai voltar a ser a mesma, para alguns dos participantes, foi uma situação que colocou em causa a vontade de continuarem a viver, facto destacado quando referem que: “*... porque não vou de uma vez? Se é para ficar assim? ... A minha vontade era desistir...*” (PB).

Apesar da situação de dependência, os participantes reconheceram níveis de capacidade diferentes quando executavam algumas das atividades de autocuidado. Por exemplo “*...recuperei mais rápido a capacidade para me alimentar porque era o que conseguia fazer melhor quando cheguei à unidade ...*” (PH). Também a existência de atributos associados a uma boa forma física foi considerado uma fator favorável para o potencial de recuperação da autonomia funcional, facto traduzido pela afirmação: “*...Eu sou uma pessoa de desporto, fazia as minhas corridas e já andava nos 10 a 12 quilómetros por dia ... isto ajudou-me para recuperar mais rápido,... sinto agilidade...*” (PG).

As atividades de lazer são consideradas um recurso para as pessoas se manterem ativas nos diferentes domínios da cognição, promoverem as relações sociais e a autoconfiança e prevenirem consequências inerentes ao sedentarismo mental. Em muitos contextos, os participantes consideraram a capacidade para desempenhar atividades de lazer um fator positivo para a recuperação da autonomia. Deste modo, a oportunidade dos participantes realizarem atividades de lazer, de acordo com as preferências pessoais foi reconhecido como: “*muito importante... pois davam ânimo, nós podíamos conviver muito e até estimular a mente e assim parecia mais fácil recuperar...*” (PN).

Para alguns autores, as pessoas após terem sofrido um AVC (situação que gerou dependência para o autocuidado), e conseqüente internamento em unidades de recuperação da autonomia, normalmente durante este tempo, obtêm ganhos em saúde mais evidentes no domínio dos processos corporais, como por exemplo: o aumento

da força muscular; a recuperação do equilíbrio; o aumento da amplitude articular e o controlo da dor. Por outro lado, durante o tempo de internamento, no domínio dos processos intelectuais, os ganhos são mais reduzidos devido à pouca estimulação cognitiva por parte dos profissionais de saúde (Cancela, 2007; Souza, Bastos, Santana, SÁ, & Cassiano, 2008).

A condição de dependência para o autocuidado, e as mudanças que esta conduziu na vida dos participantes, foi identificada como uma condição difícil de gerir. A necessidade de incorporar novos conhecimentos e competências de forma a uma reformulação da vida anterior foi um desafio aos mecanismos de *coping*¹² que os participantes possuíam ou desenvolveram.

3) Respostas humanas à condição de dependência

A necessidade de gestão da nova condição de saúde (a dependência para o autocuidado) implicou que os participantes desenvolvessem determinadas respostas, que podem ser entendidas como um modelo mental e uma predisposição da pessoa face a um estímulo, ou seja, um comportamento, uma tendência, ou uma ação da pessoa que passou da condição de independente para a condição de dependente. Para alguns participantes, a resposta à condição de dependência foi demonstrada por sentimentos negativos e dolorosos, que revelaram falta de energia para a ação (ICN, 2011). Estes sentimentos podem ser confirmados quando os participantes referem: “... Foi terrível quando percebi que fiquei dependente em tudo...sentia que para mim era o fim” (PM); “... Grande tristeza, desânimo total, parece que a minha vida tinha acabado...” (PL); “...Muito infeliz, porque julgava que nunca mais poderia voltar a andar!” (PD); “O meu sentimento era apenas, desistir...” (PB). Os sentimentos de desespero, insegurança e impotência destes participantes surgiram associados à perceção das mudanças ocorridas e à incerteza relativamente aos acontecimentos reais e futuros. Como nos referem: “Eu nem queria acreditar no que estava a acontecer comigo, ... como vai ser agora? ... Como vou acreditar que estes (profissionais) vão pôr-me como eu era? ...” (PG); “... Era impossível acreditar na

¹² *Coping*- atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico (ICN, 2011)

possibilidade de recuperar a independência.” (PL); “...Julgava que nunca mais a minha vida iria ser a mesma...” (PD); “...Não fazia nada sozinho, as pessoas faziam tudo por mim, eu nem acreditava...” (PG).

Por outro lado, alguns dos participantes referem que depois de terem vivenciado sentimentos com carga emocional negativa, vivenciaram outras sensações, tais como a esperança e a confiança. Estas, contrariamente às anteriores, foram consideradas facilitadoras do processo de recuperação, pois a partir deste momento estes participantes acreditaram nas suas potencialidades e nos profissionais de saúde como um recurso para intensificar essas potencialidades. Surgiu, assim, um mobilizar de energias positivas, um começar a traçar objetivos e a tomar decisões que os pudessem levar a um determinado resultado: “... Comecei a agarrar a ideia da recuperação...aqui, acreditam em mim... acho que tenho mesmo que andar da perna ...” (PG); “...Comecei a pensar, aqui vão investir em mim, então eu tenho que ajudar...” (PI); “... quando comecei a ver o que se fazia nesta unidade, já só pensava...aqui vou para a frente...aqui vou ficar bom...” (PD).

Os participantes, ao longo do processo de recuperação, foram demonstrando um aumento da autoconfiança para lidar com a nova condição de saúde e da capacidade para tomar decisões em relação ao novo ”modo de vida”, facto verificado quer pelo nível de compreensão demonstrada, relativamente a aspetos associados ao diagnóstico e tratamento, quer pela aceitação e utilização de estratégias adaptativas para gerir com eficácia a atual situação de dependência. Estes aspetos são traduzidos pelas expressões: “...Começamos a ter mais confiança em nós e no que fazemos e depois não temos medo... As pessoas (profissionais) estão perto e isto também é bom...” (PL); “...Quando comecei a sentir confiança no que me ensinaram de novo, percebi que só assim podia melhorar. E comecei a trabalhar cada vez mais... fazia a ginástica que me ensinaram em todo o lado...” (PN).

A sensação de autocontrolo da situação, satisfação com os objetivos pessoais e esperança no futuro, influenciou o que os participantes sentiam e faziam. “...É importante perceber que eu era capaz de fazer as coisas sozinha ...” (PN). Este aspeto levou-nos a perceber que o interesse, a atividade e a confiança surgiram em alguns âmbitos intimamente ligados, pois quanto mais os participantes

realizavam determinada atividade, mais confiantes se tornavam e mais interesse revelavam na sua realização. ”...*Eu sonhava em ir a casa...e naquele fim-de-semana fui numa cadeirinha!... Consegui. A partir daí...ainda tive mais coragem e vontade para fazer as coisas* ” (PB). “...*Comecei a perceber que quanto mais eu treinava, mais atividades eu fazia sozinha...e, cada vez, me apetecia mais fazer as coisas*” (PN).

A outra componente básica da categoria respostas à situação de dependência que emergiu do *corpus* de análise foi a comportamental e está relacionada com o processo intencional da pessoa para a ação. Esta componente, para alguns participantes, sofreu influência do modelo mental, da orientação e da opinião por eles aceite e levou-os a manter uma ação de recuperação e a atingirem determinadas metas.“...*Eu sou de um génio que não desiste...não posso desistir... eu ainda tenho razões para não desistir ...tenho os meus netinhos pequeninos...um tem 3 o outro tem 5 anos ...eu quero acompanhá-los...*” (PC).

Contudo, para que os participantes mantivessem a disposição para a ação de forma a alcançarem designados níveis de autonomia para o autocuidado, foi necessário promover a autoconfiança e autoeficácia, facto reforçado por alguns dos participantes quando salientam: “*Os profissionais de saúde estão sempre por perto e isso é bom, ajuda ... sentimos mais confiança neles e em nós...*” (PL). “*Foi importante perceber que tinha que fazer as coisas por mim... pois, se eu fizesse, conseguia... Os enfermeiros apoiavam muito...*” (PI). A autoconfiança e a autoeficácia emergiram no estudo como fatores de influência positiva, permitindo aos indivíduos aumentarem a capacidade para desempenhar atividades de autocuidado. À semelhança de outros estudos, a autoeficácia surge também como uma das dimensões mais significativas de influência nos comportamentos de autocuidado adequados. (Hagan, Morin & Le´Pine, 2000; Proot et al. , 2000; Backman & Hentinen, 2001; Proot et al. ,2002; Williams & Bond, 2002; Sigurdardottir, 2005; Callaghan, 2006, Mak, Law, Woo, Cheung, & Lee, 2009; Schmutte et al., 2009; Spichiger, Rieder, Christafrohlich, & Kesselring, 2011).

Outro aspeto do domínio pessoal que constituiu um fator favorável no processo de recuperação foi a crença espiritual, facto que emerge das afirmações: “...*Acredito muito em Deus... é a fé que me salva... a força que tive para recuperar foi devido à fé que sinto...*” (PE); “*Comecei a ter a força de Deus...que diz ... tu fazes que eu te ajudarei...*” (PI). Estes foram aspetos que nos levaram a induzir a existência de uma relação significativa entre a crença espiritual, a capacidade de autocuidado, o autoconceito e a iniciativa. Callaghan (2006), num estudo com idosos dependentes em algumas das atividade de autocuidado, em contexto domiciliário, verificou que os idosos com rotinas de apoio espiritual revelaram ter melhor autoconceito, mais iniciativa e responsabilidade para realizarem as tarefas relacionadas com o autocuidado, implicando a existência de uma relação significativa entre a crença espiritual, a capacidade de autocuidado, o autoconceito, a iniciativa e a responsabilidade.

O processo de recuperação da autonomia para a maioria dos participantes foi mais ou menos linear e progressivo, ou seja, as pessoas foram evoluindo gradual e favoravelmente de um nível de autonomia mais baixo para um nível de autonomia mais elevado. “...*Tornei-me independente a todos os níveis...*” (PC); “*Quando saí da unidade, já era capaz de cuidar de mim sozinha...*” (PE).

No entanto, em algumas situações, o nível de autonomia dos participantes, durante o internamento na Unidade de Convalescência, não sofreu alteração, pelo que, alguns desses participantes mantiveram a dependência de outra pessoa. “...*Como pode ver não consigo, nem quero, ser eu a cuidar de mim...elas que me lavem que me vistam que me dêem de comer...nunca me preocupei com a recuperação...*” (PH).

A ausência de projetos de vida, a falta de reconhecimento por parte das pessoas significativas, a escassez de relações e os conflitos entre as expectativas e a realidade foram aspetos identificados no discurso dos participantes, que tenderam a encarar a situação de dependência como uma inevitabilidade, por exemplo quando referem: “...*Para mim a vida já tinha terminado há muito tempo com a saída de casa do meu neto... isto que me aconteceu agora não tem interesse...*” (PH); “... *Eu sinto-me muito só ... não faço falta a ninguém... apenas me resta a morte... nada me interessava... a minha filha decide por mim e pronto...*” (PH).

O enfrentar da dependência para o autocuidado como uma condição de saúde inevitável condicionou a resposta de alguns participantes aos desafios que lhes foram colocados, focando: “... *já não vale a pena fazer mais nada, só me resta o fim...*” (PH). Por isso, o desejo destes participantes “... *era sair de lá de dentro* (Unidade de Convalescença), salientando que “... *não me identifiquei nada com aquilo... não estava lá a fazer nada ... estive internada mais tempo do que o previsto... mas não tive vantagem nenhuma...*” (PH). Estes participantes revelaram também desmotivação para a ação e baixa autoestima, referindo que: “...*Eu não valho nada minha senhora ...*” (PH). E ainda sustentaram uma forte convicção de que as suas tomadas de decisão não interessavam e não iriam trazer qualquer efeito positivo, pois a vida para eles tinha deixado de ter qualquer significado. “... *Nada do que eu penso ou digo interessa ... quem decide a minha vida, já não sou eu...*” (PH); “...*A minha vida agora é sempre aqui nesta cadeira, dão-me banho, vestem-me, fazem-me o comer e tratam da casa na totalidade...*” (PN).

A atitude dificultadora, a volição diminuída, o baixo autocontrolo e a autoconfiança diminuída, face ao autocuidado, são aspetos evidentes da pessoa que tende a não se envolver no processo de recuperação da autonomia, deixando substituir-se. Estes foram fatores que concorreram para que alguns dos participantes regressassem a casa dependentes, necessitando de ajuda de pessoa para realizarem as atividades de autocuidado no domicílio, facto traduzido pelos participantes quando referem: “...*Vim para casa ... mas com uma empregada de dia e outras à noite... fazem-me tudo, ajudam-me em tudo...*” (PH). “...*Arranjei uma senhora que me faz a limpeza da casa, dá-me banho e veste-me...*” (PN).

4) Envolvimento

A categoria “envolvimento” é entendida como a disponibilidade e a proatividade dos participantes para aprendizagem efetiva de algumas das atividades de autocuidado, favorável ao processo de recuperação da autonomia. O nível de envolvimento de uma pessoa que reconhece as mudanças físicas, emocionais, sociais e ambientais, será diferente daquela em que tal não acontece. São exemplos de envolvimento a procura de informação, o recurso a

modelos e a preparação ativa e proativa da modificação das atividades (Meleis et al., 2000).

Esta categoria adquiriu relevância na explicação da problemática do estudo, uma vez que compreende a motivação dos participantes para cooperarem nos cuidados e para adquirirem novas competências, que permitiu em alguns casos ultrapassar a situação de dependência, tal como podemos confirmar com as expressões: “...*O que interessa é a nossa vontade e a nossa motivação para conseguir adquirir confiança, autonomia e segurança ...Estes são aspetos marcantes para a recuperação...*” (PA) e ainda “...*Agora posso dizer que me sinto realizado...*” (PG).

Deste modo, a participação ativa e empenhada no processo de recuperação, porque “...*tenho mesmo que andar da perna...*” (PG), e “...*não posso parar, era no ginásio, era no meu quarto, era na casa de banho, era na sala da televisão, sempre ...a treinar...*” (PN), conferiu um elevado grau de implicação no processo e levou alguns dos participantes a avançarem “...*para a frente...e a ficar bem...*” (PD), no sentido de neutralizar a situação de dependência e conferir um nível de apropriação e autogestão da nova condição de saúde. “...*É importante reconhecer que só com o nosso esforço e a nossa motivação é que conseguimos...*” (PA).

O discurso dos participantes que induziu o enunciar desta categoria caracterizou-se, também, pelo arrojo, atitude proativa, as expectativas positivas, a volição e uma forte implicação da pessoa no processo de recuperação, como nos demonstram as expressões: “...*Eu podia desistir da vida...mas não...quem tiver pressa que vá andando...*” (PC); “...*Deixe-me ser eu a fazer! Pois só assim poderei continuar a minha vida, ela, para mim, é muito importante ...*” (PG). Como consequência do envolvimento no processo de recuperação, surgiu a adaptação à nova realidade, integrando novos comportamentos, experiências e competências, reforçada pelas afirmações: “...*agora só compro camisolas e t-shirts... porque não consigo apertar botões...*” (PA), pois “...*Tenho a minha estratégia para poder cuidar de mim...*” (PC).

Os aspetos evidenciados levam-nos a verificar uma forte relação entre o autocuidado, o autoconceito e a capacidade funcional, e a perceber que o envolvimento da pessoa no processo de recuperação confere uma defesa contra ameaças subjacentes a uma autoestima positiva e uma diminuição do *stress*, conduzindo a um aumento do conforto psicológico dos participantes. “... *Agora sinto-me mais feliz, pois já tenho as minhas estratégias ...*” (PC); “...*Fui sempre arranjando estratégias para lidar com isto... já consigo sentir bem – estar...*” (PA).

A procura de informação por parte de alguns participantes junto de outras pessoas com uma condição de saúde semelhante, internadas há mais tempo na unidade, acerca do prognóstico e dos resultados obtidos, foi mais um aspeto reconhecido como indicador de envolvimento, pois “... *tornou-se importante saber que outros doentes como nós também conseguiram sair da qui a fazer as suas coisas sozinhos...*” (PC)

O recurso a dispositivos de apoio com o objetivo de aumentar os níveis de autonomia são também exemplos de envolvimento. Na opinião dos participantes, a importância de uma aprendizagem efetiva para usar estratégias adaptativas implica preparação ativa e pró-ativa da modificação das atividades, cujo sucesso depende fortemente do modo e do tempo que as ações no domínio do ensinar, instruir e treinar foram proporcionadas pelos enfermeiros. Estes aspetos são reforçados quando referem que: ... “*Se tivesse estado internado mais tempo, acho que sabia melhor usar o andarilho... pois tinha tido mais tempo de ensino e de treino...*” (PE) e ainda “... *aprendi tantas coisas novas que só com o tempo, a paciência dos enfermeiros e o meu treino é que foi possível...*” (PC).

5) Experiências anteriores

A categoria “ experiências anteriores” está relacionada com os saberes adquiridos pelos participantes que já tinham vivenciado outras situações que os obrigou a passar subitamente a depender de terceiros para desenvolver as atividades de vida diária, que até aí desenvolviam sem dificuldade. Esta categoria foi reconhecida como facilitadora do processo de recuperação da autonomia, facto que podemos confirmar com a expressão: “...*é preciso ter calma, pois já passei por uma situação destas...*

há que trabalhar ...para poder progredir nas estratégias a aprender... e para mim até foi mais fácil, pois já sabia algumas, só me faltam outras ” (PA).

Os participantes que tinham vivenciado situações de dependência anteriores semelhantes referiram que o conhecimento prévio adquirido facilitou sobretudo a autogestão da situação de dependência atual, diminuindo os níveis de *stress*, associados a expectativas positivas face ao futuro. Isto deveu-se ao fato de sentirem maior capacidade para monitorizar sinais e sintomas de agravamento da situação e aderir a comportamentos que os ajudaram a manter o bem-estar, tornando-se mais proativos na tomada de decisão para implementar ações de autocuidado adequadas. *“Desta vez estou mais calmo pois já sei como vai ser...o importante é fazermos nós as coisas...” (PA).*

6) Mudanças ocorridas durante o internamento

A categoria “mudanças ocorridas durante o internamento “ revela o reconhecimento pelos participantes das alterações na capacidade para realizarem as atividades de autocuidado, resultantes da aprendizagem desenvolvida, durante o internamento na unidade, de algumas experiências, tais como: *“... já tomava banho sozinho, era só sentar-me na cadeira chuveiro...” (PC);* Esta nova categoria revelou-se facilitadora no envolvimento e na motivação, dos participantes durante o processo de recuperação da autonomia para o autocuidado. *“...Fiquei mais motivada quando comecei a perceber o que era capaz de fazer relativamente ao primeiro dia de internamento...” (PJ); “...Só acreditei em mim quando me apercebi das mudanças ocorridas, sobretudo para tomar banho e para vestir-me e despir-me...” (PG). “...Ver os nossos resultados foi muito motivador, ver que passei da cadeira de rodas para o andarilho e depois para as canadianas foi muito importante...” (PI).* No entanto, em alguns contextos, as mudanças só foram percecionadas quando os participantes confrontaram a realidade com as expectativas, por exemplo, *“....Eu nunca pensei que poderia voltar a andar, ainda hoje não sei como foi possível recuperar tanto...quando entrei na unidade andava de cadeira de rodas... (PC).*

Um outro aspeto que pretendemos salientar nesta categoria foi a importância que os participantes atribuíram ao facto das pessoas significativas reconhecerem estas diferenças e o esforço por eles desenvolvido, tal como: “...Ficava feliz quando a minha filha reconhecia como eu estava a evoluir (PM); “... Motivador foi ir a casa aos fins-de-semana, mostrar à família o que já era capaz de fazer sozinho ...e eles elogiarem muito o meu trabalho... foi muito gratificante para mim” (PC).

7) Condição de saúde

A categoria “condição de saúde” caracteriza-se pela alteração da condição de saúde da pessoa, com deterioração da mesma. Este facto influenciou de forma negativa o envolvimento no processo de recuperação da autonomia, pois “... Tive necessidade de voltar ao hospital de agudos para controlar um problema cardíaco detetado na Unidade de Convalescença. Quando regresssei à unidade, foi muito difícil ter entusiasmo para voltar outra vez ao início de tudo “ (PE).

Categoria major 2:

Fatores extrínsecos de influência na recuperação da autonomia para o autocuidado

O decorrer da análise dos dados permitiu identificar um outro grupo de categorias propriedades e dimensões que espelham os fatores extrínsecos ao sujeito de influência no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado, identificados pelos participantes durante o tempo de internamento na Unidade de Convalescença. Para uma melhor visualização dos resultados, e tendo por objetivo facilitar a redução teórica, a tabela 29 mostra os fatores extrínsecos identificados nos dados, que influenciaram de forma positiva e negativa o processo de recuperação dos participantes.

Esta categoria major evidencia cinco categorias (**Fatores extrínsecos**): 1) Acesso à informação; 2) Estrutura do domicílio; 3) Rede de apoio formal; 4) Rede de apoio informal; 5) Tempo.

Quadro 2 - Fatores extrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia

Fatores extrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia		
Categoria	Propriedades	Dimensões
Acesso à informação	Falta de informação sobre a situação patológica que levou a pessoa à dependência e o uso de estratégias adaptativas face à nova condição de saúde.	Fator negativo
Estrutura do domicílio	Previsão das dificuldades de acessibilidade.	Fator negativo
	Melhoria na acessibilidade do domicílio.	Fatores positivos
Rede de apoio formal	Internamento na Unidade de Convalescença e intervenções dos enfermeiros	Fatores positivos
	Utilização de estratégias adaptativas.	Fatores positivos
Rede de apoio informal	A presença de pessoa significativa e apoio na continuidade dos cuidados.	Fator positivo
Tempo	Necessidade de mais tempo para realizar atividades de autocuidado.	Fator negativo

1) Acesso à informação

A categoria “**acesso à informação**” está associada à qualidade e à quantidade de informação fornecida pelos profissionais de saúde, no sentido do esclarecimento das dúvidas dos participantes sobre a condição de saúde, o seu impacte no autocuidado e a utilização de estratégias adaptativas face à nova condição de saúde.

Os participantes, em alguns contextos, revelaram que a sua única fonte de informação eram os profissionais de saúde. No entanto, mostraram-se insatisfeitos com o envolvimento destes nas ações do domínio informar, sobretudo “... *porque ninguém me avisou que iria perder a potência sexual!... Sempre que alguém vinha ter comigo, pensava! É este que me vai falar do assunto. Porque eu queria saber se isto era para o resto da vida ou era só por algum tempo, mas tinha vergonha de perguntar...*” (PG); E ainda “...*Ninguém me disse o que estava a fazer numa cama, e porque não me deixavam levantar e fazer as minhas coisas (atividades de autocuidado) ...*” (PJ).

A pessoa para decidir ou fazer escolhas tem que ter informação, pois ela toma decisões por via do exemplo, da demonstração, e da informação fornecida pelos

profissionais de saúde. Não obstante, “... eu senti-me como um objeto!... Porque não falaram comigo?...Alteraram situações e eu não tive conhecimento!...Houve momentos, em que apenas me foram dadas indicações para eu cumprir...por vezes o meu sentimento era de impotência!... Não pode ser assim” (PG). As ações no domínio do informar seriam essenciais para promover a confiança das pessoas na realização das atividades de autocuidado e utilização de produtos de apoio. A ausência de informação levou a que, em alguns casos, as pessoas não conseguissem realizar adequadamente as atividades de autocuidado, como refere um dos participantes relativamente ao mover-se em cadeira de rodas: “...não foi possível fazer a curva com a cadeira de rodas...nem andar a direito!” (PD), porque “... puseram-me na cadeira de rodas sem eu saber andar...eu achava que estas cadeiras tinham pedais!... Mas não! ... Eu nunca me tinha sentado numa cadeira de rodas...” (PD).

A informação também se revelou importante para motivar os participantes pela via das expectativas centradas no processo de recuperação da autonomia, como podemos constatar pela referência de um dos participantes: “ ... não fui nada bem informada sobre a importância da Unidade de Convalescença para a minha recuperação ... fiquei muito receosa, com medo de não me adaptar e de não ser capaz de decidir o que fazer e como fazer...” (PF).

A pessoa com o “passar do tempo” e com o experienciar de toda a situação vai desenvolvendo a capacidade para tomar decisões e fazer escolhas, mas também o faz ao confrontar-se com as dificuldades. Em algumas situações a previsão das dificuldades de acessibilidade no domicílio provocou uma diminuição na capacidade, de alguns participantes, para realizarem as atividades de autocuidado adquiridas na Unidade de Convalescença, como nos revelam as expressões: “... Dever-me-iam ter informado que é muito diferente tomar banho em casa, andar em casa, vestir e despir em casa.... Não consegui fazer nada disto em casa e já fazia bem na unidade ... faltou-me algum material que utilizei na unidade ...” (PJ); “Não sabia como fazer as coisas aqui em casa!...sobretudo como tomar banho na banheira...” (PI). E ainda “... quando vim definitivamente para casa, que era o que mais queria,... o meu problema foi não saber como tomar a medicação...” (PE).

A preparação do membro da família prestador de cuidados (MFPC) para o exercício deste papel após a alta da Unidade de Convalescença foi algo extremamente valorizado pelos participantes. Em alguns casos foi salientado o impacto da ausência de informação que ajudasse o MFPC no desenvolvimento de competências para o desempenho do papel junto da pessoa dependente no domicílio, nomeadamente quando referem: “... *O meu marido teve algumas dificuldades em me ajudar aqui em casa... precisava que lhe explicassem como deveria cuidar de mim Nós é que fomos fazendo as coisas conforme nos parecia melhor. Isto não está bem...*” (PJ).

2) Estrutura do domicílio

A categoria “estrutura do domicílio” refere-se às condições de acessibilidade percebidas como necessárias para acolher os participantes, com mobilidade diminuída, de forma a garantir que estes possam usufruir de todos os espaços sem regredir no nível de autonomia alcançado durante o internamento na Unidade de Convalescença.

As *barreiras arquitetónicas* como as escadas, a ausência de elevador, a ausência de rampas de acesso, os corredores estreitos, as casas de banho exíguas e com banheira, corredores e portas com largura inferior a 80 cm foram os fatores extrínsecos associados à categoria “estrutura do domicílio” que mais interferiram com o nível de autonomia no domicílio, como podemos constatar através das expressões: “... *quando cheguei a casa era tudo diferente... eu não conseguia andar com a cadeira de rodas não tinha espaço nem no corredor nem na casa de banho..., e também não tinha nenhuma rampa para entrar em casa. Aquilo que aprendi na unidade, não fui capaz de fazer em minha casa...*” (PB); “*Não sabia como fazer as coisas aqui em casa, sobretudo como tomar banho na banheira...só sabia tomar banho num local amplo...*” (PI). Os participantes aprenderam atividades de autocuidado no domínio: tomar banho; transferir-se; usar o sanitário e andar, entre outras, na Unidade de Convalescença, no entanto foi no domicílio que estes experienciaram a sua realização em contexto real. Por isso, em algumas situações, deveriam ter sido feitos ajustes, pois a realidade estrutural do domicílio era bem diferente da existente na Unidade de Convalescença, como nos referem os participantes: “...*é muito diferente tomar banho em casa, andar em casa, vestir e despir em casa...é mais complicado, pois os espaços são diferentes, as casas de banho também são diferentes...*” (PJ);

“...não sabia como fazer as coisas aqui em casa... o andarilho não passava na porta da casa de banho....E com a banheira é muito diferente tomar banho...talvez se tivesse feito mais obras tivesse sido mais fácil” (PI)

Em contexto de internamento da Unidade de Convalescença era comum os participantes passarem alguns fins-de-semana no domicílio, quando a sua condição de saúde o permitia, se o desejassem, e ainda se a família tivesse disponibilidade para apoiar a pessoa dependente. Este facto foi considerado de extrema importância, pois permitiu que os participantes e a sua família identificassem antecipadamente as necessidades e as dificuldades adequadas à realidade do domicílio e até *“organizassem tudo para poder ter autonomia total...”*, salientando *“... e agora as coisas são diferentes...por isso tive de fazer algumas mudanças...se não tivesse vindo passar alguns fins-de-semana a casa, não sabia o que era preciso alterar....”* (PL); *“... foi muito bom vir a casa o fim-de-semana para perceber as alterações que deveria fazer...”* (PI)

As reformulações realizadas no domicílio de alguns dos participantes passaram pela colocação de barras laterais de apoio na casa de banho, substituição da banheira por base de chuveiro e alargamento das portas. Estes são aspetos a confirmar com as expressões: *“... mudei a banheira, tirei-a e coloquei uma base de chuveiro...”* (PE); *“... coloquei umas barras de apoio junto da sanita e no chuveiro, iguais às da unidade...”* (PL); *“...tive que serrar um pouco a porta da casa de banho para poder entrar com o andarilho...”* (PI).

O regresso a casa e a manutenção dos níveis de autonomia para o autocuidado foram um indício de bem-estar manifestado pelos participantes que tinham tido a iniciativa de orientar a reformulação do domicílio, em simultâneo com o internamento na unidade. *“...Quando cheguei definitivamente a casa, fez-me bem perceber que era capaz de andar de andarilho, na minha casa. Apesar do dinheiro que gastei em mandar alterá-la...”* (PL).

No entanto, alguns dos participantes consideraram que, durante o período de internamento na unidade, deveria ter sido dada informação sobre as dificuldades que poderiam existir no processo de reintegração no domicílio, condicionadas por exemplo pela falta de acessibilidade do mesmo. Alguns participantes chegaram

mesmo a sugerir que *“poderia ter vindo aqui a casa um enfermeiro explicar-me como eu havia de utilizar, por exemplo, a cadeira que comprei para a banheira... e o sítio certo para fixar as barras de metal que comprei para a casa de banho...”* (PH).

3) Rede de apoio formal

A categoria “rede de apoio formal” está relacionada com a existência de estruturas de apoio formal na RNCCI, aspetos realçados pelos participantes como fatores relevantes para a recuperação da autonomia.

A oportunidade de internamento na Unidade de Convalescência foi considerada por alguns dos participantes *“...um privilégio, com muita pena que não seja para todos...”* (PA) e um fator extrínseco essencial para a recuperação do máximo de potencial de autonomia para o autocuidado. O elevado nível de satisfação destes participantes, relativamente a esta dimensão, surge associado à possibilidade *“ de fazer fisioterapia diária... exercícios nas escadas, no tapete, e com as argolas...”* (PL) e ao apoio fornecido pelos *“médicos, enfermeiros e assistentes operacionais que estiveram do meu lado quando eu estava perdido...”* (PC), promovendo a aprendizagem de estratégias adaptativas ao défice, como por exemplo, *“usar as barras de apoio na casa de banho ...”* pois *“... sinto-me mais seguro quando vou sozinho ao sanitário...”* (PB).

No entanto, alguns dos participantes desconheciam o direito à continuidade de cuidados efetiva e adequada à condição de saúde, após alta do hospital de agudos. Isto provocou, nestas pessoas, baixas expectativas relativamente aos cuidados continuados integrados e uma especulação em relação a este nível de cuidados que deveriam ser considerados como fundamentais e indispensáveis e não como prerrogativa apenas de “alguns”, facto que podemos confirmar com a expressão, *“...Tive sorte em ter vindo para esta unidade. ...Este internamento foi, sem dúvida, um momento marcante como positivo para a minha recuperação... Não sabia da existência destas unidades...”* (PN).

A transição de um estado de autonomia para uma situação de dependência para o autocuidado foi considerado como uma passagem para um estado de vulnerabilidade a situações de risco. Neste sentido, os recursos humanos existentes

na Unidade de Convalescença e as suas competências foram consideradas como fundamentais no processo de recuperação da autonomia. As ações dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, foram percecionadas pelos participantes como facilitadoras do processo de recuperação da autonomia, nomeadamente as ações do domínio do estabelecer ligação, do assistir e do informar, salientadas pelas expressões: “...*Os enfermeiros sabiam os nossos nomes... olhavam para nós como pessoas. É tão bom...*” (PI); “...*As enfermeiras davam muita força e ânimo...*” (PE); “...*Explicaram tudo, sobre como lavar e vestir a parte de cima do corpo ... e eu treinei várias vezes*” (PN); “...*Os enfermeiros explicaram muita coisa...*” (PL); “...*Parecia que estava a ter uma lição...*” (PB); “...*Eu tinha que repetir sozinha o que a enfermeira me ensinou...*” (PG). Estes profissionais de saúde também tranquilizaram, elogiaram e incentivaram os participantes como nos confirmam as frases: “...*As enfermeiras eram muito claras na forma como falavam comigo ...Brincavam muito comigo e isto ajudava a diminuir a ansiedade...*” (PE); “...*Parecemos bebés e gostamos que reparem em nós e que louvem o que já somos capazes de fazer...*” (PM); *Os enfermeiros, quando nós fazíamos as coisas sozinhos, eles faziam-nos uma festa...*” (PN); “...*Eles insistiam tanto comigo que eu comecei a sentir que tinha que fazer por mim, então realmente percebi que, se fizesse, conseguia...*” (PI).

A ajuda profissional na determinação e instrução sobre as estratégias adaptativas e os produtos de apoio mais indicados para realizar determinadas atividades de autocuidado foi, também, considerado um recurso formal que ajudou alguns participantes a vivenciarem de forma saudável o processo de transição.

O produto de apoio é um instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com défice, especialmente produzido ou disponível, que previne, compensa, atenua ou neutraliza a incapacidade (DR nº 39, 2009), pelo que, o recurso a uma estratégia adaptativa com ou sem produto de apoio, por alguns dos participantes durante o internamento na unidade, tornou o processo de recuperação da autonomia para o autocuidado contornável e menos difícil. Podemos constatar isso pelas seguintes expressões: “...*Havia umas barras...na parede da casa de banho que me*

davam muita segurança quando eu tomava banho e quando usava a sanita... Os enfermeiros informaram como e quando as deveria utilizar...” (PB).

A utilização de dispositivos de apoio foram um recurso essencial para a realização de forma autônoma de determinadas atividades de autocuidado, como nos referem alguns dos participantes: “...Só andava bem com as canadianas ...” (PD); “...Tenho uma tábua na banheira... é melhor para eu tomar banho...” (PF); “...Com o elevador de sanita é mais fácil ir à casa de banho...” (PL). Outras pessoas salientam que desenvolveram competência de autocuidado pela via do imprevisto, estratégia que contribuiu para o desenvolvimento de sentimentos de medo e insegurança, referindo que “...Fomos fazendo as coisas conforme nos parecia melhor, isto não me pareceu bem...pois não tínhamos a certeza do que estamos a fazer...” (PJ).

Os produtos de apoio são fundamentais no processo de recuperação da autonomia, fazendo toda a diferença. No entanto, as respostas ainda ficam um pouco aquém do que as pessoas necessitam, levando-as a fazerem uso da criatividade, muitas das vezes para ultrapassar as dificuldades com que se deparam, sendo que a ajuda profissional nesta área é essencial na seleção dos melhores equipamentos, o ensino, a instrução e o treino do seu uso (Brito, 2012).

4) Rede de apoio informal

A categoria “rede de apoio informal” encontra-se associada ao suporte dado pela família, sobretudo o cônjuge, os filhos e os netos, durante o tempo de visita na unidade. O apoio proporcionado pelos familiares de alguns participantes esteve sobretudo relacionado com ajuda emocional, o suporte na tomada de decisão, a supervisão e ainda no reconhecimento das mudanças, relacionadas com a melhoria da capacidade funcional de alguns participantes, durante o internamento na Unidade de Convalescença. Esta categoria foi reconhecida como uma influência positiva, pois o apoio dado pela família promoveu o envolvimento e a confiança dos participantes no processo de recuperação da autonomia, traduzida pelas seguintes afirmações: “Os meus netos eram a base da minha força para recuperar, porque eles iam lá ...e telefonavam...para saber o que eu era capaz de fazer sozinho... Aconselhavam-me a questionar os enfermeiros sobre as minhas dúvidas e os meus medos” (PE);

“...Gostava que ela (filha) me visse a ficar melhor... ela ficava muito contente quando eu lhe mostrava o que já era capaz de fazer ... fazia-me bem saber que ela ia visitar-me...ela ajudava-me a planear os dias seguintes” (PA); “A minha filha vinha ao meio dia e a minha esposa vinha à noite... para me ajudar a comer...foi tão bom este carinho delas as duas...” (PC); “O meu marido dava-me muita força... ele perguntava aos enfermeiros como era suposto que eu fizesse as coisas para verificar se eu estava a fazer bem” (PJ).

Por outro lado, os participantes cuja família os visitou muito raramente mantiveram, durante o internamento na unidade, sentimentos de tristeza, angústia e solidão que foram inibidores do processo de recuperação: *“...Eu estava sempre muito triste e sem vontade de fazer o que me diziam, porque ninguém me foi visitar, nem a minha irmã, nem a minha sobrinha que criei...” (PF); “.....Não tinha ninguém que se preocupasse comigo.... A minha filha foi-me visitar uma só vez durante o mês... o que me pôs triste...e sem vontade de viver” (PH).*

O suporte familiar revelou-se um recurso facilitador para o desenvolvimento de capacidades e comportamentos adequados de autocuidado. Do discurso dos participantes emerge a informação que foram os cônjuges e os filhos, os membros da família, que demonstraram maior disponibilidade para proporcionar o apoio que necessitaram.

A essência da prestação de cuidados pelo familiar cuidador por vezes condicionou a reintegração dos participantes no domicílio no sentido da continuidade dos cuidados. O membro da família prestador de cuidados, ao adotar atitudes paternalistas, contrárias às ações dos participantes em seu próprio benefício, dificultou o atingir dos objetivos delineados, como revelam as afirmações: *“...Explicaram à minha filha que tinha que ser eu a fazer as coisas, aqui em casa, era importante para manter-me ativa, porque ela tem medo que eu caia e quer fazer tudo por mim...” (PL); “A minha filha decide por mim e pronto, ela tem pânico que me aconteça alguma coisa...e não me deixa fazer nada...” (PH).* Porém, a família ainda é, “possivelmente”, e vai continuar a ser, o suporte fundamental das pessoas com dependência para o autocuidado. Pela sua importância, muitas das vezes a família ou, mais propriamente, o familiar cuidador vai influenciar a continuidade da promoção

do potencial de autonomia das pessoas. Para isso é necessário que eles saibam como fazer e o que fazer, facto que nem sempre aconteceu, como referem alguns dos participantes: “...*Ela (filha) via aquele ambiente...mas nunca entrou para ver como se fazia...ninguém mandou...acho que se ela tivesse visto como se fazia seria melhor para nós as duas, ela é acanhada...mas acho que aprendia melhor...*” (PB); “... *O meu marido teve algumas dificuldades em me ajudar aqui em casa... precisava que lhe explicassem como deveria cuidar de mim...*” (PJ).

5) Tempo

A categoria “tempo” encontra-se associada ao “dar mais tempo” para que alguns dos participantes pudessem realizar as atividades de autocuidado de forma autónoma. A questão do tempo para realizar as atividades é central no processo de recuperação da autonomia, como se constata pelas afirmações:“... *Mudava tudo se tivesse mais tempo para fazer as coisas...*” (PN); “...*Eu entendo que éramos muitos. Mas eu precisava era de tempo, sobretudo para tomar banho e vestir e despir...*” (PA).“ ... *Agora preciso de mais tempo, do que antes, para me vestir...*” (PI).

Contudo, para que pudesse ter sido proporcionado mais tempo aos participantes para realizarem as atividades de autocuidado, era necessário uma gestão diferente dos recursos humanos da Unidade de Convalescença, como referem os participantes, “...*Eles (profissionais de saúde) têm muitas pessoas para cuidarem, não podem deixar que todos demorem o mesmo tempo que eu, por exemplo, para tomar banho...Entendo!... Se assim fosse, ficavam por tomar banho a maior parte das pessoas, todos os dias...*” (PN).

Concluindo, os fatores de influência no processo de recuperação da autonomia que emergiram do discurso dos participantes dividem-se em duas grandes categorias: os fatores intrínsecos e os fatores extrínsecos, à pessoa. Estes foram explicados sob a forma de duas dimensões: fatores de influência positiva e fatores de influência negativa, no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado. Deste modo, temos:

- *Fatores intrínsecos, de influência positiva:* a consciencialização facilitadora; funcionalidade; sentimentos de esperança e de confiança; o

envolvimento; a volição; a percepção de autoeficácia positiva: a presença de crenças facilitadoras; a vontade de viver e a adaptação à nova situação; a presença de experiências anteriores semelhantes às exigidas; a percepção das mudanças ocorridas durante o internamento.

- *Fatores intrínsecos, de influência negativa:* a consciencialização dificultadora; os sentimentos de tristeza, desespero e insegurança; a presença de dor e agravamento da condição de saúde.
- *Fatores extrínsecos, de influência positiva:* recurso ao internamento na Unidade de Convalescença; as ações dos profissionais de enfermagem no domínio: informar, tranquilizar, elogiar, e incentivar e a utilização de estratégia adaptativa no autocuidado; alterações da acessibilidade do domicílio e o suporte familiar.
- *Fatores extrínsecos, de influência negativa:* a falta de acesso a informação essencial para os participantes; atitude paternalista do membro da família prestador de cuidados; falta de apoio da família; necessidade de mais tempo para realizar as atividades de autocuidado; e ausência de previsão das dificuldades das pessoas para a reintegração no domicílio.

Os resultados que apresentamos demonstram que em termos gerais os fatores de influência no processo de recuperação da condição de dependência para o autocuidado inscrevem-se naquilo que Meleis e colaboradores definiram como condicionalismos da transição, quer sejam eles intrínsecos ou extrínsecos à pessoa. Condições que estão, como podemos concluir, muito para além de meros aspetos fisiológicos, o que obriga os enfermeiros a equacioná-los, nas suas abordagens terapêuticas, enquanto meio para promover ganhos em autonomia para o autocuidado mais efetivos.

3.6. Análise à documentação dos enfermeiros

Para conhecermos e caracterizarmos a magnitude do foco autocuidado na documentação dos enfermeiros da Unidade de Convalescença, realizamos a análise à documentação produzida pelos enfermeiros, durante o internamento dos 108 clientes

que integraram o estudo da caracterização da dependência para o autocuidado. Avaliamos a frequência global dos enunciados de diagnóstico no domínio do autocuidado (incluindo as respetivas dimensões), que foram utilizados pelos enfermeiros para descrever as necessidades em cuidados dos participantes, os focos de atenção dos enfermeiros e os juízos de diagnósticos associados, as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos.

Nesta fase, pretendíamos, por um lado, conhecer o processo de pensamento inerente à conceção de cuidados, utilizado pelos enfermeiros da Unidade de Convalescença, que tivesse subjacente a promoção da autonomia das pessoas dependentes para o autocuidado. Por outro lado, pretendíamos identificar oportunidades de desenvolvimento das práticas de enfermagem.

O modelo de análise teve por base a versão $\beta 2$ da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2002), dado que a mesma sustenta todo o processo de parametrização (Focos, Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem) existente no Sistema de Informação de Enfermagem em uso (SAPE). Esta taxonomia utiliza um sistema taxonómico do tipo “género/espécie”, no qual cada conceito está integrado num nível de abstração mais genérico e pode, simultaneamente, integrar conceitos de nível de abstração mais específico. Este sistema taxonómico viabilizou a análise de conteúdo à documentação de enfermagem, por permitir classificar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. A utilização desta versão da taxonomia justifica-se por ser a mesma utilizada no SIE em uso, embora já existissem versões mais atualizadas da CIPE[®].

A análise global dos dados disponibilizados pelo sistema de informação, referente à documentação produzida pelos enfermeiros no decorrer do internamento na Unidade de Convalescença dos 108 clientes que integraram o estudo, permitiu identificar 1494 enunciados diagnósticos/resultados no âmbito do autocuidado. Estes surgem num total de 2193 diagnósticos documentados pelos enfermeiros em resposta à necessidade de cuidados destes clientes. Assim, o autocuidado foi a área de atenção ao qual os enfermeiros mais recorreram (68,1%) para descreverem as necessidades de cuidados dos clientes.

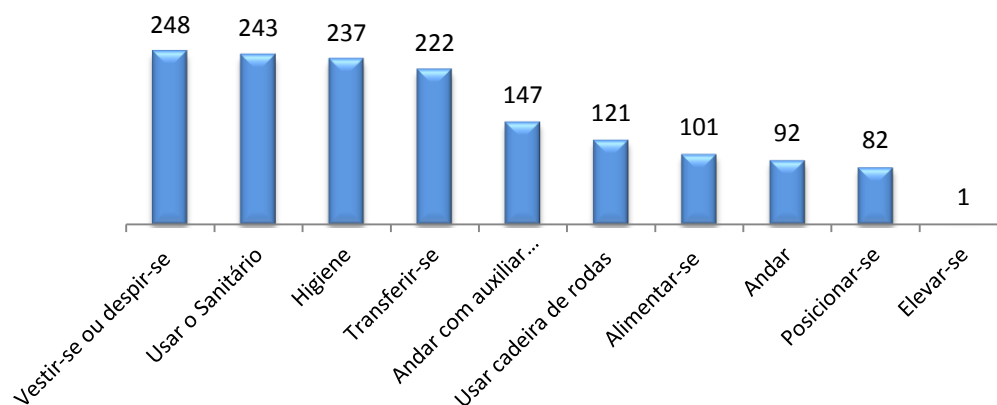
Para uma melhor compreensão dos resultados da análise efetuada aos enunciados de diagnóstico documentados pelos enfermeiros, apresentámo-los divididos pelas dimensões do foco de atenção, AUTOCUIDADO, tal como estavam documentados no aplicativo SAPE. Em primeiro lugar, analisamos a frequência produzida na documentação dos enfermeiros, dos enunciados de diagnóstico, referentes à dimensão da dependência para o autocuidado; seguidamente os enunciados de diagnóstico, referentes ao conhecimento e às capacidades desenvolvidas para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado; e, por último, analisamos os enunciados de diagnóstico, referentes às respostas humanas à situação de dependência para o autocuidado.

Na discussão dos resultados da análise efetuada à documentação dos enfermeiros, apresentaremos algumas notas de campo que reportam as ideias e justificam as opções, durante o processo de documentação, dos enfermeiros que integraram a investigação. Estas opiniões surgiram no decorrer de duas reuniões efetuadas no final da primeira fase da IA, referente ao diagnóstico de situação, onde apresentamos os resultados dos estudos que temos vindo a descrever.

3.6.1. Enunciados de diagnóstico e resultados de enfermagem no domínio do autocuidado

O gráfico 3 apresenta a distribuição dos focos de atenção de nível mais específico que integram o domínio do autocuidado. As atividades de autocuidado identificadas como mais frequentes reportam os enunciados diagnósticos/resultados associados a 10 focos de atenção deste domínio: “vestir-se e despir-se” 248 (16,6%); “uso do sanitário” 243 (16,3%); “higiene” 237 (15,9%); “transferir-se” 222 (14,9%); “andar com auxiliar de marcha” 147 (9,8%); “mover-se em cadeira de rodas” 121 (8,1%); “alimentar-se” 101 (6,8%); “andar” 92 (6,2%); “posicionar-se” 82 (5,5%) e “elevar-se” 1 (0,1%).

Gráfico 3 - Frequência dos focos de atenção no domínio do autocuidado enunciados pelos enfermeiros (1º momento de avaliação)



A análise dos 1494 enunciados de diagnóstico/resultados descritos permitiu verificar que 588 (39,4%) correspondem ao juízo diagnóstico de dependência, cuja distribuição se encontra associada a diferentes níveis: *dependente em grau elevado*; *dependente em grau moderado*; *dependente em grau reduzido* e *independente*. Estes juízos de diagnóstico e resultados de enfermagem encontravam-se operacionalizados (na parametrização existente no *backend* do sistema de apoio à tomada de decisão dos enfermeiros) da seguinte forma:

- *Dependente em grau elevado*: A pessoa, independentemente, não inicia nem completa nenhuma atividade inerente à ação.
- *Dependente em grau moderado*: A pessoa não inicia todas as atividades inerentes à ação ou não as completa de forma independente.
- *Dependente em grau reduzido*: A pessoa tem capacidade neuromuscular para auto iniciar e completar, independentemente, as atividades inerentes à ação; no entanto requer orientação e/ou incentivo à iniciativa.
- *Independente*: a pessoa inicia todas as atividades inerentes à ação.

A tabela 28 apresenta a distribuição absoluta e relativa dos diferentes enunciados de diagnóstico para cada foco de atenção, no domínio do autocuidado, tendo por base o juízo de dependência. Estes têm por objetivo traduzir as necessidades de cuidados em enfermagem, da pessoa, no domínio do autocuidado, nomeadamente a substituição e

a ajuda de pessoa para fazer face às atividades de autocuidado que realizava diariamente, sendo que esta necessidade de ajuda advém da perda de autonomia em níveis que impossibilitam a pessoa de realizar as atividades de autocuidado por si.

Tabela 28 - Atribuição do juízo dependência por domínio do autocuidado (1º momento de avaliação)

Domínios do autocuidado: Focos de atenção	Juízos diagnósticos				Total
	Dependente em grau elevado	Dependente em grau moderado	Dependente em grau reduzido	Independente	
Usar o sanitário	7 (6,9%)	60 (58,8%)	31 (30,4%)	4 (3,9%)	102 (100%)
Vestir-se e despir-se	8 (9%)	54 (60,7%)	26 (29,2%)	1 (1,1%)	89 (100%)
Transferir-se	8 (9%)	53 (59,6%)	26 (29,2%)	2 (2,2%)	89 (100%)
Higiene	7 (8,6%)	54 (66,7%)	19 (23,5%)	1 (1,2%)	81 (100%)
Alimentar-se	6 (11,5%)	24 (46,2%)	21 (40,4%)	1 (1,9%)	52 (100%)
Andar	1 (2,1%)	33 (68,8%)	14 (29,1%)	0	48 (100%)
Andar com auxiliar de marcha	0	46 (97,9%)	0	1 (2,1%)	47 (100%)
Usar cadeira de rodas	0	37 (92,5%)	0	3 (7,5%)	40 (100%)
Posicionar-se	5 (12,8%)	23 (59%)	11 (28,2%)	0	39 (100%)
Elevar-se	0	1 (100%)	0	0	1 (100%)
Total	42 (7,2%)	385 (65,5%)	148 (25,1%)	13 (2,2%)	588 (100%)

De acordo com a tabela, podemos ver que o nível de diagnóstico, mais enunciado pelos enfermeiros, foi *dependente em grau moderado*, com 385 (65,5%) enunciados, o que quer dizer que o cliente ou não inicia a atividade de autocuidado, ou não a completa de forma independente, traduzindo a necessidade de ajuda de pessoa.

O nível de diagnóstico *dependente em grau reduzido* surgiu associado a 148 (25%) enunciados de diagnóstico no domínio do autocuidado, o que quer dizer que a pessoa tem capacidade a nível dos processos corporais para auto iniciar e completar, independentemente, as atividades inerentes à ação, no entanto, requer orientação e ou incentivo para a ação.

O juízo *independente* surgiu associado a 13 (2,2%) enunciados de resultados no domínio do autocuidado, o que traduz a capacidade para realizar as atividades de autocuidado de forma autónoma.

Através da análise efetuada aos enunciados de diagnóstico no domínio do autocuidado, verificamos a ausência de dados que sustentassem o juízo de diagnóstico.

Durante o processo de conceção dos cuidados torna-se necessário promover a sistematização na recolha de dados e garantir a integridade referencial entre dados, diagnósticos, objetivos e as intervenções de enfermagem. Estes aspetos foram comentados pelos enfermeiros que alertavam para a ausência de um processo sistematizado: “A *avaliação da dependência para o autocuidado estava programada em SOS*” (NC1); “*Só avaliávamos quando considerássemos necessário, por isso, não era feito de forma sistemática*” (NC2); “*Penso que este aspeto não é vantajoso, pois torna-se mais difícil percebermos as pequenas mudanças que vão ocorrendo nas pessoas num curto espaço de tempo, por exemplo numa semana*” (NC3); “*Esta avaliação por nível de dependência também não é muito objetiva, pois cada um de nós decide associar o nível que lhe parece mais correto e não fica registado o que condicionou essa decisão*” (NC4).

A baixa representatividade na documentação, em alguns dos domínios do autocuidado, como por exemplo o autocuidado “banho”, levou-nos a questionar os enfermeiros sobre o que justificaria não apresentar dados relativamente a este domínio mais específico do autocuidado “higiene”. Os enfermeiros salientaram que quando procediam a um juízo diagnóstico face ao autocuidado “higiene”¹³ tinham como referência a descrição específica do autocuidado “banho”¹⁴, pelo que não

¹³ Autocuidado “higiene” é um tipo de autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene (ICN, 2002, p.55)

¹⁴ Autocuidado “banho” é um tipo de autocuidado higiene com as características específicas: enxaguar o próprio corpo, total ou parcialmente, por exemplo, entrando e saindo da banheira, juntando todos os objetos necessários ao banho, obtendo a água ou abrindo as torneiras, lavando e secando o corpo. (ICN, 2002, p. 55)

procediam à caracterização de um enunciado diagnóstico sustentado no autocuidado “banho”. O mesmo pressuposto sustentou a ausência do uso de atividade diagnóstica para o autocuidado “arranjar-se”¹⁵, cujo referencial era tido para a avaliação do foco autocuidado “higiene”, ou seja, os enfermeiros não tinham até ao momento reconhecido necessidade do uso destes domínios mais específicos de autocuidado. No entanto, as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados dirigida aos enunciados diagnósticos de dependência para o autocuidado “higiene”, refletiam uma perspetiva global dos conceitos e das atividades de cada um dos domínios do autocuidado (embora não estejam documentadas), onde se verificava que as intervenções de enfermagem planeadas tinham, por exemplo, em atenção as atividades que concretizam o autocuidado “banho”, tais como: “juntando todos os objetos para o banho, obtendo água ou abrindo as torneiras e lavando ou secando o corpo” (ICN, 2002, p. 55), bem como as atividades que concretizam o autocuidado “arranjar-se”: “tomar cuidado com a apresentação, manter o cabelo, a barba e bigode bem cuidados, lavados, penteados, cortar as unhas, manter a roupa limpa, sem cheiro, verificar a aparência no espelho” (ICN, 2002, p. 55).

Verificamos também que não se observava qualquer documentação associada ao autocuidado “elevar-se”. Face a esta constatação, os enfermeiros justificaram-na com o facto de terem sempre como referência prévia o foco de atenção de enfermagem equilíbrio corporal, ou seja, “estabilidade do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para o estabilizar como um todo ou parte, no sentido de o movimentar” (ICN, 2011, p. 52)., pelo que qualquer enunciado diagnóstico documentado incorporaria um compromisso do foco de atenção *equilíbrio corporal*.

Em síntese, diríamos que o autocuidado foi a área de atenção à qual os enfermeiros mais recorreram para descrever as necessidades de cuidados dos clientes. No entanto, a falta de sistematização de atividades de diagnóstico inerentes ao foco autocuidado, podia de alguma forma influenciar a qualidade do processo de diagnóstico. A

¹⁵ Autocuidado “arranjar-se” é um tipo de autocuidado higiene com as características específicas: tomar cuidado com apresentação, manter o cabelo, a barba e bigode bem 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 (ICN, 2002, p. 55).

presença de um agrupamento de dados que favorecesse o esboço mental de inferência diagnóstica e a especificação dos diagnósticos validados era fundamental para a nomeação de diagnósticos de enfermagem com os seus descritores específicos e essencial para fundamentar os diagnósticos com evidência (Alfaro-Lefevre, 2005).

A inexistência de uma estratégia partilhada de atividades de diagnóstico baseada num conhecimento formal não permitiu verificar a coerência dos diagnósticos a partir dos dados utilizados, pois a estratégia utilizada para a recolha de dados era sustentada pela visão de cada enfermeiro. “...Cada um avalia como sabe e como acha melhor...” (NC5).

É evidente que a não utilização de um instrumento que sistematizasse a avaliação da dependência para o autocuidado poderia levar às dificuldades inerentes de uma atividade diagnóstica com características subjetivas como: a falta de rigor no gradiente de dependência; a identificação da necessidade de cuidados das pessoas com desvalorização de aspetos relevantes para a promoção da autonomia e a utilização de um discurso menos efetivo na continuidade dos cuidados.

Procedemos de seguida à análise das restantes dimensões diagnósticas associadas ao foco de atenção de enfermagem “autocuidado”, tendo verificado que, dos 1494 diagnósticos enunciados, no âmbito do autocuidado, 906 (60,6%) estavam relacionados com a dimensão do conhecimento¹⁶ e da aprendizagem de capacidades¹⁷ com a especificação, para adquirir estratégias adaptativas no autocuidado, e tinham associado o juízo de “demonstrado” e “não demonstrado” (ICN, 2002). Salienta-se que na parametrização do SAPE, o juízo de demonstrado é operacionalizado por fenómeno de enfermagem que é evidenciado como um comportamento publicamente observável (ICN, 2002).

¹⁶ Conhecimento é um conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas, domínio e reconhecimento da informação (ICN, 2002).

¹⁷ Aprendizagem de capacidades é um processo de adquirir competências no domínio de atividades práticas associada a treino, prática e exercício (ICN, 2002).

A tabela 29 apresenta a distribuição absoluta e relativa de enunciados de diagnóstico no domínio do conhecimento e da aprendizagem de capacidades, referente aos focos de atenção, no domínio do autocuidado, tendo por base o juízo de “demonstrado”.

Tabela 29 - Enunciados de diagnóstico na dimensão do conhecimento e da aprendizagem de capacidades por domínio do autocuidado (1º momento de avaliação)

Domínios do autocuidado	Conhecimento /aprendizagem de capacidades Não demonstrado	Conhecimento /aprendizagem de capacidades Demonstrado	Total
Vestir-se e despir-se	80 (50,3%)	79 (49,7%)	159 (100%)
Higiene	78 (50%)	78 (50%)	156 (100%)
Usar o sanitário	74 (52,5%)	67 (47,5%)	141 (100%)
Transferir-se	68 (51,1%)	65 (48,9%)	133 (100%)
Andar com auxiliar de marcha	51 (51%)	49 (49%)	100 (100%)
Usar cadeira de rodas	40 (49,4%)	41 (50,6%)	81 (100%)
Alimentar-se	26 (53,1%)	23 (46,9%)	49 (100%)
Andar	23 (52,3%)	21 (47,7%)	44 (100%)
Posicionar-se	22 (51,2%)	21 (48,8%)	43 (100%)
Total	462 (51%)	444 (49%)	906 (100%)

A leitura da tabela 29 permite concluir que a frequência de enunciados de diagnóstico no domínio do conhecimento e da aprendizagem de capacidades, com o juízo de não demonstrado, é muito semelhante à frequência de enunciados de resultado, com o juízo de demonstrado. Os enunciados de resultado traduzem, por isso, melhoria do conhecimento e da capacidade para lidar com situações de dependência, no sentido da promoção da autonomia para o autocuidado.

No entanto, como pretendíamos identificar as estratégias adaptativas que foram ensinadas e treinadas com os clientes, que tinham permitido os ganhos em conhecimento e em capacidades, recorreremos à análise de conteúdo das notas gerais de enfermagem. Contudo, não obtivemos qualquer registo, facto justificado pelos enfermeiros através dos seguintes comentários: “...Até podíamos escrever em notas associadas, mas nunca vi ninguém escrever... cada um de nós combina uma

estratégia com o seu cliente para o momento e pronto...” (NC6); “Acho que deveria ser efetivamente documentada a estratégia que estamos a desenvolver com a pessoa” (NC7); “E se a estratégia que estamos a desenvolver estivesse já parametrizada, por exemplo, associada às intervenções, como norma para realizar a intervenção?” (NC8); “Parece-me uma boa ideia. Penso que assim a continuidade que poderíamos obter no ensino e no treino da estratégia adaptativa seria muito mais efetiva para a pessoa” (NC9); “É verdade. Já ouvi os clientes dizerem: «ontem ensinaram-me desta forma, hoje você ensina de outra forma». O que pode ser complicado para as pessoas...” (NC10).

A ausência no serviço de produtos de apoio, capazes de promover a autonomia em alguns dos domínios do autocuidado foi, na opinião dos enfermeiros, um aspeto dificultador no processo de planeamento de estratégias adaptativas, face aos défices apresentados pelos clientes, como nos referiram alguns enfermeiros: “...Acho que podíamos ter aqui umas escovas com cabos longos para ajudar os clientes a lavarem as costas...” (NC11); “Além disso existem muitos outros equipamentos que promovem a independência das pessoas no vestir-se e no arranjar-se, por exemplo.” (NC12).

Deste modo e reportando-nos aos dados deste relatório, percebemos que existiam outros fatores de influência no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado. Alguns desses fatores vão muito para além do compromisso dos processos corporais que condicionaram o grau de dependência no autocuidado identificado pelos enfermeiros. Avançamos na análise à documentação dos enfermeiros, no sentido de identificar outros focos de atenção, para além do conhecimento e aprendizagem de capacidades, que revelassem elementos relacionados com respostas humanas à situação de dependência, pelo reconhecimento da elevada influência destes elementos na concretização do potencial de recuperação da autonomia para o autocuidado das pessoas dependentes. A tabela 30 apresenta a frequência destes diagnósticos documentados pelos enfermeiros, que traduzem respostas humanas à situação de dependência, como fatores intrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia

dos participantes (referenciados no estudo prévio apresentado no ponto 3.4.), num total de 25 enunciados diagnósticos.

Tabela 30 - A frequência dos diagnósticos que indicam respostas humanas à situação de dependência

Diagnósticos	Frequência
Ansiedade presente	3
Autocontrolo: medo ineficaz	2
Personalidade lábil presente	6
Tristeza presente	10
Aceitação do estado de saúde diminuída	2
Auto estima diminuída	2
Total	25

De acordo com os dados da tabela percebemos que esta foi uma área de atenção dos enfermeiros pouco documentada no SAPE. Durante a apresentação do facto, os enfermeiros revelaram que os conteúdos das atividades de diagnóstico realizadas eram definidos individualmente, baseando-se sobretudo na experiência e na formação de cada enfermeiro e nas oportunidades do contexto. Para além disso, no momento da conceção de cuidados, as áreas de atenção prioritárias variavam entre avaliação do grau de dependência para o autocuidado, as prescrições terapêuticas e a gestão de sinais e sintomas. A identificação de respostas humanas à situação de dependência e, por conseguinte, os fatores de influência na recuperação da autonomia para o autocuidado foram uma área muito pouco considerada no processo de conceção de cuidados, como nos reporta a seguinte afirmação: *“Sabemos que são áreas importantes, mas estamos sempre mais preocupados com as questões da dependência para o autocuidado e em identificar situações que possam indicar agravamento da situação”* (NC13).

Esta baixa representatividade no SAPE de focos de atenção que traduzem respostas humanas à situação de dependência estava associada à dificuldade expressa pelos enfermeiros em identificarem, nomearem e procederem à documentação de diagnósticos de enfermagem nestes domínios, referindo: *“...Também são tão*

subjetivos que temos dificuldade em os documentar” (NC14); “Nunca tinha falado desta forma em respostas humanas e em fatores de influência no autocuidado, nunca tinha pensado desta forma”. (NC15).

Deste modo, a análise à documentação dos enfermeiros permitiu perceber um modelo de conceção de cuidados, distante de um modelo centrado nas respostas humanas à situação de dependência para o autocuidado, onde se engloba também os fatores de influência na promoção da autonomia, reforçado pela afirmação de um enfermeiro que refere: “...*Não documentamos muito sobre estas áreas...*” (NC16).

3.6.2. Ações de enfermagem relacionadas com o autocuidado

Em resposta às necessidades de cuidados identificadas nos 108 clientes, que integraram este momento do estudo, os enfermeiros documentaram 211949 intervenções, organizadas por domínio de ação de acordo com a tabela 31.

Tabela 31 - Domínio de ação das intervenções de enfermagem (1º momento de avaliação)

Domínio de ação	N	%
Atender	76880	36,3%
Observar	67803	32,0%
Gerir	29770	14,0%
Informar	22525	10,6%
Executar	14971	7,1%
Total	211949	100%

A tabela revela que os domínios de ação das intervenções de enfermagem em resposta às necessidades de cuidados, dos 108 clientes, centraram-se sobretudo no domínio do atender¹⁸ e do observar¹⁹ (36,3% e 32,0% respetivamente). As ações

¹⁸ Atender- Estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa (ICN, 2011, p. 95).

¹⁹ Observar- Prestar atenção e olhar cuidadosamente alguém ou alguma coisa (ICN, 2011, p. 98).

no domínio do atender respondem às necessidades de cuidados dos clientes que na maior parte das situações carecem de uma ajuda parcial para fazer face às atividades de autocuidado, que advêm da perda de autonomia e estão relacionadas com os tipos de ação: assistir²⁰, encorajar²¹ e incentivar²² e as ações de enfermagem no domínio do observar, que englobam ações específicas, como: vigiar²³, monitorizar²⁴ e supervisionar²⁵.

Os enfermeiros documentaram 14% de ações no domínio do gerir²⁶ que traduzem, sobretudo, ações do tipo: providenciar²⁷ e organizar²⁸ o material e ou as estratégias adaptativas, facilitando a aquisição de capacidades no domínio das atividades de autocuidado e promovendo a autonomia.

Um outro domínio de ação dos enfermeiros que surgiu documentado no sistema de informação em uso, mas em menor número (10,6%), foi o informar. Estas ações respondem às necessidades de cuidados dos participantes que necessitam de aceder à informação, que lhes permita adquirir ou melhorar o conhecimento e desenvolver capacidades instrumentais para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado. Desta forma, as ações do tipo ensinar²⁹, instruir³⁰ e treinar³¹ possibilitariam um processo de gestão proativo e integrado da promoção da autonomia para o autocuidado.

²⁰ Assistir- Fazer parte do trabalho com alguém ou para alguém (ICN, 2011, p. 95).

²¹ Encorajar- Dar confiança ou esperança a alguém (ICN, 2011, p. 96).

²² Incentivar- Levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade (ICN, 2011, p. 97).

²³ Vigiar- Averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo (ICN, 2011, p. 100).

²⁴ Monitorizar- Escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa (ICN, 2011, p. 98).

²⁵ Supervisionar- Inspeccionar o progresso de alguém ou alguma coisa (ICN, 2011, p. 99).

²⁶ Gerir- Estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa (ICN, 2011, p.97).

²⁷ Providenciar- Aprontar alguma coisa para alguém (ICN, 2011, p. 99).

²⁸ Organizar- Dar uma estrutura ordenada, por exemplo ordenar alguma coisa (ICN, 2011, p. 98).

²⁹ Ensinar- Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (ICN, 2011, p. 96).

³⁰ Instruir- Fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa (ICN, 2011, p. 97).

³¹ Treinar- Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa (ICN, 2011, p. 100).

Por último, identificamos as ações no domínio do executar, com uma percentagem inferior (7,1%). Estas são ações que traduzem o “desempenhar de uma tarefa técnica” (ICN, 2011, p. 97) pelos enfermeiros e revelam a ausência de participação do cliente na ação.

Ora, sendo o autocuidado uma função humana reguladora com o seu sistema de ação, tem que ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente pela pessoa, atendendo à sua condição de saúde (Orem, 2001). As ações do tipo executar e observar, não promovem o potencial de recuperação das pessoas dependentes para o autocuidado. Neste sentido, excluimos as intervenções nestes domínios de ação, passando a contextualizar a análise efetuada à documentação dos enfermeiros com a temática fulcral do trabalho, ou seja, tendo por base as intervenções cuja ação poderá ser promotora da recuperação funcional do cliente.

Deste modo, a tabela 32 faz referência às ações dos enfermeiros no domínio do atender, gerir e informar, em resposta às necessidades dos clientes relacionadas com a dependência para o autocuidado e respetivos domínios (conhecimento e aprendizagem de capacidades). Neste momento, apenas reportamos as ações de enfermagem associadas ao autocuidado, o que corresponde a 78512 intervenções, ou seja, 78,6% do global das intervenções de enfermagem documentadas, no domínio de ação representado na tabela 32.

Tabela 32 - Ações de enfermagem associadas ao autocuidado (1º momento de avaliação)

Domínio de ação	N	%
Atender	57684	73,5%
Informar	17166	21,9%
Gerir	3662	4,6%
Total	78512	100

A tabela 32 revela que os enfermeiros documentaram na sua maioria (73,5%) ações no domínio do atender, associadas ao assistir no autocuidado, incentivar o autocuidado e encorajar para o autocuidado.

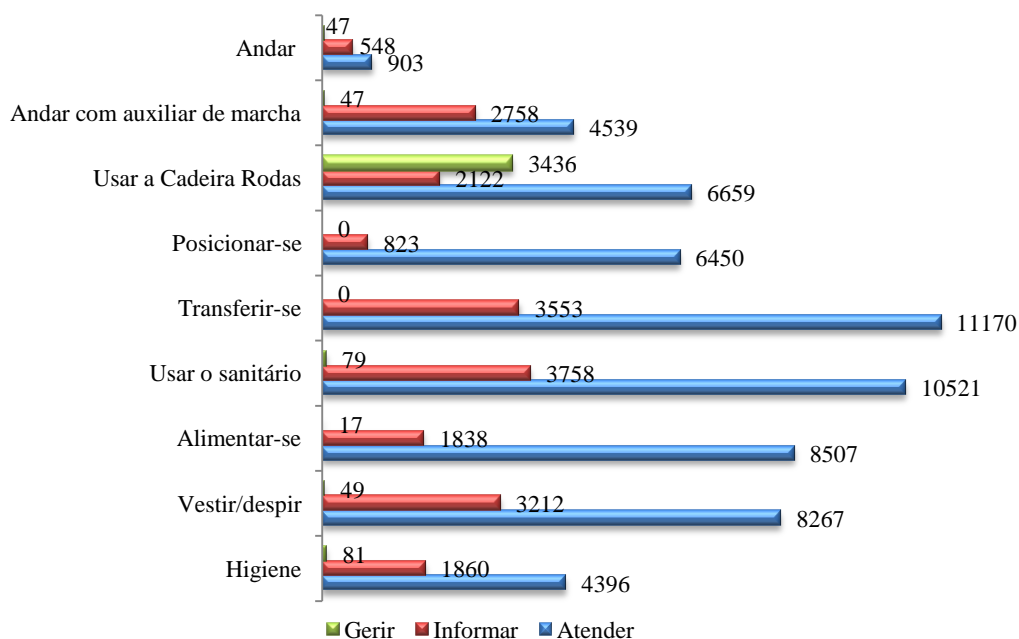
Outro domínio de ação documentado pelos enfermeiros em resposta à necessidade de cuidados decorrentes da dependência para o autocuidado, mas este em menor percentagem do que o anterior, foram as ações no domínio do informar. Estas surgem com a intencionalidade de promover a aquisição de conhecimento ou o desenvolvimento de capacidades sobre estratégias adaptativas para que os participantes pudessem realizar atividades de autocuidado de forma autónoma, e eram sobretudo do tipo ensinar, instruir e treinar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado.

A tabela 32 permite ainda concluir que os enfermeiros documentaram também ações no domínio do gerir, associadas ao providenciar dispositivos de apoio para o autocuidado e organizar estratégias adaptativas no autocuidado.

Seguidamente procedemos à análise dos domínios de ação documentados pelos enfermeiros associados por domínios do autocuidado: “andar”, “andar com auxiliar de marcha”, “higiene”, “vestir-se e despir-se”, “posicionar-se”, “transferir-se”, “usar o sanitário”, “alimentar-se” e “usar a cadeira de rodas” (gráfico 4).

A análise do gráfico permite concluir que os clientes foram alvo de ações dos enfermeiros do domínio atender em todos os domínios do autocuidado, com especial ênfase para: “transferir-se”; “usar o sanitário”, “alimentar-se” e “vestir-se e despir-se”, que correspondem a 49,0% das intervenções realizadas para o foco autocuidado.

Gráfico 4 - Ações de enfermagem por domínio do autocuidado (1º momento de avaliação)



Importa referir que as atividades que concretizam os diferentes domínios do autocuidado não eram realizadas com igual frequência, pelos clientes, durante o dia, ou seja, as atividades inerentes ao autocuidado “banho”, por exemplo, eram realizadas uma vez por dia, enquanto as atividades inerentes ao autocuidado “usar o sanitário”, “transferir-se”, “alimentar-se” e “vestir-se e despir-se” eram realizadas mais do que uma vez por dia. Estes aspetos poderão, de algum modo, fundamentar as diferenças encontradas no número de vezes que os enfermeiros documentaram as ações de enfermagem em resposta às necessidades dos clientes dependentes no autocuidado.

Para promover o máximo de potencial de recuperação das pessoas no sentido de ganhos em autonomia para o autocuidado, implica implementar intervenções de enfermagem que facilitem a aquisição por parte dos clientes dependentes de um aumento do repertório de conhecimentos e o aperfeiçoamento ou aquisição de capacidades / habilidades. Desenvolver novas competências de autocuidado permite que a pessoa seja capaz de adquirir um autocontrolo e auto gestão da nova condição de saúde (Brito, 2012). Concluindo a análise à documentação gerada pelos enfermeiros, esta permitiu perceber um modelo de cuidados centrado numa lógica de distribuição da responsabilidade para realizar as atividades de autocuidado, entre o

enfermeiro e o cliente, facto sustentado pela percentagem de intervenções do domínio de ação “atender”, documentadas pelos enfermeiros em resposta à necessidade de cuidados dos clientes. Embora esta estratégia favorecesse a promoção da autonomia para o autocuidado, a baixa percentagem de intervenções no domínio de ação “informar” levou-nos a questionar as estratégias utilizadas para o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, sem o reforço das intervenções no domínio “informar”, ou seja, como adquiriram os clientes conhecimentos e habilidades para desenvolverem as atividades de autocuidado?

Face ao exposto, auscultamos os enfermeiros envolvidos no percurso de IA, durante as reuniões realizadas, que confirmaram terem dado maior relevo do ponto de vista da documentação, às ações no domínio “atender” e concordaram que este foi o domínio de ação das intervenções de enfermagem mais utilizado junto dos clientes.

No entanto, os enfermeiros reconhecem que informaram mais as pessoas nas suas ações diárias do que aquilo que efetivamente documentaram, assumindo a diminuta representatividade do domínio “informar” e respetivas especificações, no sistema de informação em uso. Por outro lado, salientaram que a experiência anterior em serviços de “agudos” condicionou o modelo de conceção de cuidados, facto salientado por um dos participantes que referia: *“isto para nós também não é fácil, viemos quase todos de serviços de medicina de hospital de agudos onde esta questão de informar sobre estratégias adaptativas não se colocava. Ajudamos a fazer e pronto”* (NC17).

3.7. Síntese da problemática em análise

Os ganhos em autonomia para o autocuidado é um resultado de saúde sensível aos cuidados de enfermagem, com impacto positivo na promoção da saúde e no bem-estar das pessoas. Este efeito é possível através do aumento do repositório de conhecimentos e de capacidades das pessoas, onde os enfermeiros deveriam ter um particular destaque (Pereira, 2007; Petronilho, 2012). Para isso, é fundamental desenvolver esforços no sentido de implementar mudanças no contexto prático para

demonstrar que os enfermeiros podem ser uma ajuda relevante quando as pessoas necessitam de recuperar a autonomia para o autocuidado.

Face ao descrito anteriormente, procedemos à definição de contextos que justificassem um processo de mudança face ao objeto em estudo, por forma a identificar oportunidades de desenvolvimento da prática de enfermagem centrada num modelo de cuidados promotor da autonomia para o autocuidado, em torno dos aspetos que passamos a descrever:

- Ausência de linhas orientadoras que permitissem caracterizar a dependência dos clientes, as potencialidades de desempenho e definir as necessidades específicas de cuidados, através de um nível de especificação de diagnósticos de enfermagem que facilitasse a tomada de decisão dos enfermeiros;
- Dificuldade na tomada de decisão dos enfermeiros no domínio da dependência para o autocuidado alicerçada na falta de sistemática do registo, pois deparamo-nos com poucas alterações do gradiente de diagnóstico de enfermagem e um planeamento de intervenções de enfermagem que não confere uma obrigatoriedade de documentação. Este aspeto inviabiliza o julgamento relativamente à evolução do diagnóstico de enfermagem, à definição de objetivos/critérios de resultado e ao planeamento de intervenções de enfermagem ajustadas à evolução das pessoas no sentido dos ganhos em autonomia;
- Inexistência de uma estrutura orientadora de informação dirigida aos clientes, facilitadora do desenvolvimento de competências capazes de promover o aumento dos níveis de autonomia durante o internamento na Unidade de Convalescença;
- Escassez de recursos de materiais (dispositivos de apoio) que facilitassem o aperfeiçoamento das estratégias adaptativas face ao défice no autocuidado, no sentido da concretização das atividades de forma autónoma independente;
- Pouca informação dos enfermeiros sobre a forma como as pessoas vivem as transições (teoria das transições de Meleis, 2000) e sobre os fatores de influência no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado;

- Ausência de sistematização de critérios de diagnóstico que possam definir o nível de dependência para o autocuidado e do uso de um instrumento de avaliação do autocuidado;
- Ausência no sistema de informação em uso de uma estrutura de atividades de diagnóstico, critérios de diagnóstico e intervenções organizadas por tipo de ação, que permitam viabilizar uma perspectiva de concepção de cuidados de enfermagem focalizada no desenvolvimento de níveis progressivos de autonomia por via da aquisição de conhecimentos e capacidades dos clientes em situação de dependência.

O percurso desenvolvido permitiu planejar as mudanças nas práticas de enfermagem capazes de agregar maior sistematização à ação dos enfermeiros no domínio do autocuidado, cujo consenso recaiu sobre os seguintes aspetos:

- Processo de concepção dos cuidados de enfermagem

- Sistematizar o processo de diagnóstico da dependência para o autocuidado;
- Promover junto da pessoa dependente o desenvolvimento da aquisição de conhecimentos e de capacidades no sentido de desenvolver competências cognitivas e instrumentais para o autocuidado;
- Promover a reflexão sobre a ação e na ação nas dimensões tidas como relevantes para um contexto de cuidados centrado na promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado;
- Implementar um processo de tomada de decisão centrado nos fatores intrínsecos e extrínsecos aos clientes, de influência no processo de recuperação.

- Organização de recursos materiais

- Definir estratégias de incorporação de dispositivos de apoio facilitadores da promoção de autonomia;
- Providenciar a aquisição de dispositivos de apoio.

- Estruturar o sistema de informação em uso

- Definir a estrutura pré-combinatória de enunciados de diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem, e integrá-las no *backend* do sistema de informação em uso. Esta integração poderá ser um ótimo suporte à tomada de decisão em enfermagem e contribuir para uma maior representatividade na documentação de uma conceção de cuidados, centrada nas respostas humanas à situação de dependência e nos fatores de influência no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado: recuperação do máximo potencial de autonomia das pessoas dependentes no autocuidado.

CAPITULO 4. O PERCURSO DA MUDANÇA

Após termos circunscrito a problemática, centramo-nos na oportunidade de desenvolvimento e mudança da prática do cuidado, pelo que, progredimos com o planeamento e a implementação de um modelo de intervenção capaz de promover o potencial de recuperação e garantir ganhos em autonomia para o autocuidado.

Neste capítulo, abordaremos o percurso de mudança e as estratégias que alicerçaram a mudança, baseadas na informação produzida no capítulo anterior. Esta informação permitiu a identificação de aspetos fundamentais, reconhecidos pelo grupo de enfermeiros, para o desenvolvimento de um modelo sistematizado de cuidados, promotor da autonomia para o autocuidado e orientado para o potencial de recuperação da pessoa dependente.

Iniciamos com a apresentação dos objetivos identificados para a mudança, de seguida apresentamos as estratégias que alicerçaram a mudança e os pressupostos que a viabilizaram e, por fim, discutiremos o planeamento e a implementação da mudança centrada nos aspetos problemáticos reconhecidos.

A análise do modelo de cuidados em uso e a identificação de aspetos como centro de potenciais oportunidades de evolução foram necessários para a prossecução da mudança e permitiu o desenvolvimento de práticas de enfermagem, na assistência ao cliente, de modo a facilitar o processo de transição relacionado com a dependência para o autocuidado. Também, a reflexão sobre as práticas e os sistemas de valores associados às mesmas constituíram-se como a base processual para a modificação de comportamentos que permitiram a incorporação de novos modelos de prática.

Os enfermeiros encontram-se muito bem posicionados para ajudar a pessoa dependente para o autocuidado a recuperar a sua autonomia, sendo para isso necessário criar circunstâncias que lhes permitam identificar os níveis mais específicos dos condicionalismos dos clientes, conferindo-lhes maior potencial de recuperação da autonomia.

Maximizar o potencial de recuperação da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado é um aspeto crucial do propósito em que se fundamentam as intervenções de enfermagem, pelo que, foi nossa preocupação iniciar um processo de mudança do modelo de cuidados de enfermagem em uso na Unidade de Convalescência, tendo por base os objetivos que descrevemos:

- Reestruturar o plano de cuidados de modo a integrar o fenómeno do autocuidado com maior nível de especificidade;
- Introduzir maior sistematização no processo diagnóstico, nas intervenções e na avaliação dos resultados da ação de enfermagem, centrado no autocuidado;
- Otimizar os recursos materiais disponíveis, garantindo uma maior responsabilização e envolvimento dos clientes no plano de recuperação da autonomia para o autocuidado;
- Ampliar a diversidade de recursos instrumentais (produtos de apoio) capazes de promover a autonomia da pessoa;
- Adequar os conteúdos disponíveis no *backend* do sistema de informação em uso às mudanças desejadas para um modelo de cuidados centrado no fatores de influência no processo de recuperação da dependência para autocuidado.
- Otimizar o sistema de informação em uso no sentido de assegurar uma monitorização sistemática dos ganhos em autonomia para o autocuidado.

Ao longo deste capítulo fazemos a descrição do caminho percorrido durante as fases do processo de mudança.

4.1. O Planeamento da mudança

O desenvolvimento do domínio pessoal dos enfermeiros e a incorporação da sua visão da problemática, no grupo de trabalho, foi uma preocupação central ao longo deste percurso de investigação. Para isso, adotamos como estratégia que os enfermeiros tivessem uma perceção clara dos dados obtidos no capítulo anterior, de

forma a permitir uma comparação constante com a evidência científica disponível através de momentos formativos (descreveremos mais à frente).

O percurso de mudança sustentou-se na adoção de uma estratégia orientada pelos princípios do modelo II de Argyris and Shön (1996):

- Fornecimento de informação válida, dado que a estratégia de ação é baseada nela;
- Escola livre e informada, para isso esta deve ser sustentada na informação válida sobre o valor das variáveis relevantes para a sua decisão;
- Vinculação interna à decisão tomada, pelo grupo.

Assumimos simultaneamente as características base da estratégia da ação definidas por Silva (2001, p.64):

- Criar um ambiente onde os participantes possam ser originais e experimentar o sucesso e o controlo sobre a situação;
- Controlo partilhado dos processos onde a autoproteção e a proteção dos outros é uma operação conjunta;
- A proteção de cada participante é um objetivo comum e orientado para o desenvolvimento e para a produção direta de categorias observáveis.

Estas estratégias de mudança tiveram em consideração que o comportamento baseado em conhecimento pode modificar-se principalmente através de processos normativos/reeducativos. Basearam-se na ideia de que as normas constituem a base do comportamento e que a mudança ocorre através de um processo de reeducação. Assim a estratégia normativa-reeducativa parte de um movimento mais amplo sobre a forma como as pessoas dão sentido e contribuem para a situação em que trabalham. Nesta perspetiva, o enfoque na mudança assume a necessidade de uma reflexão sobre as crenças e as práticas e, por outro lado, sobre a necessidade do diálogo se converter numa prática usual.

Deste modo, mantivemos contactos frequentes entre o grupo de enfermeiros através das reuniões mensais iniciadas em outubro de 2011. Estas foram rentabilizadas de forma a enriquecer as reflexões sobre a ação em grupo. Pretendíamos assim disseminar o conhecimento explícito ao grupo e influenciar a perícia das futuras

decisões. Através desta dinâmica formal pretendíamos refletir sobre a ação, a partir dos resultados obtidos, o que permitiu identificar as oportunidades de desenvolvimento da prática de enfermagem e planejar as estratégias de mudança das mesmas. Nestas estratégias estabeleceram-se modelos de suporte à tomada de decisão centrados no autocuidado.

Estamos certos que a metodologia utilizada possibilitou o envolvimento de todos os enfermeiros do contexto no processo de mudança. Para isso, consideramos que era o grupo sujeito e objeto da investigação que detinha a chave para a evolução das oportunidades no sentido da mudança e que os pretextos e os propósitos da investigação só se tornariam válidos se compreendidos, aceites e reconhecidos pelo grupo.

O papel da investigadora centrou-se sobretudo no dinamizar e proporcionar esclarecimento acerca do processo de mudança no sentido de o facilitar, permitindo a colaboração de todos os intérpretes no processo, promovendo a transferência do conhecimento, de como mudar para melhorar e legitimando as tomadas de decisão.

Os resultados obtidos durante a primeira fase de IA suscitaram grande surpresa e insatisfação nos enfermeiros. No entanto, todos partilharam dos problemas identificados, facto que foi fundamental para o envolvimento dos enfermeiros e aceitação da mudança, aspetos facilitadores para o planeamento das estratégias da mudança.

4.2. A mudança no processo de conceção dos cuidados de enfermagem

A discussão sobre os dados obtidos no percurso de investigação anterior (fase de diagnóstico), durante as reuniões formais com os enfermeiros, utilizadas como estratégia de discussão e reflexão, originou nestes profissionais a necessidade de reorganizar o processo de conceção dos cuidados de enfermagem para promover o máximo potencial de recuperação das pessoas dependentes, garantindo ganhos em autonomia para o autocuidado.

Após um acontecimento que origina dependência e perda de autonomia da pessoa, não se verifica somente compromisso dos processos corporais, uma vez que a pessoa

vê também os seus projetos de vida interrompidos. Assim, foi nosso entendimento, de acordo com o expresso por Brito (2012), que os enfermeiros têm um papel crucial na promoção da autonomia dos clientes, ao proporcionarem um recomeço das atividades de autocuidado e ao apoiarem a sua manutenção. Para isso, era necessário facultar informação e recursos que permitissem aos clientes a tomada de decisão e a opção entre várias alternativas. O enfermeiro deveria ajudar o cliente a perceber de forma realista a sua condição de saúde e o seu potencial de recuperação de autonomia, fomentando a tomada de consciência das mudanças e do que está diferente, de modo a incrementar a aprendizagem de novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências que promovesse a transição e se repercutisse em alterações no comportamento (Meleis, 2005).

Desta forma, considerou-se prioritário iniciar todo o processo de mudança pelo assegurar de uma etapa sustentada num percurso formativo realizado em duas fases distintas. Uma primeira fase foi evidenciada pelo incorporar de conhecimento sobre o conceito de autocuidado, os fatores de influência no autocuidado e a teoria das transições. E uma segunda fase focada na utilização do sistema em uso e no debate sobre que conteúdos deveriam ser integrados no seu *backend*. Por outro lado, seria fundamental a definição de critérios de documentação, com um nível de especificação, que viabilizasse a continuidade de cuidados e possibilitasse uma melhor produção de indicadores, que permitisse traduzir de forma adequada a evolução da condição dos clientes face aos cuidados de enfermagem prestados. As ações formativas foram orientadas para objetivos concretos e foram perspectivadas como momentos potenciadores de aprendizagem e de reflexão.

Neste momento, era preciso sustentar a mudança e estabelecer prioridades, dando outra importância aos fatores e às variáveis envolvidas, capazes de levar os enfermeiros a perspectivarem um modelo de cuidados congruente com o seu contexto, pois a mudança solicitava familiaridade com os conceitos e as estratégias integradas na investigação. Para isso, foi necessário criarmos momentos formais e informais que possibilitassem, respetivamente, a transferência de informação e a reflexão “sobre a ação e na ação” dinamizada pela problematização das situações.

Dessa forma, os momentos informais de reflexão e discussão decorreram geralmente durante as passagens de turno ou mesmo no momento antes e após a ação dos enfermeiros, adotando normalmente como estratégia a reflexão no contexto real e a confrontação com a evidência científica disponível e com os dados obtidos no primeiro ciclo da investigação. A transmissão de informação de caráter formal (ações de formação e reuniões formais com o grupo de enfermeiros) decorreu em sala de reuniões e de formação, disponibilizadas pela instituição onde decorreu o estudo.

A definição da estratégia a utilizar foi orientada pelos objetivos definidos para a mudança. Assim, ficou decidido que os espaços de formação deveriam ser orientados com a seguinte finalidade:

- Contribuir para uma discussão alargada, centrada no foco autocuidado e na necessidade de obter um conjunto de dados essenciais para uma abordagem sistematizada à pessoa com dependência para o autocuidado.
- Clarificar o caráter multidimensional do conceito de autocuidado, e por conseguinte, a influência multifatorial.
- Clarificar que a mudança dos contextos da prática não se poderá limitar à reformulação do planeado, tornando-se necessário o desenvolvimento de novas formas de trabalho centradas na pessoa dependente.
- Dar uma maior visibilidade à prática dos enfermeiros da Unidade de Convalescença.

Do mesmo modo, decidiu-se que o planeamento das ações de formação que integraram o processo de mudança seria assente nos seguintes postulados:

- Integrar no modelo de cuidados uma perspetiva centrada no conceito de autocuidado, segundo a teoria do défice de autocuidado de Orem (2001)
- Debater os conceitos centrais do processo de transição face à dependência para o autocuidado (Meleis et al., 2000), no sentido de orientar a ação dos enfermeiros.
- Centrar o processo de recuperação da autonomia nas condições necessárias para promover o máximo de potencial da pessoa dependente para o autocuidado.

- Orientar o processo de conceção de cuidados numa recolha de dados objetiva e sistematizada, de modo a garantir uma relação de integridade referencial entre dados, diagnóstico, e intervenções.
- Integrar no planeamento de cuidados de enfermagem intervenções capazes de potenciar o máximo de ganhos em autonomia para o autocuidado, durante o tempo de internamento na Unidade de Convalescença.
- Definir estratégias para a recolha de dados e avaliação da condição da pessoa ao longo do tempo de internamento na unidade.

Por último, ao pensarmos e estabelecermos o modelo de formação, tendo em conta os pressupostos básicos apresentados, definimos os seguintes objetivos gerais do processo formativo:

- Perspetivar a utilização de um instrumento de avaliação da dependência para o autocuidado;
- Clarificar os conceitos de dependência, autonomia e autocuidado;
- Clarificar os fatores de influência no autocuidado;
- Clarificar os modelos de intervenção capazes de promover o máximo de potencial de autonomia da pessoa dependente para o autocuidado;
- Identificar critérios de diagnóstico, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem a integrar no *backend* do sistema de informação em uso, essenciais ao processo de conceção e documentação de cuidados de enfermagem;
- Identificar os dispositivos de apoio promotores da autonomia para o autocuidado;
- Descrever atividades que concretizem as intervenções de enfermagem no domínio do informar, capazes de determinar as escolhas da pessoa para o autocuidado e de promover a continuidade dos cuidados;
- Utilizar na prática os padrões de documentação produzidos e parametrizados no sistema de informação em uso.

As intervenções formativas desenvolvidas durante a fase do processo decorreram por módulos que englobaram componentes teóricas, teórico práticas e de orientação. Dada a impossibilidade de todos os enfermeiros estarem simultaneamente presentes nas sessões formativas, optou-se por suplementar sessões de esclarecimento individual, de acordo com as disponibilidades de cada elemento, de forma a conseguir abranger todos os enfermeiros envolvidos no processo de mudança.

Os módulos de formação desenvolvidos durante esta fase do processo formativo, que decorreu entre fevereiro de 2012 e maio de 2012, foram os seguintes:

Módulo I - Definição dos conceitos de dependência, autonomia e autocuidado

- Conceito de dependência.
- Conceito de autonomia.
- Conceito de autocuidado alicerçado na “teoria de déficit no autocuidado” de Orem.

Módulo II - Abordagem à teoria das transições de Meleis e colaboradores

- Natureza e tipos de transições.
- Padrões das transições.
- Propriedades universais das transições.
- Condições facilitadoras e inibidoras das transições.
- Padrões de resposta das transições.

Módulo III – O diagnóstico “dependência para o autocuidado”

- Sistematização da avaliação da dependência para o autocuidado.
- Vantagens na utilização do instrumento de avaliação da dependência para o autocuidado de Duque (2009).

Módulo IV - Abordagem aos fatores de influência na transição da dependência para o autocuidado

- Abordagem aos fatores intrínsecos e extrínsecos com maior evidência científica.
- Abordagem comparativa com os fatores identificados pelos participantes no estudo descrito no capítulo anterior.

- A importância das intervenções no domínio do informa, no sentido de potenciar os ganhos em autonomia para o autocuidado dos clientes.

Cada módulo de formação foi estruturado com uma sessão de formação, planeada mensalmente com uma duração de 5 horas cada, perfazendo um total de 20 horas para todo o processo formativo. A gestão destas horas para a viabilização destes momentos formativos enquadrou-se na lei vigente (Decreto-Lei n.º248, 2009). Durante as ações de formação foi possibilitado um espaço para o diálogo e a reflexão em grupo sobre os temas apresentados, estabelecendo-se a discussão entre modelo exposto e modelo em uso, assumindo-se um clima de abertura e discussão que alicerçaram a definição das estratégias de mudança.

Utilizamos um documento de suporte à formação, que procedia a uma síntese da investigação que tem sido produzida nos últimos anos na área do autocuidado, de forma a proporcionar nos enfermeiros fundamentos necessários para que as discussões e as reflexões se tornassem mais criativas. Este documento teve como suporte a revisão da literatura efetuada e descrita no ponto 1.2. deste relatório (Anexo 9).

As estratégias formativas mostraram-se satisfatórias para promover o envolvimento dos elementos da equipa, num processo de profissionalização dos enfermeiros da Unidade de Convalescença na promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

4.3. A mudança na documentação dos enfermeiros

Depois de concretizado o espaço formativo e, como consequência do debate que o mesmo proporcionou, procedeu-se à definição e reestruturação dos conteúdos disponibilizados pelo sistema de informação em uso. O nosso objetivo era decidir sobre uma estratégia que pudesse ajudar o processo de pensamento, inerente à conceção de cuidados dos enfermeiros, e por conseguinte facilitasse o processo de diagnóstico, pois a precisão e a relevância de um plano de cuidados de enfermagem estão dependentes da qualidade deste.

Estas mudanças tiveram por base a construção de sintaxes, tradutoras de enunciados de diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem que, face à evidência científica e saber experiencial dos enfermeiros, era importante que evidenciassem as situações do contexto da prática, centrada na promoção do máximo potencial de autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

A estrutura de documentação teria de ser organizada em atividades de avaliação e critérios de diagnóstico de forma sistematizada, para que os dados obtidos pudessem facilitar o esboço mental de inferências diagnósticas a partir desses dados, ou seja, uma tomada de decisão sustentada nos dados, permitindo fundamentar os diagnósticos. Esta coerência dos diagnósticos a partir dos dados utilizados, tendo por base os descritores específicos, permitiu, ainda, uma avaliação adequada da condição de dependência da pessoa, uma tomada de decisão fundamentada nos dados e uma análise detalhada dos resultados de enfermagem.

O desenvolvimento deste novo modelo de documentação assume um carácter complexo, pela necessidade de associar à especificação dos conteúdos mudanças no quotidiano dos cuidados nos domínios organizacionais (recursos a dispositivos de apoio facilitadores da autonomia para o autocuidado), estruturais (sistematização do registo no sistema de informação em uso) e de avaliação (definição de uma estratégia de monitorização e de avaliação).

Numa primeira fase foram seleccionados os focos de atenção de enfermagem no domínio do autocuidado que faria sentido rever na estrutura de conteúdos associados. Assim, do debate com os enfermeiros, emergiram os seguintes domínios do autocuidado: “tomar banho”; “vestir-se e despir-se”; “cuidar da higiene pessoal”; “arranjar-se”; “alimentar-se”; “usar o sanitário”; “transferir-se”; “virar-se” e “usar a cadeira de rodas”. Paralelamente foi necessário ter em atenção que dimensões emergiram num processo de conceção de cuidado sustentado no processo de transição vivenciado pelo cliente. Também deste debate emergiram determinadas dimensões, centradas nas respostas humanas à transição, relevantes para o processo de cuidados: a consciencialização face às mudanças ocorridas na vida da pessoa, decorrentes da nova condição de saúde; a atitude da pessoa para o autocuidado, tendo por base as limitações inerentes à nova condição de saúde; a volição para recuperar a

autonomia para o autocuidado e a percepção de autoeficácia para utilizar estratégias adaptativas, capazes de traduzir ganhos em autonomia para o autocuidado; e ainda, o conhecimento e as capacidades, adquiridos com a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado.

Na medida que se tratava do propósito de gerar regularidade na documentação em uso, considerou-se que o padrão de documentação deveria definir os conteúdos do processo de enfermagem centrado no domínio do autocuidado e incluir:

- A definição das atividades diagnósticas;
- A disposição dos dados relevantes à identificação das necessidades em cuidados de enfermagem e a sua relação com os diagnósticos de enfermagem: manifestações/caraterísticas definidoras, fatores concorrentes e outras condições (necessárias ou úteis);
- Os enunciados diagnósticos face a cada foco de atenção de enfermagem e as respetivas dimensões;
- As intervenções de enfermagem em resposta às situações descritas pelos diagnósticos;
- Os resultados de enfermagem que traduzam ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- A especificação dos conteúdos que definem os subconjuntos terminológicos desenvolvidos tiveram por base a classificação para a prática de enfermagem (ICN, 2006; ICN, 2011), NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcomes Classification) e das ligações Nanda/Noc/Nic (Johnson, Bulechek, Dochterman, Maas, & Moorhead, 2005; Bulechek, Butcher, & Dochtermen, 2010; Moorhead, Johnson, Maridean, & Swanson, 2010).

4.3.1. Especificação dos conteúdos centrados no foco autocuidado

O desafio que emergia no momento era o de definir os conteúdos resultantes das sugestões dos enfermeiros, que fossem integráveis e exequíveis no fluxo do processo de cuidados de enfermagem, que respondessem às necessidades, expectativas e intenções dos enfermeiros e que funcionassem à dimensão do serviço. Contudo, era

necessário ter em consideração o tempo gasto para proceder à documentação efetivamente desejada. Este aspeto era muitas vezes referido pelos enfermeiros, dado recearem a incapacidade de resposta às expectativas criadas durante o processo de mudança. Tínhamos a noção clara de que uma maior especificação dos dados implicaria necessariamente mais tempo despendido na sua documentação, nomeadamente no momento da admissão de cada um dos clientes. No entanto, a decisão foi no sentido de avançar com o planeado e implementar as estratégias inerentes à mudança no contexto da Unidade de Convalescença.

Decidiu-se que os conteúdos do modelo de documentação integrariam elementos e orientações que fossem para além de uma lógica de cuidados centrados na substituição da pessoa para as atividades de autocuidado, em que assumiam destaque os aspetos de influência relativos à função cognitiva e compromissos dos processos corporais (força muscular, movimento articular, equilíbrio corporal, dor e parésia). Olhando para a recuperação da autonomia como um processo de transição, para além destes, existem outros aspetos que o condicionam e só assim se explica como é que clientes com o mesmo tipo e intensidade de alterações e compromisso dos processos corporais obtêm evoluções distintas durante o tempo de recuperação.

Deste modo, de acordo com Brito (2012) e Maciel (2013) orientamos as escolhas dos enfermeiros para outros aspetos que necessariamente têm que ser equacionados e integrados nas abordagens terapêuticas a oferecer aos clientes dependentes para o autocuidado. Neste particular, surgem as dimensões centradas nas respostas humanas à transição, já enunciadas, como: a consciencialização face às mudanças relacionadas com a capacidade para realizar as atividades de autocuidado; a atitude face à condição de dependente para o autocuidado; a volição e a perceção da autoeficácia, face à necessidade de integrar novos conhecimentos e novas capacidades para desempenhar as atividades de autocuidado que realizavam até ao momento de forma autónoma. Neste sentido, a intencionalidade dos enfermeiros para a mudança evidenciou o reconhecimento na centralidade de determinadas dimensões do autocuidado, que constituíram o padrão de documentação elaborado, tais como:

- A dependência nas atividades que concretizam o autocuidado: “banho”, “arranjar-se”, vestir-se e despir-se”, “cuidar da higiene pessoal”, “transferir-se”, “virar-se”, “usar o sanitário”, “usar a cadeira de rodas” e “alimentar-se”;
- A capacidade para desempenhar atividades de lazer, evidenciada pelo modo como o cliente selecionava a atividade a desenvolver de acordo com os seus interesses pessoais, e o agrado revelado durante a concretização da mesma. Desta forma, nestes contextos, é de grande utilidade um ambiente que proporcione atividades que ajudem a promoção da autoconfiança e da autoestima, e que impeçam ou retardem o desenvolvimento da letargia e da imobilidade, estimulando a iniciativa das pessoas para a ação (Joulain, Alaphilippe, Bailly, & Hervé, 2010);
- A consciencialização, relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento das pessoas acerca das limitações, para o desempenho das atividades de autocuidado;
- A atitude face ao autocuidado, demonstrada pelo desejo de procurar um nível mais elevado de bem-estar no autocuidado; de desenvolver conhecimento e capacidades acerca das estratégias adaptativas e de aumentar a responsabilidade no autocuidado;
- A perceção de autoeficácia para o autocuidado, que reflete a confiança da pessoa acerca da sua capacidade para desempenhar atividades de autocuidado, o julgamento sobre a capacidade para mobilizar recursos cognitivos e as ações de controlo sobre o meio ambiente, dado estes exercerem influência nos acontecimentos que afetam a vida das pessoas (Bandura, 1986);
- A volição para o autocuidado, associada à disponibilidade e iniciativa das pessoas em adquirirem informação e capacidades no domínio instrumental que lhes permita desenvolver estratégias para as ações de autocuidado.

Nesta fase, os enfermeiros passaram a partilhar a ideia da importância de estarem atentos a estes aspetos, de os documentarem e partilharem com os outros profissionais, já que esta informação se tornaria relevante para a continuidade de cuidados e facilitadora da promoção da autonomia para o autocuidado.

As pessoas com uma visão real acerca das mudanças ocorridas face à condição de dependência estabelecem objetivos que vão de encontro às suas necessidades, tendencialmente são as pessoas que mostram mais disponibilidade e iniciativa para a ação e as que mais se envolvem no processo de recuperação (Meleis et al., 2000; Davies, 2005). São pessoas com perceção positiva da autoeficácia, pois acreditam serem capazes de recuperar a autonomia prévia. Aderem habitualmente a propostas de mudança, mostram-se progressivamente mais proativas na mudança de comportamento e de atitudes e acreditam que os comportamentos de saúde são uma mais-valia para a recuperação. As pessoas com este perfil atingem níveis de autonomia superiores quando propostas para programas de reabilitação. (Backman & Hentienen, 1999; Blair, 1999; Backman & Hentienen, 2001; Backman et al., 2007; Zeleznik et al., 2010; Sequeira, 2011).

Uma outra dimensão do autocuidado que integrou o modelo de documentação centrou-se na aprendizagem de estratégias adaptativas para que os clientes pudessem concretizar as atividades de autocuidado de forma autónoma, nomeadamente:

- O potencial para adquirir/melhorar o conhecimento (conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação, CIPE, 2011), ou seja, a capacidade cognitiva para identificar e descrever as estratégias adaptativas no autocuidado;
- O potencial para desenvolver/melhorar a capacidade para realizar o autocuidado, pela aquisição de aptidões práticas associadas ao treino das estratégias adaptativas, capazes de dar resposta à atividade de autocuidado em que o cliente é dependente.

O conhecimento adquirido, na informação ou nas aptidões desenvolvidas por meio do ensino e treino, tornam as pessoas mais autónomas. A pessoa dependente sujeita a programas de informação, ensino e treino, ao fim de algum tempo adquire um conhecimento e uma habilidade relativa ao défice capaz de a tornar mais autónoma (Blair, 1999; Jaarsma et al., 2000; O'Hara, Loraine de Souza, & Lorely, 2002; Pryor, 2009; Holguín, 2010).

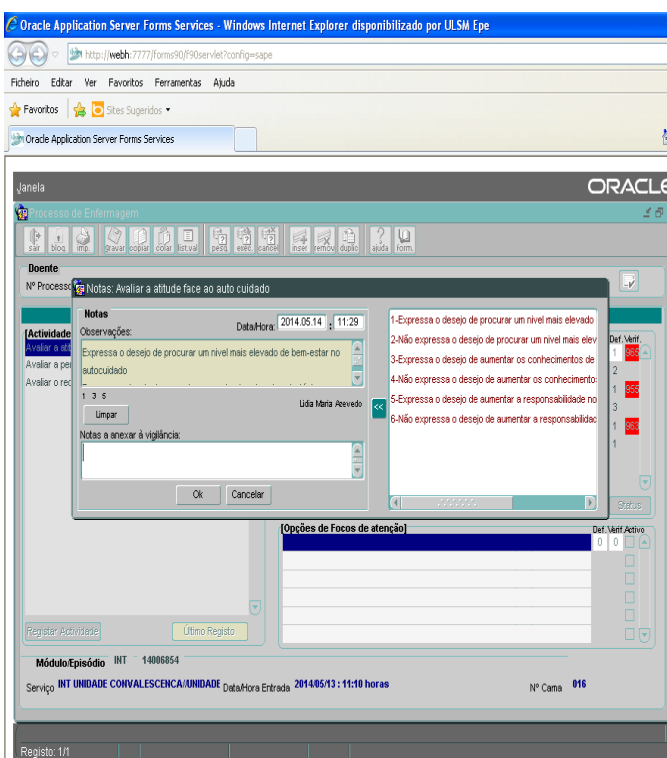
A utilização de dispositivos de apoio como uma estratégia adaptativa às limitações para a realização das atividades de autocuidado promove a autonomia das pessoas dependentes. A não utilização destes dispositivos poderá ser um obstáculo no processo de recuperação destas pessoas. Todavia, em alguns contextos práticos cujo o objetivo é promover a autonomia das pessoas dependentes, muitos destes produtos são escassos. Por outro lado, quando estes existem, mas as pessoas não os utilizam, ou porque não querem (por exemplo, devido a significados dificultadores atribuídos à sua utilização) ou porque não os conhecem, verifica-se um desperdício de recursos e um não investimento na recuperação da autonomia destas pessoas (Almeida, 2009; Matias 2011; Maia, 2012).

O desafio em consensualizar os conteúdos para definir o modelo de documentação final foi de extrema complexidade. Era inevitável criar uma estratégia de análise e avaliação da relevância dos conteúdos sugeridos, pelo que, foi compilado um documento com a especificação dos conteúdos que concretizaram a intencionalidade da ação expressa pelos enfermeiros, como resultado dos contactos formais e informais, as reuniões de grupo, os encontros e as discussões no contexto da prática.

O documento foi disponibilizado a todos os enfermeiros, sendo solicitada nova análise com propostas de reajuste do documento final. Dado existir na instituição um grupo de discussão de apoio ao desenvolvimento de conteúdos a integrar nos sistemas em uso (GRAPE) foi também solicitado a este grupo de peritos uma opinião sobre os conteúdos globais. Após a apresentação final do documento e discussão dos aspetos que geraram algumas dúvidas e debate, procedeu-se à disponibilização do documento orientador (Anexo, 10). Neste sentido, o conteúdo a integrar o *backend* do sistema de informação em uso resultou na apresentação de “*templates*” que passaram a suportar o processo de tomada de decisão em enfermagem, do qual destacámos alguns exemplos (Figura 6):

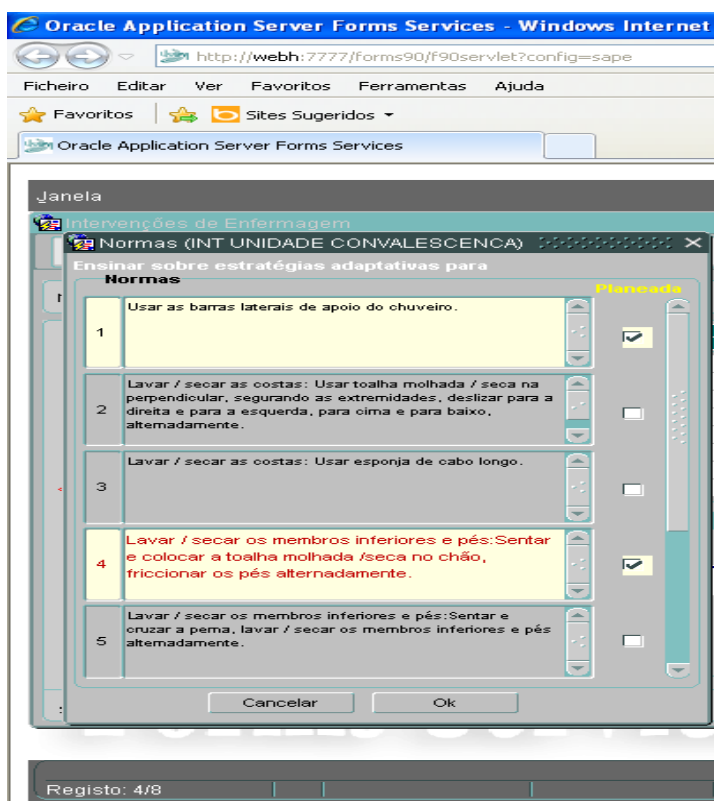
- Dados de avaliação face a cada foco de atenção de enfermagem (ou respetiva dimensão), que passam a integrar a informação que sustenta a tomada de decisão dos enfermeiros;

Figura 6 - Dados de avaliação do foco “atitude face à dependência para o autocuidado”



- Enunciado de estratégias facilitadoras para a realização das atividades de autocuidado de forma autónoma, que passam a integrar aspetos mais específicos de descrição das intervenções de enfermagem a implementar (Figura 7).

Figura 7 - Estratégias facilitadoras do autocuidado “tomar banho”



Em função do descrito, durante esta fase do percurso de investigação, verificou-se uma evolução na intenção para a ação dos enfermeiros, evidenciando o sucesso das estratégias e dos pressupostos definidos para o percurso de mudança. A decisão dos enfermeiros revelava um aprofundar da natureza da problemática no domínio disciplinar e o clarificar do potencial de ação dos enfermeiros. Este facto firmou-se com a utilização de uma estrutura de conceção dos cuidados que evidenciava centralidade nos domínios do autocuidado descritos, o que comprova uma evolução muito significativa das ações dos enfermeiros em relação ao modelo de cuidados em uso.

4.3.2. Estratégias utilizadas na implementação do processo de documentação

Definido o conteúdo do modelo de documentação para o contexto de ação dos enfermeiros da Unidade de Convalescença, era fundamental pensar as estratégias que permitissem a sua utilização de forma eficaz, viabilizando uma maior sistematização da ação dos enfermeiros. Deste modo, era importante pensar sobre a forma de sistematizar a avaliação da condição da pessoa, para o autocuidado, durante o tempo de internamento na unidade. Assim, foi nossa preocupação considerar os dados de avaliação que pudessem sustentar claramente o juízo de diagnóstico enunciado pelos enfermeiros e permitisse também espelhar o potencial da pessoa para adquirir os conhecimentos e desenvolver as capacidades para o autocuidado, nas diferentes fases do processo de recuperação.

Independentemente do registo de dados sobre as mudanças na condição das pessoas que poderiam ocorrer em qualquer momento, os enfermeiros definiram momentos específicos para a avaliação. Após a integração no *backend* do sistema de informação do modelo de documentação, os enfermeiros estabeleceram momentos específicos para realizarem as atividades de avaliação. Para além da avaliação no momento da admissão, ficou acordado que se procederia a nova recolha de dados para o mesmo parâmetro semanalmente, exceto se alguma situação justificasse uma avaliação prévia. Essa avaliação semanal, com o objetivo de avaliar a evolução da situação face às intervenções de enfermagem, seria realizada a longo do dia (nos diferentes turnos) sendo previamente planeada em cada um dos turnos em função do tipo de atividades realizadas e da sua distribuição ao longo do dia, por forma a não centralizar um elevado tempo de documentação num único turno.

No entanto, pretende-se realçar a noção de que a recuperação da autonomia para o autocuidado é um processo que decorre durante um período de tempo, com início e com termo e está dependente das características, das condições de saúde e das circunstâncias de cada pessoa, dando origem a percursos de recuperação muito diferentes uns dos outros, por isso, a necessidade de um registo sistemático das mudanças ocorridas ao longo do tempo.

O momento da admissão dos clientes à Unidade de Convalescença foi considerado como apropriado para avaliar: o nível de consciencialização da pessoa acerca das atividades de autocuidado que consegue realizar e a forma com as realiza; a atitude face à situação de dependência e a disposição para manter ou abandonar ações que promovam a autonomia; a volição para adquirir conhecimento e capacidades que facilitem a mudança da atual condição de saúde e a perceção da autoeficácia para iniciar o processo de recuperação de forma responsável. Desta forma percebe-se a confiança e as expetativas dos clientes para a mudança e o incremento do compromisso com as atividades de autocuidado.

Os critérios de diagnóstico, utilizados durante as atividade de avaliação, referentes aos focos anteriores, foram definidos por frases *standard*, no sentido da presença/ausência dessas condições como mostra o quadro 3.

Quadro 3 - Critérios de diagnóstico para avaliar a condição da pessoa centrada nas respostas humanas à transição

Atividade diagnóstica	Critérios de diagnóstico
Avaliar atitude face ao autocuidado	Expressa/Não expressa desejo de procurar um nível mais elevado de bem-estar no autocuidado.
	Expressa/Não Expressa desejo de aumentar os conhecimentos sobre as estratégias no autocuidado.
	Expressa/Não Expressa desejo de aumentar a responsabilidade no autocuidado.
Avaliar consciencialização face à dependência para o autocuidado	Reconhece/Não reconhece o motivo da dependência para o autocuidado.
	Identifica/Não identifica limitações de desempenho no autocuidado.
	Identifica/Não identifica necessidade de adquirir conhecimentos e capacidades para o desempenho do autocuidado.
Avaliar autoeficácia para o autocuidado	Expressa/Não expressa acreditar na sua capacidade de desempenho para o autocuidado.
	Demonstra/Não demonstra convicção na realização das atividades de autocuidado.
Avaliar a volição para o autocuidado	Demonstra /Não demonstra disposição (iniciativa) para a ação.
	Demonstra/ Não demonstra disponibilidade para o progresso no autocuidado.
	Procura/ Não procura informação sobre novas estratégias para o autocuidado.

No entanto, os dados resultantes desta avaliação só seriam providos de sentido para caracterizar a condição real da pessoa se o seu processo intelectual, nomeadamente a dimensão da cognição estivesse efetiva, sendo esta, uma condição necessária para

definir o potencial da pessoa para adquirir/melhorar o conhecimento e ou desenvolver a capacidade para o autocuidado.

Seguidamente, é apresentada a estratégia definida para avaliar o nível de dependência para o autocuidado. Assim, e como já referido, para além do IADA de Duque (2009) descrito, foram apresentadas outras escalas de avaliação do nível de dependência para o autocuidado, desenvolvidas por vários autores, e a sua utilidade em larga escala na avaliação do grau de funcionalidade das pessoas. (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963; Barthel & Mahoney, 1967; Lowton & Brody, 1969; Lohrmann, Dijkstra, & Dassen, 2003). No entanto, os enfermeiros consideraram não serem estas suficientemente específicas nos seus critérios para avaliar a dimensão do fenómeno da dependência para o autocuidado com utilidade clínica para a enfermagem. Isto deve-se ao facto de muitas delas avaliarem um grande número de parâmetros que não se adaptam ao conceito de autocuidado na perspetiva do referencial teórico adotado para o estudo, pelo que, foi unânime a opção em utilizar o IADA (Duque, 2009), também já utilizado em vários estudos, como temos vindo a referenciar.

Ficou estabelecido que o conjunto de dados recolhidos deveria expressar um enunciado diagnóstico com um gradiente do juízo “dependente em grau elevado”, “dependente em grau moderado”, “dependente em grau reduzido” e “independente”, tal como estava predefinido no sistema de apoio à prática de enfermagem.

Após a caracterização da condição funcional da pessoa, o objetivo da atividade diagnóstica centrou-se na avaliação do conhecimento e da capacidade/habilidade sobre as estratégias adaptativas para realizar as atividades de autocuidado. Mais uma vez, a atividade diagnóstica é programada no sistema de apoio à prática de enfermagem para os sete dias consequentes. A oportunidade de uma aprendizagem estruturada, significativa e contínua ajuda a pessoa a tomar decisões pela necessidade de fazer escolhas, promove o envolvimento e a manutenção de níveis de consciencialização efetivos, para a necessidade de construir uma nova realidade, perspetivando o futuro (Meleis, et al.,2000; Brito, 2012).

A preocupação em garantir que o ensino, a instrução e o treino das estratégias adaptativas, capazes de potenciar a pessoa no autocuidado, fosse transmitido de

forma sistemática e contínua orientou a decisão de dotar o sistema de informação em uso, com a lista de estratégias adaptativas que fazem parte do modelo de documentação (Anexo 10), estando estas associadas às ações: “informar”; “ensinar”; “instruir” e “treinar” para cada domínio do autocuidado (exemplo, figura 7, pág. 205). Desta forma, seria facilitada a tomada de decisão informada da pessoa, acerca da estratégia adaptativa e/ou produto de apoio a recorrer.

Os critérios de diagnóstico, utilizados para avaliar o conhecimento acerca das estratégias adaptativas foram definidos por uma escala simples com três itens de avaliação. Relativamente aos critérios de diagnóstico utilizados na avaliação da aquisição de capacidades relacionadas com as estratégias adaptativas face à dependência para o autocuidado, estes foram definidos por uma escala simples com dois itens de avaliação como nos revela o quadro 4.

Quadro 4 - Critério de diagnóstico para avaliar o conhecimento e a capacidade sobre as estratégias adaptativa face à dependência para o autocuidado

Atividade diagnóstica	Critérios de diagnóstico
Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas no AC....	0 - Não identifica nem descreve estratégias adaptativas no autocuidado.
	1 - Identifica mas não descreve estratégias adaptativas no autocuidado.
	2 - Identifica e descreve estratégias adaptativas no autocuidado.
Avaliar as capacidades/habilidades sobre estratégias adaptativas no AC...	0 - Utiliza estratégias adaptativas no autocuidado (resultado esperado).
	1 - Não utiliza estratégias adaptativas no autocuidado.

Associado ao foco “conhecimento”, foram integradas no *backend* do sistema de informação as intervenções de enfermagem e as atividades que as concretizam (normas de intervenção). Estas últimas foram associadas às intervenções no domínio de ação “informar”, “ensinar”, “instruir” e “treinar”, estratégias adaptativas no autocuidado (Anexo 10).

Por último, é importante salientar que depois de todas as alterações introduzidas no *backend* do sistema informático em uso e na dinâmica de documentação dos enfermeiros, foi necessário garantir por parte destes uma eficaz utilização do mesmo, pelo que, fizemos um acompanhamento integral dos enfermeiros (durante o processo de documentação) na interpretação e utilização prática das mudanças ocorridas no

sistema informático, durante cerca de dois meses e meio. Mais uma vez assumimos a existência de um clima de abertura, que permitisse aos enfermeiros refletirem no contexto da ação e sobre a ação.

4.4. O recurso a uma maior diversidade de dispositivos de apoio

Sustentados na descrição dos clientes sobre os recursos que potenciaram a recuperação da autonomia, associada à opinião dos enfermeiros devidamente sustentada pelas evidências científicas e saber experiencial, foi definido e adquirido um conjunto de dispositivos de apoio que potenciou a intervenção do enfermeiro nesta área de cuidados.

De acordo com o que temos vindo a referir, os dispositivos de apoio fazem toda a diferença, quando são utilizados durante o processo de recuperação da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado. No entanto, a resposta da Unidade de Convalescença a este nível ainda ficava muito aquém do que era esperado, devido à inexistência de alguns desses dispositivos essenciais para promover a autonomia das pessoas, no domínio do autocuidado: “tomar banho”, “vestir-se e despir-se”, “transferir-se” e “alimentar-se”.

A maioria das pessoas dependentes de dispositivos de apoio, nas atividades de vida de diária, pode permanecer mais tempo em casa e necessitar de menos apoio de cuidadores formais e informais. Muitas das pessoas dependentes para o tomar banho, vestir/ despir, transferir-se e alimentar-se se fossem informadas acerca dos dispositivos de apoio que as podem ajudar na realização dessas atividades, tornar-se-iam autónomas. No entanto, a sensibilização da pessoa dependente para a utilização de dispositivos de apoio depende de determinados fatores, tais como: já ter utilizado o dispositivo; as características do dispositivo; o tipo e grau de incapacidade da pessoa; a condição social da pessoa, as características psicossociais e a informação (Roelands, Oost, Buysse, and Depoorter, 2002; Almeida, 2009; Matias, 2011; Maia, 2012).

Outro dos objetivos delineados pelo grupo de enfermeiros para esta fase da investigação, referente ao planeamento e implementação das estratégias para a

mudança, centrou-se em otimizar e ampliar a diversidade de recursos materiais (dispositivos de apoio) disponíveis, garantindo uma maior responsabilização e envolvimento dos clientes no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado. Para concretizarmos o proposto foi necessário identificar:

- Os dispositivos de apoio que melhor respondiam às necessidades dos clientes da Unidade de Convalescença, tornando-se para tal essencial a avaliação detalhada da dependência dos clientes por atividade de autocuidado;
- Os dispositivos de apoio que se encontravam comercialmente disponíveis;
- Prioridades para aquisição de dispositivos de apoio.

Numa primeira fase, foi necessária a disponibilização financeira por parte da investigadora para a aquisição dos dispositivos considerados essenciais, já que o pedido efetuado ao serviço de aprovisionamento do hospital teve de sofrer os percursos para a sua aquisição (o que habitualmente é sempre um processo moroso).

Face ao exposto, utilizamos como estratégia para aquisição dos dispositivos considerados essenciais o envio de um documento à direção de uma empresa Portuguesa, produtora e fornecedora de dispositivos médicos não ativos. Neste contexto, foi disponibilizado, de forma gratuita para a Unidade de Convalescença, um exemplar de cada dispositivo requerido e produzido pela referida empresa (Anexo 11). Além disso, disponibilizaram ainda um elevado número de catálogos elucidativos do funcionamento dos exemplares fornecidos, que podiam ser distribuídos pelos clientes da unidade e seus familiares. Foi ainda dinamizada uma ação de formação sobre os dispositivos de apoio, pela referida empresa, para todos os enfermeiros da Unidade de Convalescença. Mais uma vez não foi possível a presença de todos os enfermeiros do contexto em estudo, mas o conhecimento adquirido foi divulgado durante as reuniões de discussão a todo o grupo.

A capacidade para desempenhar atividades de lazer tinha sido outro foco de atenção, considerado por alguns dos clientes e pelos enfermeiros da unidade como relevante para o processo de recuperação da autonomia. Neste sentido, também se tornou necessário adquirir material para promover atividades de lazer. Assim, obtivemos cinco computadores “Magalhães” que foram fornecidos pela operadora de telemóveis da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, importantes para dinamizar algumas

atividades recreativas e de estimulação da pessoa. Outro material como jogos recreativos e de estimulação da memória; livros de passatempos com palavras cruzadas e jogos de “*sandoku*”; material de pintura e DVDs de filmes clássicos foram oferecidos à unidade pela equipa de profissionais do serviço e pela investigadora principal. As atividades de estimulação cognitiva passaram a ser planeadas semanalmente e coordenadas pelo enfermeiro responsável de turno.

4.5. O sistema de informação como suporte à tomada de decisão

A reestruturação do sistema de informação em uso de suporte à tomada de decisão dos enfermeiros, adequando-o às mudanças realizadas no padrão de documentação do modelo de cuidados estruturado, foi outro dos objetivos delineados para este ciclo de mudanças. A implementação do modelo de documentação desenvolvido, no sistema informático, decorreu entre setembro de 2012 a novembro de 2012.

Em Portugal, como é do conhecimento geral e à semelhança do que se assiste em outros contextos, a problemática da informação em enfermagem associada às tecnologias de informação e comunicação tem desenvolvido a sua evidência, graças aos trabalhos realizados por Sousa e Silva (Sousa et al., 1999; Silva, 2006; Sousa, 2006).

Por outro lado, o estudo de Pereira (2007) sobre a informação resultante do exercício profissional dos enfermeiros e o seu potencial contributo para a produção sistemática e regular de indicadores, capazes de traduzir a importância dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações, deixou-nos a ideia da necessidade de desenhar estruturas de agregação de dados de diferentes origens e em diferentes escalas, relativas às dimensões de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem que possam constituir como um benefício para os potenciais utilizadores do conhecimento e, em última análise, para os cidadãos. Este aspeto vai de encontro à nossa área de reflexão com os enfermeiros, a oportunidade de mudança na estrutura e nos conteúdos do sistema de apoio à tomada de decisão.

Ao longo deste percurso de investigação, tivemos oportunidade de verificar que há uma relação direta e proporcional entre a quantidade e a qualidade dos dados que são

documentados nos SIE e a natureza das sínteses informativas que deles derivam. Na realidade, os resultados descritos no capítulo anterior permitiram-nos constatar a necessidade de serem documentados outros focos de atenção dos enfermeiros, atendendo implicitamente a outras condições de recolha de dados, para que a tomada de decisão destes profissionais possa ser cada vez mais fundamentada, pois só assim é possível decidir pela via de ações prioritárias que possam contribuir para dar resposta à situação de dependência para o autocuidado.

Após ter sido definido e especificado o conteúdo de informação de suporte à documentação referente à ação dos enfermeiros, procedemos à sua parametrização no *backend* do sistema de informação da Unidade de Convalescença. A parametrização viabilizava sobretudo a documentação de atividades de diagnóstico e de avaliação, capazes de traduzir o potencial de autonomia da pessoa para o autocuidado, dos enunciados de diagnóstico e intervenções de enfermagem.

As opções tomadas relativamente a estas mudanças no sistema informático foram sendo discutidas de forma pormenorizada com os enfermeiros da unidade e propostas aos enfermeiros responsáveis pelo grupo de apoio à prática de enfermagem (GRAPE) da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

A proposta de mudança centrou-se sobretudo na estrutura do processo de enfermagem, com a introdução de atividades de diagnóstico que permitissem recolher dados capazes de traduzir critérios de diagnóstico e identificar situações reais ou potenciais de cuidados de enfermagem, para os quais os enfermeiros teriam necessariamente de ter ações dirigidas. Esta modificação foi a mais substancial em termos da estrutura e conteúdo da documentação.

Evoluímos para um estágio do sistema de informação em que não ficavam apenas registados o(s) diagnóstico(s)/resultado(s) e as intervenções de enfermagem, mas também os dados que permitiram associar os elementos que estiveram na base do raciocínio diagnóstico. Por outro lado, para auxiliar os enfermeiros no processo de tomada de decisão clínica, o sistema passou a dispor de dados considerados fundamentais para a caracterização da condição da pessoa com dependência para o autocuidado, nas diferentes fases do processo de recuperação, sistematizando os dados e os critérios que orientam o sentido das intervenções de enfermagem. Assim,

os enfermeiros passam a prescrever não só as intervenções mas também as atividades que as concretizam.

Importa ainda referir que o sistema de informação em uso sofreu também alterações no seu *workflow*, permitindo a introdução de dados, de diagnósticos/resultados ou de intervenção/atividades de enfermagem face aos diagnósticos identificados de forma mais agilizada e sustentada.

CAPITULO 5. AVALIAÇÃO DA MUDANÇA

Neste capítulo, procedemos à avaliação do impacto da mudança observado no percurso de IA. Para isso, tivemos em consideração os eixos fundamentais da problemática identificada, a finalidade e os objetivos da investigação e as estratégias empreendidas. Procuramos identificar de que modo as mudanças implementadas influenciaram o processo de recuperação da autonomia para o autocuidado dos clientes durante o internamento na Unidade de Convalescença, a documentação do processo de tomada de decisão dos enfermeiros e os contextos de ação. Para isso, recorreremos à replicação das estratégias anteriormente utilizadas, nomeadamente: na caracterização da dependência para o autocuidado em dois momentos distintos do internamento (na admissão e na alta); na avaliação dos ganhos em autonomia para o autocuidado durante o internamento e na análise documental referente ao processo de tomada de decisão dos enfermeiros. Como referimos anteriormente, a avaliação deste processo teve por base as estratégias para a mudança, que se centraram num modelo de cuidados, que se pretendia como promotor da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

5.1. O impacto da mudança na promoção da autonomia para o autocuidado

O desenvolvimento de estratégias centradas na promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado foi considerado fundamental, tendo por base a finalidade do presente estudo. Deste modo, iniciamos a avaliação do impacto da mudança com a caracterização da dependência para o autocuidado dos clientes internados na Unidade de Convalescença, em dois momentos distintos do internamento, de forma a compreender as mudanças sucedidas em termos de ganhos em autonomia durante este período de tempo.

A natureza de uma disciplina orientada para a prática como a enfermagem permanece para prestar cuidados às pessoas que experienciam problemas reais ou

potenciais de saúde. Desta forma, a finalidade do percurso de mudança desenvolvido foi direcionado para a promoção da autonomia dos clientes internados na Unidade de Convalescença, assentes na premissa da conceção dos Cuidados Continuados, “recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra” (Decreto Lei n.º 101, 2006).

Caracterização da amostra

Os dados em análise para a avaliação do impacto da mudança reportam ao período de maio a dezembro de 2013 e envolvem 143 clientes referenciados para a Unidade de Convalescença.

Os participantes tinham em média 74 anos (desvio padrão \pm 13,1 anos), oscilando entre os 34 e os 94 anos, com uma mediana de 74 anos e uma moda de 83 anos. Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (60,1%). Tinham em média 5,5 anos de escolaridade, variando a sua formação entre os 0 e os 16 anos de escolaridade. Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes eram casados (58,7%), 35,7% eram viúvos, 2,1% divorciados e 3,5% solteiros. No que se refere à atividade laboral, apenas 28% dos participantes tinham atividade profissional ativa. Os restantes 72% encontravam-se reformados (42%) ou correspondiam a mulheres com atividade doméstica (30%), como podemos constatar na tabela 33.

Tabela 33 - Caracterização sociodemográfica da amostra (2º momento de avaliação)

Pessoas com dependência para o autocuidado		
Idade média		74 Anos
Sexo	Feminino	86 (60,1%)
	Masculino	57 (39,9%)
Profissão	Reformado	60 (42,0%)
	Doméstico	43 (30%)
	Trabalhador ativo	35 (24,5%)
	Desempregado	5 (3,5%)
Estado civil	Casado	84 (58,7%)
	Viúvo	51 (35,7%)
	Solteiro	5 (3,5%)
	Divorciado	3 (2,1%)

Todos os participantes tinham como motivo de referenciação para a Unidade de Convalescença a reabilitação intensiva e a otimização das atividades de vida diária. Esta referenciação foi efetuada pelas equipas de gestão de alta hospitalar. Os serviços de ortopedia foram os locais de maior procedência, 73 (51%) participantes, seguido dos serviços de medicina interna, 42 (29,4%) participantes, e os serviços de neurologia, 28 (19,6 %) participantes. Na Tabela 34 estão representadas as frequências absolutas e relativas dos grupos de doenças, que originaram o internamento prévio dos participantes deste estudo, no hospital de agudos e posterior referenciação para a Unidade de Convalescença.

Tabela 34 - Frequências absolutas e relativas dos grupos de doenças que originaram internamento hospitalar prévio dos participantes (2º momento de avaliação)

Grupo de doenças	N	%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	73	51
Doenças cérebro vasculares	28	19,6
Doenças do aparelho respiratório	22	15,4
Doenças do aparelho circulatório	20	14
Total	143	100,0

À semelhança do grupo de clientes que fizeram parte do estudo que caracterizou a primeira fase da IA, a condição de saúde responsável pela dependência para o autocuidado, e conseqüente internamento na Unidade de Convalescença, repete-se, ou seja, maioritariamente internamentos que decorreram na sequência da cirurgia osteoarticular, tais como a artoplastia total ou parcial da anca e do joelho e a osteossíntese trocantérica ou subtrocantérica e do acidente vascular cerebral e os síndromes de desuso, por internamentos mais prolongados, em hospital de agudos.

O tempo de internamento dos clientes na Unidade de Convalescença durante o período de avaliação do impacto da mudança foi de grande variabilidade, relativamente ao número de dias de internamento provável para a tipologia da convalescença (30 dias). Na tabela 35 estão representados a frequência de dias de internamento dos participantes nesta fase do percurso de IA.

Tabela 35 - Frequências relativas e absolutas dos dias de internamento dos clientes

Dias de internamento	N	%
≤ 30 dias	113	79
31 a 45 dias	20	14
46 a 120 dias	10	7
Total	143	100,0

A valência de convalescença, das unidades de internamento da RNCCI, tem como tempo possível de internamento 30 dias. Por isso, a maioria dos clientes permaneceram internados na Unidade de Convalescença durante este período de tempo. No entanto, dos 143 participantes que integraram o estudo, 30 permaneceram na unidade durante um período de tempo superior ao indicado para este tipo de unidades da RNCCI. Dos 20 clientes que estiveram internados entre 31 a 45 dias, 50% tinha como condição responsável pelo internamento a doença cérebro vascular. Contudo, era viável estender o internamento até 45 dias para as pessoas cuja condição de dependência para o autocuidado permaneceu após os 30 dias iniciais, no sentido de se manter as intervenções de enfermagem centradas na promoção autonomia, durante este período de tempo. Os clientes internados entre 46 a 120 dias estavam referenciados como casos sociais (pessoas sem apoio familiar), aguardando o acolhimento em lar ou em famílias de acolhimento.

5.1.1. Avaliação da dependência para o autocuidado em dois momentos distintos do internamento, admissão e alta

Como referimos anteriormente, fruto das estratégias de mudança implementadas, os enfermeiros passaram a avaliar a capacidade para o autocuidado através do IADA. Desta forma, a caracterização da dependência para o autocuidado dos clientes que integraram o estudo, nesta fase de avaliação do impacto da mudança, foi realizada de

modo semelhante à do primeiro momento de avaliação do percurso de IA. A análise dos dados foi de acordo com as estratégias descritas no capítulo 3.

Passamos agora a descrever a caracterização da dependência para o autocuidado, no momento da admissão e alta da Unidade de Convalescença, dos 143 clientes que integraram o estudo. Tendo por base o modelo de análise utilizado, o nível de dependência dos participantes foi avaliado para cada item do instrumento (atividade de autocuidado) de acordo com os quatro scores de dependência.

As tabelas que se seguem apresentam os dados da caracterização da dependência dos participantes, por domínio do autocuidado, durante os momentos do internamento referidos (admissão e alta), permitindo uma análise comparativa dos resultados.

Autocuidado tomar banho

A tabela 36 mostra que no momento da **admissão** na Unidade de Convalescença, a percentagem de participantes completamente dependentes de pessoa, em todos os itens do autocuidado “tomar banho” oscilou entre 9,1% e 9,8%. Nesta fase, mais de metade dos participantes necessitaram de ajuda de pessoa para concretizarem as atividades do autocuidado “tomar banho”. Nos itens “lavar-se no chuveiro” e “lavar e secar o corpo”, mais de 90% dos participantes necessitavam de ajuda de pessoa. Nenhum dos participantes usava dispositivo de apoio para tomar banho no momento da admissão, nem era independente para todas as atividades que concretizavam este autocuidado. A percentagem de participantes independentes era reduzida em algumas das atividades do autocuidado “tomar banho” (32,2% e 34,3%). Contudo, para realizar atividades mais específicas (lavar-se no chuveiro e lavar e secar o corpo) não se observou nenhum caso com independência neste momento do internamento.

Tabela 36 - Caracterização da dependência para o autocuidado “tomar banho”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)

Autocuidado Tomar banho	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Entra e sai do chuveiro	13 (9,1%)	4 (2,8%)	81 (56,6%)	30 (21,0%)	0	56 (39,2%)	49 (34,3%)	53 (37,0%)	143 (100%)
Obtém objetos para o banho	13 (9,1%)	4 (2,8%)	80 (55,9%)	30 (21,0%)	0	0	50 (35,0%)	109 (76,2%)	143 (100%)
Consegue água	13 (9,1%)	4 (2,8%)	84 (58,7%)	28 (19,6%)	0	0	46 (32,2%)	111 (77,6%)	143 (100%)
Abre a torneira	13 (9,1%)	3 (2,1%)	84 (58,7%)	32 (22,4%)	0	0	46 (32,2%)	108 (75,5%)	143 (100%)
Regula a temperatura da água	13 (9,1%)	4 (2,8%)	84 (58,7%)	32 (22,4%)	0	0	46 (32,2%)	107 (74,8%)	143 (100%)
Regula o fluxo da água	13 (9,1%)	4 (2,8%)	83 (58,0%)	34 (23,8%)	0	0	47 (32,9%)	105 (73,4%)	143 (100%)
Lava-se no chuveiro	14 (9,8%)	4 (2,8%)	129 (90,2%)	39 (27,3%)	0	56 (39,2%)	0	44 (30,8%)	143 (100%)
Lava o corpo	14 (9,8%)	4 (2,8%)	129 (90,2%)	39 (27,3%)	0	56 (39,2%)	0	44 (30,8%)	143 (100%)
Seca o corpo	14 (9,8%)	5 (3,5%)	129 (90,2%)	38 (26,6%)	0	0	0	100 (69,9%)	143 (100%)

No momento da **alta**, verificamos que a maior parte dos participantes eram independentes na maioria das atividades que concretizam este autocuidado (73,4% a 77,6%), exceto para as atividades: “entra e sai do chuveiro” (37%); “lavar-se no chuveiro”; e “lava o corpo” (30,8% de casos em cada uma delas). De salientar que nestas atividades, 39,2% dos casos necessitavam de dispositivos de apoio para as realizarem de forma autónoma. Os participantes passaram a dispor de dispositivos de apoio para entrar e sair do chuveiro, lavar-se no chuveiro e lavar o corpo, resultado das estratégias de mudança implementadas. Neste sentido, podemos concluir que globalmente entre 69,9% e 76,2% dos casos, no momento da alta, realizavam as atividades que concretizam este autocuidado “tomar banho” de forma autónoma (podendo nas situações indicadas necessitar de dispositivos de apoio).

Autocuidado vestir-se e despir-se

No momento da **admissão**, identificamos uma percentagem reduzida de casos de total dependência para a realização das atividades “vestir-se e despir-se” (entre 5,6% e 10,5%). Na sua maioria, os participantes necessitavam de ajuda de pessoa para realizarem algumas das atividades, nomeadamente: vestir e despir as roupas da parte superior e inferior do corpo, bem como para calçar e descalçar as meias e os sapatos (entre 87,4 e 90,2% dos casos). Não eram utilizados dispositivos de apoio pelos participantes no momento da admissão para se vestirem e despirem. Mais de metade dos participantes, no momento da admissão, era independente para escolher as roupas (72,7%), retirar as roupas da gaveta e do armário (72,7%), segurar as roupas (73,4 %), abotoar (58,7%) e desbotoar (58,7%) as roupas e usar cordões para amarrar as roupas (58%). Nas restantes atividades do autocuidado, nenhum dos participantes era independente no momento da admissão (tabela 37).

No momento da **alta**, verificamos ainda a existência de alguns casos (3-5) de participantes completamente dependentes para o autocuidado “vestir-se e despir-se”. Contudo, a maior parte das pessoas que eram dependentes no momento da admissão, apresenta-se independente para a maioria das atividades que concretizam este autocuidado (71,3% a 87,4%), exceto para as atividades: calçar e descalçar as meias e os sapatos (entre 44,1% e 41,3% dos casos) e para vestir e despir as roupas da parte superior do corpo e vestir as roupas da parte inferior do corpo (53,1%, 32,9% e 59,4% respetivamente). De salientar que nestas atividades, vários participantes necessitavam de dispositivos de apoio para as realizarem de forma autónoma, permitindo que nestes casos também se assuma que entre 70,2% e 72,0% são autónomos para a concretização deste autocuidado. Estas atividades do autocuidado “vestir-se e despir-se” foram alvo de sistematização de estratégias adaptativas, sendo que, algumas delas passaram pela utilização de dispositivos de apoio, no decorrer da fase de implementação de estratégias de mudança.

Neste sentido, podemos concluir que globalmente entre 70,2% e 87,4% dos casos, no momento da alta, realizavam as atividades que concretizam o autocuidado “vestir-se e despir-se” de forma autónoma (podendo nas situações indicadas necessitar de dispositivos de apoio).

Tabela 37 - Caracterização da dependência para o autocuidado “vestir-se e despir-se”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)

Autocuidado Vestir-se e despir-se	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Escolhe as roupas	8 (5,6%)	4 (2,8%)	31 (21,7%)	14 (9,8%)	0	0	104 (72,7%)	125 (87,4%)	143 (100%)
Retira as roupas da gaveta e do armário	8 (5,6%)	4 (2,8%)	31 (21,7%)	14 (9,8%)	0	0	104 (72,7%)	125 (87,4%)	143 (100%)
Segura as roupas	8 (5,6%)	3 (2,1%)	30 (21,0%)	15 (10,5%)	0	0	105 (73,4%)	125 (87,4%)	143 (100%)
Veste as roupas na parte superior do corpo	8 (5,6%)	4 (2,8%)	129 (90,2%)	36 (25,2%)	0	27 (18,9%)	6 (4,2%)	76 (53,1%)	143 (100%)
Veste as roupas na parte inferior do corpo	15 (10,5%)	4 (2,8%)	128 (89,5%)	38 (26,6%)	0	54 (37,8%)	0	47 (32,9%)	143 (100%)
Despe as roupas na parte superior do corpo	14 (9,8%)	4 (2,8%)	125 (87,4%)	38 (26,6%)	0	16 (11,2%)	4 (2,8%)	85 (59,4%)	143 (100%)
Despe as roupas na parte inferior do corpo	14 (9,8%)	4 (2,8%)	129 (90,2%)	37 (25,9%)	0	0	0	102 (71,3%)	143 (100%)
Abotoa as roupas	15 (10,5%)	5 (3,5%)	44 (30,8%)	23 (16,1%)	0	0	84 (58,7%)	115 (80,4%)	143 (100%)
Desabotoa as roupas	15 (10,5%)	5 (3,5%)	44 (30,8%)	23 (16,1%)	0	0	84 (58,7%)	115 (80,4%)	143 (100%)
Usa cordões para amarrar	15 (10,5%)	5 (3,5%)	45 (31,5%)	24 (16,8%)	0	0	83 (58,0%)	114 (79,7%)	143 (100%)
Usa fechos	14 (9,8%)	5 (3,5%)	62 (43,4%)	28 (19,6%)	0	0	67 (46,9%)	110 (76,9%)	143 (100%)
Calça as meias	14 (9,8%)	5 (3,5%)	129 (90,2%)	37 (25,9%)	0	38 (26,6%)	0	63 (44,1%)	143 (100%)
Descalça as meias	15 (10,5%)	5 (3,5%)	128 (89,5%)	37 (25,9%)	0	17 (11,9%)	0	84 (58,7%)	143 (100%)
Calça os sapatos	15 (10,5%)	5 (3,5%)	128 (89,5%)	37 (25,9%)	0	42 (29,4%)	0	59 (41,3%)	143 (100%)
Descalça os sapatos	15 (10,5%)	5 (3,5%)	128 (89,5%)	36 (25,2%)	0	16 (11,2%)	0	86 (60,1%)	143 (100%)

Autocuidado Alimentar-se

Através da tabela 38 podemos observar que o número de casos completamente dependentes para se alimentar em todas as atividades, no momento da **admissão** na unidade, é reduzido (5,6% a 6,3%). A percentagem de participantes que necessitavam de ajuda de pessoa para realizarem atividades que concretizavam o autocuidado “alimentar-se” oscilou entre 21,7% e 38,5% dos casos. As atividades com maior número de participantes a necessitar deste tipo de ajuda foram: “prepara os alimentos para a ingestão” (36,4%), “abre os recipientes” (38,5%) e “utiliza utensílios” (37,1%). Não eram utilizados dispositivos de apoio pelos participantes no

momento da admissão para se alimentarem. Mais de metade dos participantes, no momento da admissão, eram independentes para alimentar-se, registando-se uma oscilação de casos entre 55,2% e 72,7%.

Tabela 38 - Caracterização da dependência para o autocuidado” alimentar-se”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)

Autocuidado Alimentar-se	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Prepara os alimentos para a ingestão	9 (6,3%)	4 (2,8%)	52 (36,4%)	20 (14%)	0	0	82 (57,3%)	119 (83,2%)	143 (100%)
Abre recipientes	9 (6,3%)	4 (2,8%)	55 (38,5%)	20 (14%)	0	9 (6,3%)	79 (55,2%)	110 (76,9%)	143 (100%)
Utiliza utensílios	9 (6,3%)	4 (2,8%)	53 (37,1%)	18 (12,6%)	0	9 (6,3%)	81 (56,6%)	112 (78,3%)	143 (100%)
Coloca o alimento nos utensílios	8 (5,6%)	3 (2,1%)	49 (34,3%)	22 (15,4%)	0	0	86 (60,1%)	118 (82,5%)	143 (100%)
Pega no copo ou chávena	8 (5,6%)	3 (2,1%)	38 (26,6%)	18 (12,6%)	0	0	97 (67,8%)	122 (85,3%)	143 (100%)
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	8 (5,6%)	3 (2,1%)	31 (21,7%)	19 (13,3%)	0	0	104 (72,7%)	121 (84,6%)	143 (100%)
Leva os alimentos à boca com recipiente	8 (5,6%)	4 (2,8%)	32 (22,4%)	19 (13,3%)	0	0	103 (72,7%)	120 (83,9%)	143 (100%)
Leva os alimentos à boca com os utensílios	8 (5,6%)	4 (2,8%)	32 (22,4%)	19 (13,3%)	0	0	103 (72,7%)	120 (83,9%)	143 (100%)
Bebe por copo ou chávena	8 (5,6%)	4 (2,8%)	33 (23,1%)	19 (13,3%)	0	0	102 (71,3%)	120 (83,9%)	143 (100%)
Coloca os alimentos na boca	8 (5,6%)	4 (2,8%)	34 (23,8%)	18 (12,6%)	0	0	101 (70,6%)	121 (84,6%)	143 (100%)
Conclui uma refeição	8 (5,6%)	3 (2,1%)	36 (25,2%)	20 (14%)	0	0	99 (69,2%)	120 (83,9%)	143 (100%)

No momento da **alta**, verificamos ainda a existência de alguns casos (3-4) de participantes completamente dependentes para se alimentarem. A maior parte dos participantes apresenta-se independente para a maioria das atividades que concretizam este autocuidado (76,9% a 85,3%). De salientar que em duas das atividades, alguns participantes (9) necessitavam de dispositivos de apoio para realizarem estas atividades de forma autónoma. Globalmente podemos concluir que 76,9% a 85,3% dos casos, no momento da alta, alimentavam-se de forma autónoma (podendo nas situações indicadas necessitar de dispositivos de apoio).

Autocuidado arranjar-se

No autocuidado “arranjar-se” salientamos que algumas das atividades que o concretizam variaram no número de participantes de acordo com o género: “barbeia-se” e “aplica maquilhagem” (tabela 39).

Tabela 39 - Caracterização da dependência para o autocuidado “arranjar-se”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)

Autocuidado Arranjar-se	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Penteia ou escova os cabelos	8 (5,6%)	3 (2,1%)	63 (44,1%)	21 (14,7%)	0	0	72 (50,3%)	119 (83,2%)	143 (100%)
Barbeia-se	5 (8,2%)	4 (6,6%)	47 (77,0%)	11 (18,0%)	0	0	9 (14,8%)	46 (75,4%)	61 (100%)
Aplica maquilhagem	4 (4,9%)	1 (1,2%)	38 (46,3%)	15 (18,3%)	0	0	40 (48,8%)	66 (80,5%)	82 (100%)
Cuida das unhas	9 (6,3%)	5 (3,5%)	122 (85,3%)	37 (25,9%)	0	0	12 (8,4%)	101 (70,6%)	143 (100%)
Usa um espelho	6 (4,2%)	4 (2,8%)	32 (22,4%)	10 (7,0%)	0	0	105 (73,4%)	129 (90,2%)	143 (100%)

Relativamente ao autocuidado “arranjar-se”, no momento da **admissão**, destacamos a necessidade de ajuda de pessoa, sobretudo para cuidar das unhas (85,3%), barbear-se (77%), aplicar maquilhagem (46,3%) e pentear ou escovar o cabelo (44,1%). Nenhum dos participantes utilizava dispositivos de apoio no momento da admissão para se arranjar de forma autónoma.

No momento da **alta**, verificamos ainda a existência de alguns casos (1-5) de participantes completamente dependentes para se arranjam. A maior parte dos participantes apresenta-se independente para a maioria das atividades que concretizam este autocuidado (70,6% a 90,2%). Nenhum dos participantes utilizava dispositivos de apoio no momento da admissão para se arranjar de forma autónoma. No momento da alta, “cuidar das unhas” foi a atividade do autocuidado em que mais participantes necessitaram de ajuda de pessoa (25,9%). Não foram introduzidos dispositivos de apoio durante o internamento na unidade para realizar este autocuidado.

Autocuidado cuidar da higiene pessoal

O número de participantes com dependência total em todos os itens para cuidar da higiene pessoal, no momento da **admissão** na Unidade de Convalescença, oscilou entre sete e nove casos. Os participantes no momento da admissão à unidade não utilizavam dispositivos de apoio para cuidar da higiene pessoal, verificando-se que em mais de metade dos casos (51,7% a 60,8%) os participantes eram independente para realizar as atividades do autocuidado “cuidar da higiene pessoal”. Excepcionalmente, para limpar a área do períneo, a independência surgiu em 38,5% dos casos (tabela 40).

Tabela 40 - Caracterização da dependência para o autocuidado “cuidar da higiene pessoal” no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)

Autocuidado Cuidar da higiene pessoal	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Lava as mãos	7 (4,9%)	5 (3,5%)	50 (35,0%)	22 (15,4%)	0	0	86 (60,1%)	116 (81,1%)	143 (100%)
Aplica desodorizante	9 (6,3%)	5 (3,5%)	56 (39,2%)	31 (21,7%)	0	0	78 (54,5%)	107 (74,8%)	143 (100%)
Limpa a área do períneo	8 (5,6%)	4 (2,8%)	80 (55,9%)	30 (21%)	0	49 (34,2%)	55 (38,5%)	60 (42%)	143 (100%)
Limpa as orelhas	7 (4,9%)	4 (2,8%)	49 (34,3%)	26 (18,2%)	0	0	87 (60,8%)	113 (79,0%)	143 (100%)
Mantém o nariz desobstruído e limpo	8 (5,6%)	5 (3,5%)	50 (35,0%)	25 (17,5%)	0	0	85 (59,4%)	113 (79,0%)	143 (100%)
Mantém a higiene oral	7 (4,9%)	5 (3,5%)	62 (43,4%)	19 (13,3%)	0	46 (32,2%)	74 (51,7%)	73 (51%)	143 (100%)

No momento da **alta**, verificamos ainda a existência de alguns casos (4-5) de participantes completamente dependentes para cuidar da higiene pessoal. Contudo, a maior parte das pessoas que eram dependentes no momento da admissão apresenta-se independente para a maioria das atividades que concretizam este autocuidado (74,8% a 81,1%), exceto para as atividades: “limpa a área do períneo” e “mantém a higiene oral” (42,0% e 51,0% dos casos respectivamente). De salientar que nestas atividades, vários participantes necessitavam de dispositivos de apoio para as realizarem de forma autónoma, o que permite constatar que, para estes itens entre 76,2% e 83,2% são autónomos para cuidar da higiene pessoal.

Neste sentido, podemos concluir que globalmente entre 74,8% e 83,2% dos casos, no momento da alta, realizavam as atividades que concretizam este autocuidado de forma autónoma (podendo nas situações indicadas necessitar de dispositivos de apoio).

Autocuidado usar o sanitário

Através da tabela 41 podemos observar que o número de casos completamente dependentes em todas as atividades para usar o sanitário, no momento da **admissão** na unidade, oscilou entre 7,7% a 9,1%. A percentagem de participantes que necessitavam de ajuda de pessoa para realizarem atividades que concretizam o uso do sanitário era bastante superior aos casos anteriormente apresentados, com valores entre 47,6% e 81,1%. As atividades com maior número de participantes a necessitar deste tipo de ajuda foram: “ocupa e desocupa o sanitário” (81,1%) e “tira as roupas” (73,3%). No momento da admissão já se observava em alguns casos (3-12) o uso de dispositivos de apoio para a realização de todas as atividades para usar o sanitário, nomeadamente, as barras laterais de apoio e o alteador de sanita.

No momento da **alta**, o número de casos completamente dependentes em todas as atividades para usar o sanitário oscilou entre 4 e 5 casos. A percentagem de casos que necessitavam de ajuda de pessoa verificou-se para todos os itens deste autocuidado, registando valores entre 12,6% e 17,5%.

À semelhança do verificado no momento de admissão, vários participantes necessitavam de dispositivos de apoio em todas as atividades necessárias para o uso do sanitário de forma autónoma (entre 23,8% e 35,0%). Globalmente podemos referir que o número de casos de participantes que realizam este autocuidado de forma autónoma (podendo nas situações indicadas necessitar de dispositivos de apoio) oscilava entre 79% e 84,6% dos casos.

Tabela 41 - Caracterização da dependência para o autocuidado “usar o sanitário”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)

Autocuidado Usar o sanitário	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Ocupa e desocupa o sanitário	11 (7,7%)	5 (3,5%)	116 (81,1%)	25 (17,5%)	7 (4,9%)	34 (23,8%)	9 (6,3%)	79 (55,2%)	143 (100%)
Tira as roupas	12 (8,4%)	4 (2,8%)	105 (73,4%)	25 (17,5%)	12 (8,4%)	39 (27,3%)	14 (9,8%)	75 (52,4%)	143 (100%)
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	13 (9,1%)	4 (2,8%)	71 (49,7%)	18 (12,6%)	3 (2,1%)	46 (32,2%)	56 (39,2%)	75 (52,4%)	143 (100%)
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	13 (9,1%)	4 (2,8%)	70 (49,0%)	23 (16,1%)	5 (3,5%)	47 (32,9%)	55 (38,5%)	69 (48,2%)	143 (100%)
Ergue-se da sanita	13 (9,1%)	5 (3,5%)	68 (47,6%)	20 (14,0%)	10 (7,0%)	42 (29,4%)	52 (36,4%)	76 (53,1%)	143 (100%)
Ajusta as roupas após a higiene íntima	13 (9,1%)	5 (3,5%)	71 (49,7%)	24 (16,8%)	7 (4,9%)	50 (35,0%)	52 (36,4%)	64 (44,7%)	143 (100%)

Autocuidado Transferir-se

No momento da **admissão** apenas 6,3% dos participantes eram completamente dependentes para se transferirem da cama para a cadeira e vice-versa. Por outro lado, verificamos que a maioria dos participantes necessitava de ajuda de pessoa para o fazer (75,5% para se transferir da cama para a cadeira/cadeirão e 74,8% no sentido contrário). Nenhum dos participantes utilizava dispositivos de apoio para a realização de qualquer tipo de transferência (tabela 42).

Tabela 42 - Caracterização da dependência para o autocuidado “transferir-se”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)

Autocuidado Transferir-se	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	9 (6,3%)	5 (3,5%)	108 (75,5%)	20 (14,0%)	0	49 (34,3%)	26 (18,2%)	69 (48,2%)	143 (100%)
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	9 (6,3%)	5 (3,5%)	107 (74,8%)	20 (14,0%)	0	49 (34,3%)	27 (18,9%)	69 (48,2%)	143 (100%)

No momento da **alta**, apenas em 5 casos se verificou manutenção da dependência total e em 20 casos (14,0%) os participantes necessitavam de ajuda de pessoa para se

transferirem. Para este autocuidado, o número de participantes a necessitar de dispositivo de apoio para transferir-se em todas as atividades foi de 34,3%. Globalmente, o número de casos em que os participantes se transfeririam de forma autónoma da cama para a cadeira e vice-versa foi de 82,5% (podendo nas situações indicadas necessitar de dispositivos de apoio).

Autocuidado Virar-se

No momento da **admissão**, 6,3% dos participantes eram completamente dependentes para “mover o corpo, virando-o de um lado para o outro”, enquanto 58,0% necessitava de ajuda de pessoa para o fazer. Nenhum dos participantes utilizava qualquer dispositivo de apoio para virar o corpo e apenas 35,7% dos participantes o fazia de forma independente (tabela 43).

Tabela 43 - Caracterização da dependência para o autocuidado “virar-se”, no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)

Autocuidado Virar-se	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	9 (6,3%)	3 (2,1%)	83 (58,0%)	10 (7,0%)	0	40 (28,0%)	51 (35,7%)	90 (62,9%)	143 (100%)

O domínio do autocuidado “virar-se” manteve o mesmo padrão dos anteriores, ou seja, os participantes obtiveram ganhos em autonomia durante o internamento e, no momento da **alta** da unidade, quase todos (90,9%) eram autónomos no autocuidado “virar-se” (28,0% utilizavam dispositivo de apoio e 62,9% eram independentes para a sua realização).

Autocuidado mover-se em cadeira de rodas

Dos 143 participantes do estudo, no momento da **admissão**, 73 deslocavam-se em cadeira de rodas. Destes, 4,1% eram completamente dependentes para usar a cadeira de rodas e 95,9% necessitaram de ajuda de pessoa para o fazerem. Salientamos que nenhum dos participantes quando deu entrada na unidade sabia utilizar de forma independente a cadeira de rodas.

Tabela 44 - Caracterização da dependência para o autocuidado “mover-se em cadeira de rodas” no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)

Autocuidado Mover-se em cadeira de rodas	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total	
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	3 (4,1%)	2 (6,2%)	70 (95,9%)	15 (46,9%)	0	0	0	15 (46,9%)	73 (100%)	32 (100%)
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	3 (4,1%)	2 (6,2%)	70 (95,9%)	15 (46,9%)	0	0	0	15 (46,9%)	73 (100%)	32 (100%)
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	3 (4,1%)	3 (9,4%)	70 (95,9%)	14 (43,7%)	0	0	0	15 (46,9%)	73 (100%)	32 (100%)

A tabela 44 mostra que, dos 73 participantes que necessitaram de cadeira de rodas para se deslocarem na unidade no momento da admissão, 32 participantes tiveram **alta** da unidade para o seu domicílio, apresentando necessidade de usar este dispositivo para se mover. No entanto, apenas 46,9% dos participantes se conseguia mover em cadeira de rodas de forma independente no momento da alta. Salientamos também que, neste momento, 46,9% dos participantes necessitaram de ajuda de pessoa para se deslocarem em cadeira de rodas, nas superfícies planas e transferir-se da e para a cadeira de rodas, e apenas duas pessoas eram completamente dependentes para o fazerem. Relativamente às manobras de maior especificidade com este equipamento, 43,7% dos participantes necessitou de ajuda de pessoa para as realizar e três pessoas eram completamente dependentes.

Desta forma, e no sentido de podermos constatar as mudanças ocorridas durante o internamento na Unidade de Convalescença de uma forma global, evoluímos na categorização da dependência por domínio do autocuidado, nos momentos da admissão e da alta, através da aplicação dos critérios mencionados no ponto 3.2 deste relatório (pág. 121).

Tabela 45 - Caracterização da dependência por domínio do autocuidado no momento da admissão e alta (2º momento de avaliação)

Autocuidado	Dependente, não participa 1		Necessita de ajuda de pessoa 2		Necessita de equipamento 3		Independente 4		Total	
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta
Cuidar da Higiene pessoal	7 (4,9%)	4 (2,8%)	83 (58,0%)	36 (25,2%)	0	46 (32,1%)	53 (37,1%)	57 (39,9%)	143 (100%)	143 (100%)
Tomar banho	13 (9,1%)	3 (2,1%)	130 (90,9%)	40 (28,0%)	0	55 (38,5%)	0	45 (31,4%)	143 (100%)	143 (100%)
Vestir-se e despir-se	8 (5,6%)	4 (2,8%)	135 (94,4%)	38 (26,6%)	0	59 (41,2%)	0	42 (29,4%)	143 (100%)	143 (100%)
Arranjar-se	6 (4,2%)	3 (2,1%)	125 (87,4%)	39 (27,3%)	0	0	12 (8,4%)	101 (70,6%)	143 (100%)	143 (100%)
Virar-se	9 (6,3%)	3 (2,1%)	83 (58,0%)	10 (7,0%)	0	40 (28,0%)	51 (35,7%)	90 (62,9%)	143 (100%)	143 (100%)
Transferir-se	9 (6,3%)	5 (3,5%)	108 (75,5%)	20 (14,0%)	0	49 (34,3%)	26 (18,2%)	69 (48,2%)	143 (100%)	143 (100%)
Usar o Sanitário	11 (7,7%)	4 (2,8%)	117 (81,8%)	26 (18,2%)	6 (4,2%)	50 (35,0%)	9 (6,3%)	63 (44,0%)	143 (100%)	143 (100%)
Mover-se em cadeira de rodas	3 (4,1%)	2 (6,2%)	70 (95,9%)	15 (46,9%)	0	0	0	15 (46,9%)	73 (100%)	32 (100%)
Alimentar-se	8 (5,6%)	3 (2,1%)	55 (38,5%)	23 (16,1%)	0	8 (5,6%)	80 (55,9%)	109 (76,2%)	143 (100%)	143 (100%)

No momento da **admissão**, o número de casos globais de dependência total para os diferentes domínios do autocuidado oscilou entre 4,2% e 9,1% dos casos. É evidente que, de acordo com os critérios de referenciação para esta tipologia de unidades na RNCCI, seria expectável que o número de casos em que os participantes necessitavam de ajuda para a realização de cada um dos domínios do autocuidado fosse mais elevado. Através da tabela 45 verificamos para este contexto uma oscilação de casos entre 38,5% (para o autocuidado “alimentar-se”) e 95,9% (para o “mover-se em cadeira de rodas”). No sentido oposto, ou seja, participantes independentes para a realização destes domínios do autocuidado, observamos que os valores oscilaram entre 6,3% e 55,9%: “uso do sanitário” (6,3%), “arranjar-se” (8,4%), “transferir-se” (18,2%), “virar-se” (35,7%), “cuidar da higiene pessoal” (37,1%) e “alimentar-se” (55,9%).

Para os domínios do autocuidado “tomar banho”, “vestir-se e despir-se” e “mover-se em cadeira de rodas”, não se observaram, no momento da admissão, casos de participantes independentes. Neste período de avaliação, os participantes não

utilizaram dispositivos de apoio para a realização das atividades de autocuidado, com exceção de seis casos que recorreram a estes dispositivos no uso do sanitário.

No momento da **alta**, o número de casos globais de dependência total para os diferentes domínios do autocuidado reduziu para valores entre 2,1% e 6,2%. Por seu lado, o número de casos em que os participantes necessitavam de ajuda para a realização de cada um dos domínios do autocuidado reduziu, com uma oscilação de casos entre 7,0% (para o autocuidado “virar-se”) e 46,9% (para o “mover-se em cadeira de rodas”). No sentido oposto, ou seja, participantes independentes para a realização dos diferentes domínios do autocuidado, observamos que os valores oscilaram entre 29,4% (“vestir-se e despir-se”) e 76,2% (“alimentar-se”).

Para os domínios do autocuidado “arranjar-se” e “mover-se em cadeira de rodas”, os participantes não utilizavam dispositivos de apoio para a realização das atividades de autocuidado.

De acordo com a tabela, o número de participantes que recorria a dispositivos de apoio para realizar as atividades de autocuidado de forma autónoma foi mais elevado nos domínios do autocuidado “vestir-se e despir-se” (41,2%), “tomar banho” (38,5%), “usar o sanitário” (35%), “transferir-se” (34,3%) e “virar-se” (28%). Para o “alimentar-se apenas” 5,6% recorria a dispositivos de apoio.

Globalmente, podemos referir que o número de casos de participantes que realizam as atividades de autocuidado em análise de forma autónoma (podendo nas situações indicadas necessitar de dispositivos de apoio) oscilou no momento da alta entre 70,0% e 90,9% dos casos para os domínios do autocuidado: “tomar banho” (69,9%), “arranjar-se” (70,6%), “vestir-se e despir-se” (70,7%), “cuidar da higiene pessoal” (72,0%), “usar o sanitário” (79,0%), “alimentar-se” (81,8%), “transferir-se” (82,5%) e “virar-se” (90,9%).

Para “mover-se em cadeira de rodas” observa-se um valor de 46,9% de casos em que os participantes eram independentes.

5.1.2. Ganhos em autonomia para o autocuidado durante o internamento na Unidade de Convalescença

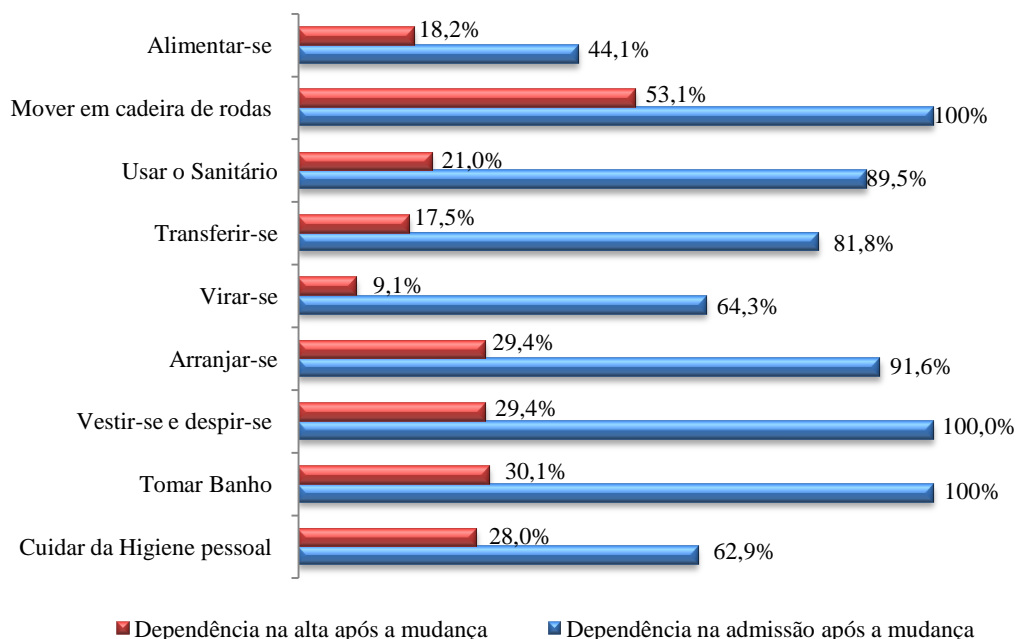
De modo a podermos categorizar os níveis de autonomia dos clientes no momento da alta da unidade, e os consequentes ganhos em autonomia para o autocuidado decorrentes do impacto da mudança no modelo de cuidados implementado, utilizamos como estratégias de análise os critérios (ponto 3.4) referentes à primeira fase do processo de IA. Desta forma, procedemos à recodificação de variáveis de avaliação da dependência que integram o instrumento de avaliação do autocuidado (IADA) em duas novas variáveis ordinais, de acordo com os seguintes critérios:

- **Dependência** (scores anteriores: 1- dependente, não participa e 2- necessita de ajuda de pessoa) – score atribuído por recodificação= 1;
- **Autonomia** (scores anteriores: 3- necessita de equipamento e 4- Independente) – score atribuído por recodificação= 2.

À semelhança do utilizado anteriormente, a análise dos dados permitiu-nos apresentar os gráficos 5 e 6, onde se pode comparar a dependência e a autonomia dos participantes para o autocuidado em dois momentos distintos do internamento, após a implementação das mudanças na admissão e na alta da Unidade de Convalescença.

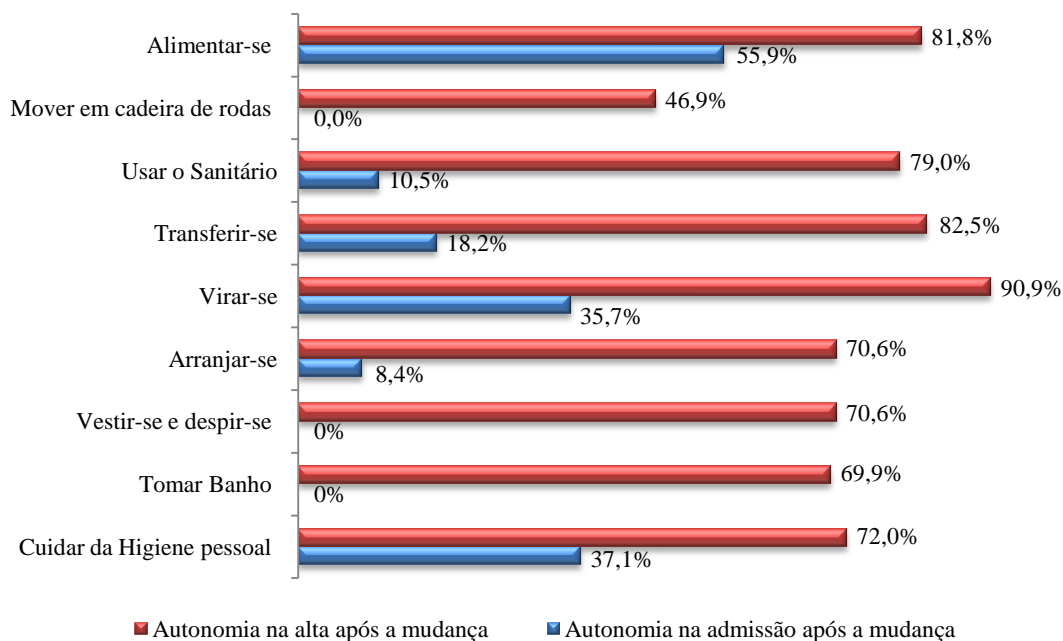
O Gráfico 5 permite-nos verificar as diferenças observadas em termos da dependência no momento da admissão e da alta, constatando-se que para todos os domínios do autocuidado se verifica uma diminuição da dependência das pessoas na alta. Em domínios do autocuidado onde a dependência era mais elevada (“tomar banho”, “vestir-se e despir-se” e “arranjar-se”) a redução desta dependência foi também elevada (69,9%, 70,6% e 62,2% respetivamente), com exceção para o “usar a cadeira de rodas” que apresentou uma redução de 46,9%. O menor percentual de dependência no momento da alta registou-se no autocuidado “transferir-se” e “alimentar-se”, com valores de 17,4% e de 18,2%, que corresponde a diferentes percentuais de redução de dependência (64,3% e 25,9% respetivamente).

Gráfico 5 - Dependência para o autocuidado no momento da admissão e da alta (2º momento de avaliação)



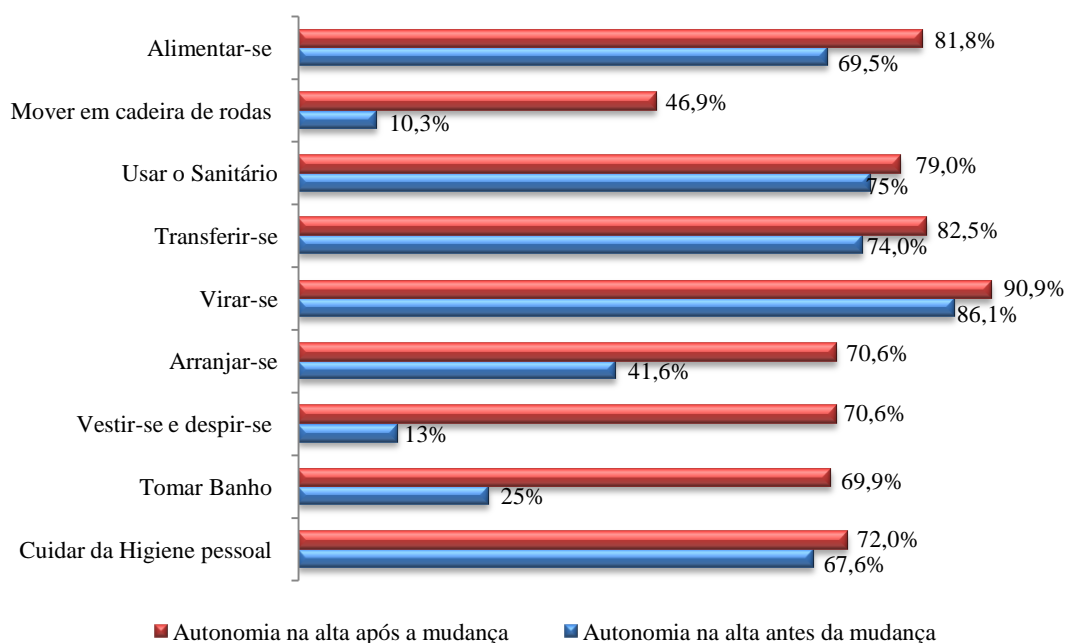
Através do gráfico 6 podemos verificar os ganhos em autonomia durante o internamento, quando comparamos o diferencial de percentagem entre aqueles que já eram autónomos no momento da admissão com o seu valor global no momento da alta. É evidente, à semelhança do apresentado no gráfico anterior, que verificamos a existência de ganhos em autonomia em todos os domínios do autocuidado. No momento da alta, regista-se que para a maioria dos domínios do autocuidado (“tomar banho”, “vestir-se e despir-se”, “usar o sanitário”, “transferir-se” e “arranjar-se”) os valores de pessoas autónomas é superior a 69%. De destacar que para os domínios do autocuidado onde não existiam pessoas autónomas no momento da admissão, se observaram os valores mais elevados de ganhos em autonomia, nomeadamente para o “vestir-se e despir-se” (70,6%) e “tomar banho” (69,9%), com exceção para “usar a cadeira de rodas” (46,9%). Por outro lado, os domínios onde se observaram menores ganhos em autonomia foram no autocuidado “alimentar-se” (25,9%) e no “cuidar da higiene pessoal” (39,4%) que correspondiam no momento da admissão aos domínios de autocuidado com maior percentagem de casos de pessoas autónomas (55,9% e 37,1% respetivamente).

Gráfico 6 - Autonomia para o autocuidado no momento da admissão e da alta (2º momento de avaliação)



Quando procedemos à análise comparativa dos ganhos em autonomia para os diferentes domínios do autocuidado, no momento da alta da Unidade de Convalescença, antes e depois do processo de implementação da mudança, podemos verificar, através do gráfico 7, um valor percentual de ganhos em autonomia mais elevado após a implementação da mudança em todos os domínios do autocuidado. O diferencial de ganhos em autonomia é mais elevado para os domínios do “vestir-se e despir-se”, “tomar banho”, “mover em cadeira de rodas”, “arranjar-se” e “alimentar-se” (57,6 %, 44,9%, 36,6%, 29,0% e 12,3 % respetivamente). Para os restantes domínios (“transferir-se”, “virar-se” e “usar o sanitário”) o diferencial em ganhos foi inferior a 10%.

Gráfico 7 - Autonomia para o autocuidado no momento da alta. Antes da mudança e após a mudança (2º momento de avaliação)



Desta forma, foi possível perceber em que domínios do autocuidado o impacto da mudança exerceu maior influência sobre os ganhos em autonomia dos clientes, durante o internamento na Unidade de Convalescença. Foi sobretudo no domínio do “tomar banho”, “vestir-se e despir-se”, “arranjar-se” e “mover-se em cadeira de rodas”, que as estratégias de mudança se revelaram mais significativas.

Os ganhos em autonomia obtidos pelos participantes, após as mudanças implementadas foram sobretudo devido ao recurso, por parte dos participantes, a dispositivos de apoio para o autocuidado. Os participantes passaram a utilizar dispositivos que lhes facilitaram as atividades do autocuidado “tomar banho”, “vestir-se e despir-se” e “alimentar-se” (para além dos já existentes antes da mudança). No entanto, consideramos que as outras medidas introduzidas como estratégia de mudança foram de igual modo favoráveis para a obtenção dos resultados apresentados no gráfico 7.

5.2. O impacto da mudança na documentação dos enfermeiros

A análise à documentação dos enfermeiros teve como propósito identificar a representatividade do foco autocuidado e das suas dimensões, decorrente das mudanças empreendidas no sistema de apoio à tomada de decisão, que se consideravam centrais para um modelo de orientação no processo de conceção de cuidados, capaz de contribuir para a promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

No final do percurso de implementação da mudança, procedemos à análise da documentação registada no sistema de informação em uso (SAPE), no período de maio a dezembro de 2013, que consubstanciou o processo de conceção de cuidados e a implementação das intervenções de enfermagem, em resposta às necessidades de cuidados no domínio do autocuidado, demonstradas pelos 143 clientes que integraram o estudo nesta fase da IA.

Os dados documentados e que foram alvo de análise centraram-se nas seguintes áreas: atividades de diagnóstico (AD); focos de atenção de Enfermagem e respetivas dimensões; enunciados diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem.

Atividades de diagnóstico (AD)

O recurso ao registo de dados resultantes de atividade de diagnóstico, com o auxílio de critérios que possam facilitar e reduzir a subjetividade do juízo diagnóstico, foi considerada pelos enfermeiros como uma estratégia de mudança facilitadora da sistematização do processo diagnóstico, permitindo gerar consensos neste processo e disponibilizar informação com relevância para a continuidade dos cuidados. Esta evolução fez-se sentir, não só ao nível da tomada de decisão dos enfermeiros para a ação terapêutica, como também para uma maior explicitação dos processos tendentes aos resultados esperados nos clientes. No período de avaliação do impacto da mudança assistimos a uma evolução ao nível da natureza de informação partilhada durante as passagens de turno, porque a utilização de atividades de avaliação permitiu que os enfermeiros reunissem condições para uma partilha de informação centrada em aspetos concretos do processo de transição vivenciado pelos clientes. Como nos permitem confirmar as notas de campo resultantes dos seguintes

comentários realizados pelos enfermeiros: “Agora é possível tomar decisões mais fundamentadas, porque conseguimos obter elementos pormenorizados acerca da capacidade da pessoa para o desempenho das diferentes atividades de autocuidado. ...” (NC18).”, ou “Não só trabalhamos as questões das respostas corporais como começa a ser possível identificar as respostas humanas à situação de dependência de uma forma mais simples e objetiva.” (NC19).

Durante o período em análise registamos a documentação de dados associados a 21187 atividades de diagnóstico (AD), relacionadas com os diferentes domínios do autocuidado e respetivas dimensões (tabela 46).

As AD analisadas correspondem às áreas consideradas fundamentais para a definição de estratégias de promoção de autonomia para o autocuidado, tais como: avaliar a dependência para o autocuidado, avaliar o conhecimento e capacidade/habilidade para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado, bem como a recolha de dados centrados em dimensões que traduzem as respostas humanas face à situação de dependência (volição, atitude, consciencialização e autoeficácia, para o autocuidado). Contudo, a atividade diagnóstica centrou-se maioritariamente na avaliação da dependência para o autocuidado (76,4%) e na avaliação do conhecimento e das capacidades dos clientes para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado (19,2%). Relativamente às outras dimensões que traduzem as respostas humanas face à situação de dependência, observou-se uma atividade de diagnóstico mais reduzida.

Tabela 46 - Frequências da atividade de diagnóstico no domínio do autocuidado (2º momento de avaliação)

Foco	Atividade diagnóstico	N	%
Autocuidado	Avaliar dependência para o autocuidado...	16187	76,4%
Conhecimento Capacidades/habilidades	Avaliar conhecimento... Avaliar habilidades/capacidades, para utilizar estratégias adaptativas	4076	19,2%
Volição	Avaliar: a volição; atitude; autoeficácia e a consciencialização para o autocuidado	924	4,4%
Atitude			
Autoeficácia			
Consciencialização			
Total		21187	100%

Alguns dos dados documentados, decorrentes da atividade de diagnóstico, representada na tabela 46, correspondem a critérios de diagnóstico previamente definidos pelos enfermeiros e identificados no ponto 4.1.2. Os enfermeiros

consideraram que a existência destes critérios diagnósticos permitiu maior sistematização do processo diagnóstico e avaliação dos resultados obtidos face às intervenções de enfermagem implementadas, como podemos constatar através das notas de campo resultantes dos seguintes comentários realizados pelos enfermeiros: “*As avaliações permitem fazer juízos de diagnóstico com mais fundamento do que os que fazíamos antes destas mudanças*” (NC20); “*Os critérios de diagnóstico ajudam-nos sobretudo a tornar os dados decorrentes das avaliações mais regulares, e assim uniformizamos o nosso discurso*” (NC21).“; “*A avaliação é essencial nestes contextos. Acredito que nestas unidades seja impossível implementar os protocolos que todos gostamos e que estamos tão habituados. A condição da pessoa é muito vulnerável e está dependente de muitos aspetos. Para determinar o nível de assistência real das pessoas é necessário avaliar sistematicamente*” (NC22).

Diagnósticos de enfermagem

A análise realizada à documentação dos enfermeiros durante o período de mudança permitiu-nos identificar um total de 2883 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem nos diferentes domínios do autocuidado e respetivas dimensões. Foram, assim, documentados 1776 enunciados diagnósticos/resultados que caracterizaram a dependência para o autocuidado nos diferentes domínios (por exemplo: cuidar da higiene pessoal, tomar banho, alimentar-se virar-se, transferir-se, etc.), 964 enunciados diagnósticos/resultados na dimensão do conhecimento e da aquisição de capacidades para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado e 143 na dimensão das respostas humanas face à condição de dependência para o autocuidado.

Diagnósticos de enfermagem na dimensão do autocuidado

A opinião clínica dos enfermeiros passou a ser sustentada em elementos chave decorrentes das atividades de avaliação anteriormente descritas. No entanto, verificamos que os enunciados de diagnóstico/resultado refletem maioritariamente o juízo diagnóstico centrado na dependência/independência, de acordo com os quatro *status* de avaliação que existiam anteriormente no SAPE (dependente em grau elevado, dependente em grau moderado, dependente em grau reduzido e independente).

A análise efetuada permite verificar que dos 1776 diagnósticos documentados para o foco autocuidado, estes surgem com a frequência de juízo de diagnóstico de acordo com a tabela 47.

Tabela 47 - Frequência de juízo de diagnóstico no domínio do autocuidado (2º momento de avaliação)

Diagnóstico	N	% Total
Dependente no autocuidado em grau elevado	79	4,4%
Dependente no autocuidado em grau moderado	595	33,6%
Dependente no autocuidado em grau reduzido	473	26,6%
Independente no autocuidado	629	35,4%
Total	1776	100%

Contudo, após a implementação da mudança, a intencionalidade associada ao juízo de dependência passou a ser diferente, pois os enfermeiros passaram a ter uma conduta centrada nos resultados, de acordo com os dados de avaliação que traduziam os critérios de diagnóstico/resultados que documentavam, ou seja, por exemplo, quando documentavam anteriormente a dependência em grau moderado, que segundo a operacionalização existente correspondia à condição da pessoa “*que não inicia todas as atividades inerentes à ação ou não as completa de forma independente*”; o atual registo passa a incorporar a condição da pessoa, associada a todas as atividades que concretizam em cada domínio do autocuidado, numa perspetiva de dependência total de pessoa, de necessidade de ajuda de pessoa ou de equipamento ou de independência, isto é, o que esta consegue executar e as atividades que não consegue realizar.

As alterações introduzidas face à necessidade de agregar maior sistematização à ação foi considerada, pelos enfermeiros, como facilitadora para identificar e promover a potencialidade de recuperação dos clientes, como podemos constatar através da seguinte nota de campo: “...Com a utilização deste instrumento de avaliação consigo ter um percepção real acerca da capacidade da pessoa para cada domínio do

autocuidado, isto ajuda sobretudo no ajuste que temos de fazer às nossas intervenções para a continuidade do processo de recuperação... Os juízos atribuídos à dependência para o autocuidado têm associado uma perspetiva diferente, agora estamos mais centrados nas manifestações e nas condições definidoras de dependência do que antes...” (NC23). Estes resultados revelam também a dimensão e o caráter da mudança operada, que se reflete no modelo de cuidados em uso, como nos relata a nota de campo: *“para mim o mais importante foi termos programado as atividades de avaliação semanalmente, este aspeto é fundamental para nos apercebermos da evolução e fazer o reajuste das nossas intervenções às necessidades reais da pessoa... passamos a ter como objetivo o determinar da capacidade da pessoa para o autocuidado ...”* (NC24).

Diagnósticos de enfermagem centrados em respostas humanas à situação de dependência

Os focos de atenção no domínio da consciencialização, perceção da autoeficácia, atitude e força de vontade para o autocuidado, que resultam das respostas humanas à situação de dependência para o autocuidado, foram reconhecidos, por um conjunto de participantes que vivenciou o processo de transição face à dependência para o autocuidado, como fatores que condicionaram o seu potencial de recuperação de autonomia para o autocuidado. Estes focos de atenção de enfermagem passaram a ser avaliados de acordo com as atividades de diagnóstico descritas e os dados resultantes desta avaliação passaram a traduzir algumas das condições necessárias para descrever a potencialidade de recuperação da autonomia para o autocuidado, aspeto que influenciou a tomada de decisão dos enfermeiros. Neste sentido, a tabela 48 apresenta os dados relativos à evolução dos enunciados de diagnóstico identificados e a sua alteração ao longo do tempo de internamento.

Tabela 48 - Respostas humanas à situação de dependência para o autocuidado (2º momento de avaliação)

Diagnósticos	Ausente 1º dia de avaliação		Presente ≤ 10 dias		Presente Até 20 dias		Presente >20 dias		Total N/%
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Consciencialização dificultadora para o autocuidado	48	33,6%	50	35,0%	32	22,4%	13	9,1%	143 (100%)
Percepção da autoeficácia diminuída para o autocuidado	47	32,9%	50	35,0%	32	22,4%	14	9,8%	143 (100%)
Atitude dificultadora face às mudanças no autocuidado	48	33,6%	50	35,0%	31	21,7%	14	9,8%	143 (100%)
Volição diminuída para o autocuidado	48	33,6%	51	35,7%	32	22,4%	12	8,4%	143 (100%)

Verificamos que, do total de participantes referenciados para a Unidade de Convalescença, 32,9% a 33,6% revelaram ausência de diagnósticos centrados em respostas humanas à dependência, inibidores do processo de recuperação, os restantes participantes revelaram a presença destes. Assim, alguns dos participantes (entre 35% e 35,7%) mantiveram a consciencialização dificultadora, a percepção da autoeficácia, a atitude e a força de vontade diminuída para o autocuidado, durante o período inicial de internamento (até nove dias), outros mantiveram esta condição de saúde até ao vigésimo dia de internamento (entre 21,7% e 22,4%) e os restantes (entre 8,4% e 9,8%) durante um período superior a vinte dias. Contudo, face aos dados apresentados, verifica-se uma evolução favorável na relação entre o número de casos com consciencialização dificultadora, percepção da autoeficácia, a atitude e a volição diminuída para o autocuidado e o número de dias em que os enfermeiros mantiveram o diagnóstico ativo.

Os resultados traduzem a integração no processo de conceção de cuidados de medidas promotoras de uma transição saudável que é facilitadora da promoção de autonomia e embora os enfermeiros sentissem dificuldades para a mudança de paradigma como suporta a nota de campo: *“Depois de termos falado destes assuntos começo a olhar as pessoas de outra forma, e a perceber a diferença entre o modo como eu as olhava antes e como olho agora ... não é fácil fazer o diagnóstico destas dimensões, prefiro fazer diagnósticos de feridas...”* (NC25). Neste momento do percurso de IA assistimos a uma mudança no modelo de

cuidados que refletia a evolução da intenção de uma ação dirigida para um modelo de cuidados centrado em respostas humanas à situação de dependência para o autocuidado.

As ações de avaliação centradas em respostas humanas à situação de dependência foram reconhecidas pelos enfermeiros como essenciais para pensar nas intervenções de enfermagem a implementar no sentido da promoção do máximo potencial de autonomia em diferentes situações, nomeadamente quando referem que “...Agora, sou capaz de perceber quando discutíamos a importância de sermos mais “significativos” para os clientes ...” (NC26) “... entendo que os cuidados que prestamos neste contexto têm que ser diferentes de qualquer outro...” (NC27). “... É interessante perceber que para voltar a andar é tão importante treinar a marcha como incentivar a percepção positiva da autoeficácia para andar “ (NC28). “...É por isso que pessoas com semelhante condição de saúde têm resultados tão diferentes...” (NC29). “...As passagens de turno estão mais interessantes pois agora falamos em necessidades totais das pessoas ...” (NC30).

Ao longo de todo o processo de mudança, fomos assistindo a um desenvolvimento na intensidade da problematização e da discussão em torno destas dimensões do autocuidado que consideramos ter facilitado o incorporar de alguns dos aspetos referidos sobre uma conceção dos cuidados centrada na forma como a pessoa vive a transição saúde/doença. Embora o processo continuasse a ter uma abordagem de cuidados centrada nas alterações dos processos corporais, os enfermeiros evidenciaram, nesta fase do estudo, grande motivação para a mudança, no sentido de uma intencionalidade para a ação centrada no desenvolvimento de uma consciencialização facilitadora e de uma atitude positiva face à situação de dependência para o autocuidado. Ao mesmo tempo assistimos a uma maior interação no desenvolvimento da percepção da autoeficácia positiva para as atividades de autocuidado, promovendo o envolvimento da pessoa durante todo o processo de recuperação, como podemos confirmar com a afirmação seguinte, de um dos

enfermeiros: *“Percebi que as ações no sentido do promover a disponibilidade e o envolvimento das pessoas têm que manter-se ao longo do processo de recuperação, no sentido de evitar que estas regridam nos níveis de autonomia atingidos”* (NC31). A documentação referente ao processo de tomada de decisão dos enfermeiros evidenciava pouca representatividade nestas dimensões do autocuidado, tendo este facto sido justificado pela ausência de informação sobre estas temáticas durante os seus processos formativos, como nos traduzem o comentário: *“...eu não falei destes domínios na escola ... e olha que ainda sou relativamente nova na profissão...”* (NC32).

Diagnósticos de enfermagem na dimensão do conhecimento e das capacidades

Após a mudança, os enfermeiros revelaram uma intencionalidade de ação junto dos clientes da convalescença centrada num sistema de apoio educativo e de desenvolvimento pessoal, alicerçado na avaliação do conhecimento e das capacidades, resultantes de uma aprendizagem sobre as estratégias adaptativas utilizadas no autocuidado. Esta avaliação tornou-se essencial para a definição das necessidades de ensino, instrução e treino dos clientes no sentido de promover um ambiente alicerçado no envolvimento da pessoa no plano terapêutico, permitindo a tomada de decisão partilhada, e uma negociação das estratégias adaptativas a utilizar no autocuidado, promovendo desta forma o desenvolvimento da responsabilidade pessoal no sentido da concretização dos objetivos delineados, como nos traduz a nota de campo: *“As terapêuticas dirigidas à promoção da autonomia têm que estar centradas no ensino, na instrução e no treino de estratégias adaptativas no autocuidado. Só assim podemos facilitar a aquisição deste conhecimento aos clientes e ajudá-los a atingir o máximo de potencial de autonomia para o autocuidado”* (NC33).

A análise à documentação dos enfermeiros centrada na dimensão do conhecimento e das capacidades para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado, revela que os enfermeiros documentaram 964 diagnósticos, com a especificação diagnóstica, de acordo com a tabela 49.

Tabela 49 - Frequência da especificidade diagnóstica no domínio do conhecimento e das capacidades para utilizar estratégias adaptativas

Diagnóstico	N	% Total
Conhecimento não demonstrado para utilizar estratégias adaptativas	198	20,5%
Capacidade/habilidade não demonstrada para utilizar estratégias adaptativas	229	23,8%
Conhecimento demonstrado para utilizar estratégias adaptativas	272	28,2%
Capacidade/habilidade demonstrada para utilizar estratégias adaptativas	265	27,5%
Total	964	100%

Os enfermeiros documentaram mais diagnósticos de enfermagem na dimensão do conhecimento e das capacidades/habilidades depois das mudanças do que na primeira fase de avaliação do percurso de IA.

Ações de enfermagem centradas na dimensão do autocuidado

À semelhança da análise realizada no ponto 3.6.2., excluímos as ações do tipo executar e observar porque não promovem o potencial de recuperação das pessoas dependentes para o autocuidado. Durante o período em análise, os enfermeiros documentaram 176576 intervenções de enfermagem com integridade referencial para os enunciados diagnóstico, referentes às necessidades de cuidados (no domínio do autocuidado) dos 143 participantes que integraram esta fase do estudo. Este valor contrasta com o valor de intervenções documentadas na fase inicial do percurso de investigação, onde se verificou um total de 78512 intervenções, referentes às necessidades de cuidados (no domínio do autocuidado) de 108 casos de participantes, em análise. Estes dados revelam um acréscimo médio de 727 intervenções por cliente e por internamento (média de dias de internamento de $32,85 \pm 5,7$ dias).

A tabela 50 revela os domínios de ação das intervenções de enfermagem, em resposta às necessidades de cuidados dos clientes que integraram o 1º momento de avaliação, no ano de 2011 (108 pessoas antes da mudança), e o 2º momento, no ano de 2013 (143 pessoas após mudança). Quando procedemos à análise comparativa

entre a frequência dos domínios de ação documentados, antes e depois do processo de implementação da mudança, podemos verificar que o diferencial de ações no domínio do atender (em resposta às necessidades dos clientes que na maior parte das situações carecem de uma ajuda parcial para realizarem as atividades de autocuidado) é inferior em 23,1% após a implementação da mudança. Relativamente às ações no domínio do informar (ações que permitem melhorar e aumentar o conhecimento e desenvolver capacidades para o autocuidado) e do gerir (ações que permitem organizar as atividades de autocuidado) o diferencial é superior de 18,9% e 4,2% respetivamente, após a implementação da mudança, concluindo que após a mudança, os enfermeiros documentaram sobretudo intervenções do domínio de ação do atender (50,4 %) e do informar (40,8 %).

Tabela 50 - Frequências das ações de enfermagem centradas na dimensão do autocuidado (1º momento de avaliação, 2011 e 2º momento de avaliação, 2013)

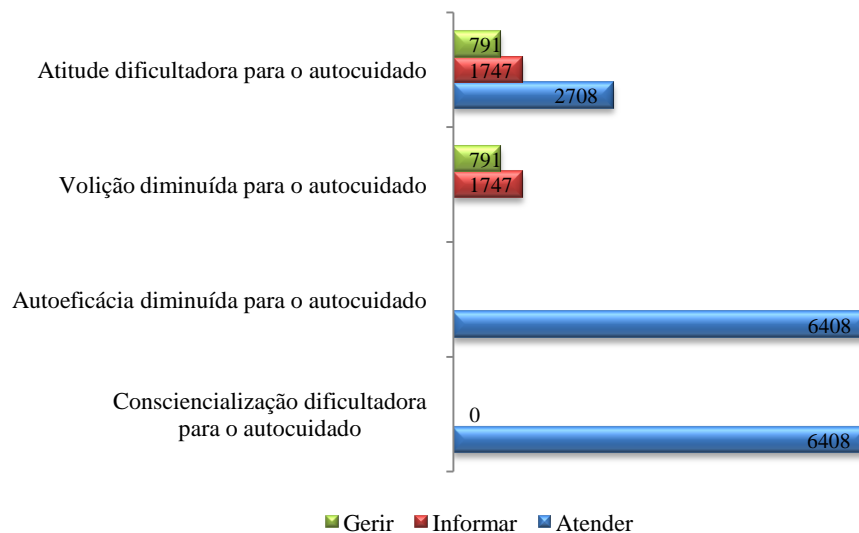
Domínio de ação	Antes da mudança (2011), n=108		Após a mudança (2013), n=143	
	N	%	N	%
Atender	57684	73,5%	88910	50,4%
Informar	17166	21,9%	72050	40,8%
Gerir	3662	4,6%	15616	8,8%
Total	78512	100	176576	100

Como podemos constatar, quer ao nível do registo de enunciados diagnósticos, quer do registo das ações dos enfermeiros, ambas as situações surgem centradas, não apenas num sistema parcialmente compensatório, onde se assiste à partilha das atividades de autocuidado entre o cliente e o enfermeiro, mas também num sistema de apoio educativo para promover o potencial para adquirir conhecimentos e/ou capacidades para o autocuidado, que contribui para um ambiente favorável à tomada de decisão partilhada e ao autocontrolo comportamental.

Seguidamente, do total de intervenções documentadas (176576) foram extraídas apenas as intervenções de enfermagem associadas às respostas humanas face à situação de dependência (20600), correspondendo as restantes a enunciados diagnósticos no domínio do autocuidado (155976). O gráfico 8 referencia as ações dos enfermeiros face às necessidades dos clientes no domínio das respostas humanas

à situação de dependência. Deste modo, podemos verificar que foram documentadas um total de 20600 ações, no domínio do atender (15524), informar (3494) e gerir (1582).

Gráfico 8 - Ação dos enfermeiros centrada nas respostas humanas à situação de dependência (2º momento de avaliação)



Os enfermeiros documentaram, na sua maioria, intervenções no domínio do atender, associadas ao *promover a consciencialização* para as mudanças no autocuidado, *promover atitude* para o autocuidado e *promover a autoeficácia* para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado. Outro domínio de ação documentado pelos enfermeiros, face às respostas humanas à dependência para o autocuidado, mas este com menor frequência que o anterior, foram ações no domínio do informar. Estas surgem com a intencionalidade de aumentar a responsabilidade e o envolvimento no autocuidado, promovendo a consciencialização e a atitude facilitadora e melhorando a autoeficácia para o autocuidado. O gráfico permite ainda concluir que os enfermeiros documentaram também intervenções no domínio do gerir, associadas ao *organizar ou adequar estratégias adaptativas* no autocuidado.

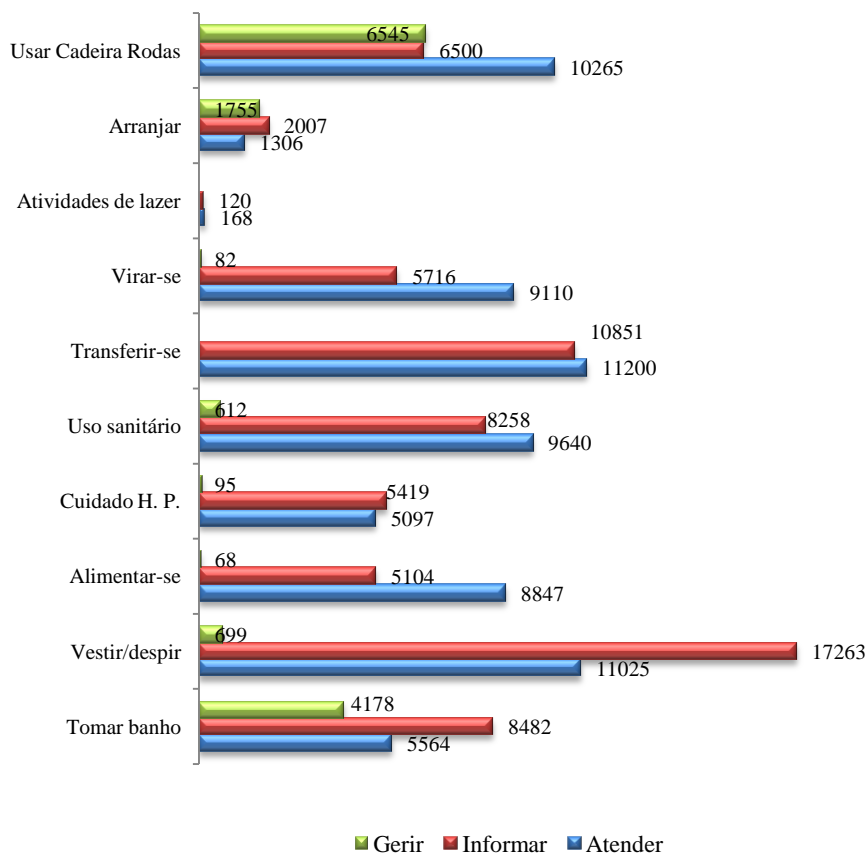
As mudanças operadas foram determinantes para definir a intencionalidade de ação dos enfermeiros, centrada nas respostas humanas à dependência para o autocuidado, no sentido de desenvolver o máximo de potencial de autonomia para o autocuidado, facilitando o processo de transição saudável, aspetos que podem ser confirmados

com as seguintes afirmações: “...Tenho imensa preocupação em expressar elogios no sentido de dizer que está aprovado...e tem que continuar...” (NC34); “Realmente com os resultados da análise das entrevistas realizadas aos clientes foi mais fácil decidir quais as intervenções em que deveríamos apostar para tornar o processo de transição face à dependência para o autocuidado mais fácil” (NC35); “Quando decidimos que eram estas as intervenções que deveriam constar no padrão de documentação do nosso contexto de trabalho, elas começaram a fazer parte da minha estrutura de conceção dos cuidados. A minha opinião mudou, pois eu percebi efetivamente a sua importância para estas pessoas... Este contexto de trabalho é único.” (NC36); “...Volto a dizer que é preciso treinar estes domínios na escola, com propriedade e não como aspeto secundário ...” (NC37); “Mas acho que ainda podemos melhorar por exemplo os critérios de diagnóstico, podíamos introduzir mais alguns, porque por vezes ainda tenho algumas dúvidas na decisão a tomar”. (NC38); “É interessante! Antes disto ninguém falava destes assuntos, agora querem mais” (NC39); “Acho que tudo isto requer mais discussão ...Repara! Quando eu treino a pessoa também estou a promover a consciencialização... o juízo deste foco pode ser alterado através destas ações ...” (NC40).

Finalmente, procedeu-se à análise dos domínios de ação documentados pelos enfermeiros associados ao autocuidado: “tomar banho”, “cuidar da higiene pessoal”, “vestir-se e despir-se”, “virar-se”, “transferir-se”, “usar o sanitário”, “alimentar-se”, “arranjar-se”, “usar a cadeira de rodas” e “atividades de lazer” (gráfico 9).

A análise do gráfico permite concluir que os clientes foram alvo de intervenções dos enfermeiros no domínio de ação do informar e atender em todos os domínios do autocuidado, com especial ênfase para: “vestir-se e despir-se”, “transferir-se”, “usar o sanitário” e “usar a cadeira de rodas” que correspondem a 54,5% das intervenções realizadas para o foco autocuidado.

Gráfico 9 - Frequências da ação dos enfermeiros por domínio do autocuidado (2º momento de avaliação)



Deste modo, das 155976 intervenções documentadas, para o foco autocuidado, o domínio de ação do atender (com intervenções do tipo: promover; assistir; incentivar; encorajar; elogiar; escutar; facilitar; e reforçar) e do informar (com intervenções do tipo: orientar informar; ensinar; instruir e treinar) destacam-se em 46,3% e 44,7%, respectivamente, das intervenções documentadas. Salientamos que as intervenções no domínio de ação do informar foram sobretudo documentadas em resposta às necessidades dos clientes para o autocuidado: “vestir-se e despir-se”; “tomar banho”; “usar o sanitário” e “transferir-se”. As intervenções no domínio de ação do atender foram sobretudo documentadas em resposta ao autocuidado: “vestir-se e despir-se”; “alimentar-se”; “usar o sanitário”; “transferir-se”; “usar a cadeira de rodas” e “virar-se”. O autocuidado “atividades de lazer” (atividade recreativa com características específicas: executar atividades de jogo e recreação [ICN, 2002]) foi o domínio de autocuidado em que os enfermeiros documentaram menos intervenções.

5.3. Discussão dos resultados do percurso de mudança

O percurso desenvolvido viabilizou a implementação de mudanças que permitiram a sistematização e a organização da ação dos enfermeiros, das quais destacamos:

1. A definição e a implementação de linhas orientadoras da ação dos enfermeiros na recuperação do máximo potencial de autonomia para o autocuidado das pessoas, ou seja, uma ação mais centrada nos objetivos e nos resultados, saliente na opinião de um enfermeiro, como exemplifica a nota de campo registrada durante o percurso de mudança: *“A mudança que fizemos sobretudo na organização dos cuidados, inicialmente parecia desvantajosa, apenas nos ia tirar tempo, mas não, acho que poupamos tempo, apesar de termos mais coisas para documentar. Por exemplo, agora eu quando vou assistir a pessoa no tomar banho já sei concretamente o tipo de ajuda necessária e o momento em que tenho de intervir para a ajudar. As passagens de turno estão mais interessantes, centram-se na possibilidade de recuperação e não exclusivamente na dependência que parecia não ter solução e ainda sinto que estão mais contextualizadas nos objetivos centrais destas unidades. Antes deste trabalho achava que tudo o que fazia era mais do mesmo...”* (NC41).
2. A identificação da capacidade da pessoa para o autocuidado, de modo a traduzir características definidoras da dependência para o autocuidado, com recurso ao IADA. Esta atividade de avaliação permitiu:
 - Enunciar diagnósticos por parte dos enfermeiros, com maior especificidade, sustentando claramente o juízo de diagnóstico. As notas de campo revelam a importância atribuída pelos enfermeiros a este domínio do processo diagnóstico e de avaliação da evolução da condição do cliente: *“Sinto-me muito mais confortável agora, porque avalio o que faço de uma forma consistente, permitindo o ajuste das nossas intervenções. Mas tenho plena consciência que era preciso mais tempo para podermos fazer isto de forma tranquila, sem a angústia do final do turno”* (NC42). *O que considero mais útil é o poder verificar de forma gradual a evolução do cliente. Como a nossa avaliação antes da mudança era muito geral, não me apercebia das mudanças ocorridas na pessoa de forma tão pormenorizada. O facto dos*

dados obtidos com as atividades de avaliação poderem constar no plano de cuidados, faz-me sentir mais orientada para a gestão de cada caso (NC43). “Acho que estamos mais preparados, temos mais dados e objetivos diferentes, em relação aos que tínhamos...E também o resultado esperado tornou-se mais claro para todos ... Isto é bom para as pessoas” (NC44).

- Analisar os objetivos/resultados da implementação de intervenções de enfermagem.
- Aumentar a percepção e o reconhecimento da capacidade para o autocuidado por parte da pessoa dependente, ou seja, o facto de existirem momentos de avaliação da capacidade da pessoa dependente em que esta expõe quais as atividades de autocuidado que é capaz de iniciar e terminar de forma autónoma e as que necessita de ajuda de pessoa ou aquelas em que não participa permite o autorreconhecimento da dependência para o autocuidado, o que em muitos dos casos se tornou facilitador da definição da consciencialização.
- Avaliar o desenvolvimento da transição através de indicadores de processo, tais como o envolvimento, a qualidade de interação e a confiança da pessoa nas estratégias adaptativas adotadas.

As mudanças operadas no modelo de cuidados evidenciam uma conduta na ação dos enfermeiros centrada na identificação de características necessárias para o processo de recuperação de cada pessoa, isto é, mais focada nos resultados. Por isso, os enfermeiros passaram a considerar de extrema importância: 1) facilitar a consciencialização das pessoas no sentido de estas identificarem e reconhecerem as mudanças ocorridas na sequência dos défices para desempenharem as atividades do autocuidado, não só as mudanças ao nível da vida pessoal mas também a nível familiar e social; 2) promover a atitude facilitadora para o autocuidado, pela participação na tomada de decisão do plano terapêutico e negociação das estratégias adaptativas face à dependência para o autocuidado; 3) melhorar a autoeficácia, permitindo o envolvimento da pessoa no processo de recuperação de modo a aumentar a capacidade de desempenho nas atividades de autocuidado; 4) manter a disposição e o envolvimento das pessoas para as ações de autocuidado de

forma autónoma; 5) aumentar o conhecimento e desenvolver a capacidade para utilizar estratégias adaptativas face à dependência, com recurso a dispositivos de apoio no autocuidado. Estes aspetos foram sustentados pelos enfermeiros através de comentários que integraram as notas de campo, onde se salientam: *“Numa fase inicial o mais importante é que as pessoas percebam o que lhes aconteceu efetivamente, ou seja, é necessário consciencializar as pessoas das alterações ocorridas na capacidade para o autocuidado”* (NC45). *“Foi interessante trabalhar estes aspetos, embora ainda tenha dificuldade em os identificar. Penso que os critérios de diagnósticos que foram parametrizados são uma mais-valia no sentido de pensar no objetivo e no resultado esperado.”* (NC46). *“Continuo dizendo que o maior problema é o **tempo** que as pessoas precisam. Para tudo isto é necessário **tempo**. Para tentar fazer, perceber que não consegue fazer, depois perceber que é preciso aprender, e voltar a fazer de outra forma, mas com o mesmo resultado”* (NC47).

A introdução de produtos de apoio foram fundamentais no processo de recuperação da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado. A ação dos enfermeiros centrou-se na orientação acerca do melhor produto de apoio face ao tipo de dependência para o autocuidado, e na transmissão de informação e desenvolvimento de competências por meio do ensino, da instrução e do treino do seu uso. Para os enfermeiros, foram momentos de integração de novas estratégias, como nos referem nos seus comentários: *“Para nós, isto dos produtos de apoio, inicialmente foi muito estranho, quando vi, por exemplo, o calçador de meias, pensei mesmo em utopia. Até tive alguma resistência na sua utilização, por mero ceticismo nas vantagens de utilização. Só depois de ter visto os colegas que usaram e a resposta das pessoas ao produto eu mudei radicalmente de opinião”* (NC48). *“ Todos estes produtos são para preservar.”* (NC49). *“ Agora quando se avaria um dispositivo de apoio, a nossa preocupação em substituí-lo é enorme, pois sentimos imensa falta dele...”* (NC50).

As estratégias desenvolvidas no sentido de planear melhores formas de acesso à informação por parte dos clientes, orientadas pelo princípio “da importância da informação certa, no momento certo, à pessoa certa”, foram imprescindíveis para

facilitar o processo de aquisição de conhecimentos e capacidades para realizar as atividades de autocuidado. O desenvolvimento de um sistema que possibilitou a tomada de decisão dos clientes acerca das estratégias adaptativas que deveriam utilizar ou do dispositivo de apoio mais adequado tornou a condição de dependente menos penosa. Os clientes envolveram-se mais facilmente na tomada de decisão, encontrando uma solução com a ajuda do profissional de saúde. Para os enfermeiros, *“a parametrização das estratégias adaptativas a oferecer à pessoa foi importante para a continuidade do ensino e do treino, acerca “daquela” estratégia”* (NC 51). *“Para mim esta estratégia de ensinarmos e de treinarmos todos da mesma forma foi muito vantajoso e tenho a certeza que foi uma das estratégias que possibilitou mais ganhos na autonomia dos clientes.”* (NC52).

A existência de uma estrutura de suporte à tomada de decisão que integrava a relação entre atividades de diagnóstico, critérios de diagnóstico, diagnóstico e intervenções (organizadas por tipo de ação), permitiu a integração de um modelo de cuidado, com resultados efetivos no processo de conceção, implementação e documentação dos cuidados de enfermagem. Os clientes internados na Unidade de Convalescença durante o período de avaliação do impacto da mudança tiveram mais ganhos em saúde, concretamente em autonomia para o autocuidado, resultantes das mudanças ocorridas no modelo de cuidados em uso, quando comparados com os resultados obtidos pelos clientes na primeira fase da IA (relativo ao diagnóstico de situação). No entanto, para o autocuidado “mover-se em cadeira de rodas”, observou-se um número de participantes independentes, no momento da alta, após a mudança, inferior aos restantes domínios de autocuidado, facto que revela a necessidade de implementar mais estratégias de mudança que permitam obter maior efetividade nas ações dos enfermeiros, promotoras da autonomia neste autocuidado.

CAPITULO 6. UM MODELO DE INTERVENÇÃO PROMOTOR DA AUTONOMIA DA PESSOA DEPENDENTE PARA O AUTOCUIDADO

A partir dos resultados que emergiram do processo da IA, importa sublinhar os que traduzem a identificação do adquirido, subsequente do ciclo de investigação e de ação realizado. Com este estudo pretendia-se definir contributos orientadores para um modelo de intervenção na ação dos enfermeiros em unidades de convalescença, centrado na dependência para o autocuidado, tendo por base o potencial de recuperação da autonomia da pessoa.

A síntese produzida neste capítulo permite obter um discurso orientado para as questões de investigação e responder à finalidade do estudo. Por outro lado, sistematizam-se algumas considerações finais relativamente ao percurso de investigação.

6.1. A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado

Tornar-se dependente para o autocuidado exige uma transição para novos papéis e responsabilidades. A pessoa quando passa de uma condição de independente para dependente para o autocuidado está a transpor uma transição situacional de saúde/doença que implica um processo, uma direção e alterações em padrões fundamentais da vida (Meleis et al., 2000). Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações na vida das pessoas e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, tornar-se dependente para o autocuidado é uma transição especialmente crítica porque surge a destruição daquilo que era conhecido até então e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações pessoais, familiares, sociais e financeiras. Na verdade, esta pode estar relacionada com a necessidade de reorientação dos projetos de vida e de apropriação de uma nova identidade. No

entanto, estes aspetos poderão ser o ponto de viragem para um novo caminho, o da recuperação da autonomia para o autocuidado.

A existência de compromisso nos processos corporais (por exemplo: a dispneia; a parestia; a dor; o equilíbrio corporal diminuído; a confusão; a intolerância à atividade e a capacidade funcional diminuída) e no processo psicológico (por exemplo: a autoestima diminuída, a autoeficácia diminuída; a perda de esperança; a angústia; a ansiedade; a atitude dificultadora face ao autocuidado e a volição diminuída para o autocuidado) são fatores que concorrem para a dependência da pessoa no autocuidado. Por isso, compreender as propriedades e as condições inerentes a este processo de transição ajudará ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam respostas facilitadoras durante o processo de recuperação.

As intervenções de enfermagem que sejam o reflexo das diversidades e das complexidades das experiências de transição precisam de ser identificadas, clarificadas, desenvolvidas, testadas e avaliadas, no sentido do desenvolvimento de respostas positivas durante o processo de transição (Meleis & Trangenstein, 1994).

Para isso, é necessário encontrar um modelo capaz de levar a pessoa dependente a atingir o seu máximo de potencial de autonomia para o autocuidado, o que justifica mudanças de paradigma no processo de conceção de cuidados, centrados na sistematização e ordenação, tendo por base a temporalidade de ação.

O internamento na Unidade de Convalescença, que ocorre usualmente durante um período de 30 dias, confere uma responsabilidade individual devido ao envolvimento da pessoa dependente no processo de recuperação. Isto implica uma consciencialização acerca das mudanças e diferenças que o evento crítico, gerador da dependência para o autocuidado, provocou na vida da pessoa, nomeadamente na sua condição de saúde; uma consciencialização das estratégias necessárias para lidar com estas mudanças/alterações; uma consciencialização de que existem fatores que vão condicionar a sua adaptação à nova condição de saúde e uma consciencialização da necessidade de aquisição de novos conhecimentos e competências.

Face ao exposto, como podem os enfermeiros da Unidade Convalescença promover a autonomia da pessoa dependente para o autocuidado?

Após a realização deste estudo de IA emergiram resultados que permitiram estruturar os seguintes **pressupostos para um modelo de intervenção promotor da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado:**

1. O autocuidado representa um conceito central na definição conceptual da Enfermagem.
2. O autocuidado é uma atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (ICN, 2011).
3. A teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem são teorias interrelacionadas do autocuidado (Orem, 2001).
4. A pessoa possui capacidades e habilidades que lhe permitem realizar as atividades de autocuidado, no entanto, está condicionada por uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos, tais como: o estado de saúde; o estágio de desenvolvimento; as condições culturais e económicas, e os recursos disponibilizados.
5. O compromisso dos processos corporais, que afetam o processo do sistema músculo-esquelético ou do sistema nervoso, são fatores concorrentes para a existência de défices a nível do autocuidado.
6. Quando as capacidades para o autocuidado são insuficientes, o enfermeiro é o profissional de saúde que identifica esta condição e estabelece um plano de ação conjuntamente com a pessoa.
7. Existem três sistemas de intervenção terapêutica no sentido de dar resposta aos requisitos de autocuidado: o sistema totalmente compensatório, face à pessoa incapaz de realizar as suas atividades de autocuidado; o sistema parcialmente compensatório; e o sistema educativo e de suporte, face ao qual, o enfermeiro auxilia a pessoa proporcionando-lhe um contexto que estimule o desenvolvimento de capacidades, no sentido de esta se tornar um agente ativo no autocuidado.
8. Os encontros entre os clientes referenciados para Unidades de Convalescência da RNCCI e os enfermeiros ocorrem frequentemente durante períodos transacionais de instabilidade precipitada por mudanças de saúde/doença.

9. A pessoa dependente para o autocuidado referenciada para Unidades de Convalescença da RNCCI vivencia uma transição situacional de saúde/doença.
10. A transição é uma passagem, ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, que implica um processo, uma direção e alterações em padrões fundamentais da vida (Meleis et al., 2000).
11. No momento da referenciação para a RNCCI, as equipas de gestão de alta para os cuidados continuados devem indicar dados no processo clínico, capazes de traduzir o potencial de recuperação da autonomia para o autocuidado.
12. A conceção de cuidados, orientada para a promoção da autonomia para o autocuidado requer dados que caracterizem a manifestação da dependência/independência para o autocuidado.
13. O processo de recuperação da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado é influenciado por múltiplos fatores que podem ser intrínsecos ou extrínsecos à pessoa.
14. O modelo de conceção de cuidados implica:
 - a) A especificação dos dados iniciais sobre a capacidade de autocuidado e integração de dados relativos a focos de atenção de enfermagem centrados nas respostas humanas às transições (integração de domínios de atenção centrados nas propriedades e condições da transição no processo de conceção de cuidados: consciencialização, envolvimento, significados, crenças e atitudes, preparação e conhecimento).
 - b) A sistematização na explanação da conceção de cuidados, centrada nas respostas humanas às transições.
 - c) Um suporte de dados com integridade referencial entre diagnósticos, objetivos/resultados e intervenções de enfermagem.
 - d) Utilizar qualificadores que revelem a identificação de oportunidade de desenvolvimento e mestria que caracteriza o máximo de potencial de autonomia (potencial para adquirir, ou desenvolver, ou melhorar o conhecimento e/ou capacidade para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado).

- e) Integrar intervenções de enfermagem promotoras da autonomia da pessoa, potenciando a utilização de dispositivos de apoio adequados a cada pessoa.
- f) Monitorizar os padrões de resposta durante o processo de recuperação da autonomia, como uma estratégia para a gestão personalizada dos cuidados.
- g) Identificar indicadores de uma transição saudável: sentir-se ligado, interagir, confiança nas estratégias adaptativas utilizadas, mestria, Independência/ **Autonomia**.
- h) Identificar indicadores adicionais como: qualidade de vida; adaptação; capacidade funcional; auto atualização e transformação pessoal (Meleis et al., 2000).

Globalmente, este modelo de intervenção necessita de modelos operativos que contribuam para aproximar a abstração da teoria de enfermagem das necessidades práticas da prestação de cuidados, nomeadamente a Teoria do Autocuidado de Orem e a Teoria das Transições de Meleis. A evolução desta proposta deverá ter como sustentação o conhecimento formal em enfermagem disponível, que permita uma abordagem mais profissional, mais baseada em evidências e mais sistematizada, quando focada nas respostas humanas às transições.

6.2. Um modelo de intervenção de enfermagem

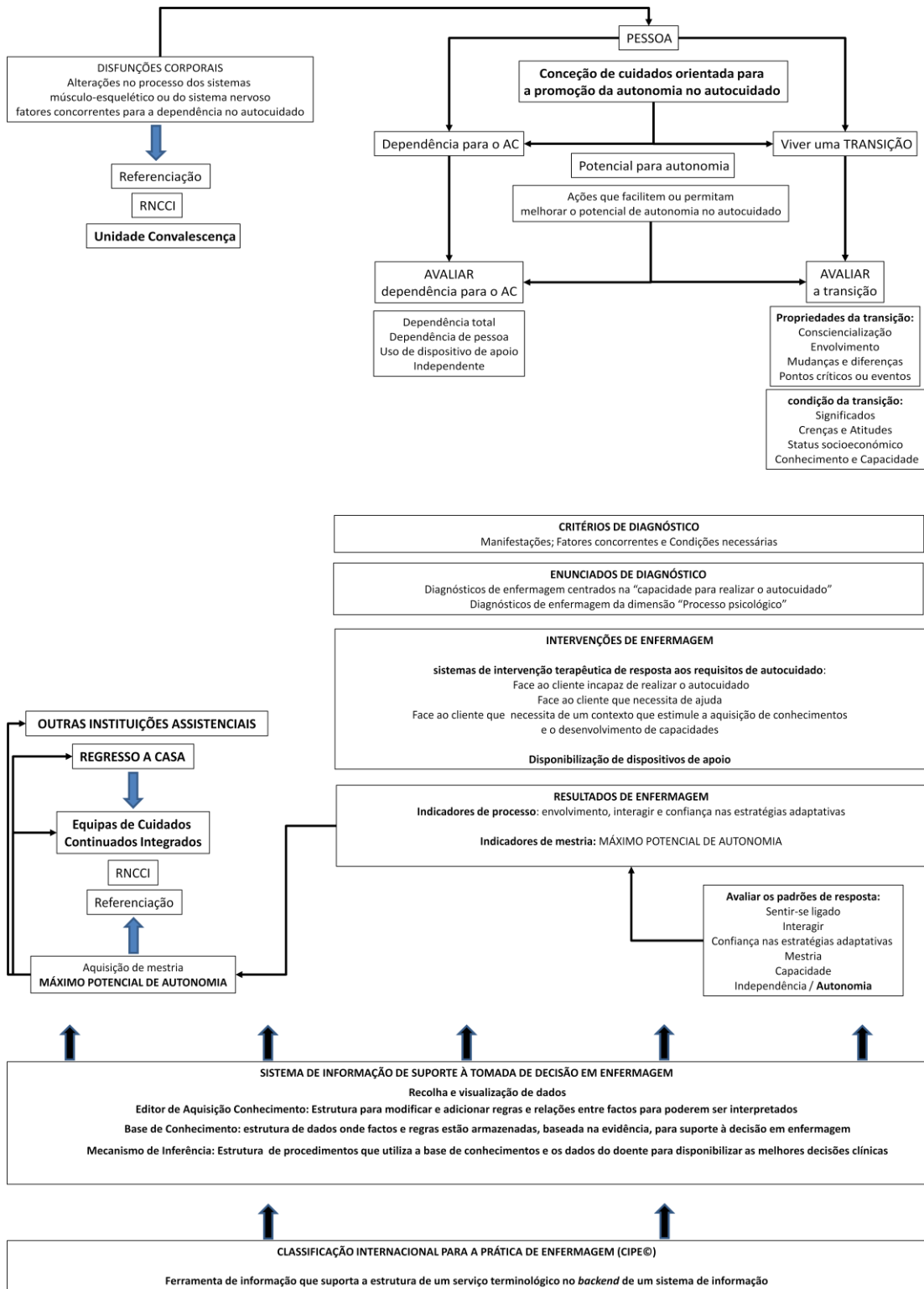
A capacidade da IA para a resolução de problemas práticos em contexto real e o seu contributo para o desenvolvimento de conhecimento novo tornou-se um processo adequado à génese de um modelo de intervenção na ação dos enfermeiros, promotor da autonomia para o autocuidado. Este percurso de investigação permitiu: estruturar a ação profissional de forma a promover a autonomia da pessoa dependente para o autocuidado, tendo por base o seu potencial de recuperação e desenvolver um conhecimento empírico que pretende conduzir a prática profissional, orientada por modelos conceptuais (Teoria do autocuidado de Orem e Teoria das transições de Meleis), tornando-a progressivamente mais significativa para as pessoas. Deste modo, a estruturação dos dados resultantes da investigação, apresentados nos capítulos anteriores, tornou possível elaborar um esquema explicativo de relação

entre conceitos e critérios que determinam o contributo deste trabalho para um **modelo de intervenção promotor da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado**. Esta proposta de intervenção contribui em certa medida para a diminuição do distanciamento atualmente verificado entre os modelos de exercício profissional em uso na prática e os modelos expostos na teoria de enfermagem.

Um modelo de orientação da prática incorpora um conjunto de conceitos específicos, organizados coerentemente e interrelacionados entre si, que constituem um marco de ajuda para os enfermeiros na conceção de cuidados, desenvolvendo-se em torno de uma estrutura que tem por base o pensamento crítico e a reflexão sobre a prática (Kèrouac, 1994). Este modelo permite aos enfermeiros compreenderem o que ocorre na prática e organizar de forma crítica essa informação, de modo a fundamentar a tomada de decisão que antecede a ação, no sentido da promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

Desta forma, e tendo como referência os pressupostos anteriormente apresentados, evoluímos para uma redução teórica que deu origem ao esquema representado na figura 8 e que permite orientar a ação dos enfermeiros centrada na promoção da autonomia para o autocuidado.

Figura 8 - Modelo de intervenção de enfermagem promotor da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado



A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que se constitui como um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. A RNCCI integra diferentes tipos de unidades de internamento, como o é caso da Unidade de Convalescença.

A Unidade de Convalescença tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos. Destina-se a internamentos com uma previsibilidade até 30 dias consecutivos, por cada admissão. Os critérios usuais de referenciação para esta tipologia de cuidados são os clientes dependentes no autocuidado, com necessidade de reabilitação funcional e treino das atividades básicas de autocuidado, com forte potencial de recuperação. A admissão para as unidades de convalescença é solicitada, preferencialmente, pela equipa de gestão de altas na decorrência de diagnóstico da condição de dependência.

Deste modo, as pessoas referenciadas para esta tipologia de cuidados são pessoas dependentes para o autocuidado, pois não conseguem iniciar e/ou terminar de forma autónoma todas as atividades de autocuidado que lhes permitam: tomar banho; vestir-se e despir-se; alimentar-se; cuidar da higiene pessoal; arranjar-se; ir ao sanitário; transferir-se; virar-se e mover-se em cadeira de rodas.

O diagnóstico de dependência para o autocuidado tem como fatores concorrentes o compromisso dos processos corporais, que se manifestam por alterações no processo do sistema músculo-esquelético e ou do sistema nervoso, associadas a determinadas condições de saúde/doença como: o equilíbrio diminuído; a parésia; a dispneia; a dor; o compromisso na mobilidade; a astenia; a confusão e a intolerância à atividade. A estes compromissos dos processos corporais, associa-se muitas vezes o

compromisso do processo psicológico que se manifesta por: cansaço; autoestima diminuída; autoeficácia diminuída; perda da esperança; angústia; ansiedade e preocupação. As manifestações da dimensão do processo psicológico centram-se e circunscrevem-se às emoções e atitudes que o cliente vivencia antes de dar início ao desenvolvimento de estratégias de *coping* (gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico, [ICN, 2001]), centradas na mudança e na diferença. Estas emoções e atitudes surgem muitas vezes associadas à perceção das mudanças que estão ou vão ocorrer e às incertezas face ao futuro.

As teorias de enfermagem que abordam o autocuidado pressupõem que a pessoa possui capacidades e habilidades que lhe permite realizar as atividades de autocuidado, no entanto, está condicionada por uma série de fatores intrínsecos e extrínsecos, como o estágio de desenvolvimento (face ao ciclo vital da pessoa), as condições culturais e económicas, o estado de saúde e os recursos disponibilizados.

O autocuidado representa um conceito central na definição conceptual da Enfermagem, e por força de razão do exercício profissional dos enfermeiros, é um conceito referencial deste trabalho. Por conseguinte, a necessidade de promover a autonomia da pessoa dependente para o autocuidado, estimulando-a para uma mudança significativa do seu modo de vida e para uma aprendizagem com recurso a estratégias adaptativas, são ações que podem ser facilitadas pelos enfermeiros.

Quando as capacidades para o autocuidado estão afetadas, são necessárias ações que facilitem ou permitam o controlo dessas limitações ou incapacidades. A pessoa dependente durante o processo de recuperação da autonomia sofre influência de múltiplos fatores que podem ser intrínsecos ou extrínsecos e facilitar ou inibir esse processo. Deste modo, a promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado assenta numa estratégia processual, estruturante e dinamizadora da prestação de cuidados num modelo integrado e orientado para o cliente e para os resultados.

A passagem da condição de independente para a de dependente para o autocuidado traduz uma mudança na vida da pessoa que origina uma transição (Meleis, 2000). Assim, a pessoa que foi referenciada para a Unidade de Convalescença da RNCCI vivencia uma transição situacional de saúde/doença. As transições são complexas e

multidimensionais, apresentando propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo, os pontos críticos e os eventos (Meleis et al., 2000).

A conceção de cuidados, orientada para a promoção da autonomia para o autocuidado, tendo por base o potencial de recuperação da pessoa, requer dados que caracterizem a manifestação da dependência para o autocuidado e as condições necessárias à determinação do potencial de recuperação. Deste modo, a intenção dos enfermeiros, no momento da admissão da pessoa dependente na Unidade de Convalescença, deve estar sobretudo centrada em atividades de avaliação que lhes permita obter dados para identificar focos de atenção de enfermagem que traduzam manifestações/condições necessárias, no sentido de planejar oportunidades para adquirir, desenvolver ou melhorar o conhecimento e a capacidade da pessoa para lidar com a situação de saúde/doença.

Os dados iniciais, os diagnósticos de enfermagem, os objetivos e as intervenções de enfermagem constituem os itens de informação característicos para a sistematização da explanação da conceção de cuidados, centrada na promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

Avaliar a condição da dependência da pessoa

Ao longo do percurso de IA ficou clara a necessidade de avaliação da capacidade da pessoa para realizar as atividades de autocuidado. Para isso, torna-se necessário o recurso a instrumentos de recolha de dados, que sistematizem o volume essencial para o estabelecimento de critérios de diagnóstico. Neste estudo foi utilizado o IADA (Duque, 2009), instrumento que caracteriza os domínios de autocuidado: “tomar banho”; “vestir-se ou despir-se”; “alimentar-se”; “arranjar-se”; “cuidar de higiene pessoal”; “autoelevar”; “usar o sanitário”; “transferir-se”; “virar-se” e “usar a cadeira de rodas”, em atividades de autocuidado. Com a sua utilização, torna-se possível, para cada domínio do autocuidado, identificar a forma como a pessoa realiza essas atividades, nomeadamente, se é independente, se usa dispositivos de apoio, se necessita de ajuda de pessoa ou se é totalmente dependente de pessoa, caracterizando desta forma a dependência para o autocuidado, uma vez que a conceção de cuidados,

orientada no sentido da promoção da autonomia para autocuidado requer dados que caracterizem a manifestação da dependência/independência para o autocuidado.

Para uma melhor compreensão do contexto de dependência para o autocuidado torna-se necessário atender à identificação dos eventos geradores de dependência que estão na base da referenciação de clientes para as Unidades de Convalescença, nomeadamente as cirurgias osteoarticulares, tais como a artoplastia total ou parcial da anca e do joelho e a osteossíntese trocantérica ou subtrocantérica, o acidente vascular cerebral e os síndromes de desuso por internamentos mais prolongados em hospital de agudo. Como referimos anteriormente, não é suficiente, só por si, identificar a dependência para o autocuidado, o compromisso dos processos corporais (nomeadamente: a dispneia; a paresia; a dor; o equilíbrio corporal diminuído; a confusão; a intolerância à atividade entre outros) também são condições de saúde concorrentes da dependência para o autocuidado.

Avaliar a transição saúde/doença

A pessoa que foi referenciada para a Unidade de Convalescença, após um evento crítico que lhe provocou a passagem da condição de independente para dependente para o autocuidado, está a vivenciar uma transição situacional de saúde /doença. A transição, segundo Chick e Meleis (1986, p.239), é “a passagem de uma fase da vida, condição, ou *status* para outro (...), refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a percepção da alteração e os padrões de resposta”.

Como nos refere Meleis (2005, p.107), “... O ser humano com necessidades específicas que está em constante interação com o meio envolvente e que tem a capacidade de se adaptar às suas mudanças mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio” que coloca as pessoas na iminência de uma transição para a qual é necessário consciencialização, *empowerment*, controlo e mestria na vida. Deste modo, verifica-se que o conceito de transição acomoda simultaneamente a continuidade e descontinuidade dos processos de vida.

Por isso, torna-se necessário conhecer e descrever aspectos da natureza da transição (pontos críticos, consciencialização, mudanças e diferenças e envolvimento), a que se associam as condições que facilitam ou dificultam as transições e que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e as consequências da transição: pessoais (significados, crenças e atitudes, status socioeconómico, a preparação e o conhecimento), da comunidade e da sociedade (Meleis et al., 2000).

Avaliar os focos de atenção dos enfermeiros centrados nas respostas humanas às transições:

A *consciencialização* está relacionada com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição. O nível de consciencialização reflete-se, muitas vezes, no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos, as respostas esperadas e as perceções das pessoas que vivenciam transições semelhantes (Meleis et al., 2000).

A consciencialização face às mudanças e diferenças, resultantes da dependência para o autocuidado, pode situar-se em duas categorias distintas: facilitadora ou inibidora. A consciencialização é facilitadora do processo de recuperação, quando a pessoa dependente reconhece o que aconteceu na sua vida e identifica as mudanças e as diferenças de desempenho nas atividades de autocuidado, decorrentes da atual condição de saúde. Reconhece a necessidade de desenvolver conhecimento e adquirir capacidade, sobre estratégias adaptativas no autocuidado, promovendo assim a mudança, pelo que é essencial conhecer e descrever os efeitos e significados da mudança, para compreender plenamente o processo de transição.

Segundo Meleis et al. (2000), as dimensões da mudança incluem a natureza, a temporalidade, a importância ou gravidade atribuída, e as expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos, ruptura nas relações, rotinas, ideias, perceções e identidades e tem como propriedade associada a diferença. Esta por sua vez está relacionada com a divergência de expectativas e de sentimentos. Por isso, se a pessoa dependente não reconhece as mudanças e as diferenças, inerentes à experiência de transição, revela uma consciencialização dificultadora para uma transição saudável, porque numa

experiência de transição é suposto existir algum grau de consciencialização acerca das mudanças que estão a ocorrer.

Salientamos também o facto de muitas vezes a consciencialização da pessoa face às mudanças e diferenças, decorrentes da dependência para o autocuidado, não se desenvolverem de um dia para o outro, ou seja, a pessoa vai-se consciencializando à medida que vai vivenciando a transição e identificando os défices no autocuidado e a necessidade de mudança. As transições ocorrem num intervalo que se prolonga desde as evidencias iniciais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por períodos de instabilidade, confusão e stress até a um eventual fim, em que é atingida novamente a estabilidade (Bridges 2003).

A atitude face às mudanças decorrentes da dependência para o autocuidado centra-se nas expectativas e nos significados que a pessoa atribui, ou seja, como está a pessoa a lidar e a reagir à situação de dependência. Ao longo do processo de transição, a pessoa, face ao evento crítico, dependência para o autocuidado, terá de fazer reajustes na rotina/atividades de vida diária, mudanças económicas, profissionais e familiares.

A atitude enquanto modelo mental e opinião, relacionada com a avaliação da pessoa face à nova condição de saúde, pode ter uma associação negativa ou positiva sobre o seu comportamento. Deste modo, a base cognitiva das atitudes, isto é, a informação que o indivíduo tem a respeito de um determinado objeto ou situação, orienta a sua opinião. Contudo, a atitude da pessoa estrutura-se, quer a partir das informações que lhe são relevantes, quer de experiências vividas, quer das suas crenças pessoais. Neste sentido, os significados, as crenças e as atitudes atribuídas aos eventos que desencadeiam a transição e o processo de transição, poderão facilitar ou dificultar uma transição saudável.

Deste modo, *a atitude face às mudanças* decorrentes da dependência para o autocuidado é identificada como facilitadora quando a pessoa expressa um desejo de procurar um nível mais elevado de bem-estar no autocuidado, de aumentar o conhecimento e a capacidade para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado e, ainda, aumentar a responsabilidade no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado, revelando envolvimento no processo de recuperação, pois os exemplos

de envolvimento são a procura de informação, recurso a modelos e preparação ativa e pró-ativa na modificação das atividades (Meleis et al., 2000), salienta-se, ainda, que o nível de consciencialização influencia a procura de informação e o nível de envolvimento no processo de transição, pois a pessoa só pode envolver-se depois de ter noção da mudança.

A *autoeficácia* é a capacidade que a pessoa percebe possuir para levar a cabo as atividades de autocuidado. A percepção da autoeficácia positiva tem como características definidoras a expressão de confiança, por parte da pessoa dependente, na sua capacidade de desempenho das atividades de autocuidado e o demonstrar de convicção na realização dessas mesmas atividades. Caso contrário, a pessoa apresenta uma autoconfiança diminuída e tende a não iniciar de forma autónoma essas atividades, aspeto que lhe reduz de algum modo o potencial de recuperação.

A autoeficácia percebida é definida como a crença própria sobre as capacidades de desempenho das atividades de autocuidado de forma autónoma. Esta crença determina como a pessoa se sente, pensa, motiva e comporta, através de quatro processos: o cognitivo, o motivacional, o afetivo e o de capacidade seletiva. Deste modo, a crença de autoeficácia pode ser desenvolvida através da influência de diferentes experiências vivenciadas: a experiência de mestria; a experiência de vicariante; a persuasão social; e os estados fisiológicos e emocionais (Bandura, 1982).

A experiência de mestria reflete a experiência direta vivenciada que, no caso da pessoa dependente, está relacionada com a aquisição de estratégias adaptativas que possibilitam o sucesso de desempenho das atividades de autocuidado, contribuindo para a solidez de uma forte crença de eficácia pessoal que favorece a atitude e o envolvimento no processo de recuperação da autonomia.

A experiência vicariante, ou por modelagem social, ocorre pela semelhança reconhecida com modelos, ou seja, a convivência com pessoas em circunstâncias semelhantes levam a pessoa dependente a pensar que se os outros conseguem, elas também conseguirão. Este tipo de fonte de autoeficácia é a justificação para a importância dos grupos de pares. No entanto, quanto menor for a semelhança, menor a identificação com o modelo e menos eficaz é a experiência.

A persuasão social, embora por si só possa ser limitada na aquisição de autoeficácia, muitas vezes está sobretudo relacionada com a persuasão verbal. Neste sentido, torna-se necessário que os profissionais de saúde promovam intervenções no domínio do elogiar, encorajar e incentivar a pessoa com dependência para o autocuidado, durante todo o processo de recuperação, de modo a facilitar o mobilizar de esforços e perseverança para que esta possa vir a atingir os objetivos delineados. Por outro lado, Bandura (1982, 1986) salienta que, pelo contrário, as pessoas que são desencorajadas e se convencem que têm poucas potencialidades tendem a evitar mudanças e a desistir facilmente face às dificuldades. Persuasões positivas podem encorajar e capacitar a pessoa, enquanto persuasões negativas tendem a diminuir a crença de autoeficácia.

Os estados físicos e emocionais influenciam a crença de maior ou menor vulnerabilidade, pela interpretação da situação. Situações de stresse, fadiga ou debilidade física podem ser interpretadas pela pessoa como situações de fragilidade, diminuindo a perceção de autoeficácia.

A volição é um processo psicológico segundo o qual a pessoa cria um modelo mental que integra as suas orientações e opiniões acerca dos assuntos e escolhas conscientes, ou seja, está relacionada com a disposição da pessoa e a sua escolha consciente em participar nas atividades de autocuidado. Este é um conceito que assenta no pressuposto da vontade do próprio em estabelecer concordância entre o comportamento adotado e o recomendado pelos profissionais de saúde. Assim, a volição para o autocuidado é definida pela disposição e iniciativa demonstrada pela pessoa em participar nas atividades que concretizam o autocuidado, a disponibilidade demonstrada em adquirir capacidade para realizar as atividades de autocuidado e a procura de informação que lhe permita fazer escolhas fundamentadas e orientadas para o seu bem-estar.

O conhecimento e as capacidades. A preparação e os conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição e as estratégias a utilizar na gestão da situação

facilitam a experiência da transição. O conhecimento³² dos clientes sobre a situação de saúde³³ resulta em grande parte, da aprendizagem promovida pelos profissionais de saúde face a uma necessidade em cuidados. Neste sentido, justifica-se avaliar o conhecimento e a capacidade sobre estratégias adaptativas específicas para cada domínio do autocuidado, que permitam planejar oportunidades de desenvolvimento e ou aquisição de novas aprendizagens. O conhecimento necessário para a pessoa que vivencia uma transição do tipo saúde/doença (dependência para o autocuidado) deve englobar o conhecimento sobre o processo de doença e as suas consequências nos processos corporais, nomeadamente sobre aqueles que podem apresentar exacerbação das respostas corporais durante o processo de recuperação.

Nesta dimensão, pretendemos compreender o nível de preparação e conhecimento e o potencial para adquirir, desenvolver ou melhorar o conhecimento e/ou capacidades da pessoa para utilizar as estratégias adaptativas que lhe permitam desenvolver atividades de autocuidado de forma autónoma, facto que se torna muito importante, na medida em que o grau de preparação e conhecimento influencia o grau de envolvimento da pessoa dependente para fazer frente a este evento crítico (dependência para o autocuidado). No entanto, é necessário que a pessoa se sinta preparada ou disponível para este progresso.

Dimensionar o conhecimento é difícil dado que engloba muitos aspetos para os quais não existem instrumentos, ou estes manifestam-se insuficientes, devido à natureza específica no domínio do défice de autocuidado e do elevado número de variáveis possíveis dentro do conhecimento. Além disso, o dimensionamento só é possível face a uma intencionalidade, pelo que, no domínio do desenvolvimento do potencial de autonomia face à dependência no autocuidado, consideramos o conhecimento e a capacidade, adquirido e melhorada, respetivamente, quando a pessoa é capaz de identificar, descrever e utilizar as estratégias adaptativas

³² Conhecimento- Status: conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação (ICN, 2011, p.45).

³³ Saúde – Status: processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade (ICN, 2011, p.73).

transmitidas pelos enfermeiros no sentido da recuperação do máximo potencial de autonomia. Assim, é da responsabilidade do enfermeiro disponibilizar informação relevante para o processo de recuperação e permitir a partilha de toda esta informação com a pessoa, possibilitando o questionamento, o treino e as respostas mútuas. A partilha de informação é um indicador de qualidade dos cuidados, favorece o *empowerment*, é reconhecido como um elemento da ação profissional da enfermagem e é um indicador de processo da transição “capacidade de interação com os profissionais de saúde”.

A conceção de cuidados, orientada para a promoção da autonomia para o autocuidado, requer dados que caracterizem a manifestação do potencial de desenvolvimento da pessoa dependente. Neste sentido, as respostas humanas à transição são características necessárias para definir o potencial de recuperação da pessoa dependente para o autocuidado.

Os diagnósticos de enfermagem

Os enunciados de diagnóstico devem ser claramente sustentados nos dados decorrentes das atividades de avaliação, pelo que, a relação entre dados e diagnósticos deve ser portadora de integridade referencial, que é a relação adequada e detentora de sentido entre dados de diferentes campos de informação (Silva, 2011).

A precisão e a relevância de um plano de cuidados está dependente da qualidade do processo de diagnóstico, pelo que o raciocínio diagnóstico deve ser realizado por etapas, tendo por base os princípios potenciadores de maior rigor do processo diagnóstico. Deste modo, é possível obter tomadas de decisão dos enfermeiros com elevado grau de certeza.

Segundo Alfaro (2005), são etapas do raciocínio diagnóstico: a análise de dados; o esboço mental de inferências diagnósticas; a especificação dos diagnósticos validados; a nomeação dos diagnósticos de enfermagem com os seus descritores específicos/dimensões, o fundamentar os diagnósticos com evidências e o verificar a coerência dos diagnósticos a partir dos dados utilizados.

Diagnósticos de enfermagem centrados na “capacidade para realizar o autocuidado”:

A capacidade para o autocuidado refere a capacidade da pessoa que lhe permite tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária (ICN, 2011). Após um evento crítico gerador de dependência para o autocuidado, a necessidade de cuidado é determinada pelo compromisso dos requisitos necessários para o autocuidado, e varia na sua composição, complexidade e estabilidade, de acordo com os requisitos que lhe deram origem. A dependência para o autocuidado surge entre a capacidade de ação do indivíduo e as suas necessidades. Desta forma, a dependência de pessoa refere-se a uma relação entre as ações que as pessoas deveriam desenvolver e aquelas que têm capacidade de desenvolver, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

A dependência para o autocuidado pode ser identificada como total ou parcial. Assim, a dependência total implica a ausência de capacidade para satisfazer as necessidades de autocuidado, e a dependência parcial refere a incapacidade de satisfazer alguma, ou algumas das necessidades de autocuidado.

Deste modo, os enunciados de diagnóstico/resultado de enfermagem, centrados na capacidade para o autocuidado, requerem uma especificação de dados iniciais que permitam identificar as manifestações/características definidoras e os fatores concorrentes. Para além disso, o juízo de diagnóstico atribuído deve ter por base o desenvolvimento de competências anteriormente adquiridas ou previamente iniciadas, na perspetiva da vivência de uma transição saudável, ou seja, o juízo de diagnóstico deverá centrar-se no potencial de desenvolvimento de competências para o autocuidado.

Os diagnósticos de enfermagem da dimensão “Processo psicológico”

O processo de recuperação da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado é influenciado pelas respostas humanas à transição face à dependência no autocuidado. Por isso, promover a autonomia da pessoa dependente implica uma especificação de dados que permitam identificar as condições da pessoa centradas nas respostas

humanas às transições. Deste modo, as dimensões de dados iniciais mais relevantes, nesta perspectiva das respostas humanas às transições, centram-se no “Processo Psicológico” (domínios de atenção centrados nas propriedades e condições da transição: consciencialização, envolvimento, significados, crenças e atitudes, preparação e conhecimento).

As intervenções de enfermagem

O Planeamento das intervenções de enfermagem é feito em função dos critérios de resultado pretendidos e das respostas aos requisitos de autocuidado. Neste sentido, o modelo é suportado pelos três sistemas de intervenção terapêutica no sentido de dar resposta aos requisitos de autocuidado (Orem, 2001): o sistema totalmente compensatório, face ao cliente incapaz de realizar as suas atividades de autocuidado; o sistema parcialmente compensatório; e o sistema educativo e de suporte, face ao qual o enfermeiro auxilia o cliente proporcionando-lhe um contexto que estimule o desenvolvimento de capacidades no sentido de se tornar um agente ativo no autocuidado.

Assim, face ao cliente incapaz de realizar o autocuidado, o sistema de intervenção de enfermagem deve centrar-se num sistema totalmente compensatório, pois a pessoa é incapaz de manter um papel ativo nas ações do autocuidado, ela necessita que todos os cuidados sejam assumidos pelo enfermeiro. Deste modo, as intervenções de enfermagem a implementar serão do domínio de ação do Executar (desempenhar uma tarefa técnica, ICN, 2011), como por exemplo: dar banho e vestir e despir.

As intervenções de enfermagem de acordo com um sistema parcialmente compensatório, capazes de dar respostas aos requisitos de autocuidado do cliente que necessita de ajuda para as atividades de autocuidado, serão do domínio de ação do Atender, como por exemplo: facilitar a atitude para a mudança no autocuidado; promover autoeficácia positiva para as atividades de autocuidado; promover a força de vontade; facilitar a consciencialização das mudanças no autocuidado; incentivar para o autocuidado; elogiar comportamentos de autocuidado; assistir no autocuidado.

O sistema educativo e de suporte é um sistema de intervenção dos enfermeiros com relevância na promoção da autonomia para o autocuidado, pois permite a

oportunidade de adquirir, desenvolver ou melhorar o conhecimento e a capacidade da pessoa para as atividades de autocuidado, tornando-a agente ativo do seu processo de recuperação da autonomia. Por conseguinte, as intervenções dos enfermeiros serão do domínio de ação do Informar e do Gerir, como por exemplo: ensinar estratégias adaptativas no autocuidado; instruir estratégias adaptativas no autocuidado; treinar estratégias adaptativas no autocuidado; providenciar dispositivos de apoio.

As pessoas dependentes que vivenciam um processo de recuperação da autonomia para o autocuidado apresentam potencial de desenvolvimento de competências diferentes. Este poderá ser influenciado pelo padrão de respostas à situação de dependência no domínio da atitude e comportamento desenvolvidos, pelo que as intervenções de enfermagem devem ser sensíveis a estas diferenças e traduzir esta necessidade, na forma e na intensidade do acompanhamento.

Neste estudo, entendemos que o tempo é uma variável essencial para: definir a qualidade do envolvimento e de interação da pessoa; a confiança nas estratégias adaptativas adotadas e a mestria para o autocuidado, sendo o ritmo do processo de recuperação da autonomia definido por variáveis individuais e contextuais. Por isso, a atuação profissional pode influenciar esse ritmo ao intervir ao nível individual (no conhecimento e no desenvolvimento de habilidades), mas também ao nível contextual, enquanto suporte.

As intervenções de enfermagem promotoras da autonomia para o autocuidado assentam numa base de avaliação contínua ao longo de todo o processo, em que o plano de cuidados evolui de acordo com o movimento da transição. A identificação dos indicadores de processo é fundamental para definir o sentido da transição saudável.

Os resultados de enfermagem

Um domínio central da Teoria das Transições consiste nos padrões de resposta que podem ser de dois tipos: indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo (comportamentos observáveis da pessoa) incluem: o sentir-se e estar ligado, qualidade de interação desenvolvida, estar situado e desenvolver confiança nas estratégias adaptativas adotadas (Meleis et al.,2000). Estes indicadores

permitem traduzir a evolução do processo de transição no sentido do máximo potencial de recuperação de autonomia adquirido e ou desenvolvido pela pessoa.

A necessidade de estar ligado aos outros é fundamental para que a transição possa suceder, nomeadamente com os profissionais de saúde e manifesta-se no poder fazer questões e esclarecer dúvidas ao longo de todo o processo de recuperação, tornando-se um indicador importante de uma experiência positiva (Meleis et al., 2000).

Neste sentido, o estar situado traduz aceitação da atual condição de saúde, que permite à pessoa dependente para o autocuidado desenvolver e aumentar os níveis de autoconfiança nas estratégias adaptativas adotadas e, deste modo, realizar as atividades de autocuidado autonomamente, levando-a a adaptar-se à nova condição de saúde.

A comparação da vida anterior com a atual e o descobrir de novos significados e percepções facilita o aceitar da nova condição de saúde. Assim, o sentir-se situado vai depender da harmonia entre a realidade e a percepção, das expectativas e da consciencialização que a pessoa tem da sua própria situação e do modo como está a lidar com a mudança e a diferença.

Os indicadores de resultado anunciam os resultados em função do que é suposto permitem, por um lado, identificar o final da transição e, por outro, avaliar a evolução do desenvolvimento de competências, comparando com os resultados finais estabelecidos.

A noção *de mestria* é um indicador de resultado e resulta de uma combinação do incorporar de capacidades desenvolvidas durante o processo de transição com a reformulação das capacidades anteriormente presentes, levando ao desenvolvimento de um equilíbrio nas relações de capacidade da pessoa (Meleis et al., 2000). Assim, o fim da transição é determinado a partir do momento em que a pessoa evidencia domínio dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar com a nova condição de saúde.

Tornar-se independente/autónomo é outro indicador de resultado e implica integrar novos comportamentos, experiências e competências que transformam a identidade da pessoa, ou seja, a integração de novas competências e novos conhecimentos que

permitirão à pessoa ultrapassar a transição vivenciada, o que exige um reajuste entre a pessoa e o contexto em que se integra.

O regresso a casa

A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais, organizando-se a nível regional e local. A alta de Unidade de Convalescência poderá implicar o regresso a casa, situação mais frequente após esta fase de recuperação funcional da pessoa dependente, embora, como verificamos ao longo do nosso percurso de investigação, também se observem casos de utilização de outras unidades de internamento, face à necessidade de continuidade de cuidados em unidades de média ou longa duração, onde o prolongamento temporário na Unidade de Convalescência não é a solução adequada. Paralelamente, assistimos à utilização de outros serviços comunitários de proximidade, como por exemplo, os lares de apoio. Contudo, é expectável que, após um internamento numa unidade de convalescência com sucesso, a pessoa regresse a casa, podendo ou não ser referenciada para uma equipa de Cuidados Continuados na comunidade e usufruir de apoio de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

É, neste sentido, que existem programas de apoio ao desenvolvimento social. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados constituída por um conjunto de Instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto poderão dar apoio a pessoas que estejam em situação de dependência e necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social no domicílio ou em instalações próprias.

O regresso a casa após o internamento na Unidade de Convalescência não foi uma área abordada nesta investigação, embora tenhamos presente a sua importância no sentido de manter os níveis de autonomia para o autocuidado da pessoa no domicílio. Por isso, a Unidade Convalescência também é o contexto privilegiado para o iniciar de orientações centradas na reformulação do domicílio, de acordo com a condição da pessoa. As diferenças que existem entre as condições da Unidade de Convalescência e

do domicílio são muitas, por isso só após o regresso a casa é que as pessoas terão a verdadeira noção da realidade, pois, por muito sistematizada que seja a preparação do regresso a casa, durante o internamento nas unidades de convalescença, as reais necessidades com que o cliente e os familiares se depararam só em contexto de domicílio podem ser caracterizadas e posteriormente minimizadas. Por isso, em muitos contextos também deverá ser reforçado o desenvolvimento de competências do prestador de cuidados necessárias para o suporte à pessoa dependente que regressa a casa (seja ele membro da família ou outra pessoa significativa).

A continuidade na assistência no domicílio, no sentido da aquisição do máximo potencial de autonomia da pessoa, ou no sentido da mestria para o desempenho do papel de prestador de cuidados, poderá ser garantida através da referenciação para as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da RNCCI.

As ECCI são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei nº101/2006 – Artigo 27º). Estas equipas têm como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional.

No entanto, outras instituições assistenciais podem ser utilizadas como recurso para a continuidade de cuidados das pessoas que por algum motivo mantiveram a dependência no autocuidado no momento da alta da unidade e por isso não podem ou não querem regressar ao domicílio.

O sistema de informação de suporte à tomada de decisão em enfermagem

Ao longo do nosso percurso de investigação ficou também evidente que um sistema de informação de suporte à tomada de decisão em enfermagem constitui um recurso

importante no desenvolvimento do modelo de intervenção promotor da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado.

Os sistemas de informação em enfermagem são subsistemas integrados em sistemas mais amplos de informação em saúde. Atualmente, tem-se verificado uma permanente evolução dos sistemas de cuidados de saúde, que são influenciados por múltiplas mudanças, o que torna inevitável a necessidade de ter disponíveis sistemas de informação capazes de se configurarem como instrumentos promotores de uma utilização da informação centrada na qualidade e otimização dos processos de gestão.

A utilidade da informação está relacionada com a possibilidade de acesso a essa mesma informação, ou seja, no momento e no local em que é necessária e deverá ser específica para cada situação concreta. Para isso, torna-se fundamental a existência de sistemas de informação sistematizados que permitam gerir a informação produzida como expressão adequada da prática clínica. Neste sentido, o grande desafio para os enfermeiros encontra-se centrado no processo de recolha e transformação de “dados em informação” e “informação em conhecimento”, minimizando as interferências existentes nesse processo de transformação (Sousa, 2006).

Neste sentido, a utilização de sistemas de apoio à decisão dos enfermeiros poderão ter grande impacto na qualidade dos cuidados prestados, através do desenvolvimento de aplicações onde estarão armazenadas estruturas de dados e de regras que suportam uma tomada de decisão baseada na evidência. O processo de tomada de decisão é um exercício constante da prática de enfermagem. Para a melhoria dos processos de tomada de decisão, é necessário a disponibilização da informação útil à decisão (baseados na melhor evidência). Esta estratégia reduz as variações na qualidade dos cuidados prestados, permite assegurar maior rapidez e facilidade no acesso à informação e assegurar o acesso a informação consolidada e credível de forma controlada.

O fluxo de informação pode-se tornar muito mais intuitivo e lógico, dado existir uma maior capacidade para seleccionar, organizar e processar a informação relevante a uma tomada de decisão. Este processo facilita a tomada de decisão, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento de cada profissional pela informação que

integra em si mesmo, garantindo o aumento da qualidade dos cuidados prestados e a redução do tempo despendido com o processo de documentação.

O potencial associado à criação de sistemas de informação de suporte à tomada de decisão dos enfermeiros está associado ao facto de estes permitirem trazer um domínio de informação disponível, de modo a poder gerar recomendações específicas de acordo com dados clínicos do cliente. Têm uma capacidade que possibilita selecionar, organizar e processar a informação tendo por base a integridade referencial dos dados documentados, resultante do processo de sistematização da documentação. Possuem uma estrutura de dados onde factos e regras estão armazenados para serem utilizados em decisões terapêuticas numa possível resolução da necessidade dos clientes. Para além disso constituem um meio onde estão sustentados os cuidados prestados e um recurso facilitador de uma prática clínica mais sistematizada.

O sistema de apoio à tomada de decisão utilizado tem como regra interna estabelecida na sua estrutura a possibilidade de associação de dados provenientes de diferentes campos de informação. Este é um aspeto estrutural que facilita o mecanismo de inferência, ou seja, é possível operar sobre uma base de conhecimento e de dados do cliente para fazer inferência sobre a melhor forma de gestão do caso clínico, através da análise e exploração dos dados que permitem inferir os resultados de enfermagem e as relações destes com a natureza das intervenções implementadas. No entanto, é importante salientar que este sistema informático é utilizado pelos enfermeiros como uma ferramenta para suportar e não para substituir o seu julgamento clínico. Verificamos também que o sistema de apoio à tomada de decisão constitui um suporte à comunicação entre os enfermeiros e os restantes elementos da equipa.

A parametrização dos conteúdos que realizamos para a Unidade de Convalescença constitui uma dimensão essencial associada ao modelo de dados anteriormente desenvolvido. Este aspeto refere-se ao processo de incorporação e adequação dos principais itens de informação que passaram a fazer parte dos conteúdos que sustentam o *backend* do sistema da Unidade de Convalescença. Este trabalho de parametrização caracterizou-se por grande dinamismo e

mutabilidade e decorreu das necessidades dos enfermeiros desta unidade. Para isso, procedemos igualmente à associação de intervenções de enfermagem específicas para cada diagnóstico de enfermagem. Desta forma, tornou-se possível a explicitação da organização das intervenções de enfermagem a implementar (e atividades que as concretizam) e as regras de integridade referencial entre dado(s), diagnóstico e intervenção de enfermagem.

Na sequência da reestruturação do sistema de informação em uso, mantivemos a orientação da Ordem dos Enfermeiros Portuguesa para a incorporação da CIPE® nos sistemas de apoio à tomada de decisão de Enfermagem. O consenso que se gerou à volta de CIPE® não deixou de ter em consideração o facto desta classificação de enfermagem, em 2005, ter sido proposta pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) para fazer parte do grupo de classificações aprovadas pela Organização Mundial de Saúde.

O recurso à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (*CIPE*®) para descrever alguns dos aspetos relevantes da conceção dos cuidados, utilizada pelos enfermeiros da Unidade de Convalescença, respondeu à necessidade de uma linguagem comum para a construção de enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, que suportam a estrutura terminológica no *backend* do sistema de informação de apoio à tomada de decisão destes profissionais. É evidente que dada a utilização da versão Beta 2 da *CIPE*®, sempre que se tornou possível, integramos, de acordo com a versão Beta 2, na construção dos enunciados diagnósticos, dos resultados e de intervenções de enfermagem, os critérios propostos pela *CIPE*® versão 2.0, procedendo à inclusão de alguns dos seus termos na linguagem utilizada para classificar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

A crescente preocupação que se tem verificado ultimamente nos enfermeiros, para o desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem, está associada à criação e à utilização da informação na garantia da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros e à utilização dos dados dos sistemas de informação em enfermagem para a garantia de qualidade dos cuidados e a formalização do conhecimento da disciplina de enfermagem.

6.3. Considerações finais

A disciplina de enfermagem possui um corpo de conhecimentos que servem de base ao exercício autónomo da profissão. É essa visão paradigmática da realidade que nos permite diferenciar o que é cuidado de enfermagem do restante conhecimento multidisciplinar.

O desenvolvimento deste modelo de intervenção de enfermagem promotor da autonomia da pessoa dependente, através do desenvolvimento da investigação-ação, tornou possível estudar o fenómeno e gerar conhecimento, como base científica para guiar a prática e assegurar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este percurso traduziu um momento de reflexão sobre os cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa dependente para o autocuidado referenciada para Unidades de Convalescença e quais os reflexos desses mesmos cuidados. Foi possível partir do “que os enfermeiros fazem e como fazem”, avançar para uma estratégia de reflexão “sobre a ação e na ação”, para gerar evidência através da **reflexão na ação** (que acontece no momento em que se realiza uma atividade e que influi sobre as decisões que se vão tomando no decurso da atividade profissional) e da **reflexão sobre a ação** (que tem um carácter retroativo, situando-nos de novo na atividade que realizamos para que se possa analisar o ocorrido).

Durante a última década, os conhecimentos em torno da importância dos processos de transição cresceram imenso. Aprendemos, sobretudo, a valorizar o papel das relações interpessoais em todos os aspetos da transição, bem como a qualidade dos espaços, onde as relações e todas as experiências acontecem.

O olhar que foi lançado sobre a realidade, o trabalho que foi feito e a orientação dentro da qual o mesmo foi realizado, posiciona a nossa investigação no paradigma construtivista que mostrou adequação face à natureza do que se pretendia conhecer, ao envolvimento do investigador e à subjetividade inerente ao processo de construção com os enfermeiros de um modelo de cuidados promotor da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado. Assumimos uma preocupação com a apreensão da experiência vivida pelos atores sociais, tomando como prioritária a compreensão e a apresentação de uma versão possível dos fenómenos, ao contrário

da explicação causal dos mesmos, ao mesmo tempo que fez sentido envolver, de forma ativa, na pesquisa o investigador e os enfermeiros do contexto de ação definido. Deste modo, investigador e participantes (enfermeiros) colaboraram na descoberta do conhecimento e dos caminhos que melhor se adequavam para alcançar a mudança desejada.

O modelo que resultou do processo de IA pretende identificar, descrever, explicar e prever alguns factos de interesse para a disciplina, partindo do fenómeno da dependência no autocuidado. Pretendíamos desenvolver conhecimento capaz de explicar e compreender a natureza dos aspetos de saúde relacionados com a dependência no autocuidado, porém, desenvolver também conhecimento capaz de orientar as práticas do cuidado de enfermagem. O modelo de cuidados desenvolvido oferece uma estrutura e uma organização do conhecimento e proporciona um meio sistemático de colher dados para descrever, explicar e prever a prática, facilitando deste modo o processo de conceção dos cuidados.

Começámos por definir um conjunto de questões de investigação, não com uma base efetiva para a decisão circunscrita, apenas à procura de evidências para responder a essas perguntas, mas antes como um passo preliminar do estudo que, a partir daí, pretendia evoluir para o desenvolvimento da prática de enfermagem. De acordo com o desenho do estudo e as estratégias usadas para a recolha de dados, foram emergindo resultados que analisámos, no sentido de encontrar as respostas às questões de investigação e às oportunidades de desenvolvimento do exercício profissional dos enfermeiros que foram aparecendo. A análise dos dados foi clarificando preposições teóricas, relações entre temas ou variáveis e as suas propriedades, e as construções teóricas resultantes foram posteriormente comparadas com a literatura existente. A combinação dos modelos e teorias existentes com os conceitos indutivamente gerados no contexto do estudo levou à descrição e explicação da estrutura, conteúdo e suporte do modelo de intervenção dos enfermeiros.

Fomos produzindo realidades específicas construídas localmente e o modelo de cuidados resultou da ação e fornece orientação para a ação, embora num âmbito estreito e limitado a um contexto e a uma população e campo específico da

prática de enfermagem em cuidados continuados. Consideramos assim tratar-se da construção de um modelo de orientação específico para esta situação da prática. Este constitui-se empiricamente válido, pois mostra-se relacionado com os dados obtidos e permitiu fortalecer os conceitos que emergiram do processo de análise. A identificação dos principais focos de atenção dos enfermeiros e a reflexão quanto aos juízos diagnósticos, intervenções e necessidades de definição de guias orientadores à implementação dessas intervenções, constituíram pretextos para refletir sobre as práticas e nas práticas encontrar os contextos para a mudança, gerar discussões sobre os cuidados de enfermagem e promover a autoidentificação de necessidades de formação.

A construção de padrões de documentação foi uma decisão precedida de um amplo espaço de reflexão e é uma característica do modelo desenvolvido que se caracteriza pela integridade referencial entre os dados recolhidos, através da atividade diagnóstica, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem, sustentando a tomada de decisão dos enfermeiros focalizada na promoção do máximo potencial de recuperação da pessoa dependente para o autocuidado.

Verificamos que para promover a autonomia da pessoa dependente para o autocuidado é necessário uma sistematização da abordagem profissional e incorporar mais teoria de enfermagem na conceção dos cuidados.

Esta abordagem, no sentido de desenvolver um modelo operativo capaz de orientar a prestação de cuidados e centrado na dependência no autocuidado, contribuiu para uma aproximação da teoria à prática, sustentando a intervenção do enfermeiro, como estratégia promotora da autonomia da pessoa dependente.

A realidade da prática que encontramos no início deste trabalho não espelhava a evidência dos modelos expostos para uma conceção de cuidados, centrada na promoção da autonomia para o autocuidado. Se, por um lado, o conceito de autocuidado e os fatores de influência na recuperação da autonomia para o autocuidado, com destaque para as respostas humanas à condição de dependência no autocuidado, estão amplamente difundidos na literatura; por outro lado, verifica-se que estes conhecimentos estão pouco divulgados na prática de enfermagem.

Muitas dúvidas ainda se colocam quando pretendemos compreender qual o potencial da pessoa dependente, capaz de promover a autonomia para o autocuidado, de que modo as respostas humanas à situação de dependência influenciam este potencial, que dados, que atividades de avaliação e que critérios devem os enfermeiros utilizar para a construção de um diagnóstico que espelhe a real condição de saúde da pessoa, durante o processo de transição face à dependência para o autocuidado. É ainda necessário desenvolver estratégias que facilitem as intervenções de enfermagem nos diferentes domínios de ação do enfermeiro, que promovam a autonomia das pessoas dependentes no autocuidado.

Deste modo, e conscientes de que os resultados do estudo não podem ser generalizados, sugerimos a sua replicação em outros contextos, para que as pessoas dependentes no autocuidado, internadas em unidades de promoção da autonomia possam obter mais ganhos em saúde decorrentes da ação dos enfermeiros. Sugerimos que o modelo de cuidado, promotor da autonomia para o autocuidado venha a ser progressivamente aperfeiçoado e outras dimensões possam vir a ser integradas, ampliando o foco da atenção do enfermeiro.

Os resultados desta investigação permitem-nos conhecer com maior detalhe e profundidade os aspetos que estão na base de um modelo de intervenção promotor da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado. Só assim se torna possível contribuir para que as pessoas internadas na Unidade de Convalescença obtenham mais ganhos em autonomia para o autocuidado decorrentes do domínio de ação dos enfermeiros. No entanto, a efetividade deste modelo deve passar por rentabilizar as intervenções dos enfermeiros no horizonte temporal de internamento para as unidades de convalescença. Para isso, urge repensar os critérios utilizados pelas equipas de referenciação para as unidades de internamento da RNCCI.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro-Lefevre, R. (2005). *Aplicação do processo de enfermagem. Promoção do cuidado colaborativo*. (5ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artemed

Almeida, A. (2009). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - Estudo exploratório no contexto domiciliar* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde; Universidade Católica Portuguesa.

Alves, M. C. O. (2012). *O Impacte da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica nas atividades de autocuidado* (Tese de Mestrado). Porto. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Anderson, R., & Funnell, M. (2010). Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79 (3), 277–282.

Anderson, R. M., & Funnell, M. M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*, 57 (2), 153-157.

Apóstolo, J. L. A., & Gameiro, M. G. H. (2005). Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: Uma análise crítica. *Referência*, II Série, (12), 29-38.

Apóstolo, J. L. A., (2012). Instrumentos para avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments). *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Recuperado de http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509.

Araujo, F., Ribeiro, P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.

Argyris, C., & Shön, D. (1982). *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. Jossey-Bass Publishers.

- Argyris, C. (1995). Action science and organizational learning. *Journal of Managerial Psychology*, 10 (6), 20-26.
- Argyris, C. e Schön, D. A. (1978). *Organizational learning: A theory of action perspective*. Reading Mass.: Addison-Wesley Publishing Company.
- Argyris, C., & Schon, D. A. (1996). *Organizational learning II: theory, method and practice*. Reading, Mass: Addison-Wesley Publishing Company.
- Astin, F., & Closs, S. J. (2007). Chronic disease management and self-care support for people living with long-term conditions: is the nursing workforce prepared? *Journal of Clinical Nursing*, 16 (7B), 105-106.
- Aujoulat, I, Hoore, W., & Deccache, A. (2006). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony?. *Patient Education and Counseling. Elsevier Ireland LTD*, 30, 1-8.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, Série III*, 8 (4), 199-204.
- Backman, K., & Henttinen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scand Journal Caring Sciences*, 15 (3), 195-202.
- Backman, K., & Henttinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (3), 564-572.
- Backman, K., Räsänen, P., & Kyngä, H. (2007). Development of an instrument to test the middle-range. *Scand J Caring Sci*, 21 (3), 397-405.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barthel, D.W., & Mahoney, F.I. (1965). Barthel Index. *Maryland Medicine Journal*, 14, 61-65.
- Baskerville, R. (1999). Investigating Information Systems With Action Research. *Communications of the Association for Information Systems*, 2 (19).
- Basto, M. L. (1998). *Da Intenção de Mudar à Mudança*. Lisboa: Rei dos Livros.

- Bastos, F. S. (2012). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa.
- Bernier, F. (2002). Applying Orem's Self-Care Deficit Theory of Nursing To Continence Care: Part 2. *Urologic Nursing*, 22 (6), 384-390.
- Blair, C. E. (1999). Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents. *Issues in Mental Health Nursing*, 20 (6), 559-570.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borg, C., Hallberg, I., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (5), 607-618.
- Bridges, W. (2004). *Transitions: Making sense of life's changes*. (2ª ed.). New York: Addison-Wesley.
- Johnston B, McGill M, Milligan S, McElroy D, Foster C., & Kearney N (2009). Self care and end of life care in advanced cancer: Literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 13 (5), 386-398.
- Brito, M. A. C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. Uma teoria explicativa*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saude do Porto, Universidade Católica Portuguesa.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochtermen, J. M. D.(2010). *NIC: classificação das intervenções de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Bull, M., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of advanced Nursing*, 35 (4), 571-581.
- Cainé, J. (2004). *A família como unidade de suporte em pessoas com enfarte agudo do miocárdio. Uma análise do seu desenvolvimento durante o seu processo de cuidados* (Tese de Mestrado), Instituto Ciências e Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

Callaghan, D. (2005). Healthy behaviors , self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *journal of community health nursing*. 22 (3), 169-178.

Callaghan, D. (2006). The influence of growth on spiritual self -care agency in an older adult population. *Journal of Gerontological Nursing*. Setembro, 43-51.

Cameron, J., Worrall-Carter, L., Page, P., & Stewart, S. (2010). Sel-care behaviours and heard failure : Does experience with symptoms really make a difference? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9 (2), 92-100.

Cancela, D. M. G. (2007). *O processo de envelhecimento*. (Relatório de estágio de complemento à licenciatura em Psicologia). Universidade Lusíada do Porto, Portugal. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

Carver, O. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.

Celich, K. L. S., & Galon, C. (2009). Dor crónica em idosos e sua influência nas actividades de vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Gerontologia*, 3 (12), 345-359.

Chang, S. (2009). Beliefs about Self-Care among Nursing Home Staff and Residents in Taiwan. *Geriatric Nursing*, 30 (2), 90-98.

Chang, S., Crogan, N., & Wung, S. (2007). The self-care self-efficacy enhancement program for chinese nursing home elders. *Geriatric Nursing*, 28, (1), 31-36.

Chapple, A., & Rogers, A. (1999). Self-care and its relevance to developing demand management strategies: a review of qualitative research. *Health & Social Care in the Community*, 7(6), 445-454.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. University of Pennsylvania: School of Nursing Departmental Papers. Recuperado de <http://repository.upenn.edu/nrs/9/>

Chou, F., & William, H. (2004). Linking HIV/AIDS Clients Self-care with Outcomes. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 15 (4), 58-67.

Circular Normativa n.º13, de 2 de Julho de 2004. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Direção-Geral da Saude*. Ministério da Saúde.

Circular Normativa nº 015/2010 de 14 de Dezembro de 2010. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. *Direção-Geral da Saude*. Ministério da Saúde.

Clark A. M., Freyberg, C. N., McAlister F. A., Tsuyuki T. R., Paul W. A. & Strain L. A. (2009). Patient and informal caregivers' knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective self-care. *European Journal of Heart Failure*. 11 (6), 617-621.

Collière, M. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros Portugêses.

Colombo, F., & Mercier, J. (2011). Help wanted! Balancing fair protection and financial sustainability. In Ageing and long-term care. *Eurohealth*. 17 (2-3), 3-6.

Colombo, F., Llena-Nozal, A. Mercier & J. Tjadens, F. (2011) Help Wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

Comas-Herrera, A., Wittenberg R., Costa-Font, J., Gori, C., Di Maio, A., Patxot C., Linda P., & Alessandro P. (2006). Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. *Ageing & Society*, 26, 285-302.

Committee, National Health. (2007). Meeting the needs of people with chronic conditions. National Advisory Committee on Health and Disability. New Zealand.

Fevereiro. Recuperado de <http://www.ccdhb.org.nz/planning/homecommunity/meeting-needs-chronic-conditions-feb07.pdf>

Correia, M. C. B. (2009). A Observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*. 13 (2), 30-36.

Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência: construção do cérebro consciente*. Lisboa: Temas e Debates.

Davies, P.M. (2008). *Hemiplegia . Tratamento para pacientes após Acidente vascular cerebral e outras lesões cerebrais* (2ª ed.). São Paulo- Brasil: Manole Ltda,

Davies, S. 2005. Meleis`s theory of nursing transitions and relatives`experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), 658-671.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho de 2006. *Diário da República n.º 109, I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei n.º 93/2009 de 16 de Abril de 2009. *Diário da República n.º 74, I Série*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro de 2009. *Diário da República n.º 184, I Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.

Despacho n.º 8742/2012 de 2 de julho. Comissão para a informatização clínica. *Diário da República 126 Série II*. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994) *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1998) *Major paradigms and perspectives. The landscape of qualitative research - Theories and Issues*. United States of America: Sage Publications.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research (2ª ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Department of Health. (2006). Supporting people with long term conditions to self care – A guide to developing local strategies and good practice. Recuperado de

http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4130868.pdf

Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat). População e condições sociais. Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/help/new-eurostat-website>

Dickson, V., Buck, H., & Riegel, B. (2011). A qualitative meta-analysis of heart failure self-care practices among individuals with multiple comorbid conditions. *Journal of Cardiac Failure*, 17 (5), 413-419.

Driest, P. F. (2006). Long-Term Care in Europe an introduction. In J. Hassink & M. van Dijk (eds.). *Farming for health: Green-care farming across Europe and the United States* (pp. 101-106). Netherlands: Pulished by Springer.

Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007). O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da universidade de São Paulo*, 41 (2), 317-325.

Duque, H. T. (2009). *O doente dependente no autocuidado - Estudo sobre avaliação e acção profissional dos enfermeiros* (Tese de Mestrado). Instituto Ciencias da Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa.

Elliot, J. (1997). *La investigación-acción* (3ª ed.). Madrid: Morata.

Entidade Regulador da Saude. (2013). *Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde*. Porto, Portugal.

European, Communities (2009). *2009Ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, *European Economy* 2|2009. Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities

European, Communities (2012). *The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*. *European Economy* 2|2012.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ªed.). Loures: Lusociência.

Fraser, D. T. M., & Gondim, G. M. S. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14 (28), 139 -152. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf/>

Gantz, S. B. (1990). Self-care: perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*. 4 (2), 1-12.

Gibson, M. J., & Donald, R. L. (2007). *Comparing long-term care in Germany and the United States: What can we learn from each other?* Washington: AARP Public Policy Institute. Recuperado de assets.aarp.org/rgcenter/il/2007_19_usgerman_ltc.pdf

Glaser, G. B., & Strauss, A. L. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research. *Google book search*. Recuperado de <http://books.google.com/books?hl=pt>.

Gonzalez, P. A., & Lozano. I. A. (2008). *Long term care in Spain : Extent, costs and challenges*. *Alcamentos 0806*. Madrid: Universidade de Alcalá. Estadística, Estructura Económica y O.E.I.

Greenwood, J. (1994). Action research: a few details, a caution and something new. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (1), 13-18.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & S. Lincoln. *Handbook of qualitative research* (Eds, 105-117) Newbury: Thousand Oaks CA: Sage.

Guerreiro, M. (2007). Avaliação breve do estado mental. In Guerreiro M., Mendonça, A. *Escalas e testes na demencia grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência*. (2ª ed. 31-36), Novartis, 2007.

Gwinn, B., & Seidman, J. (2004). Information therapy, the ix evidence base: Using information therapy to cross the quality chasm. *Center for information therapy*. Recuperado de http://hlwiki.slais.ubc.ca/index.php/Information_therapy

Hagan, L., Morin, D., & Le Pine, R. (2000). Evaluation of telenursing outcomes: Satisfaction, self-care practices, and cost savings. *Public Health Nursing*, 17(4), 305-315.

Hart, E., & Anthrop, C. (1996). Action research as a professionalizing strategy: issues and dilemmas. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (4), 454-461.

Hedberg, B. (1981). How organizations learn and unlearn. In Nystrom, P. & Starbuck V. *Handbook of organizational design*. (1ª ed., pp.3-27) Oxford: Oxford University Press.

Holguín, A. (2010). Comportamientos y capacidad de agência de autocuidado de adultos con insuficiencia cardíaca. *Avances en Enfermería*, XXVIII (1), 21-30.

Horowitz, A., Silverstone, B. M., & Reinhardt, J. P. (1991). A conceptual and empirical exploration of personal autonomy issues within family care giving relationships. *Gerontologist*, 31(1), 23-31.

- Hoy, B., Wagner, L., & Hall, E. O. (2007). Self-care as health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(4), 456-466.
- Cardoso, H. F.V. (2006). A quantificação do estatuto socioeconómico em populações contemporâneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde. *Antropologia Portuguesa*, 22/23, 247/272.
- International Council of Nurses. (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ICNP®: Versão Beta 2*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem ICNP®: Versão 1.0*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. ICNP®: Versão 2*. Santa Maria da Feira: Ordem dos enfermeiros.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H. H., Dracup, K. & Diederiks, J.(2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart and lung*, 29 (5) 319-330.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos (4ª ed.)* Porto: Âmbar.
- Johnson, M., Bulechek, G., Dochterman, J., Maas, M., & Moorhead, S. (2005). *Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Ligações entre NANDA, NOC e NIC*:. Porto Alegre: Artemed.
- Joulain M., Alaphilippe, D., Bailly, N., & Hervé C. (2010). Vieillesse, bien-être et dépression: le rôle des activités et des loisirs. *NPG Neurologie -Psychiatrie – Gériatrie*, 10 (57), 106-110.
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., & Patel, A. (2004). Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *Clinical Research Ed*, 328 (8), 1099-1101.
- Kant, Immanuel (1995). *Fundamentação da metafísica dos costumes.70 textos filosóficos*. Lisboa: Edições 70.

Kara Kasikci, M., & Alberto, J.(2007). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (8), 1468-1478.

Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., & Jaffe M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, 185 (12), 914-919.

Kidd, L., Hubbard, G., O'Carroll, R., & Kearney N (2009). Perceived control and involvement in self care in patients with colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (16), 2292-2300.

Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 320-9.

Kuhn, T. S. (2009). *A estrutura das revoluções científicas*. Editora:Guerra & Paz.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés e procesos cognitivos*. Spain: Ed. Martinez Roca.

Lewin, K. (1946). Action research and minority problems,. *Journal of Social Issues*, 2, 34-36.

Lohrmann, C., Dijkstra, A., & Dassen, T. (2003). The Care Dependency Scale: An assessment instrument for elderly patients in German Hospitals. *Geriatric Nursing*, 24 (1), 40-43.

Lopes, M. J. (2003). A metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, 63-74.

Losee, R. M. (1997). A Discipline independent definition of information. *Journal of the American Society for Information Science*, 48 (3), 254-269.

Lowton, M.P., & Brody, M.H. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9, 179-186.

Lyn, R. (2006). Teach-yourself NVivo 7: the introductory tutorials. Recuperado de http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo7/NVivo7_Tutorials_Lyn_Richards.pdf

Manuel L. J., Felismina M., Ana E., Manuel A., Carlos V., Isabel V., Cristina S. et al. (2010). *Plano Nacional de Saude 2011-2016. Cuidados Continuados integrados em Portugal - analisando o presente, perspetivando o futuro*. Évora: Centro de Investigação em Ciência e Tecnologia da Saúde, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

Maciel, E.A.R. (2013). *O potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado: Estudo exploratório acerca da sua concretização numa amostra de clientes, três meses após a alta hospitalar* (Tese de Mestrado). Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal.

Magnusson, L., & Hanson, E. (2005). Supporting frail older people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 51 (6), 645-657.

Maia, M. (2012). *Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio: estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do conselho do Porto* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.

Mak, W., Lei R.W., Woo J., Cheung, F. M., & Lee D. (2009). Social support and psychological adjustment to SARS: The mediating role of self-care self-efficacy. *Psychology and health*, 24 (2), 161-174.

Marques, P. A. O. (2011). *O doente confuso e a acção de enfermagem, em meio hospitalar. Um modelo a partir da investigação-acção*(Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa.

Martins, R. (2010). *A dependencia no autocuidado no seio das famílias clássicas do conselho de Lisboa: abordagem exploratória à dimensão do fenómeno* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.

Maturana, H., & Varela, F. (2005). *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano*. São Paulo: Palas Athena.

Máximo-Esteves, L. (2008). *Visão Panorâmica da Investigação-Acção*. Porto: Porto editora.

Mcewen, M., & Wills, E.M. (2009). *Bases teóricas para a Enfermagem*. Porto Alegre: Artemed.

Mckay, J. & Marshall, P. (1999). 2 x 6 = 12, Or does it equal action research? *Proceeding 10th Australasian conference on information systems*. Recuperado de www.vuw.ac.nz/acis99/Papers/PaperMcKayMarshall-129.pdf.

Mckay, J. & Marshall, P. (2002). Action research: a guide to process and procedure
Recuperado de
http://www.utas.edu.au/infosys/publications/research/Qual_Research/mckay%20&%20marshall_%20Action%20Research%20process%20m.

Meleis, A. I., Hall, J. & Stevens, P. (1994a). Scholarly caring in doctoral nursing education: promoting diversity and collaborative mentorship. *Journal of Nursing Scholarship*,. 26 (3), 177-180.

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. (1994b). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*,42 (6), 255-259.

Meleis, A. I., Sawyer M. L., Eun-ok IM., Messias H. K. A., & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-rang theory. *Advanced Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (4ª ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Mettler, M., & Kemper, D. (2006). Information therapy: The strategic role of prescribed information in disease self-management. *Stud Health Technol Inform, Journal*, 121, 373-383.

Ministério da saúde (2012). Implementação e monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Relatório final. Recuperado de <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatorio%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20RNCCI%202012.pdf>

- Monti, E. J., & Tinggen, M. S. (1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in Nursing Science*, 21 (4), 64-80.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). *Classificação dos Resultados em Enfermagem (NOC)* (3ªed). Porto Alegre: Artemed.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas M., & Swanson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (4ª ed.) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Nair, KP. S. (2003). Life goals: The concept and its relevance of rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 17 (2), 192-202.
- Naylor, M. & Mccauley, K. (1999). The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14 (1), 44-54.
- Naylor, M., Bowles, K. & Brooten, D. (2000). Patient problems and advanced practicenurse interventions during transicional care. *Public Healt Nursing*, 17 (2), 94-102.
- Negarandeh R, Nayeri ND, Shirani F, Janani L (2011). The impact of discharge plan upon re-admission, satisfaction with nursing care and the ability to self-care for coronary artery bypass grsft surgery patients. *European Journal of Cardiovascular NUrsing*, 11(4), 460-465.
- Nicholas, P.K. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (7) 1085-1094.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico dos enfermeiros: dos Comentários à análise de casos*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Nystrom, A. E. M., & Segesten k. M. (1994). On sources of powerlessness in nursing home life. *Journal of Advanced Nursing*. 19 (1), 124-133.
- O'Hara, L., Cadbury H., Loraine De S., H.C., & Ide, L. (2002). Evaluation of the effectiveness of professionally guided self-care for people with multiple sclerosis living in community: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 16 (2), 119-28.
- OECD/European Comission (2005) *Long - term care for older people*, OECD Health Project, OECD Publishing. Recuperado de

http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en#page1

OECD/European Commission (2013), A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>

Olsen, E. & Novelli, B. (2006). *AARP European leadership study: European experiences with long-term Care France, the Netherlands, Norway , and the United Kingdom*. Washington: AARP European Leadership Study. Recuperado de http://assets.aarp.org/www.aarp.org/_cs/gap/ldrstudy_longterm.pdf

World Health Organization (2008). The solid facts. Home care in Europe. Recuperado de http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf

World Health Organization. (2002). *Lessons for long-term care policy. The Cross-Cluster Initiative*. Geneva: World Health Organization, 20 Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67275/1/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf?ua=1

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Conselho de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Orem, D. (1991). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson.

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*, (6^{ed}) St. Louis: Mosby.

Padilha, J. M. S. C.(2007). *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios de saúde*. (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto.

Padilha, J. M. S. C. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. Instituto de Ciências de Saúde (Tese

de Doutoramento). Instituto de Ciências de Saúde do Porto. Universidade Católica Portuguesa.

Paiva e Silva, A. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem, uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Formação e Saúde, Lda.

Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.

Pereira, F. M. S. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Pereira, I. C. B. F. (2011). *Do hospital para casa: estrutura da ação de enfermagem. Uma teoria de médio alcance*. (Tese de Doutoramento) Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.

Pereira, R. F. B. (2008). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - Estudo exploratório em meio hospitalar* (Tese de Mestrado). Instituto Ciências da Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Petronilho, F. A. S. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau,

Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado conceito central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Popper, K. (1992). *Em Busca de um mundo melhor* (3ª ed). Lisboa: Editorial Fragmentos.

Proot, I. M., Crebolde H. F. J. M., Abu-Saad H. H., & Meulen, H. J. R. (1998). Autonomy in the rehabilitation of stroke Patients in nursing homes. A concept analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12 (1), 139-145.

- Proot, I. M., Abu-Saad H. H., Esch-janssen, W. P, Crebolde H. F. J. M., & Meulen, H. J. R. (2000a). Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of stroke Patients in nursing homes. *Internacional Journal Studies*, 37 (3), 267-276.
- Proot, I. M., Crebolde H. F. J. M., Abu-Saad H. H., Meulen, H. J. R, & Macor, T. H.G.M., (2000b). Stroke patients needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Education and Counseling*, 41 (3), 275–283.
- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., Van Oorsouw, G. G., & Stevens, J. J. (2002). Autonomy in stroke rehabilitation: The perceptions of care of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*. 9 (1), 36-50.
- Proot, I. M., Abu-Saad H. H., Crebolde H. F. J. M., & Meulen, H. J. R. (2007). Supporting Stroke Patients` Autonomy During Rehabilitation. *Nursing Ethics*, 14 (2), 229-241.
- Pryor, J. (2009). Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing. *International Journal of Older People Nursing*, 4 (2), 79-88.
- Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem meta-análise: estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Ramos, A. C. (2008). Coação e autonomia em kant:as duas faces da faculdade de volição. *ethic@ Revista Internacional de Filosofia da Motal Florianópolis*, 7 (1), 45- 68.
- Räsänen, P., Backman K. & Kyngäs H. (2007). Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of caring science*, 21 (3), 397-405.
- Redman, K. B. (2007). Responsibility for control; ethics of patient preparation for self-management of chronic disease. *Bioethics*, 21 (5), 243-250
- Roelands, M., Oost P. V., Buysse, A. & Depoorter A. M. (2002). Awareness among community-dwelling elderly of assistive devices for mobility and self-care and attitudes towards their use. *Social Science & Medicine*, 54 (9), 1441-1451.

- Rosa R. T E.C., Benicio, M. H. A., Latorre, M. R. D. O. & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, 37 (1), 40-48.
- Rumbold, G. (1999). *Ethics in Nursing Practice*.(3ª ed). London: Baillière Tindall.
- Sacco-Peterson, M & Borel, L. (2004). Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and social- cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (4), 376-386.
- Salvador-Carulla, L., Romero, C., Weber, G., Dimitrov, H., Sprah, L., Venner, B., & McDaid, D. (2011). Classification, assessment and comparison of European LTC services Development of an integrated system. *Eurohealth. Ageing and long-term care*, 17 (2-3), 27-29.
- Sanches, I. (2005). Compreender, agir, mudar, incluir. Da investigação-acção à educação inclusiva. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 127-142.
- Schmutte, T., Flanagan, E., Bedregal, L., Ridgway, P., Ridgway, P., Sells, D. ... Davidson, L. (2009). Self-efficacy and self-care: missing ingredients in health and healthcare among adults with serious mental illnesses. *Psychiatrics Quarterly*, 80 (1), 1-8.
- Silva, A. P. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem, uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Farmasou.
- Schön, D. (1998). À la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. In Jean-Marie Barbier (dir.) *Savoir Théoriques et Savoirs d'Action* (2ª ed., 201-222). Paris: Presses universitaires de France.
- Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. Image. *Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.
- Schumacher, K. L., Jones, P. S. & Meleis, A. I. (1999). *Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice*. School of Nursing Departmental Papers, University of Pennsylvania ScholarlyCommons. Recuperado de <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=nrs>

Schwandt, T. (1994). Construtivist, interpretivist approaches to human inquiry. In, Denzin, N. K., & Y. Lincoln. *Handbook of qualitative research* (118-137). Thousand Oaks: Sage Publications.

Sequeira, E. M. F. (2011). *Os Perfis de Autocuidado dos Clientes Dependentes: Estudo Exploratório numa Unidade de Saude Familiar* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde do Porto. Universidade Católica Portuguesa.

Serra, A. Vaz. (1999). *O stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.

Sigurdardóttir, A. K. (2005). Self-care in diabetes: modelof factores affecting self-care. *Journal of clinical Nursing*, 14 (3), 301-314.

Silva, M. A. T. C. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem, estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas* (Tese de doutoramento). Instituto das Ciências de Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa

Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7 (4), 183-189.

Sousa, P. (2006) *Sistema de Partilha de informação em enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra: Formasau

Sousa, P., Gonçalves, P., Silva, A., Santos, A. T., Ribeiro, A. L., Cardoso, M. J., & Machado, P. (1999). *Projecto EnfinCo*. Administração Regional de Saúde do Norte, Sub- Porto: Região de Saúde de Vila Real e Escola Superior de Enfermagem de S. João.

Souza, A. P., Chaves, P. S. S., Bastos, R. C. S., Cassiano, M. K., & Santana R. F. (2008). Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com demência: uma estratégia de cuidado na enfermagem gerontológica. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 29 (4), 588-595.

Spichiger, E., Rieder, E., Müller-Fröhlich, C., & Kesselring, A. (2011). Fatigue in patients undergoing chemotherapy,their self-care and the role of health professionals: a qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 7 (1), 165-171.

Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos* (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.

- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Camarate: Lusociencia.
- Susman, G. I., & Evered, R. (1978). An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. *Administrative Science Quarterly*, 23 (4), 582-603.
- Teixeira da Silva, R. C. (2011). *A dependencia no autocuidado no seio das familias classicas do conselho do Porto* (Tese de Mestrado). Instituto de Ciencias da Saúde do Porto, Universidade Católica Portuguesa.
- Tijadens, F., & Colombo, F. (2011). Long-term care: valuing care providers. *Eurohealth. Ageing and long-term care*, 17 (2-3), 13-17.
- Trindade, J. L. A., & Béria J. U. (2006). Capacidade funcional e características socioeconómicas, culturais e de atenção à saúde dos idosos de uma comunidade do sul no Brasil. *Arquivos Médicos da Universidade Luterana do Brasil*, 9 (1), 33-47.
- Trivinõ, Z., & Sanhueza, A. O. (2005). Paradigmas de Investigación en enfermería. *Ciencia y enfermeriáxi*, 11 (1), 17-24.
- Tsai, Y.F., Liu, L.L., & Chung, S. C. (2010). Pain Prevalence, Experiences, and Self-Care Management Strategies Among the Community-Dwelling Elderly in Taiwan. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40 (4), 575-581.
- Vasconcelos, I. F. G., & Mascarenhas A. O. (2007). *Organizações em aprendizagem*. São Paulo: Thomson, Learning, 2007.
- Vasconcelos, K. C. P. (2006). A avaliação da dor no idoso com demência. *Revista Sinais Vitais*, 68, 41-44.
- Veiga, J. (2011). Autonomia pessoal e cuidados de enfermagem: Uma revisão da literatura empírica e teórica. *Pensar em Enfermagem*,. 15 (1), 39-69.
- Watzlawich, P. (1978). *The language of change: Elements of therapeutic communication*. New York: Basic Book.
- Watzlawich, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapies*. Paris: Le Seuil.

- Welmer, AK., Arbin, M. , Murray, V., Holmqvist, L.W., & Sommerfeld, D. K. (2007). Determinants of mobility and self-care in older people with stroke: Importance of somatosensory and perceptual functions. *Physical therapy*, 87, 1633-1641.
- Whittemore, R. & Knafl, K. (2005). The integrative review: update methodology. *Journal of Advance Nursing*, 52 (5): 546-553.
- Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A Literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (8) 1143-1147.
- Williams, T., & Bond, M. (2002). The roles of self-efficacy, outcome expectancies and social support in self-care behaviour of diabetics. *Psychology, Health e Medicine*, 7 (2), 127-141.
- Wykes, C., Pryor, J. & Jeewody, B. (2009). The concerns of older women during inpatient rehabilitation after fractured neck of femur. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 16 (2), 261-270.
- Xiaolian, J., Chaiwan, S., Panuthaí, S., Yijuan, C., Lei, Y., & Jiping, L.(2002). Family support and self-care behavior of chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. *Nursing and Health Scienses*, 4, 41-49.
- Yam, B. (2004). From vocation to profession: the quest for professionalization of nursing. *British Journal of Nursing*, 13 (16), 978-982.
- Zeleznik, D. (2007). *Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia*. (Academic dissertation). Faculty of Medicine of the University of Oulu. Finland: Oulu University Press.
- Zeleznik, D., Zeleznik, U., & Stricevic, J. (2010). The impact of various factors on self-care of elderly. *HealthMED*, 4(1), 29-37.

ANEXOS

ANEXO 1

Parecer favorável da comissão de ética da Unidade Local de Saúde de Matosinhos
para a realização do estudo

Parecer favorável da comissão de ética da Unidade Local de Saúde de Matosinhos para a realização do estudo



ULSM 22/11/10 3148 SAIDA

Ex.^{ma} Senhora
Prof. Adjunta Marisa da Conceição Gomes Lourenço
Ribeiro
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Álvares Cabral, n.º 394
4050-040 PORTO

Vossa Referência
V/Carta de 13-10-2010

Nossa Referência
CA/PV

Assunto: Pedido de autorização para a realização do estudo de investigação "Promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: Que modelo de cuidados!"

Em resposta ao ofício de V. Ex.^a, serve o presente para informar que a realização do estudo mencionado em epígrafe foi aprovada de acordo com deliberação do Conselho de Administração de 16 de Novembro de 2010, atendendo ao parecer favorável da Comissão de Ética da U.L.S.M., E.P.E..

Cumprimentos,

A Enfermeira Directora


(Margarida Filipe)



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, epe
RUA DR. EDUARDO TORRES - 4464-513 Senhora da Hora
GERAL :: 22 939 10 00 | ADMINISTRAÇÃO :: 22 939 18 50 | FAX ADMIN. :: 22 939 16 54
EMAIL :: CA@ULSM.MIN-SAUDE.PT

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, epe | Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 Senhora da Hora | Contabilização: 506 364 190 | Capital Social 29 910 000 €

www.ulsm.pt

Exma. Senhora
Professora Adjunta Marisa Lourenço
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Álvares Cabral, nº 394
4050-040 Porto

Matosinhos, 15 de Julho de 2011

Assunto: Pedido de autorização para acesso a informação

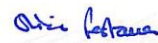
Exma. Senhora,

Em resposta à solicitação de V/ Exa., serve a presente para informar de que foi autorizado, por deliberação do Conselho de Administração de 12 de Julho de 2011, o pedido de consulta, no centro de documentação de enfermagem, dos diagnósticos e intervenções que traduzem a decisão dos enfermeiros face ao foco autocuidado no contexto da Unidade de Convalescença, conforme a solicitação de V/ Exa. em carta de 20 de Junho de 2011 e a realizar no âmbito do projecto de investigação intitulado "Promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: Que modelo de cuidados?".

Sem mais de momento, subscrevo-me,

Com os melhores cumprimentos

A Directora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica


(Olívia Pestana)

ANEXO 2

Instrumento de avaliação da dependência para o autocuidado (IADA)

Instrumento de avaliação da dependência para o autocuidado (IADA)

Tomar banho	Dependente, não participa 1	Necessita de ajuda de pessoa 2	Necessita de equipamento 3	Independente 4
Entra e sai do chuveiro				
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				
Vestir e despir				
Escolhe as roupas				
Retira as roupas da gaveta e do armário				
Segura as roupas				
Veste as roupas na parte superior do corpo				
Veste as roupas na parte inferior do corpo				
Despe as roupas na parte superior do corpo				
Despe as roupas na parte inferior do corpo				
Abotoa as roupas				
Desabotoa as roupas				
Usa cordões para amarrar				
Usa fechos				
Calça as meias				
Descalça as meias				
Calça os sapatos				

Descalça os sapatos				
Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão				
Abre recipientes				
Utiliza utensílios				
Coloca o alimento nos utensílios				
Pega no copo ou chávena				
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão				
Leva os alimentos à boca com recipiente				
Leva os alimentos à boca com os utensílios				
Bebe por copo ou chávena				
Coloca os alimentos na boca				
Conclui uma refeição				
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				
Barbeia-se				
Aplica maquilhagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				
Aplica desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				
Autoelevar				
Levantar parte do corpo				
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				

Tira as roupas				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Virar-se				
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro				
Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas				
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida				

Fonte: (Duque, 2009)

ANEXO 3

Guião da entrevista

Guião da entrevista

OBJETIVO CENTRAL:

Conhecer os fatores que influenciam, na perspetiva da pessoa dependente, no potencial de recuperação da autonomia para o autocuidado, durante o internamento na Unidade de Convalescença (UC).

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a pessoa do ponto de vista socioeconómico.
- Conhecer os fatores, no domínio do processo psicológico, de influência no potencial de recuperação da autonomia dos participantes:
 - Identificar a perceção face: ao motivo de internamento na UC; às mudanças verificadas na capacidade para o autocuidado, à condição atual de saúde e às mudanças a nível familiar;
 - Identificar atitude face à dependência para o autocuidado;
 - Identificar os sentimentos e as emoções vivenciadas durante o processo de recuperação da autonomia;
 - Determinar a vivência de experiencias anteriores de dependência no autocuidado;
 - Identificar o conhecimento adquirido e as competências desenvolvidas durante o internamento na UC.
- Conhecer os fatores, no domínio dos processos corporais, de influência no potencial de recuperação da autonomia dos participantes:
 - Identificar a capacidade para o autocuidado;
 - Identificar a condição de saúde atual.
- Conhecer os recursos identificados como facilitadores do processo de recuperação da autonomia no autocuidado:
 - Perceber a possibilidade de acesso à informação
 - Identificar as estratégias adaptativas para o autocuidado utilizadas.
 - Identificar a existência de rede de apoio formal e informal
 - Identificar acessibilidade do domicílio para a continuidade dos cuidados.

Dimensões	Objetivos	Formulário das questões
Informações	Informar sobre os objetivos da entrevista;	<ul style="list-style-type: none"> -Informar das linhas gerais do trabalho; -Pedir a colaboração do entrevistado; -Assegurar o anonimato da informação transmitida; -Solicitar autorização para gravar a entrevista.
Caracterização da pessoa	Sexo Idade Formação Académica Estado civil Profissão Evento gerador de dependência	<ul style="list-style-type: none"> -Quantos anos tem? -Estudou durante quantos anos? -Qual o estado civil? -Qual é ou era a sua profissão? -O que o levou a ficar dependente no autocuidado e a ser internado na Unidade de Convalescença?
Mudanças na situação atual	Respostas no domínio do processo psicológico Respostas no domínio dos processos corporais	<ul style="list-style-type: none"> -Quando percebeu que estava dependente no autocuidado? -Como se sentiu, relativamente a essa condição saúde? -O que mudou na sua vida? -O que tem de mudar ainda? -Qual a sua opinião acerca de tudo o que vivenciou e do que está a vivenciar? -Como se sentiu quando percebeu que não era capaz de fazer as suas atividades de vida diária? -O que significa para si ter ficado dependente de outra pessoa? -Já tinha vivenciado uma situação anterior de dependência para o autocuidado? Qual a atividade de autocuidado onde verificou as maiores mudanças (ou seja aquela em que estava mais dependente)? Qual a atividade de autocuidado onde verificou menores mudanças ou seja aquela em que estava menos dependente)? Qual atividade de autocuidado que mais lhe custou recuperar? Qual atividade de autocuidado que recuperou mais facilmente?
Mudanças durante o internamento	Respostas no domínio do processo psicológico	<ul style="list-style-type: none"> Como foram variando os sentimentos durante o tempo de internamento? A atitude para o autocuidado foi sendo diferente durante o tempo de

		<p>internamento na UC?</p> <p>Aprendeu a fazer as atividades de autocuidado, de modo diferente?</p> <p>Como foi essa aprendizagem? Quer falar um pouco sobre isso.</p> <p>Quais os aspetos facilitadores dessa aprendizagem?</p> <p>Quais os aspetos que dificultaram aprendizagem?</p>
Apoio formal	O internamento na UC: apoio dos profissionais de saúde (enfermeiros)	<p>Qual foi a importância para si do internamento na UC?</p> <p>Diga-me as vantagens e as desvantagens desse internamento?</p> <p>Relativamente aos profissionais de saúde qual o apoio que sentiu?</p> <p>Fala-me sobre os aspetos positivos para si do trabalho dos enfermeiros na UC.</p> <p>E os aspetos negativos quer referir alguns?</p> <p>Teve oportunidade de treinar as atividades de autocuidado?</p> <p>Se sim, como foi esse treino?</p> <p>Considera que seria positivo para a sua recuperação a realização de atividades recreativas (jogos, e atividades para se entreter) durante o internamento na UC?</p> <p>Foi-lhe explicado qual o objetivo do internamento na UC?</p> <p>Combinaram consigo as etapas do processo de recuperação?</p> <p>Foi-lhe dada a informação que pretendia, no momento desejado?</p> <p>Quando foi para casa falaram consigo sobre as mudanças necessárias na sua casa para se manter independente nas atividades de autocuidado.</p> <p>Falaram com os seus familiares sobre o acompanhamento que iria necessitar, em casa?</p> <p>Descreva, a preparação que lhe foi feita relativamente ao regresso a casa? Quem foi que lhe falou sobre estes assuntos?</p>
		<p>Que importância teve para si a visita da sua família e dos seus amigos durante o</p>

Apoio informal	Presença de pessoas significativas	tempo de internamento na UC? -Comentava com essas pessoas sobre o que fazia na UC e sobre as mudanças que iam ocorrendo, relacionadas com a sua recuperação?
Agradecimentos	Agradecer a participação e a disponibilização do entrevistado.	Agradecimento da participação e do seu contributo para o estudo.

ANEXO 4

Consentimento informados dos participantes

Consentimento informados dos participantes

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, o procedimento que iremos utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo.

Pedimos para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Marisa Lourenço, pretende desenvolver um estudo de investigação-ação centrado na “Promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado?” que terá como objetivos:

- Refletir sobre o modelo de cuidados em uso, contribuindo para a mudança, com o objetivo de facilitar a profissionalização do processo de promoção da autonomia da pessoa em situação de dependência.
- Definir um modelo de cuidados que se fundamenta numa gestão de casos com abordagem individualizada, multidisciplinar, interdisciplinar e humanizada que promova a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar, ou não, neste estudo não afetará a sua relação atual ou futura com a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo irá responder a uma entrevista sobre o tema em estudo, realizada no seu domicílio e previamente consentida e agendada consigo via telefone.

OBJECTIVOS DA ENTREVISTA:

- Caracterizar os participantes do ponto de vista socioeconómico.

- Conhecer os fatores facilitadores e inibidores percebidos pelos participantes, que influenciaram o processo de reconstrução da autonomia no autocuidado.
- Conhecer as estratégias utilizadas pelos participantes facilitadoras do processo de reconstrução da autonomia para o autocuidado.
- Identificar a efetividade reconhecida pelos participantes, das intervenções dos enfermeiros, no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado durante o internamento na unidade de convalescença.
- Conhecer as dificuldades percebidas pelo participante no regresso ao domicílio.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Consideramos que poderão existir benefícios, dado que com a realização do estudo pretende-se “ajudar” através da definição de um modelo de intervenções de enfermagem que se fundamenta numa gestão de casos com abordagem individualizada, multidisciplinar, interdisciplinar e humanizada que promova a autonomia da pessoa em situação de dependência.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do estudo **“Promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: Que modelo de cuidados?”**

Eu, abaixo-assinado, _____
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versaram os objetivos, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas durante o tempo de entrevista.

Porto, _____ de _____ de 2011

Assinatura do participante:

ANEXO 5

Barthel ADL índex

Barthel ADL Índice

Sexo _____ Idade _____ Estado Civil _____ Habilitações
Literárias _____

Atividades /pontuação

Higiene pessoal

0 =Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 =Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Evacuar

0 =Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 =Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 =Continente (não apresenta episódios de incontinência)_____

Urinar

0 =Incontinente ou algaliado

5 =Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 =Continente (por mais de 7 dias)

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 =Dependente

5 =Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 =Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Alimentar-se

0 =Incapaz

5 =Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 =Independente (a comida é providenciada)

Transferências (cadeira /cama)

0 =Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 =Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 =Pequena ajuda (verbal ou física)

15 =Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Mobilidade (deambulação)

0 =Imobilizado

5 =Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 =Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 =Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Vestir-se

0 =Dependente

5 =Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 =Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Escadas

0 =Incapaz

5 =Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 =Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: canadianas)

Banho

0 =Dependente

5=Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Total (0 - 100)

Adaptado de: Apóstolo, (2012)

ANEXO 6

O índice de Katz ou índice de atividades de vida diária

O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária

Atividades	INDEPENDÊNCIA (1 ponto)	DEPENDÊNCIA (0 ponto)	
Pontos (1 ou 0)	SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral	
Banho Pontos: ____	(1 ponto) Toma Banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.	(0 pontos) Necessita de ajuda para tomar banho em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.	
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido	
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao WC, limpar-se ou usar urinol ou a aparadeira.	
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira.	
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre a eliminação (vesical e intestinal)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente a nível vesical e intestinal	
Alimentar-se Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral	
 Total de pontos	 6= Independente	 4=Dependência moderada	 2 ou menos = Muito dependente

Adotado de: Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2007)

ANEXO 7

Fatores intrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado identificados pelos participantes

Fatores intrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia no autocuidado identificados pelos participantes

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Consciencialização	Consciencialização facilitadora	<p>“...Agora, percebi que isto é quase como voltar a ser uma criança quando começa a dar os primeiros passos...Estou aprender tudo de novo...” PA</p> <p>“...Eu agora demoro muito tempo a tomar banho...” PA</p> <p>“O meu problema é o tempo que demoro a fazer as coisas, é onde sinto a maior diferença...” PN</p> <p>“...Gosto de conduzir, mas sei que não o devo fazer, porque por vezes prendem-me os movimentos...” PD</p> <p>“... Porque hoje tenho consciência de quanto mais eu fizer melhor é para mim.” PB</p> <p>“...Levanto-me, vou à casa de banho, desfaço a barba mas em vez de demorar 15 m demoro 20 m, paciência...” PA</p> <p>“...Eu chego à conclusão e convenço-me mesmo disto, temos pessoas que nos ajudam... mas se nós não quisermos...não vamos a lado nenhum...” PB</p> <p>“...Eu entendo, que o enfermeiro por muita luta que tenha e muita vontade, se não ajudarmos, não recuperamos!...” PC</p> <p>“...Percebi que estava dependente...” PB</p> <p>“... Não conseguia ir à casa de banho” PF</p> <p>“Tinham que me ajudar..., a passar da cama para a cadeira e a fazer praticamente tudo...” PJ</p> <p>“Tinha menos força na minha perna esquerda...” PE</p> <p>“Fiquei praticamente sem equilíbrio...” PG</p> <p>“Tinha que me despachar para que o próximo doente viesse tomar banho, mas se não me derem tempo eu não consigo ...” PN.</p> <p>“...Eu queria fazer, porque sabia que só assim conseguia melhorar cada vez mais...” PB.</p> <p>“Eu sou de um génio que não atiro a toalha ao chão, ...eu não podia desistir...” PC</p> <p>“Às 5h e 30m começava a fazer exercício...” PA</p> <p>“Queria sair daqui a fazer as coisas sozinho por isso tinha de trabalhar ...” PC</p> <p>“... Só depois de perceber as dificuldades...é que podemos passar à etapa seguinte... aprender tudo de novo...” PJ</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Consciencialização	Consciencialização dificultadora	<p><i>Uma vez tentei levantar-me sozinho e cai da cama a baixo porque eu achava que tinha força para o fazer... mas correu mesmo mal...</i>”PI</p> <p><i>”... «Cuidado Joaquim, qualquer dia vai dar-te uma coisa!»”...Eu «S^a Dra. eu sou um homem de ferro» ...”</i> PC</p> <p><i>“... «Sr. Zé, não pode andar sozinho!”... “Andar sozinho? -Ando com as canadianas, Sra. enfermeira» Ela foi para dentro e eu vim para o meu quarto, sozinho. Vi-a se ela estava de costas... e passava! Sem as canadianas, sem a enfermeira ver! ...Nunca quis ninguém a mandar em mim! ... “</i> PB</p> <p><i>“...Não me apercebi de que era eu que não podia, achava que eram eles que não me deixavam, fazer as coisas...”</i> PG</p> <p><i>“...Eu estava perfeitamente convencido de que era capaz de fazer todas as coisas e que não saía da cama porque ouvia sempre “- Não pode sair, esteja quieto porque o senhor pode cair...”</i> PL</p>
Funcionalidade	Capacidade para andar	<p><i>“...A maior dificuldade é o andar que não o faço sozinha, tenho medo porque não tenho equilíbrio parece que vou sempre a cair...”</i> PH</p> <p><i>“...Andar é complicado, é a minha maior dificuldade mas, ao longo do tempo, fui melhorando e arranjando estratégias...”</i> PD</p> <p><i>“...A maior dificuldade foi ...o andar com as muletas...”</i> PE</p> <p><i>A maior dificuldade “... usar a casa de banho e andar...”</i> PM</p>
	Capacidade para desempenhar atividades de laser	<p><i>“...Gostei quando me emprestou o computador Magalhães para eu jogar paciência, mas depois também fiquei logo cansada e já não joguei mais...”</i>PH</p> <p><i>“...Tinha dias que estava muito em baixo com dores ou chateada porque as coisas não eram como desejava, mas quando me chamavam para fazer as atividades... dizia sempre que sim. Depois esquecia tudo de mal que estava a viver, por aquele bocadinho era mesmo bom.”</i> PE</p> <p><i>“...Despachava-me mais cedo para ir jogar eu gostava muito...”</i> PI</p> <p><i>“As atividades e os jogos eram importantes... pois davam ânimo, nós podíamos conviver muito mais uns com os outros e até estimular a mente, assim parecia mais fácil recuperar...”</i> PN</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Funcionalidade	Capacidade para Alimenta-se	<p>“...O que recuperei mais rápido foi o alimentar porque foi sempre o que consegui fazer sozinho...” PH</p> <p>“...Para me alimentar tinha que pedir ajuda, mas, só para me cortarem os alimentos e para me tirarem as tampas dos recipientes...” PJ</p> <p>“...Davam-me os alimentos porque eu demorava muito tempo e entornava tudo no chã, ou no tabuleiro” PN</p> <p>“...O que recuperei mais rápido foi o comer. Como não tinha força à direita comecei a comer com a esquerda e ainda faço isso, só como com a mão esquerda porque com a direita não tenho força...” PI</p>
	Capacidade para Arranjar-se	<p>“...Quim, se ficasses sem a mão direita, tu tinhas que te adaptar à mão esquerda! para desfazer a barba...” PC</p>
	Capacidade para Transferi-ser	<p>“...Passar da cadeira de rodas para a cama e vice-versa, era preciso ajuda... sentia mais dificuldade no mover-me...” PB</p> <p>“...Transferir da cama para a cadeira e da cadeira para a cama...” PD</p> <p>“...Tinham que me ajudara passar da cama para a cadeira e a fazer praticamente tudo...” PJ</p>
	Capacidade para Vestir e despir	<p>“...Ajudavam-me a vestir o que não podia...”PB</p> <p>“...Fui arranjando estratégias para me vestir...”PA</p> <p>“...O que custou mais foi o vestir, nem imagina o que me custa vestir as calças e as meias ainda não consigo, apertar os botões e os atacadores...” PM</p> <p>“...Só consigo vestir a parte de cima, para baixo não faço nada nem visto nem calço nem as meias nem os sapatos mesmo agora...” PI</p> <p>“A maior dificuldade foi lavar o corpo, vestir e despir...” PB</p>
	Capacidade para Tomar banho	<p>“...As maiores dificuldades que senti quando estava dependente foram para tomar banho...” PB</p> <p>“...Recuperei mais rápido o tomar banho...” PL</p> <p>“...Lembro-me das empregadas a darem-me banho...” PM</p> <p>“...Eram os auxiliares ou os enfermeiros, não sei, quem me dava banho na cama...” PN</p> <p>“...Eram precisas duas pessoas para me darem banho...” PI</p> <p>“...Tinham que me ajudar a tomar banho...” PJ</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Funcionalidade	Capacidade para Usar o sanitário	<p>“...Fazia as necessidades na cama...nas fraldas... não podia ir à casa de banho...” PB</p> <p>“...Não ia à casa de banho, ficava com uma fralda durante a noite era horrível tinha que fazer as necessidades na fralda ...” PF</p> <p>“... A maior dificuldade é usar a casa de banho porque a minha casa é muito pequena...” PJ</p> <p>“...Agora não ajudo nada, sempre que quero ir à casa de banho, têm que me levar ...” PE</p>
	Dor	<p>“...Não podia fazer nada com a dor que sentia...” PE</p> <p>“...O que dificultou muito foi as dores na coluna...” PB</p> <p>“Tenho muitas dores neste ombro e não sei como resolver isto ... não posso fazer nada com a dor que sinto, é na verdade o que mais me custa.” é na verdade o que mais me custa.” PC</p> <p>“...O mais difícil foi a dor eu tinha, muita dor e não podia fazer nada com a dor que sentia ...quando eu começava a fazer a fisioterapia doía-me tudo, doía muito ...” PE</p> <p>“...Quando tenho estas dores, desanimo muito... Tenho muitas saudades de fazer o meu croché não consigo fazer por causa das dores que tenho nos braços...” PF</p>
	Equilíbrio diminuído	<p>“Fiquei praticamente sem equilíbrio...” PG</p> <p>“...Eu tenho força, não tenho é equilíbrio...” PI</p>
	Força muscular Diminuída	<p>“Eu fiquei sem força do lado esquerdo...sobretudo na minha perna” PE</p>
	Capacidade para Cuidar da higiene oral	<p>“...Por a pasta dos dentes na escova, não consigo aliás tenho dificuldade em todos os trabalhos de mãos...” PJ</p>
	Atividade física	<p>“...Eu sou uma pessoa de desporto, fazia as minhas corridas e já andava nos 10 a 12 quilómetros por dia ... Isto ajudou-me a recuperar mais rápido,... sinto agilidade...” PG</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Resposta à condição de dependência	Insegurança	<p>“...Não conheço ninguém, comecei a recear que não me entendesse com as pessoas e que não gostasse...” PF</p> <p>“...Porque devido a este meu isolamento, não tinha confiança nenhuma em mim, não ia para a rua não ia para a sala de convívio...” PG</p> <p>“... Fiquei muito desacreditado (nos serviços de saúde). Por isso, quando lá cheguei nem comecei logo aproveitar as coisas que me mandavam fazer...” PG</p> <p>“...Não acreditava muito no que estava acontecer comigo, como vai ser agora como vou acreditar que estes vão pôr-me como eu era? ...” PG</p>
	Sofrimento	<p>“ Foi sofrer...sofrer...sofrer...sofrer...não fazia nada...ajudavam-me a vestir que não podia vestir-me...” PA</p> <p>“...O médico chegou lá um dia...eu estava mal disposto...e ele disse “Ó Sr. José então as suas pernas?”...Comecei a chorar...” PD</p> <p>“...Depois de ter percebido que estava dependente, para fazer as coisas, sentia-me triste chorava muito ..., tinha uma tristeza muito grande...” PE</p> <p>“...Grande tristeza desânimo total parece que a minha vida tinha acabado...” PL</p>
	Desespero	<p>“ Para mim a vida já tinha terminado, há muito tempo com a saída de casa do meu neto... isto que me aconteceu agora não interessa ... ” PH</p> <p>“...Se não recuperar, mais me valia morrer...” PC.</p> <p>“...Porque não vou de uma vez? Se vou ficar assim?... ” PC</p> <p>“...O meu sentimento neste momento era de que nunca mais ia conseguir ultrapassar estas dificuldades tão grandes, eu estava num desespero tão grande nem imagina o quanto custa você querer ir fazer o seu xixi e tem que chamar uma auxiliar...” PF</p> <p>“... É horrível eu achei que era o meu fim a gente desanima minha senhora eu só pedia a Deus a morte eu só pedia a Deus que me levasse porque nós somos um fardo para aquela gente que anda ali a trabalhar de um lado para o outro...” PF</p> <p>“ Será que por estar na cama deixo de ser pessoa e passo a ser um pacote...” PJ</p> <p>“...Estar dependente é horrível é uma desgraça eu não posso ver as pessoas a andarem na rua, começo a chorar, é muito triste isto é uma grande amargura...” PG</p> <p>“O meu sentimento era apenas, desistir...” PB</p> <p>“Foi terrível quando percebi que fiquei dependente em tudo...sentia que para mim era o fim...” PM</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Resposta à condição de dependência	Sentimento de Impotência	<p>“...Olhe entreguei-me às pessoa que estavam lá para me ajudar...” PH</p> <p>“...Muito infeliz, porque julgava que nunca mais poderia voltar a andar!” PD</p> <p>“...Não consegui fazer nada e se adquiri alguma estratégia não me lembro...” PH</p> <p>“...Meu Deus a que uma pessoa chega a precisar de todo o mundo, porque não se pode fazer nada é como um bebé...precisa de todos e é dependente de todos...” PE</p> <p>“...Estar sempre deitado na cama não fazia nada sozinho, as pessoas é que faziam tudo...” PG</p> <p>“...Tinha vontade de perguntar, mas não perguntava e ficava ali sem me levantar...” PG</p> <p>“...Sentia-me um objeto, anda sempre de um lado para o outro sem saber de nada...” PG</p>
	Confiança	<p>“Sonhava em ir a casa...mas pensava sempre...quando for, vou no caixão! ... Não, fui numa cadeirinha! ... A partir daí...ainda tive mais coragem e vontade de fazer as coisas.” PB</p> <p>“...Começo a ter mais confiança em nós e no que fazemos e depois não tenho medo. ...As pessoas (profissionais) estão perto, isto também é bom...” PL</p> <p>“...Estes (profissionais de saúde) acreditam em mim, então parece que tenho mesmo que andar da perna e comecei a agarrar a ideia de recuperação...” PG</p> <p>“Comecei a pensar, aqui vão investir em mim, então eu tenho que ajudar...” PI</p>
	Esperança	<p>“Lembrava-me assim, eu irei melhorar...estou assim...mas irei melhorar...” PB</p> <p>“...Gostava que a filha me visse a ficar melhor, fazia-me bem, ter esperança que ela ia visitar-me...” PA</p> <p>“...Mas, quando comecei a ver o que se fazia na unidade, já só pensava...aqui vou para a frente...aqui vou ficar bom...” PD</p> <p>“...Quando comecei a sentir esperança, foi quando comecei a trabalhar... fazia a ginástica que me ensinaram em todo o lado...” PN</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Resposta à condição de dependência	Adaptação	<p>“...Agora é assim, só tomo banho quando estou bem-disposta e sem dores ou tomo de manhã ou tomo à noite...” PH</p> <p>“...Esqueço-me sempre de olhar para o lado direito a minha filha já me pôs aqui um espelho grande, assim antes de sair de casa já me arranjo melhor...” PM</p> <p>“...Ir para o cemitério ajuda-me... falo com a minha família qua já morreu...” PC</p> <p>“...Já só compro camisolas e t-shirts pois aprendi da outra vez que apertar os botões é o mais difícil de fazer ...” PA</p> <p>“...Se tivesse estado lá mais tempo acho que sabia melhor usar o andarilho...” PE</p>
	Força de vontade	<p>“...No primeiro ou segundo dia ainda me ajudaram mas, depois, queria tentar sozinho...” PA</p> <p>“...A minha força de vontade e toda a ajuda que tive por parte de toda a equipa foi determinante na minha recuperação...” PA</p> <p>“...Tinha vontade...tinha que ter, não podia desistir...” PB</p> <p>“...Os meus netos também eram a base para a minha força e para eu recuperar porque eles iam lá, telefonavam...” PL</p> <p>...Eu sou de um génio que não atiro a toalha ao chão...não posso atirar porque... quando atiramos a toalha ao chão é porque já não existe razão de existir...eu ainda tenho razões...tenho os meus netinhos pequeninos...um tem 3 anos outro tem 5...eu quero acompanhá-los...” PC.</p>
	Motivação	<p>“...Tenho os meus netinhos pequeninos...um tem 3 anos outro tem 5...eu quero acompanhá-los...” PC</p> <p>“...Comecei a ter objetivos de vida sabe isto é importante...” PG</p> <p>“...Também gostava muito de vir até cá fora acho muito agradável rejuvenesce, ficamos com mais vontade de viver...” PI</p> <p>“...O sofrimento era tanto mas submeti-me...bem ao que me pediam para fazer, tem que ser.” PB</p> <p>“...Sinto-me realizado... eu podia desistir da vida... e dizer tenho tudo o que sonhei...mas não,...quem tiver pressa que vá andando...” PC</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Resposta à condição de dependência	Crença	<p>“...Acredito muito em Deus, para mim é a fé que me salva, a força que tive para a recuperar foi devida á fé que eu sinto, aquela fé que eu sinto também em nossa senhora, de continuar a ir á missa, de fazer a minha vida...” PE</p> <p>“...Foi Deus que me ajudou a recuperar esta força de vontade...” PF</p> <p>“...Sou católica e acredito que a nossa senhora me vai ajudar eu tenho muita fé...” PJ</p> <p>“... Com este ambiente tão agradável comecei a pensar em Deus e na sua lei que diz “tu faz que eu te ajudarei...” PI</p> <p>“...Foi muito importante recuperar a confiança em mim.” PF</p> <p>“... Quando começamos a ter mais confiança em nós, depois não temos medo porque as pessoas estão perto isto é bom” PG</p> <p>“... Os primeiros 15 dias marcaram a diferença, assim que consegui adquirir mais confiança em mim.” PA</p> <p>“... Queria tentar sozinho, pois acho que já consigo...” PA</p> <p>“... O mais importante foi perceber que era capaz de fazer as coisas, porque até vir para aqui eu já tinha desistido...” PN</p>
Envolvimento	Disponibilidade e iniciativa para aprender atividades de autocuidado	<p>“... Às 5 e 30 horas já estava a fazer exercício” PA.</p> <p>“... Levei o estojo da barba... e disse assim « Oh, ... Quem se ficasses sem a mão direita, tu tinhas que te adaptar à mão esquerda! Tu podes fazer a barba com a mão esquerda» Falava comigo próprio...” ...deixa de ser preguiçoso!” ... Comecei a desfazer a barba...” PC</p> <p>“... Não parava, era no ginásio, era no meu quarto, era na casa de banho, era na sala da televisão, sempre a tentar apertar botões, a rodar as torneiras que vocês têm lá para eu treinar...” PN.</p> <p>“... No fim-de-semana que não havia fisioterapia, andava sempre para baixo e para cima no corredor a fazer o que me ensinaram...” PG</p> <p>“... Eu quero fazer, porque sei que só assim consigo melhorar cada vez mais...” PB</p> <p>“... Até na fisioterapia, pedia para ir para as máquinas e ficar mais tempo do que os terapeutas recomendavam” PI</p> <p>“... É importante saber que os outros doentes com a mesma condição de saúde, conseguiram sair a fazer as suas coisas...” PC</p> <p>“... Deixei de comprar camisas, Pois aprendi da outra vez que apertar os botões é o mais difícil de fazer, então só visto camisolas e t-shirts; ...” PA</p> <p>“... Se estivesse estado internado mais tempo acho que usava melhor o andarilho...” PE</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Envolvimento	Disponibilidade e iniciativa para aprender atividades de autocuidado	<p>“...O que interessa é a nossa vontade e a nossa motivação para conseguir adquirir confiança, autonomia e segurança. ...Estes são aspetos marcantes para a recuperação...” PA</p> <p>“...Agora! Posso dizer que me sinto realizado...” PG</p> <p>“... Aprendi tantas coisas novas que só com o tempo, a paciência dos enfermeiros e o meu treino é que foi possível...” PC</p> <p>“...Agora sinto-me mais feliz pois já tenho as minhas estratégias...” PC</p> <p>“...Fui sempre arranjando estratégias para lidar com isto... já consigo sentir bem-estar” PA</p>
Experiencias anteriores	Conhecimento adquirido com experiencias anteriores	<p>“...Deixei de comprar camisas, porque me custa a apertar pois aprendi da outra vez que apertar os botões é o mais difícil de fazer, então só visto camisolas e t-shirts; isto eu já fazia antes por causa do meu problema anterior...” PA</p> <p>“...Davam-me umas pequenas ajudas, mas, também conseguia fazer muita coisa, sozinho, porque tinha a experiencia da outra vez...” PA</p> <p>“...O internamento nesta unidade foi sem dúvida um momento marcante como positivo na minha recuperação..., consegui adquirir mais confiança, autonomia, mais segurança...apesar de já saber algumas coisas que aprendi da outra vez...” PA</p> <p>“...É preciso ter calma, pois já passei por uma situação destas... à que trabalhar... para poder progredir nas estratégias a aprender... e para mim até foi mais fácil, pois já sabia algumas, só me faltam outras” PA</p>
Mudança ocorridas durante o internamento	Reconhecimento da passagem para um nível de dependência inferior	<p>“...Senti que esta unidade era importante, quando comecei a ver a minha evolução...” PL</p> <p>“...Já tomo banho sozinho é só deixarem-me sentar naquela cadeira (cadeira chuveiro)...” PC</p> <p>“...Entrei de maca e tiveram que agarrar em mim para me porem na cama, e ao quarto dia já andava de andarilho...” PL</p> <p>“...Quando fui para a unidade as coisas mudaram e muito olhe logo para começar tiraram-me as fraldas eu tinha que fazer na casa de banho...” PN</p> <p>“...Sentia que estava a melhorar de dia para dia.” PC</p> <p>“Posso dizer-lhe que nesta altura tomo banho sozinho...porque não tomava...não me conseguia lavar...” PC</p> <p>PC</p> <p>“...A minha motivação começou a aumentar quando comecei a ver as minhas melhoras, e o que já era capaz de fazer...” PJ</p> <p>“...Ver os nossos resultados é muito motivador, ver que passei de cadeira de rodas para andarilho e depois para canadianas é muito importante...” PI</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Mudança ocorridas durante o internamento	Reconhecimento da passagem para um nível de dependência inferior para um nível superior	<p>“...Estava ansioso...queria ir a casa outra vez, mostrar à família...porque via que estava a ter a recuperação desejada...” PC</p> <p>“...A confiança aumentou quando vi que aqueles profissionais até repararam nas melhoras do doente...” PA</p> <p>“...Só acreditei em mim, quando me apercebi das mudanças ocorridas, sobretudo para tomar banho e para vestir-me e despir-me...” PG</p> <p>“...Eu nunca pensei que poderia voltar andar, ainda hoje não sei como foi possível recuperar tanto... quando entrei na unidade andava de cadeira de rodas...” PC.</p>
Condição de saúde	Alteração da condição de saúde	<p>“...Eu apanhei mais uma infeção grave ...fui outra vez para o hospital, quando regresssei, comecei a ver que tudo tinha andado para trás...” PL</p> <p>“...Tive necessidade de voltar ao hospital de agudos para controlar um problema cardíaco detetado na Unidade de Convalescença. Quando regresssei à unidade, foi muito difícil ter entusiasmo para voltar outra vez ao início de tudo ...” PE</p>

ANEXO 8

Fatores extrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia para o autocuidado identificados pelos participantes

Fatores extrínsecos de influência no processo de recuperação da autonomia no autocuidado identificados pelos participantes

Categoria	Dimensões	Unidades de registo
Acesso à informação.	<p>Diminuído acesso á informação relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mudanças decorrentes da situação patológica que levou à dependência; -Utilização de estratégias adaptativas face à nova condição de saúde; -Preparação para o regresso a casa. 	<p>“...Eu não sabia o que ia fazer para o Magalhães Lemos, ninguém me disse. A minha filha sabia, mas a mim ninguém dizia nada nem filhos nem médicos nem enfermeiros. Deve ser devido a este meu ar de alucinada...” PH</p> <p>“...Puseram-me na cadeira de rodas sem eu saber andar... Como não tem pedais acho que vou usar as rodas...passados meia dúzia de metros...não conseguia fazer a curva...Acho que me deviam ter ensinado, não acha? eu nunca me tinha sentado numa cadeira de rodas...” PD</p> <p>“... Vai para uma unidade para fazer fisioterapia! Mas não nos dizem mais nada ... “Informaram-me muito pouco. Isto levou-me a ficar muito receosa ... Com dificuldade em me adaptar e em decidir o que fazer e como fazer ...” PF.</p> <p>“...Eu nunca percebi porque realmente ninguém me disse o que estava ali a fazer porque estava eu numa cama, e porque não me deixavam fazer nada...” PG</p> <p>“...Não temos apoios nenhuns, eu entro e saio tantas vezes daquele hospital e ninguém me diz, você precisa de uma cadeira de rodas? De um cadeirão? ” PJ</p> <p>“...Comecei a perguntar a toda agente que vinha ter comigo o que ia eu fazer para o Magalhães Lemos? Uns diziam: - “é para fazer fisioterapia”, outros, não diziam nada outros, - “para ai vai bem. Outra, que eu acho que foi uma enfermeira - ”olhe não se preocupe que eu acho que pior do que isto não há, por isso, vai bem”. PL</p> <p>“...Como não me deram pormenores sobre a unidade, eu quando lá cheguei, achava que ia para mais um hospital...ser tratada como fui neste ... por isso eu ia muito ansiosa. ” PF</p> <p>“...Eu como não estava nada informado sobre o que é isto do “Magalhães Lemos” não estava a ver a importância disto para a minha recuperação... Fiquei muito receosa, com medo de não me adaptar e de não ser capaz de decidir o que fazer e como fazer...” PF</p> <p>“...Antes de ir para a unidade vi à frente da minha cama, uma maca com o meu saquito das coisas em cima, - Esta é para mim? Pensei:- Sinto-me um objeto. ” PG</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Acesso à informação	<p>Diminuído acesso á informação relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mudanças decorrentes da situação patológica que levou à dependência; -Utilização de estratégias adaptativas face à nova condição de saúde; -Preparação para o regresso a casa. 	<p>“... Senti-me como um objeto!... Porque não falaram comigo?” “...Alteraram situações e eu não tive conhecimento!... Houve momentos, em que apenas me foram dadas indicações para eu cumprir... por vezes o meu sentimento era de impotência!... Não pode ser assim.” PG</p> <p>“... O meu marido teve algumas dificuldades em me ajudar aqui em casa... precisava que lhe explicassem como deveria cuidar de mim Nós é que fomos fazendo as coisas conforme nos parecia melhor, isto não me pareceu bem... pois não tínhamos a certeza do que estamos a fazer...” PJ</p> <p>“... Porque ninguém me avisou que iria perder a potência sexual!... Sempre que alguém vinha ter comigo, pensava! É este que me vai falar do assunto. Porque eu queria saber se isto era para o resto da vida ou era só por algum tempo, mas tinha vergonha de perguntar...” PG</p> <p>“... Dever-me-iam ter informado que é muito diferente tomar banho em casa, andar em casa, vestir e despir em casa Não consegui fazer nada disto em casa e já fazia bem na unidade ... faltou-me algum material que utilizei na unidade ...” PJ</p> <p>“Não sabia como fazer as coisas aqui em casa!... sobretudo como tomar banho na banheira...” PI</p> <p>“... Quando vim definitivamente para casa, que era o que mais queria, ... o meu problema foi não saber como tomar a medicação...” PE</p> <p>“...Fomos fazendo as coisas conforme nos parecia melhor, isto não me pareceu bem... pois não tínhamos a certeza do que estamos a fazer...” PJ</p> <p>“...A minha filha via aquele ambiente...mas nunca entrou para ver como se fazia... Também ninguém a convidava para ela me ajudar lá na unidade ...Acho que se ela tivesse visto como se fazia seria melhor para nós as duas, ela é acanhada...mas acho que aprendia melhor...” PB</p>
Estrutura do domicílio	Previsão das dificuldades de acessibilidade	<p>“...Quando cheguei a casa era tudo diferente... eu não conseguia andar com a cadeira de rodas não tinha espaço nem no corredor nem na casa de banho..., Também não tinha nenhuma rampa para entrar em casa. Aquilo que aprendi na unidade, não fui capaz de fazer em minha casa...” PB</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Estrutura do domicílio	Previsão das dificuldades de acessibilidade	<p>“...Não sabia como fazer as coisas aqui em casa!... sobretudo como tomar banho na banheira...só sabia Tomar banho num local amplo...” PI</p> <p>“...Os espaços são diferentes, as casas de banho também são diferentes...” PJ</p> <p>“...O andarilho não passava na porta da casa de banho.... Talvez se tivesse feito mais obras tivesse sido mais fácil” PI</p> <p>“...O fim-de-semana é bom porque assim conseguimos perceber as alterações que devemos fazer à casa...” PL</p>
Estrutura do domicílio	Mudanças efetuadas no domicílio	<p>“...Vir o fim-de-semana a casa é muito importante, facilita a recuperação. Vim todos os que me deixaram, é bom para ver o que temos que mudar em casa para nos sentir-mos melhores. O primeiro fim-de-semana custou um pouco mais...” PE</p> <p>“...Foi bom perceber que eu já era capaz de andar na minha casa ...” PL</p> <p>“...O que mudei foi banheira, tirei-a e coloquei base de chuveiro...” PE</p> <p>“...Agora as coisas são diferentes...por isso tive de fazer algumas mudanças...se não tivesse vindo passar alguns fins-de-semana a casa, não sabia o que era preciso alterar?...” PL</p> <p>“ O que alterei foi que coloquei barras de apoio na sanita e no chuveiro...” PL</p> <p>“... Foi muito bom vir a casa o fim-de-semana para perceber as alterações que deveria fazer...” PI</p> <p>“...Foi necessário serrar um pouco a porta da casa de banho para poder entrar com o andarilho...” PI</p> <p>“...Quando cheguei definitivamente a casa, fez-me bem perceber que era capaz de andar de andarilho, na minha casa. Apesar do dinheiro que gastei em mandar altera-la...” PI</p>
Rede de apoio formal	Internamento na unidade de convalescença	<p>“...O internamento na unidade de convalescença foi sem dúvida um momento marcante como positivo na minha recuperação, considero um privilégio e tenho muita pena de não ser para todos que precisam ...” PA</p> <p>“...Na unidade tornei-me mais independente a todos os níveis...” PC</p> <p>“...A unidade marcou-me...para a minha vida marcou-me...na minha recuperação...a minha tentativa de ter alguma coisa ...algo para sonhar...ainda tenho direito a sonhar</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Rede de apoio formal	Internamento na unidade de convalescença	<p>...coisa que eu pensava que não ia ter mais... ”PD</p> <p>“...Acho que foi melhor ter ido para a unidade apesar de, ter saudades da minha casa. Realmente é bom os doentes passarem por essas unidades... ”PF</p> <p>“...Foi mais vantajoso ter ido para a unidade se tivesse vindo logo para casa não tinha recuperado tanto, acho este tipo de unidades é muito bom para a recuperação de pessoas na minha situação... ”PG</p> <p>“...Tive sorte em ter vindo para esta unidade. ... Este internamento foi, sem dúvida, um momento marcante como positivo para a minha recuperação.“...Se soubesse mais cedo da existência destas unidades já tinha pedido para vir mais cedo para aqui... ”PN</p> <p>“... O mais importante na unidade foi fazer fisioterapia diária ... exercícios nas escadas, no tapete, e com as argolas... ” PL</p> <p>”... Os médicos, enfermeiros e assistentes operacionais estiveram sempre do meu lado quando eu estava perdido... ” PC</p>
	Utilização de estratégias adaptativas	<p>“...Havia umas barras...na parede da casa de banho que me davam muita segurança quando eu tomava banho e quando usava a sanita... Os enfermeiros informaram como e quando as deveria utilizar... ” PB</p> <p>“...Só andava bem com as canadianas ... ” PD</p> <p>“...Tenho uma tábua na banheira... é melhor para eu tomar banho... ” PF</p> <p>“...Com o elevador de sanita, é mais fácil...ir à casa de banho... ”PL</p>
	Ação dos enfermeiros	<p>“...Os enfermeiros sabiam os nossos nomes... olhavam para nós como pessoas. É tão bom... ” PI</p> <p>“... As enfermeiras davam muita força e ânimo... ”PE</p> <p>”... Explicaram tudo, sobre como lavar e vestir a parte de cima do corpo ... e eu treinei várias vezes ” PN</p> <p>“.... Os enfermeiros explicaram muita coisa... ” PL</p> <p>“... Parecia que estava a ter uma lição, ... ” PB</p> <p>“Eu tinha que repetir sozinha o que a enfermeira me ensinou... ” PG.</p> <p>:“...As enfermeiras eram muito claras na forma como falavam comigo. ... Brincavam muito comigo e isto ajudava a diminuir a ansiedade... ” PE</p> <p>“...Parecemos bebés e gostamos que reparem em nós e que louvem o que já somos capazes de fazer... ” PM</p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Rede de apoio formal	Ação dos enfermeiros	<p><i>“Os enfermeiros, quando nós fazíamos as coisas sozinhos, eles faziam-nos uma festa...” PN</i></p> <p><i>“...Eles insistiam tanto comigo que eu comecei a sentir que tinha que fazer por mim, então realmente percebi, que, se fizesse, conseguia...” PI.</i></p>
Rede de apoio informal	Presença de pessoas significativas	<p><i>Os meus netos... eram a base da minha força para recuperar porque eles iam lá ...e telefonavam...para saber, o que eu era capaz de fazer sozinho...</i></p> <p><i>Aconselhavam-me a questionar os enfermeiros sobre as minhas dúvidas e os meus medos” (PE)</i></p> <p><i>“... Gostava que a minha filha me visse ficar melhor... ela ficava muito contente quando eu lhe mostrava o que já era capaz de fazer ... fazia-me bem saber que ela ia visitar-me...ela ajudava-me a planear os dias seguintes” (PA).</i></p> <p><i>“A minha filha vinha ao meio dia e a minha esposa vinha à noite... para me ajudar a comer...foi tão bom este carinho delas as duas...” (PC).</i></p> <p><i>O meu marido dava-me muita força... ele perguntava aos enfermeiros como era suposto que eu fizesse as coisas para verificar se eu estava a fazer bem.” (PJ).</i></p> <p><i>“...A minha filha teve conversas com as auxiliares para ver como elas faziam...como devia ser feito... com a enfermeira também... o enfermeiro Rogério na parte da diabetes, dos medicamentos... teve algumas conversas com a minha filha, como devia de fazer como não devia...”PC</i></p> <p><i>“...Explicaram á minha filha para ser eu a fazer as coisas que podia e para terem cuidado que eu ainda poderia desequilibrar-me...”PL</i></p> <p><i>“...Explicaram á minha filha que tinha que ser eu a fazer as coisas, aqui em casa, era importante para manter-me ativa,...porque ela tem medo que eu caia e quer fazer tudo por mim...” (PL);</i></p> <p><i>“A minha filha decide por mim e pronto, ela tem pânico que me aconteça alguma coisa...e não me deixa fazer nada...” (PH).</i></p> <p><i>“...Ela (filha) via aquele ambiente...mas nunca entrou para ver como se fazia...ninguém mandou...acho que se ela tivesse visto como se fazia seria melhor para nós as duas, ela é acanhada ...mas acho que aprendia melhor...” (PB);</i></p> <p><i>“... O meu marido teve algumas dificuldades em me ajudar aqui em casa ... precisava que lhe explicassem como deveria cuidar de mim...” (PJ)</i></p>

Categoria	Dimensão	Unidades de registo
Rede de apoio Informal	Ausência de pessoa significativa	<p>“...Eu estava sempre muito triste e sem vontade de fazer o que me diziam porque ninguém me foi visitar nem a minha irmã nem a minha sobrinha que criei...” (PF); “.....Não tinha ninguém que se preocupasse comigo.... A minha filha foi-me visitar uma só vez durante o mês... o que me pôs triste...e sem vontade de viver” (PH).</p>
Tempo	Necessidade de mais tempo para realizar atividades de autocuidado	<p>“... Mudava tudo se eu tivesse mais tempo para fazer as coisas...” (PN);</p> <p>“...Entendo que eramos muitos. Mas eu precisava de tempo sobretudo para tomar banho e para me vestir e despir...” (PA)</p> <p>“...Eles (profissionais de saúde) têm muitas pessoas para cuidarem, não podem deixar que todos demorem o mesmo tempo que eu, por exemplo, para tomar banho...Entendo!... se assim fosse, ficavam por tomar banho a maior parte das pessoas, todos os dias...” (PN).</p>

ANEXO 9

Documento sobre uma revisão integrativa efetuada durante o processo formativo,
centrada na temática do Autocuidado

**Documento sobre uma revisão integrativa efetuada durante o processo
formativo, centrada na temática do Autocuidado**

(artigo submetido à Revista “Pensar Enfermagem”, aguardando resposta)

A dependência no autocuidado. Uma revisão integrativa da literatura

Dependence Self-Care. A literature review

Autores:

Marisa Lourenço¹ Alice Brito² Augusta Monteiro³, Carla Pinto⁴, Mariana Guedes⁵, Sandra Domingues⁶, Tiago Barros⁷ Paulino Sousa⁸

Professora Adjunta, Mestre em Ciências de Enfermagem (¹); Professora Adjunta, Doutora em Ciências de Enfermagem (²); Enfermeiro com especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica (^{4,6,7}), Enfermeiros Graduados (³), Enfermeira (⁵)

Professor Coordenador, Doutor em Ciências de Enfermagem (⁸)

Endereço para correspondência:

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto.

Telf: +351 225073500; Fax: +351 223391600

E-mail: marisa@esenf.pt

O artigo insere-se num projeto intitulado, A promoção da autonomia da pessoa dependente para o autocuidado: um modelo de intervenção de enfermagem em Cuidados Continuados.

Tese de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências de Saúde

Resumo:

Objetivo: Identificar quais os fatores determinantes na reconstrução do autocuidado da pessoa dependente e descrever as intervenções de enfermagem promotoras da autonomia no autocuidado.

Metodologia: Revisão integrativa sustentada numa pesquisa efetuada em três motores de busca: *EBSCO Host Web*, *B-on* e *Web of Science*. Foram incluídos 15 artigos nesta revisão, dos quais 3 são artigos de revisão da literatura e 12 artigos primários.

Resultados: O autocuidado é um conceito multidimensional que manifesta condições e significados diferentes para cada pessoa. Por isso, quando alguém se torna dependente no autocuidado, a capacidade para o reestruturar, sofre influência de determinados fatores. Estes não surgem isoladamente, ocorrem muitas vezes em simultâneo e interagem uns com os outros, podendo ser intrínsecos ou extrínsecos à pessoa, isto é, estarem relacionados com a pessoa ou com o ambiente, e facilitarem ou inibirem o processo de reconstrução do autocuidado.

Conclusão: Saber identificar, avaliar e relacionar os fatores que influenciam a reconstrução do autocuidado é fundamental quando pensamos em modelos de intervenção promotores da autonomia da pessoa dependente no autocuidado. De facto ao promover a autonomia face ao autocuidado das pessoas dependentes estamos a promover a sua saúde, através do aumento da capacidade funcional, autoconfiança, autoeficácia, qualidade de vida e satisfação com a vida e simultaneamente, a abreviar o recurso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Autocuidado, autonomia, dependência, enfermagem

Introdução

As alterações demográficas verificadas nas últimas décadas em todas as sociedades sem exceção, que se traduzem pela inversão das pirâmides etárias, vieram colocar às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estávamos preparados. Esta realidade demográfica que se espelha nas sociedades industrializadas e que ganhou um impacto social relevante é um efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade e do aumento da esperança média de vida, consequência direta dos progressos da medicina e das transformações económicas e sociais. Em contrapartida estes progressos causam um novo panorama de necessidades de cuidados resultantes essencialmente de três fatores: situação de duplo envelhecimento; mudanças verificadas no perfil das doenças crónicas e degenerativas

e mudanças sociais, verificadas ao nível da estrutura familiar (Figueiredo, 2007; Colombo, et al., 2011).

A conjugação destes fatores é uma das principais razões do aumento da prevalência de situações de cronicidade múltipla, de incapacidades para o desempenho das atividades de autocuidado, de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida e de isolamento social. Por isso, são necessárias respostas com características diferentes das tradicionalmente dadas pelos serviços de saúde e sociais. Acrescendo desta forma a necessidade de um nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar, capazes de responder à perda de autonomia, de reduzir e de adiar as incapacidades das pessoas, após doença aguda e /ou descompensação de processos crónicos, com respostas centradas na individualidade e na globalidade dos indivíduos.

Deste modo o aumento da prevalência de pessoas dependentes no autocuidado proveniente dos diferentes momentos e circunstâncias da evolução da própria doença começou a preocupar as entidades governamentais mais propriamente as entidades de saúde, e da segurança social emergindo como estratégia central de resposta, programas e modelos de cuidados centrados no desenvolvimento de competências cognitivas e técnicas facilitadoras da autonomia e da participação dos clientes e pessoas significativas (Decreto Lei n.º 101, 2006) Tornando-as capazes de autorregular a sua condição de saúde.

O autocuidado assume-se como uma área contida no “*core*” da profissão e disciplina de enfermagem e tem sido substancialmente abordado no paradigma tradicional de interação do homem com o seu meio ambiente por algumas teóricas. No entanto as conceções da teoria de Autocuidado de Orem têm sido das mais utilizadas mundialmente por inúmeras escolas de enfermagem como base para a construção dos seus currículos académicos (Soerderham, 2000) e por várias organizações de saúde como suporte de orientação na conceção dos cuidados com recurso à ação profissional dos enfermeiros.

Para Orem, o autocuidado não é uma ação inata, antes é adquirida e apreendida pela pessoa no seu contexto sociocultural, ao longo do seu desenvolvimento. É considerado como uma função humana reguladora em que a pessoa tem de desempenhar o autocuidado por si própria, ou alguém executar por ela, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. É ainda, aprendido e executado deliberada e continuamente de acordo com as suas necessidades, associadas ao estado de crescimento e desenvolvimento, aos estados de saúde, às características específicas de saúde, à cultura e aos fatores ambientais (Orem,

2001). Segundo a autora a pessoa é capaz de se auto cuidar pois tem habilidades, conhecimentos e experiencias adquiridas ao longo da vida, pelo que se denomina de agente de autocuidado (self-care agent). No entanto, quando por algum motivo perde esta capacidade e necessita que este autocuidado seja realizado por outros, passa a denominar-se agente dependente de cuidados (dependente care agent). É neste momento que pode beneficiar dos cuidados de enfermagem.

Um outro conceito desenvolvido pela autora na sua teoria de grande aplicabilidade prática é o conceito de ação de autocuidado que *“é a capacidade complexa adquirida, para atender as exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como, do seu desenvolvimento e promoção do bem-estar”* (Orem, 2001, p. 255). Sendo considera uma ação deliberada, que se reporta à capacidade do ser humano em envolver-se no autocuidado e que pode sofrer influência de fatores condicionantes básicos. (...) Que são, os *“fatores internos ou externos aos indivíduos que afetam a sua capacidade de envolver-se no autocuidado ou afetam o tipo e a quantidade de autocuidado necessário”* (Orem, 2001, p. 245). *“A ação de autocuidado ... desenvolve-se no dia -a- dia através do processo espontâneo de aprendizagem. O seu desenvolvimento é ajudado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e por experiencias na realização de medidas de autocuidado”* (Orem, 2001, p. 255).

A pertinência deste documento sustenta-se no reconhecimento do conceito de autocuidado na perspetiva do cliente como fundamental para o desenvolvimento de programas de intervenção adequados e uteis na abordagem das propriedades percebidas pelos próprios, com maior probabilidade de influenciar a prática clinica de qualidade em situações de dependência no autocuidado. Pelo que, os enfermeiros têm um papel importante a desempenhar na promoção, na compreensão e no envolvimento dos clientes dependentes face à necessidade de recuperar o autocuidado, incluindo o que os clientes fazem, porque o fazem e o que significa para eles o que fazem.

É neste contexto que desenvolvemos a presente revisão integrativa, com o objetivo de perceber quais os fatores determinantes na reconstrução do autocuidado e identificar as intervenções de enfermagem promotoras da autonomia da pessoa dependentes no autocuidado. Pois na assistência à pessoa dependente espera-se que os enfermeiros promovam ao máximo a independência nas atividades de vida diária, gerindo os recursos da sociedade e assumindo um papel de *pivot* no contexto das equipas de saúde. No entanto, para

poderem dar respostas efetivas aos desafios que lhes são colocados, é fundamental o desenvolvimento do conhecimento disciplinar nesta área (Silva, 2001; Meleis, 2007).

Metodologia

Optou-se por uma revisão integrativa dada o seu potencial para a compreensão abrangente dos fenómenos relevantes para os cuidados de saúde e da enfermagem. Para garantir o rigor no método e de conteúdo cumpriram-se as etapas de conceção duma revisão integrativa. Assim, elaboraram-se as questões que serviram como ponto de partida para a pesquisa e aplicaram-se os critérios de seleção dos artigos (Whittemore & Knafl, 2005; Mendes, Silveira, & M, 2008). Como questões orientadoras temos:

Quais os fatores determinantes na reconstrução do autocuidado da pessoa dependente?

Quais as terapêuticas de enfermagem facilitadoras da promoção da autonomia da pessoa dependente no autocuidado?

Foram selecionados como conceitos centrais (palavras-chave) orientadores da pesquisa, self-care, nursing, autonomy e dependent que foram requeridos ao nível do título (TI) e com as combinações, pelo booleano *and*, seguintes: self-care and nursing or autonomy and nursing or self-care and dependent and nursing.

Como limitadores de pesquisa utilizamos:

- Artigos Publicações entre 1999/2011
- Artigos com o texto completo em Português, Inglês, Francês e Espanhol.
- Artigos que estivessem disponíveis em texto integral.

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2012 e operou-se nos motores de busca: EBESCO Hot Web, B-on e Web of Science, nas bases de dados: CINAHL Plus; MEDLINE; MedicLatina; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; British Nursing Index; Cochrane Database of Systematic Reviews e Academic Search Complete.

Utilizamos o método designado de PI[C]OD [(participantes (e situação clínica); intervenção, contexto do estudo/comparações, resultados (outcomes) e desenho ou tipo de estudo] como critério para a seleção dos estudo (Ramalho, 2005) de acordo com a tabela 1

Tabela 1 - Critérios de inclusão dos estudos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão
Participantes	Clientes com dependência no autocuidado com idade superior a 18 anos
Intervenção	Estudar o fenómeno do autocuidado
Contexto	Estudos realizados em contexto hospitalar, domiciliário e outras instituições
Desenho do estudo	Natureza quantitativa, qualitativa e revisões da literatura.

Resultados

A estratégia de pesquisa anteriormente descrita possibilitou a identificação de 462 artigos nas diferentes bases de dados, dos quais 70 estavam repetidos e 265 artigos, foram rejeitados pelo título. Após, procedeu-se à leitura dos resumos dos 127 artigos, 100 destes artigos foram rejeitados de imediato e 12 dos artigos foram rejeitados após a leitura integral, porque não se enquadravam nos critérios de inclusão. Por fim, apenas 15 artigos foram incluídos nesta revisão, dos quais 3 são artigos de revisão da literatura e 12 artigos primários. A síntese de informação e de evidências encontradas de acordo com os objetivos propostos apresenta-se discriminada na tabela 2

Tabela 2 - Síntese dos artigos selecionados de acordo com os objetivos propostos

Título, Autores, ano publicação, país	Participantes / amostra	Objetivos do estudo	Metodologia	Principais resultados
Riegel et al (2010), Austrália	27 Adultos com insuficiência cardíaca (IC) (19 homens e 8 mulheres).	Identificar especificidades relacionadas com o sexo como fatores inibidores ou facilitadores do autocuidado das pessoas com (IC).	Estudo transversal com triangulação de métodos. -1ª Fase realizadas entrevistas aos participantes e numa 2ª Fase foi aplicado um questionário construído a partir das entrevistas realizadas.	As diferenças específicas associadas ao sexo foram mínimas. No entanto verificaram-se diferenças nas respostas adequadas para a gestão de sinais e sintomas e nas tomadas de decisão para o autocuidado relacionadas com a IC, em que os homens se revelaram mais competentes. As diferenças descritas neste estudo estão relacionadas sobretudo com a perceção da autoeficácia no desempenho do autocuidado, o suporte social e com o estado emocional. Os homens revelaram mais ansiedade com a possibilidade de complicações, aspeto que os levou a tornarem-se mais responsáveis com a gestão dos sinais e sintomas. As mulheres revelaram uma gestão menos ineficaz relativamente às tomadas de decisão para o autocuidado, aspeto que surge associado sobretudo a estados emocionais de tristeza,

				depressão, isolamento social, e falta de apoio.
2. Wilkinson et al (2009), Nova Zelândia	22 Artigos, publicados entre 1999 e 2007.	Avaliar a evolução do conceito de autocuidado e as suas implicações para os enfermeiros.	Revisão sistemática da literatura.	<p>Nos últimos anos o conceito de autocuidado tem recebido mais atenção, pois a sociedade tem ampla necessidade de mais autonomia e responsabilidade pessoal.</p> <p>O autocuidado é visto como uma situação e uma cultura específica; envolve a capacidade de agir e fazer escolhas, é influenciado por conhecimentos, habilidades, valores, motivação, locus de controlo e eficácia, e incide sobre os aspetos do controle individual dos cuidados de saúde.</p> <p>A ideologia do empowerment, subjacente ao conceito de autocuidado, desloca o foco para o indivíduo longe de constrangimentos estruturais e da desigualdade social.</p> <p>O autocuidado não deve ser visto na perspetiva dos profissionais de saúde apenas como a promoção da independência do indivíduo, mas precisa ser entendido em conjunto com fatores sociais, económicos e os antecedentes pessoais. O autocuidado pode ser entendido como o facto de as pessoas serem responsáveis pela sua própria saúde e bem-estar ficando apto e saudável, fisicamente, mentalmente, e espiritualmente. Incluindo tomar medidas para prevenir as doenças e acidentes, o uso adequado de medicamentos e tratamento da doença. O autocuidado é um tema complexo e não tem sido claramente reconhecido na literatura.</p> <p>Diferentes disciplinas com perspetivas diferentes e opostas, quer epistemológicas quer teóricas, têm dado contributos para o conhecimento atual do conceito.</p> <p>Os enfermeiros têm o dever ético de estar cientes da variedade de fatores que influencia as habilidades individuais no sucesso do autocuidado e de encorajarem os indivíduos portadores de doenças crónicas, a participarem em programas de autogestão, em que se encontra subjacente o conceito de autocuidado. Esta tem sido uma medida adotada por vários países face às alterações demográficas das sociedades atuais.</p>
3. Johnston (2009), Reino Unido.	18 Artigos, publicados de entre 1996 e 2007.	Identificar o conhecimento sobre, como é que as pessoas nas fases avançadas da doença se autocuidam.	Revisão sistemática da literatura.	<p>Os clientes com doença avançada vêm o suporte social como um recurso fundamental para o autocuidado. A família foi identificada como uma das razões de sobrevivência e de recurso na gestão de sinais e sintomas. A auto gestão da dor, de hábitos alimentares e do uso de técnicas de distração e atividades recreativas, incluindo o humor, foram consideradas atividades de autocuidado essenciais para manter a ação social e relacional.</p> <p>O Informar e o responsabilizar o cliente revelaram-se com estratégias de êxito no autocuidado.</p>
4. Paivi et al (2007), Filândia	40 Idosos com idades superiores a 75 anos que permaneciam	Desenvolver um instrumento capaz de testar o modelo desenvolvido	Estudo quantitativo com aplicação de um instrumento contendo 82 itens totais. Estando estes	O autocuidado surge com uma conotação emocional, que pode de certa forma, apresentar uma parte consciente e subconsciente, associado ao percurso de vida das pessoas e que pode ser alterado de acordo com esse mesmo percurso. O conceito

	no domicílio.	por Backman em 1999 Sobre os perfis de autocuidado dos idosos no domicílio.	divididos em 42 itens que medem os perfis de autocuidado; 14 itens que medem a orientação para o autocuidado; 11 itens que medem a capacidade funcional; 5 itens que medem a satisfação com a vida; 10 que medem a auto estima.	apresenta condições e significados diferentes face à ação da pessoa para o autocuidado. O perfil de autocuidado dos idosos está, estritamente, associados às experiências passadas; às perspetivas futuras; à capacidade funcional; à satisfação com a vida e à autoestima. Os idosos com um perfil de autocuidado responsável e independente possuem uma evidente orientação interna e os idosos com um perfil de autocuidado formalmente guiado ou abandonado apresentam uma evidente orientação externa.
5. Wung, et al (2007), China	42 Idosos internados em dois lares distintos. -21 Idosos no grupo de intervenção -21 Idosos no grupo de controlo.	Avaliar, o impacto de um programa de intervenção baseado na teoria Social Cognitiva de Bandura (Enhancement Program (SCSEEP) na capacidade de desenvolver as atividades de vida diária dos idosos internados em lares.	Estudo quasi-experimental.	O programa utilizou três tipos de estratégias culturalmente adequadas para que os clientes e os cuidadores beneficiassem de um modelo de incentivo com a finalidade de manterem a performance, a força, a energia e a capacidade individual para realizarem as atividades básicas da vida diária. 1-Desempenho/realização: os profissionais de saúde revêm e memorizam comportamentos de autocuidado com os idosos; oferecem um <i>feedback</i> positivo aos idosos para melhorarem uma ou mais tarefas de autocuidado; 2- Experiência marcante: profissionais de saúde observam e debatem o sucesso de outros idosos de forma a reforçar as atividades de autocuidado; 3- Persuasão verbal: profissionais de saúde encorajam verbalmente o idoso pelos esforços realizados. Embora o grupo de controlo tivesse melhorado o seu desempenho nas atividades básicas de vida diária, em alguns domínios, só os clientes alvo do <i>Enhancement Program (SCSEEP)</i> demonstraram melhoras estatisticamente significativas.
6. Borg et al (2006), Suécia.	522 Clientes com idades entre 65-89 anos, uma sub-amostra da European Study of Ageing Well (ESAW). Clientes com baixa capacidade para o autocuidado.	Identificar a relação entre a satisfação com a vida e a capacidade de realizar as atividades de vida diária, as condições de vida, a solidão, a capacidade para o autocuidado, a condição social, o estado de saúde em geral, a participação em atividades físicas e os recursos financeiros.	Estudo quantitativo. Os dados foram recolhidos através de uma versão modificada do Older Americans' Resources and Services schedule (OARS). Questionário multidimensional, que avalia a capacidade funcional, demografia, condição de saúde física e mental e as atividades de vida diária, recursos económicos e sociais.	A satisfação com vida em pessoas com baixa capacidade de autocuidado é influenciada por diversos fatores, tais como: idade, sexo; mobilidade; condições habitacionais; capacidade de participação em atividades físicas; solidão, medo e baixa capacidade financeira. Estes fatores provavelmente interagem uns com os outros e devem ser considerados pelos profissionais de saúde no processo de conceção de cuidados a pessoas, com défice na capacidade para o autocuidado. As visitas domiciliárias, que incluíram uma avaliação e intervenções interdisciplinares foram uma ajuda para preservar bons padrões de satisfação com a vida. As intervenções foram atividades com um sentido prático de educação para a saúde e de reabilitação com a intenção de preservar um alto nível de funcionalidade, capacidade, participação e prevenção para a saúde, reduzindo os sentimentos de solidão e medo.
7. Chou et al (2004), S. Francisco	Revisão da literatura de estudos empíricos entre 1985 e	Descrever um modelo de autocuidado para clientes com HIV/SIDA, centrado nos	Revisão da literatura de estudos empíricos publicados entre 1985 e 2002.	O modelo a ser utilizado nas práticas de enfermagem em clientes com doença crónica, é composto por nove dimensões: o interior do cliente (engloba as vertentes: demográficas; socioeconómicas; severidade da doença;

	2002.	resultados e aplicável à prática de enfermagem.		personalidade e comportamentos de risco); o sistema do cliente (engloba as estratégias para o autocuidado, défice do autocuidado, vinculação da pessoa e as decisões partilhadas); os efeitos do cliente (relacionado com uma perceção positiva relativamente à qualidade e satisfação com vida); o prestador de cuidados (abrange características inerentes ao prestador de cuidados, formação académica, nível de educação experiência profissional e treino); o sistema do prestador de cuidados (relacionado com intervenções ao nível da formação do treino e da instrução no sentido de promover o conhecimento, o apoio à mudança de atitudes e ao aperfeiçoamento das habilidades); efeitos do prestador de cuidados (carga do cuidador e satisfação no cuidar); os recursos (áreas urbanas, rurais, hospitalares, comunidade, práticas privadas, tecnologias da saúde); sistema de recursos (disponibilidade e acesso aos recursos); efeito dos recursos (satisfação do cliente, custos, utilização dos serviços de saúde morbidade e mortalidade).
8. O' Hara et al (2002), Reino Unido	169 Clientes com o diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM) a viver na comunidade. 73 Clientes fizeram parte do grupo de intervenção e 96 estavam no grupo controlo.	Avaliar, o impacto de um programa de formação e discussão acerca de estratégias de autocuidado, baseadas nas prioridades dos clientes, com recurso a folhetos informativos no preservar da independência para o autocuidado dos clientes com esclerose múltipla.	Estudo experimental O grupo de intervenção foi sujeito a um programa de formação específico. O grupo de controlo manteve as rotinas (sem formação específica).	Verificou-se uma melhor saúde mental, menos fadiga e melhor qualidade de vida nos indivíduos intervencionados. Alterações no estado de saúde foram insignificantes, mas obtiveram-se melhores resultados a nível da vitalidade. O grupo de intervenção teve uma manutenção dos níveis de independência, enquanto no grupo de controlo houve um decréscimo significativo nesta área. O autocuidado é essencial no dia-a-dia de um doente com E.M. Os profissionais de saúde devem incorporar estratégias de autocuidado nas suas intervenções, visto que beneficiam os clientes com E.M. A reabilitação em clientes com E.M. deve ser baseada nas suas necessidades e prioridades.
9. Roelands et al. (2002), Bélgica	117 Idosos com mais de 75 anos de idade, com algum nível de incapacidade funcional e que recebiam cuidados de enfermagem no domicílio.	Avaliar o grau de conhecimento, perceção e atitude dos idosos face à informação que possuíam acerca de dispositivos de apoio para a mobilidade e para os autocuidados.	Estudo quantitativo. Utilizado como instrumento de medida a escala de Kartz (Katz & Akpom,1976) para avaliar a capacidade funcional dos idosos. Foi desenvolvida uma escala de perceção, da informação sobre os dispositivos de apoio - Assistive Devices Awareness Scale (ADAS).	O conhecimento acerca dos dispositivos de apoio revelado pelos clientes para a mobilidade e autocuidado foi baixa, apesar das vantagens desses mesmos produtos e de estarem disponíveis comercialmente. Os participantes revelaram mais conhecimento acerca dos produtos de apoio usados no WC, seguido dos usados na mobilidade e na transferência, estando menos informados acerca dos dispositivos de apoio para o autocuidado higiene e autocuidado vestir-se. O grau de conhecimento acerca dos dispositivos para vestir, tomar banho, mobilidade na cama, transferência e ir à casa de banho, não se revelou diferente entre os idosos com mais dependência funcional e os idosos com menos dependência. O grau de sensibilização das pessoas idosas para o uso de produtos de apoio estava dependente de múltiplos fatores: o uso de produtos de apoio e as suas características; o tipo e grau de incapacidade e a idade em que se deu a incapacidade; os fatores

				<p>sociodemográficos do cliente (idade, género); as características psicossociais do cliente; as características do cuidador; o ambiente; a presença de dor; e, a falta de informação.</p> <p>A maioria dos idosos que necessitam de ajuda parcial nas AVD's, com os produtos de apoio podem permanecer mais tempo em casa, necessitar de menos apoio de pessoa e combater a escassez de cuidadores profissionais.</p>
10. Backman, et al (2001), Finlândia	40 Idosos Finlandeses com apoio domiciliário, com idade superior a 75 anos.	Descrever os fatores que afetam a capacidade para o autocuidado dos idosos residentes na comunidade.	Estudo quantitativo com aplicação de um instrumento contendo subescalas de avaliação dos seguintes fatores: perfis de autocuidado, capacidade funcional, satisfação com a vida e autoestima.	<p>São vários os fatores identificados com influência no autocuidado. Tais como: a doença; o tipo de tratamento; a experiência pessoal com a doença; o apoio social; o apoio dos enfermeiros e o conhecimento. A capacidade funcional pode ser vista como um pré-requisito para o autocuidado. Os idosos com maior capacidade funcional foram os que revelaram maior capacidade para o autocuidado. No entanto, não existe uma relação clara entre capacidade funcional e o autocuidado, ou seja, nem todos os idosos com capacidade funcional revelaram vontade de se autocuidarem.</p> <p>Existe sim uma forte relação entre autocuidado, autoconceito e a capacidade funcional.</p> <p>Os clientes com melhor percepção de saúde revelaram atividade, autonomia, autoestima, um forte efeito de satisfação com a vida passada e melhor aceitação do futuro.</p>
11. Jaarsma et al (2000), Los Angeles	179 Clientes admitidos num hospital universitário, com insuficiência cardíaca avançada (classificada de grau III-IV pela, New York Heart Association). Média de idades de 73 anos.	Avaliar o impacto de um programa centrado na educação intensiva e treino de habilidades para o autocuidado na qualidade de vida dos clientes com insuficiência cardíaca avançada.	<p>Estudo experimental.</p> <p>Os pacientes do grupo de intervenção foram sujeitos ao programa educativo durante o internamento e no domicílio. Foram acompanhados durante 9 meses e os dados foram colhidos no 1, 3 e 9 mês após a alta.</p> <p>O grupo de controlo foi sujeito a cuidados de rotina.</p>	<p>O efeito do suporte educativo foi limitado a 3 dimensões (capacidade funcional, gestão de sinais e sintomas e percepção psicossocial). Durante o internamento verificou-se uma melhoria da qualidade de vida em ambos os grupos sem diferença.</p> <p>Nos 9 meses após o estudo houve uma redução ao nível da frequência da angústia relacionada com a gestão de sinais e sintomas no grupo de intervenção.</p> <p>As intervenções de enfermagem de apoio educativo revelaram -se eficazes na melhoria dos comportamentos de autocuidado, no entanto, são necessárias intervenções mais intensas para revelarem melhoria na qualidade de vida dos clientes.</p>
12.- Proot et al (2000), Holanda	17 Clientes, com idades entre os 50 e os 85 com AVC, internados há mais de 8 semanas, numa unidade de reabilitação.	Identificar os fatores facilitadores e os inibidores, percebidos pelos clientes com AVC, no processo de reconstrução da autonomia durante o internamento numa unidade de reabilitação.	Estudo qualitativo. Os dados foram analisados de acordo com o método comparativo da Grounded teoria de (Strauss e Corbin, 1990).	<p>Os fatores que influenciaram o processo de reconstrução da autonomia dos clientes com AVC foram os seguintes:</p> <p>Fatores do cliente:</p> <p><i>Facilitadores</i>, condição do cliente (melhorar as habilidades e aumentar a autoconfiança); estratégias do cliente (responsabilidade e iniciativa, utilizar as capacidades da pessoa para o autocuidado, assertividade em estabelecer limites, ter perspetivas e tomadas de decisão partilhadas). <i>Inibidores</i>, falta de capacidades residuais; morbidade e insegurança.</p> <p>Fatores ambientais</p> <p><i>Facilitadores</i>, contexto das instituições (os</p>

				<p>profissionais de saúde; o acompanhamento do cliente, a atividade familiar e a atmosfera pessoal); Estratégias dos profissionais de saúde (a atenção, o respeito, atentos à autonomia do paciente, evitando atitudes de paternalismo. Informar, deliberar e avaliar aspetos relativos ao tratamento, estimular a responsabilidade e iniciativa, dando espaço para uma tomada de decisão partilhada, incluir e abordar a família ao longo deste processo); Estratégia da família (suporte emocional e suporte instrumental).</p> <p>Inibidores, contexto das instituições (rotinas nos cuidados, limitações de tempo, falta de privacidade e falta de envolvimento da família); estratégias dos profissionais de saúde (atitudes de paternalismo, falta de informação, avaliação e deliberação); estratégias da família (atitudes de superproteção).</p>
13. Proot et al (2000), Irlanda	20 Clientes com AVC, com idades entre os 50 e os 85 anos, após alta das unidades de recuperação.	Identificar os fatores que influenciaram a autonomia dos clientes com AVC, no momento da alta.	Estudo qualitativo, os dados qualitativos, foram analisados através do método comparativo, descrito na Grounded Theory, (Strauss e Corbin, 1990).	No momento da alta, os clientes revelam-se mais autónomos em comparação com o período de internamento, necessitando de menos suporte. Foram identificados fatores que facilitaram e que inibiram a autonomia dos clientes com AVC. Estes estavam relacionados com a pessoa (condição da pessoa e estratégias da pessoa) e com o meio ambiente (estratégias dos profissionais de saúde, estratégias da família e o contexto dos cuidados). No final do internamento é esperado que a pessoa atinja o máximo de independência e que a família de acordo com as necessidades após AVC, se sinta capacitada para apoiar, a autogestão do doente. O ensinar e orientar para as novas dificuldades em casa, providenciando a continuidade de cuidados, são questões que requerem atenção dos profissionais de saúde.
14. Backman et al (1999), Finlândia	40 Idosos com apoio domiciliário, com idade superior a 75 anos.	Descrever um modelo que identifique os fatores intrínsecos com influência no autocuidado.	Estudo qualitativo com recurso ao método comparativo da teoria fundamentada.	Foram identificadas quatro perfis de autocuidado com diferentes condições para a ação e significados distintos: o autocuidado responsável; o autocuidado formalmente guiado; o autocuidado independente; e, o autocuidado de abandono. De acordo com o modelo o autocuidado está estritamente associado a forma como as pessoas viveram o passado e como perspetivam o futuro. O autocuidado não é apenas uma maneira racional de manter a saúde, reflete também a atitude geral da pessoa para os cuidados de saúde, para com a doença e as formas de vida.
15. Blair (1999), USA	20 Pessoas residentes num lar. -10 No grupo de intervenção -10 No grupo de controlo.	Avaliar o impacto de um programa de promoção do autocuidado nas atividades de vida diária, e na autoestima das pessoas.	Estudo quasi-experimental Instrumento de medida utilizado – Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1979).	No grupo de intervenção a maioria dos residentes progrediu de dependência completa para a realização de parte das suas AVD. Os residentes que melhoraram o nível de dependência também revelaram melhores resultados ao nível da autoestima. No grupo de controlo não se verificou melhoria no nível de autocuidado nem na autoestima, tendo-se mesmo notado um agravamento destas duas variáveis. Assim, a melhoria verificada no grupo de controlo devesse a três fatores: 1) a importância do papel dos enfermeiros na promoção da independência no autocuidado

				(AVD) das pessoas 2) As pessoas são capazes de restabelecer o seu autocuidado se forem encorajados a fazê-lo 3) As pessoas que participaram no autocuidado formularam pensamentos e sentimentos positivos sobre si próprios e da vida no geral.
--	--	--	--	---

Discussão

Após análise transversal dos artigos expostos na tabela 2 apreendemos que o fenómeno do autocuidado surgiu na literatura organizado por: conceito de autocuidado, fatores de influência na reconstrução do autocuidado e as terapêuticas de enfermagem promotoras da autonomia no autocuidado.

O autocuidado é um conceito multidimensional podendo desta forma, entender-se a necessidade de pensar numa perspetiva mais integradora que possa ajudar a gerar intervenções mais abrangentes, destinadas a assistir as pessoas dependentes no autocuidado, controlando a doença através do complexo sistema de saúde (Chou & William, 2004). Podemos ainda referir o autocuidado como o processo através do qual os indivíduos, deliberadamente, atuam em seu próprio benefício para promoção da saúde, prevenção da doença e deteção de tratamento face aos desvios de saúde. Ou seja, o autocuidado é entendido como uma forma racional para agir no sentido de manter a saúde, apresentando condições e significados diferentes para cada pessoa (Backman & Hentienen, 1999; Proot, Abu-Saadb, Janssen, Crebolderb, & Meulena, 2000). A capacidade para o autocuidado sofre influência do comportamento da pessoa, ao longo do seu ciclo de vida (Wilkinson & Whitehead, 2009).

Os Fatores que influenciam a reconstrução do autocuidado não surgem isoladamente, aparecem muitas vezes em simultâneo e interagindo uns com os outros (Borg, Hallberg & Blomqvist, 2006). No entanto, quando surge uma dependência no autocuidado, este acontecimento pode ser considerado um marco ou ponto de referência para a identificação dos fatores de influência. Desta forma, um fator pode traduzir uma condição que já existia (neste caso antes da dependência), sendo consequência ou resultado da mesma, por isso, surge pós o acontecimento gerador de dependência no autocuidado. Os fatores podem, ainda, ser intrínsecos ou extrínsecos à pessoa, isto é, estarem relacionados com a pessoa ou com o ambiente, facilitarem ou inibirem o autocuidado (Proot, Abu-Saadb, Janssen, Crebolderb & Meulena, 2000). É nesta categorização que nos suportamos para organizar a apresentação dos fatores referenciados nos artigos analisados.

Assim os fatores identificados como facilitadores da reconstrução da autonomia, intrínsecos ao sujeito ou fatores pessoais, são a história de vida, o carácter, o nível de atividade, a

experiência pessoal, a qualidade de vida, as características demográficas (idade, sexo), o estágio de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sociocultural, a personalidade, os comportamentos de risco, a receptividade e as expectativas positivas, as estratégias do paciente, a iniciativa e a responsabilidade (Backman & Hentienen, 2001; Proot, Crebolderb, Abu-Saad & Meulen, 2000; Chou & William, 2004).

As condições intrínsecas à pessoa, que inibem a sua autonomia são a baixa taxa de atividade por alteração na mobilidade (limitações físicas), múltiplas morbidades, o stress, a ansiedade, a falta de esperança e a angústia, o agravamento dos sintomas, a incapacidade para participar em atividades físicas, a solidão, o medo, o baixo nível educacional, a falta de receptividade e expectativas negativas, o estado emocional negativo e o sentir-se um leigo e a capacidade funcional (Johnston, McGill, Stuart & Nora, 2009). A capacidade funcional foi definida como a capacidade de levar a cabo as atividades da vida diária sendo que as alterações físicas e as múltiplas doenças que por exemplo acompanham o envelhecimento, diminuem a capacidade funcional das pessoas idosas, que por sua vez reduzem o número e o tipo de atividades que as pessoas podem desempenhar (Backman & Hentienen, 2001; Chou & William, 2004). O nível de envolvimento nas atividades é tanto maior quanto melhor for a capacidade funcional e o papel social que a pessoa desempenha, o que significa ter melhor qualidade de vida. De facto, quando centrados no autocuidado os resultados do cliente estão muito relacionados com a perceção positiva relativamente à qualidade, vinculação e satisfação com vida, (Backman & Hentienen, 2001; Chou & William, 2004).

O perfil de autocuidado também emerge como um fator, estando este relacionado com a capacidade funcional (atividades da vida diária e instrumentais da vida diária), a satisfação com a vida e a autoestima (Backman & Hentienen, 2001).

Pela sua relevância, importa aqui caracterizar os diferentes perfis de autocuidado descritos pela autora (Backman & Hentienen, 2001). Assim, os idosos com um perfil de autocuidado *responsável*, responsabilizam-se por todas as atividades de vida diária, cuidam da saúde e da doença (tratamento e controlo da medicação), interessam-se por saber o motivo dos seus sintomas e participam na decisão terapêutica. O autocuidado para estas pessoas é um hábito, mantêm uma dieta saudável e interesse na prática de exercício físico. As pessoas com este perfil de autocuidado têm orientações positivas face ao futuro e uma perspetiva positiva face ao envelhecimento, demonstram vontade para continuar a viver como agentes socialmente ativos e têm boas relações com os filhos e amigos e reportam experiências positivas no passado.

As pessoas com um perfil de autocuidado *formalmente guiado* obedecem a todas as instruções no sentido da promoção da saúde. Sabem o que devem comer e o que devem evitar, mas não sabem explicar porquê. Embora sejam indivíduos com alguma experiência de cuidadores, têm dificuldades em identificar as suas necessidades. Experimentam um envelhecimento realista, aceitam a deterioração e as limitações associadas ao processo de envelhecimento como sendo normal.

Os indivíduos com um perfil de autocuidado *independente* cuidam de uma forma independente das suas atividades de vida diária, da saúde e da doença. Sendo também independentes dos profissionais de saúde, automedicam-se tendo os seus próprios meios de cuidar (cura natural). Foram sempre independentes e determinados na vida. Revelam autoeficácia, autocontrolo e autoconceito, positivos.

Os indivíduos com um perfil autocuidado de *abandono* revelam falta de responsabilidade e desamparo, não são capazes de gerir o quotidiano, nem de cuidarem de si próprios. Referem ter perdido o sentido da vida e o desejo de renúncia. Revelam histórias de uma vida dura com sofrimento, relatam que foram pouco respeitados e pouco compreendidos. Apresentam atitudes negativas em relação ao processo de envelhecimento e têm redes sociais muito limitadas.

Pelo exposto, os perfis de autocuidado *responsável*, *independente* e *formalmente guiado* podem ser entendidos como sendo facilitadores do autocuidado, requerendo o último mais suporte dos profissionais. O perfil de autocuidado de *abandono* é considerado inibidor, pois tal como o seu nome indica há um abandono do autocuidado.

No conjunto de artigos incluídos nesta revisão também emergiram outro tipo de fatores, referem-se à circunstância da pessoa, sendo, por isso, designados de extrínsecos. Assim, os fatores extrínsecos à pessoa que facilitam a reconstrução do autocuidado, são considerados as estratégias dos prestadores de cuidados (facilitar o autocuidado ao trabalhar em equipa, atenção e respeito, o informar, o avaliar, diminuir o paternalismo, reforçar as escolhas do paciente, cooperar com o paciente e a família e o assumir riscos); as estratégias da família (agir como um intermediário de forma a fornecer dados indispensáveis ao desenvolvimento do autocuidado, antecipação no sentido de requerer a informação necessária para um bom regresso a casa); e, o contexto da instituição (espaço para o autocuidado, permitir que os clientes se apoiem uns aos outros e falem uns com os outros). Podemos afirmar que o suporte social influencia o autocuidado, sendo encarado como um recurso fundamental para o mesmo. A família é identificada como uma das razões de sobrevivência, na melhoria e

gestão de sintomas (Johnston, McGill, Stuart e Nora, 2009), sendo fundamentais as decisões partilhadas (Chou & William, 2004). O acesso e a procura de informação, também são considerados aspetos essenciais para a reconstrução do autocuidado (Chou e William, 2004; Johnston, McGill, Stuart e Nora, 2009). As condições socioeconómicas, a severidade da doença, os fatores relacionados com os sistemas de saúde, os fatores ambientais e a disponibilidade e adequação de recursos também podem ser aqui incluídos (Backman e Hentienen, 2001).

Os fatores extrínsecos à pessoa que inibem o autocuidado são as más condições habitacionais, a baixa capacidade financeira ou baixo nível socioeconómico (Johnston, McGill, Stuart, e Nora, 2009).

As terapêuticas de enfermagem promotoras do autocuidado surgem como relevantes pois promover a autonomia para o autocuidado é promover a saúde, porque a capacidade para o autocuidado está intimamente ligada com a saúde, sendo considerado como o fator que mais contribui para que as pessoas possam viver nas suas casas (Backman & Hentienen, 1999). Apoiar o autocuidado implica aumentar a capacidade, a autoconfiança e a autoeficácia das pessoas. Desta forma ao otimizar o autocuidado estamos a promover a qualidade de vida das pessoas, a aumentar a satisfação com a vida e a diminuir o recurso aos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde são considerados um potencial na aplicabilidade de modelos de identificação e gestão de estratégias que promovam o autocuidado e que minimizem os fatores que condicionam de forma inibidora esse mesmo autocuidado (William & Chou, 2004). Assim, identificar, relacionar e considerar os fatores que influenciam no autocuidado, deverá ser um aspeto essencial da base da decisão da efetividade de um modelo de intervenção promotor da autonomia da pessoa dependente no autocuidado (Blair, 1999).

O *empowerment* das pessoas portadoras de doença crónica e com défice funcional tem sido uma medida adotada por vários países face às alterações demográficas das sociedades atuais. A evidência mostra que os programas de intervenção baseados na teoria da autoeficácia de Bandura, em que se encontra subjacente o conceito de autocuidado e o modelo de intervenção se baseia no incentivo da performance e da força, da energia e da capacidade individual para realizar as atividades básicas da vida diária, as pessoas sujeitas a estes programas, demonstraram níveis superiores de bem-estar, autoestima positiva e qualidade de vida (Chang, et al., 2007).

Assim, promover a autonomia no autocuidado, exige do profissional de saúde programas de efetividade onde imperem: a atenção e o respeito pelos clientes; as atitudes de

autodeterminação e tomadas de decisão partilhadas; mais supervisão, maior disponibilidade à informação e à deliberação baseada nas necessidades e prioridades do cliente e família e uma avaliação sistematizada das mudanças ocorridas, ao longo de todo o processo (Jaarsma, et al., 2000; O'Hara, Heather & Ide, 2002; Borg, Hallberg & Blomqvist, 2006).

Os estudos incluídos na presente revisão revelam, ainda, que o modelo de abordagem por parte dos enfermeiros no sentido de promover a autonomia para o autocuidado necessita de incluir uma combinação do sistema educativo e assistencial com o uso de estratégias e comportamentos que promovam o aumento: da autoestima; da responsabilidade individual e familiar; da habilidade instrumental de auto gestão orientada para as novas dificuldades pessoais e ambientais e da efetividade da continuidade dos cuidados (Blair, 1999; Roelands, Oost, Buysse, & Depoorter, 2002).

Conclusão

Os achados dos estudos que constituem a presente revisão da literatura responderam às questões de partida, nomeadamente à identificação, dos fatores que influenciam a reconstrução do autocuidado após um acontecimento gerador de dependência e o reconhecimento das terapêuticas de enfermagem promotoras da autonomia no autocuidado. E permitem concluir que a dependência no autocuidado é multidimensional, sofre influência de inúmeros fatores relacionados com a pessoa ou com o ambiente e emergem como uma resposta interdisciplinar e multiprofissional no âmbito da saúde.

Deste modo, na definição de um modelo de intervenção promotor da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, é fundamental identificar, avaliar e relacionar os fatores de influência. De facto ao promover a autonomia face ao autocuidado estamos a promover a saúde, através do aumento da sua: capacidade, autoconfiança, autoeficácia, qualidade de vida e satisfação com a vida e simultaneamente, a abreviar o recurso aos serviços de saúde.

Referências bibliográficas

1. Anderson, R. F. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*, 57 n°2.
2. Astin, F. C. (2007). Chronic disease management and self-care support for people living with long-term conditions: is the nursing workforce prepared? *Journal of Clinical Nursing*, 16.
3. Backman, K., & Henttinen, M. (1999). Model For the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), pp. 564-572.

4. Backman, K., & Hentienen, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scand Journal Caring Sciences*, 15, pp. 195-202.
5. Bernier, F. (2002). Applying Orem's Self-Care Deficit Theory of Nursing To Continence Care: Part 2. *UROLOGIC NURSING*, 22, n°6.
6. Blair, C. E. (1999). Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents. *Issues in Mental Health Nursing*.
7. Borg, C., Hallberg, I., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65 +) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15, pp. 607-618.
8. Callgahan, D. (2005). Healthy behaviors , self-efficacy, self-care, and basic conditioning Factors in Older Adults. *journal of community health nursing*.
9. Chang, S.-H., Crogan, N., & Wung, S.-F. (2007). The self-care self-efficacy enhancement program for chinese nursing home elders. *Geriatric Nursing*, 28, 1, pp. 31-36.
10. Chapple, A., & Rogers, A. (1999). Self-care' and its relevance to developing demand management strategies: a review of qualitative research. *Health & Social Care in the Community*, 7.
11. Chou, F.-Y., & William. (2004). Linking HIV/AIDS Clients` Self-care with Outcomes. *Journal of the association of nurses in aids care*, vol.15, n°4. pp. 58-67.
12. Colombo, F., & Mercier, J. (2011). Help wanted! Balancing fair protection and financial sustainability in long-term care. *Erohealth*, 17.
13. Davies, S. (2005). Meleis`s theory of nursing transitions and relatives`experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (6), p. 658-671.
14. Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
15. Jaarsma, T., Halfens, R., F.Tan, HuijerA., H., K.Dracup, & Diederiks, J. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart and lung* , 29 n°5.
16. Johnston, B., McGill, M., Stuart, M. D., & Nora, K. (2009). Self care and end of life care in advanced cancer: Literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, pp. 386-398.
17. Magnusson, L., & Hanson, E. (Janeiro de 2005). Supporting frail older people and their family carers at home using information and communication technology: cost analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 51, n° 6, pp. 645-657.
18. Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress* (4ª Edição ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

19. Mendes, K. D., Silveira, R. C., & M, G. C. (Out-Dez de 2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 4, pp. 758-64.
20. Nicholas, P. (1993). Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 18.
21. O`Hara, L., Heather, C., & Ide, L. (2002). Evaluation of the effectiveness of professionally guided self-care for people with multiple sclerosis living in community: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 16.
22. Orem. (1991). *Modelo de Orem: Conceptos en la Práctica*. Barcelona: Masson.
23. Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*, 6ª. St. Louis: Mosby.
24. Paivi Rasanen, K. B. (2007). Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of caring science*, 21.
25. Portugal. Ministério da Saúde – Decreto- Lei n.º 101. (2006). Diploma que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
26. PROOT, I., Abu-Saad, H., Gijs, O., & Jos, S. (2002). Autonomy in stroke rehabilitation: The perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*, 9,1, pp. 36-50.
27. Proot, I., Abu-Saad, H., Van Oorsouw, G., & Stevens, J. (2002). Autonomy in stroke rehabilitation: the perceptions of care of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*, 9, 1, pp. 36-50.
28. Proot, I., Abu-Saad, H., Janssen, W., Crebolder, H., & Meulena, R. (2000). Patient autonomy during rehabilitation: the experiences of stroke Patients in nursing homes. *Internacional Journal Studies*, 37, pp. 267-276.
29. Proot, I., Crebolder, H., Abu-Saad, H., Macord, T., & Meulen, R. (2000). Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Education and Counseling*, 41, pp. 275–283.
30. Proot, I., Crebolder, H., Abu-Saad, H. M., & Ter Meulen, R. (2000). Stroke patients' needs and experiences regarding autonomy at discharge from nursing home. *Patient Education and Counseling*, 41, pp. 275–283.
31. Ramalho, A. (2005). *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem meta-análise: estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra, Coimbra, Portugal: Formasau – Formação em Saúde.
32. Rasanen, P., Backman, K., & Kynga, H. (2007). Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Scand Journal Caring*, 21.

33. Roelands, M., Oost, P. V., Buysse, A., & Depoorter, A. (2002). Awareness among community-dwelling elderly of assistive devices for mobility and self-care and attitudes towards their use. *Social Science & Medicine*, 54.
34. Silva, A. P. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem, uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Farmasou.
35. Söderhamn, O. (2000). Self-care as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7, pp. 183-189.
36. Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: update methodology. *Journal Advanced Nursing*, 5, pp. 546-53.
37. Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A Literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46.
38. William, K., & Chou, F.-Y. (2004). Linking HIV/AIDS Clients`Self-care with outcomes. *Journal of the association of nurses in aids care*, 15.

ANEXO 10

Padrão de documentação definido pelos enfermeiros durante a fase de planeamento e de mudança para o contexto prático

Padrão de documentação definido pelos enfermeiros durante a fase de planeamento e de mudança para o contexto prático

Atitude para o autocuidado
<p><i>Avaliar atitude para o autocuidado:</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Expressa/Não expressa desejo de procurar um nível mais elevado de bem-estar no autocuidado;-Expressa/não expressa desejo de aumentar os conhecimentos de estratégias no autocuidado;-Expressa/não expressa desejo de aumentar a responsabilidade no autocuidado.
<p><i>Diagnóstico:</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Atitude dificultadora face às mudanças no autocuidado.
<p><i>Objetivo da ação terapêutica:</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Ajudar a pessoa a desenvolver opiniões favoráveis ao processo de promoção da autonomia no autocuidado.
<p><i>Intervenções:</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Incentivar a participação nas atividades de autocuidado;-Disponibilizar informação sobre as vantagens de realizar as atividades de autocuidado de forma autónoma;-Incentivar a procura de informação;-Reforçar a existência de estratégias pessoais adequadas para realizarem as atividades de autocuidado; <p>Facilitar a participação nas atividades de autocuidado;</p> <ul style="list-style-type: none">-Encorajar o envolvimento da pessoa na tomada de decisão sobre a estratégia adaptativa adequada;-Elogiar as estratégias de autocuidado desenvolvidas.

Conscientização sobre o déficit no autocuidado

Avaliar o reconhecimento e a percepção do déficit no autocuidado:

- Reconhece/Não reconhece o motivo da dependência para o autocuidado;
- Identifica/Não identifica limitações de desempenho no autocuidado;
- Identifica/Não identifica necessidade de adquirir conhecimentos e capacidades para o desempenho do autocuidado.
- Identifica/Não identifica estratégias adaptativas para desenvolver as atividades de autocuidado.

Diagnóstico:

Conscientização dificultadora para o autocuidado.

Objetivo da ação terapêutica:

- Ajudar a pessoa a reconhecer os défices no autocuidado;
- Desenvolver na pessoa a percepção sobre a importância de aprender a utilizar estratégias adaptativas para o autocuidado.

Intervenções:

- Aumentar a percepção sobre as limitações físicas para realizar as atividades de autocuidado;
- Informar sobre atual condição de saúde;
- Informar sobre a necessidade de implementar mudanças para realizar as atividades de autocuidado;
- Informar sobre as limitações físicas associadas à condição de saúde atual;
- Informar sobre as estratégias adaptativas necessárias para desenvolver as atividades de autocuidado;
- Informar sobre as vantagens de utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado.

Autoeficácia para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado diminuída
<p><i>Avaliar a percepção da capacidade para o autocuidado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Expressa/não expressa confiança na capacidade de desempenho para o autocuidado; -Demonstra/Não demonstra convicção na realização das atividades de autocuidado.
<p><i>Diagnóstico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Autoeficácia diminuída para autocuidado.
<p><i>Objetivo da ação terapêutica:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Melhorar a autoeficácia da pessoa.
<p><i>Intervenções:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Melhorar a iniciativa da pessoa para a procura de informação relacionada com as estratégias adaptativas para o autocuidado; -Assistir na identificação de objetivos; -Promover a confiança nas suas capacidades; -Apoiar o reconhecimento do seu potencial; -Informar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado; -Identificar objetivos realistas.
Volição para o autocuidado
<p><i>Avaliar a volição para o autocuidado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Demonstra /Não demonstra disposição (iniciativa) para a ação; -Demonstra/ não demonstra disponibilidade para o progresso no autocuidado; -Procura/ não procura informação sobre novas estratégias para o autocuidado.
<p><i>Diagnóstico:</i></p>

Volição diminuída para o autocuidado.

Objetivo da ação terapêutica:

Aumentar a disposição da pessoa para o autocuidado;

Aumentar a iniciativa da pessoa para o autocuidado.

Intervenções:

-Incentivar o autocuidado;

-Incentivar a participação nas atividades de autocuidado;

-Envolver o cliente na tomada de decisão sobre as estratégias adaptativas adequadas

-Reforçar a existência de recursos pessoais adequados.

Autocuidado tomar banho

Avaliar a capacidade para o autocuidado tomar banho através do IADA:

-Entrar e a sair do chuveiro;

-Obtêm objetos para o banho;

-Abre a torneira da água;

-Regula a temperatura da água;

-Regula o fluxo da água;

-Lavar-se no chuveiro;

-Lava o corpo.

Avaliar o conhecimento sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado tomar banho:

-Não identifica nem descreve estratégias adaptativas para o autocuidado tomar banho;

-Identifica mas não descreve estratégias adaptativas para o autocuidado tomar banho;

-Identifica e descreve estratégias adaptativas para o autocuidado tomar banho.

Avaliar a capacidade para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado tomar banho:

- Utiliza estratégia adaptativas no autocuidado tomar banho;
- Não utiliza estratégias adaptativas no autocuidado tomar banho.

Diagnóstico:

- Capacidade comprometida para o autocuidado tomar banho;
- Conhecimento não demonstrado sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado tomar banho;
- Capacidade diminuída para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado tomar banho.

Objetivo da ação terapêutica:

- Assegurar o autocuidado tomar banho;
- Aumentar o conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado tomar banho;
- Desenvolver a capacidade para utilizar estratégia adaptativa no autocuidado tomar banho.

Intervenções:

- Assistir no autocuidado tomar banho;
- Incentivar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado tomar banho;
- Encorajar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado tomar banho;
- Elogiar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado tomar banho;
- Organizar o material para o autocuidado tomar banho;
- Informar sobre os dispositivos de apoio para o autocuidado tomar banho:
 - Barras laterais de apoio no chuveiro;
 - Cadeira chuveiro;
 - Esponja de cabo longo.
- Ensinar, Instruir, Treinar as estratégias adaptativas para o autocuidado tomar banho,

adequadas à condição de saúde da pessoa. Como por exemplo, para:

Entrar no chuveiro;

1-Usar as barras laterais de apoio do chuveiro

Lavar-se no chuveiro;

2-Usar a cadeira chuveiro.

Lavar / secar as costas;

3-Usar toalha molhada / seca na perpendicular, segurando as extremidades, deslizar para a direita e para a esquerda, para cima e para baixo, alternadamente.

4-Usar esponja de cabo longo.

Lavar / secar os membros inferiores e pés;

5-Sentar e colocar a toalha molhada /seca no chão, friccionar os pés alternadamente.

6-Sentar e cruzar a perna, lavar / secar os membros inferiores e pés alternadamente.

7-Sentar e apoiar os membros inferiores num degrau, lavar / secar os membros inferiores e os pés.

Lavar o períneo.

8-Usar abertura da cadeira chuveiro para lavar / secar o períneo.

9-Sentar e levantar alternadamente cada uma das pernas, lavar / seca o períneo

Autocuidado vestir e despir

Avaliar a capacidade para o autocuidado vestir e despir através do IADA:

-Escolher das roupas;

-Tirar as roupas da gaveta e do armário;

-Segurar as roupas;

-Vestir as roupas na parte superior do corpo;

-Despir as roupas na parte superior do corpo;

- Vestir as roupas na parte inferior do corpo;
- Despir as roupas na parte inferior do corpo;
- Abotoar ou desabotoar as roupas;
- Apertar dos cordões;
- Usar dos fechos;
- Calçar as meias;
- Descalçar as meias;
- Descalçar os sapatos;
- Calçar os sapatos.

Avaliar o conhecimento sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado vestir e despir:

- Não identifica nem descreve estratégias adaptativas para o autocuidado vestir e despir;
- Identifica mas não descreve estratégias adaptativas para o autocuidado vestir e despir;
- Identifica e descreve estratégias adaptativas para o autocuidado vestir e despir.

Avaliar a capacidade para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado vestir e despir:

- Utiliza estratégias adaptativa no autocuidado vestir e despir;
- Não utiliza estratégias adaptativas no autocuidado vestir e despir.

Diagnóstico:

- Capacidade comprometida para o autocuidado vestir e despir;
- Conhecimento não demonstrado sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado vestir e despir;
- Capacidade diminuída para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado vestir e despir.

Objetivo da ação terapêutica:

- Assegurar o autocuidado vestir e despir;
- Aumentar o conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado vestir e despir;

-Desenvolver a capacidade para utilizar estratégia adaptativa no autocuidado vestir e despir.

Intervenções

-Assistir no autocuidado vestir e despir;

-Incentivar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado vestir e despir

-Encorajar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado vestir e despir

-Elogiar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado vestir e despir

-Organizar o material para o autocuidado vestir e despir

-Informar sobre os dispositivos de apoio para o autocuidado vestir e despir:

-Abotoador de botões;

-Bastão de vestir;

-Calçador de meia;

-Calçadeira de cabo longo;

-Cordões elásticos.

-Ensinar, -Instruir, -Treinar, as estratégias adaptativas para o autocuidado vestir e despir, adequadas à condição de saúde da pessoa. Como por exemplo para:

Vestir / despir as roupas da parte superior do corpo;

1-Sentar e vestir a parte superior do corpo iniciando pelo membro afetado.

2-Sentar e despir a parte superior do corpo iniciando pelo lado sadio.

3-Usar abotoador de botões.

4-Usar bastão de vestir.

Vestir/ despir as roupas da parte inferior do corpo;

5-Sentar e cruzar os membros inferiores (membro afetado para cima), vestir a parte inferior do corpo iniciando pelo membro afetado.

6-Desapertar a peça de roupa e deixar cair ao longo dos membros inferiores. Retirar os

pés alternadamente.

7-Sentar e usar o degrau para apoiar os membros, vestir a parte inferior do corpo.

8-Usar bastão de vestir.

Descalçar / calçar as meias;

9-Sentar e cruzar um o membro (membro afetado para cima), descalçar/calçar as meias alternadamente.

10-Sentar e usar o degrau para apoiar os membros, descalçar/calçar as meias.

11-Usar calçador de meias.

Descalçar / calçar os sapatos.

12-Apoiar a uma superfície fixa e com o pé contra lateral pressionar a parte de trás do sapato até o descalçar.

13-Sentar com o pé no chão, pressionar para baixo o joelho afetado, introduzindo calcanhar no sapato.

14-Sentar e usar o degrau para apoiar os membros e descalçar/calçar os sapatos.

15-Usar calçadeira de cabo longo.

Autocuidado alimentar-se

Avaliar a capacidade para o autocuidado alimentar-se através do IADA:

-Preparar o alimento para a refeição;

-Abrir os recipientes;

-Lidar com utensílios para alimentar-se;

-Colocar o alimento nos utensílios para se alimentar-se;

-Pegar em copos ou chávenas;

-Levar dos alimentos à boca com os utensílios;

-Beber com copo ou chávena;

-Colocar os alimentos na boca;

-Concluir a refeição.

Avaliar o conhecimento sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado alimentar-se:

-Não identifica nem descreve estratégias adaptativas para o autocuidado alimentar-se;

-Identifica mas não descreve estratégias adaptativas para o autocuidado alimentar-se;

-Identifica e descreve estratégias adaptativas para o autocuidado alimentar-se.

Avaliar a capacidade par utilizar estratégias adaptativas no autocuidado alimentar-se:

-Utiliza estratégias adaptativas no autocuidado alimentar-se;

-Não utiliza estratégias adaptativas no autocuidado alimentar-se.

Diagnóstico:

-Capacidade comprometida para o autocuidado alimentar-se;

-Conhecimento não demonstrado sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado alimentar-se;

-Capacidade diminuída para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado alimentar-se.

Objetivo da ação terapêutica:

-Assegurar o autocuidado alimentar-se;

-Aumentar o conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado alimentar-se;

-Desenvolver a capacidade para utilizar estratégia adaptativa no autocuidado alimentar-se.

Intervenções

-Assistir no autocuidado alimentar-se;

-Incentivar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado alimentar-se;

-Encorajar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado alimentar-se;

-Elogiar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado alimentar-se;

-Organizar o material para o autocuidado alimentar-se;

-Informar sobre os dispositivos de apoio para o autocuidado alimentar-se:

-Abre frascos hermeticamente fechados;

-Talheres de cabo flexível;

-Suporte para talheres;

-Colher recoberta;

-Caneca de pegas dupla;

-Suporte de copos;

-Prato e taça com ventosa;

-Prato com divisórias;

-Rebordo para o prato.

-Ensinar, -Instruir, -Treinar, as estratégias adaptativas para o autocuidado alimentar-se, adequadas à condição de saúde da pessoa. Como por exemplo para:

Lidar com os utensílios;

1-Usar talheres de cabo flexível.

2-Usar adaptador de talheres.

3-Aumentar a zona de contacto do cabo dos utensílios.

Colocar os alimentos nos utensílios;

4-Usar rebordo para prato.

5-Usar prato com divisórias.

6-Usar prato e taça com ventosa.

7-Usar colher recoberta.

8-Substituir o garfo pela colher.

Abrir os recipientes;

9-Usar abre frascos hermeticamente fechados.

Pegar em copos ou chávenas.

10-Usar caneca de pega dupla.

11-Usar suporte de copos.

Autocuidado arranjar-se

Atividade Diagnóstica:

Avaliar a capacidade para o autocuidado arranjar-se através do IADA:

-Pentear ou escovar o cabelo;

-Barbear-se;

-Aplicar maquilhagem;

-Cuidar das unhas;

-Usar um espelho.

Avaliar o conhecimento sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado arranjar-se:

-Não identifica nem descreve estratégias adaptativas para o autocuidado arranjar-se;

-Identifica mas não descreve estratégias adaptativas para o autocuidado arranjar-se;

-Identifica e descreve estratégias adaptativas para o autocuidado arranjar-se.

Avaliar a capacidades para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado arranjar-se:

-Utiliza estratégias adaptativas no autocuidado arranjar-se;

-Não utiliza estratégias adaptativas no autocuidado arranjar-se.

Diagnóstico:

- Capacidade comprometida para o autocuidado arranjar-se;

-Conhecimento não demonstrado sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado arranjar-se;

-Capacidade diminuída para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado arranjar-se.

Objetivo da ação terapêutica:

- Assegurar o autocuidado arrancar-se
- Aumentar o conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado arrancar-se;
- Desenvolver a capacidade para utilizar estratégia adaptativa no autocuidado arrancar-se.

Intervenções:

- Assistir no autocuidado arrancar-se;
- Incentivar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado arrancar-se;
- Encorajar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado arrancar-se;
- Elogiar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado arrancar-se;
- Organizar o material para o autocuidado arrancar-se;
- Informar sobre os dispositivos de apoio para o autocuidado arrancar-se:
 - Pente de cabo longo;
 - Tubo de espuma para punhos;
 - Espelho inclinável.
- Ensinar, -Instruir, -Treinar, as estratégias adaptativas para o autocuidado arrancar-se, adequadas à condição de saúde da pessoa. Como por exemplo para:

Pentear ou escovar o cabelo;

- 1-Usar pente de cabo longo.
- 2-Usar tubo de espuma para punhos.

Barbeia-se / Aplica Maquilhagem.

- 3-Usar tubo de espuma para punhos.

Autocuidado cuidar da higiene pessoal

Avaliar a capacidade para o autocuidado cuidar da higiene pessoal através do IADA:

- Lavar as mãos;
- Aplicar desodorizante;
- Limpar a área do períneo;
- Limpar as orelhas;
- Manter o nariz desobstruído e limpo;
- Manter da higiene oral.

Avaliar o conhecimento sobre as estratégias adaptativas para o autocuidado cuidar da higiene pessoal:

- Não identifica nem descreve estratégias adaptativas para o autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Identifica mas não descreve estratégias adaptativas para o autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Identifica e descreve estratégias adaptativas para o autocuidado cuidar da higiene pessoal.

Avaliar a capacidades para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado cuidar da higiene pessoal:

- Utiliza estratégias adaptativas no autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Não utiliza estratégias adaptativas no autocuidado cuidar da higiene pessoal.

Diagnóstico

- Capacidade comprometida para o autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Conhecimento não demonstrado sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Capacidade diminuída para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado cuidar da higiene pessoal.

Objetivo da ação terapêutica:

- Assegurar o autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Aumentar o conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Desenvolver a capacidade para utilizar estratégia adaptativa no autocuidado cuidar da higiene pessoal.

Intervenções:

- Assistir no autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Incentivar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Encorajar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Elogiar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Organizar o material para o autocuidado cuidar da higiene pessoal;
- Informar sobre os dispositivos de apoio para o autocuidado cuidar da higiene pessoal:
 - Espremedor de tubos;
 - Tubo de espuma para punhos;
- Ensinar, -Instruir, -Treinar, as estratégias adaptativas para o autocuidado cuidar da higiene pessoal, adequadas à condição de saúde da pessoa. Como por exemplo para:

Manter da higiene oral.

- 1-Colocar o tubo da pasta dos dentes em superfície rígida e espremer com a palma da mão.
- 2-Aumentar a base de contacto do cabo da escova de lavar os dentes.
- 3-Usar espremedor de tubos

Autocuidado usar o sanitário

Avaliar a capacidade para o autocuidado usar o sanitário através do IADA:

- Ocupar a sanita e desocupa-la;
- Tirar as roupas;

- Posiciona-se na sanita ou aparadeira;
- Fazer a higiene intima após urinar ou evacuar;
- Erguer-se da sanita;
- Ajustar a roupa após a higiene intima.

Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado usar o sanitário:

- Não identifica nem descreve estratégias adaptativas para o autocuidado usar o sanitário;
- Identifica mas não descreve estratégias adaptativas para o autocuidado usar o sanitário;
- Identifica e descreve estratégias adaptativas para o autocuidado usar o sanitário.

Avaliar a capacidades para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado uso do sanitário

- Utiliza estratégias adaptativas no autocuidado usar o sanitário;
- Não utiliza estratégias adaptativas no autocuidado usar o sanitário.

Diagnóstico:

- Capacidade comprometida para o autocuidado usar o sanitário;
- Conhecimento não demonstrado sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado usar o sanitário;
- Capacidade diminuída para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado usar o sanitário.

Objetivo da ação terapêutica:

- Assegurar o autocuidado usar o sanitário;
- Aumentar o conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado usar o sanitário;
- Desenvolver a capacidade para utilizar estratégia adaptativa no autocuidado usar o sanitário.

Autocuidado transferir-se

Avaliar a capacidade para o autocuidado transferir-se através do IADA:

-Transferir-se da cama para a cadeira/cadeirão;

-Transferir-se da cadeira/cadeirão para a cama.

Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado transferir-se:

-Não identifica nem descreve estratégias adaptativas para o autocuidado transferir-se;

-Identifica mas não descreve estratégias adaptativas para o autocuidado transferir-se;

-Identifica e descreve estratégias adaptativas para o autocuidado transferir-se.

Avaliar as capacidades para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado transferir-se

-Utiliza estratégias adaptativas no autocuidado transferir-se;

-Não utiliza estratégias adaptativas no autocuidado transferir-se.

Diagnóstico:

- Capacidade comprometida para o autocuidado transferir-se;

-Conhecimento não demonstrado sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado transferir-se;

-Capacidade diminuída para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado transferir-se.

Objetivo da ação terapêutica:

-Assegurar o autocuidado transferir-se;

-Aumentar o conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado transferir-se;

-Desenvolver a capacidade para utilizar estratégia adaptativa no autocuidado transferir-se.

Intervenções:

-Assistir no autocuidado transferir-se;

-Incentivar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado transferir-se;

-Encorajar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado transferir-se;

-Elogiar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado transferir-se;

-Organizar o material para o autocuidado transferir-se;

-Informar sobre os dispositivos de apoio para o autocuidado transferir-se:

-Cinto de transferência;

-Disco de rotação;

-Manta de transferência;

-Barras de suporte laterais.

-Ensinar, -Instruir, -Treinar, as estratégias adaptativas para o autocuidado transferir-se, adequadas à condição de saúde da pessoa. Como por exemplo para:

Transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama.

1-Usar a técnica de transferência mais adequada à condição da pessoa.

2-Usar disco de rotação para transferir-se.

3-Usar manta de transferência.

Autocuidado posicionar-se

Avaliar a capacidade para o autocuidado posicionar-se através do IADA:

-Mover o corpo, virando-o para um lado e para o outro.

Avaliar o conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado posicionar-se:

-Não identifica nem descreve estratégias adaptativas para o autocuidado posicionar-se;

-Identifica mas não descreve estratégias adaptativas para o autocuidado posicionar-se;

-Identifica e descreve estratégias adaptativas para o autocuidado posicionar-se.

Avaliar a capacidades para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado posicionar-se:

-Utiliza estratégias adaptativas no autocuidado posicionar-se;

-Não utiliza estratégias adaptativas no autocuidado posicionar-se.

Diagnóstico

- Capacidade comprometida para o autocuidado posicionar -se;
- Conhecimento não demonstrado sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado posicionar-se;
- Capacidade diminuída para utilizar estratégias adaptativas no autocuidado posicionar-se.

Objetivo da ação terapêutica:

- Assegurar o autocuidado posicionar -se;
- Aumentar o conhecimento sobre a utilização de estratégias adaptativas no autocuidado posicionar -se;
- Desenvolver a capacidade para utilizar estratégia adaptativa no autocuidado posicionar-se.

Intervenções:

- Assistir no autocuidado posicionar -se;
- Incentivar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado posicionar -se;
- Encorajar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado posicionar -se;
- Elogiar o uso de estratégias adaptativas no autocuidado posicionar -se;
- Ensinar, -Instruir, -Treinar, as estratégias adaptativas para o autocuidado posicionar-se, adequadas à condição de saúde da pessoa. Como por exemplo para:

Virar o corpo de um lado e para o outro

1-Virar o corpo de um lado para o outro, na cama utilizando o suporte da cama.

Autocuidado mover em cadeira de rodas

Avaliar a capacidade para mover-se em cadeira de rodas através do IADA:

- Movimentar o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas;
- Transferir-se de e para a cadeira de rodas com segurança;
- Manobrar em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta,

moderada ou rápida.

Avaliar o conhecimento sobre mover-se em cadeira de rodas:

- Não identifica nem descreve como mover-se em cadeira de rodas;
- Identifica mas não descreve como mover-se em cadeira de rodas;
- Identifica e descreve como mover-se em cadeira de rodas.

Diagnóstico

- Capacidade comprometida para mover-se em cadeira de rodas;
- Conhecimento não demonstrado sobre como mover-se em cadeira de rodas.

Objetivo da ação terapêutica:

- Assegurar a mobilidade em cadeira de rodas;
- Aumentar o conhecimento sobre como mover-se em cadeira de rodas;
- Desenvolver a capacidade para mover-se em cadeira de rodas.

Intervenções:

- Assistir na mobilidade em cadeira de rodas;
- Incentivar o uso da cadeira de rodas;
- Encorajar o uso da cadeira de rodas;
- Elogiar o uso da cadeira de rodas;
- Ensinar, -Instruir, -Treinar, sobre a técnica para mover-se em cadeira de rodas adequada à condição de saúde da pessoa. Como por exemplo para:

Mover em cadeira de rodas em superfície plana/inclinada;

- 1-Usar a técnica para mover-se em cadeira de rodas

Transferir-se da cadeira de rodas para o sanitário e do sanitário para a cadeira de rodas;

- 2-Usar a técnica de transferência mais adequada à condição da pessoa

3-Usar barras de suporte laterais.

Transferir-se da cadeira de rodas para o cadeirão e do cadeirão para a cadeira de rodas.

4-Usar a técnica de transferência mais adequada à condição da pessoa.

5-Usa manta de transferência.

ANEXO 11

Imagem dos dispositivos de apoio adquiridos para a Unidade de Convalescença

Imagem dos dispositivos de apoio adquiridos para a Unidade de Convalescença

- *Autocuidado banho:*



Escova para lavar a cabeça



Espoja de cabo longo

- *Autocuidado Alimentar-se*



Suporte para copos



Caneca reclinável

- *Autocuidado Alimentar-se*



Resguardo para pratos



Prato com ventosa



Talheres com suporte redobrável



Suporte para talheres

- *Autocuidado vestir e despir*



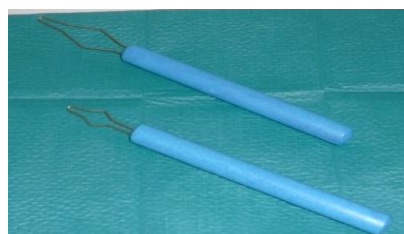
Pinça agarra objetos



Bastão de vestir



Calçador de meias



Abotoador de botões

- *Autocuidado vestir e despir*



Calçadeira de cabo longo

- *Autocuidado transferir-se*



Manta de transferência



Transferidor dos membros inferiores



Disco de transferência



Cinto de transferência

- *Autocuidado cuidar da Higiene pessoal (higiene oral)*



Espremedor de tubos



Tubos de espuma

- *Autocuidado arranjar-se*



Escova de cabelo cabo longo

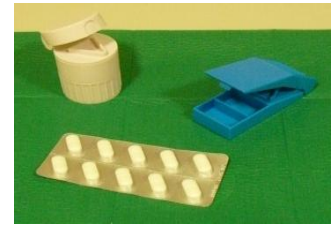


Aplicador de creme

- *Gerir o regime medicamentoso*



Pastilheiro semanal



Corta comprimidos



Triturador de comprimidos

- Autocuidado desempenhar atividades de lazer



Tubos de espuma



Suporte para cartas

