

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA
RESPIRATÓRIA NA RAM**

Elker Angelina Sequeira Sanz Gonçalves

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

Funchal,

2020

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DEPENDÊNCIA EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM
DE REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DOENÇA
RESPIRATÓRIA NA RAM**

Elker Angelina Sequeira Sanz Gonçalves

Orientadora: Professora Doutora Merícia Bettencourt

**Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. José de
Cluny para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Reabilitação.**

Funchal,

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu marido e ao meu filho.

Dedico este trabalho a vocês, que estiveram sempre presentes em todos os momentos. Agradeço incondicionalmente o vosso apoio e por acreditarem nas minhas capacidades.

À minha orientadora, Professora Doutora Merícia Bettencourt que direcionou a minha caminhada, pela sua prontidão e disponibilidade, sabedoria, rigor e amizade.

À Tânia, pelo seu incentivo e amizade.

Ao António, Mara, Sónia, Nilda, que com a sua ajuda e incentivo contribuíram para ultrapassar as dificuldades.

Às pessoas que aceitaram participar neste estudo, sem elas nada disto seria possível.

Ao SESARAM por ter permitido a realização deste estudo.

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização desta dissertação.

RESUMO

Ao aumento da longevidade associam-se elevados índices de dependência devido ao aumento das doenças incapacitantes, como as doenças respiratórias. Estas assumem-se como patologias com grandes *handicaps* na autonomia e autocuidado representando um desafio para a enfermagem de reabilitação. A avaliação do grau de dependência, permite aos Enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação um trabalho sistemático e de rigor na promoção e na avaliação da autonomia.

Este estudo quantitativo, descritivo e transversal permitiu avaliar o nível de dependência da pessoa com doença do foro respiratório alvo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na Região Autónoma da Madeira, partindo-se da questão: Qual o nível de dependência das pessoas com doença respiratória alvo dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na Região Autónoma da Madeira?

Teve como objetivos caracterizar as pessoas com doença respiratória alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na Região Autónoma da Madeira e quantificar a dependência destas, através da aplicação da Escala de Dependência em Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a um conjunto de 64 pessoas.

Os achados mostram uma população envelhecida, do género feminino, casada, com habilitações ao nível do 1º ciclo do ensino básico, reformada ou inválida, que apresenta, maioritariamente, dificuldade na mobilidade como resultado da doença respiratória.

A dependência é mais acentuada nos idosos, do género masculino, que não sabem ler nem escrever, viúvos, reformados ou inválidos, naqueles que vivem com outros familiares, possuem cuidador informal e encontram-se nas Unidades de Internamento de Longa Duração e Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados.

O item H, Higiene, é o que apresenta uma maior percentagem de participantes no grau mais grave de dependência. Na observação da distribuição das pessoas com doença do foro respiratório independentes, concluímos que a totalidade dos participantes se apresenta nos itens B, C e G (continência, postura corporal e temperatura corporal) no grau de maior independência, i.e. grau 5.

Este estudo mostra-nos que é importante para a prática do Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação conhecer as necessidades reais das pessoas alvo dos seus cuidados, de forma a poder estabelecer um plano de cuidados individualizado e assertivo,

estabelecendo um plano preventivo que responda às reais necessidades apresentadas, capacitando a pessoa para o seu autocuidado.

Palavras Chave: Dependência, Enfermagem de reabilitação, pessoa com doença respiratória, EDC-R.

ABSTRACT

Increased longevity is associated with high levels of dependence due to the growth in disabling diseases, such as respiratory diseases. These are assumed as pathologies with large handicaps in autonomy and self-care, representing a challenge for rehabilitation nursing. The assessment of the degree of dependence, allows specialized nurses in rehabilitation nursing to work systematically and rigorously in the promotion and assessment of autonomy.

This quantitative, descriptive and cross-sectional study made it possible to assess the level of dependence of the person with respiratory illness target of specialized rehabilitation nursing care in the Autonomous Region of Madeira, having departed from the research question: What is the level of dependence of people with respiratory disease under specialized care in rehabilitation nursing in the Autonomous Region of Madeira?

It aimed to characterize people with respiratory diseases targeted by rehabilitation nursing care in the Autonomous Region of Madeira and to quantify their dependence, through the application of the Dependence Scale in Rehabilitation Care to a group of 64 people.

The findings show that the target population is aged, female, married, with qualifications in the 1st cycle of elementary education, retired or disabled, and largely evidence mobility difficulties as a result of respiratory diseases.

Dependence is rather noticeable among the elderly, and male, who do not know how to read or write, widowed, retired or disabled, among those who live with other family members/relatives, those who have an informal caregiver or are part of Long Term Care Units and the Regional Network of Integrated Continuous Care.

Item H, Hygiene, is the one with the highest percentage of participants in the most severe degree of dependence. By observing the distribution of people with independent respiratory diseases, it is concluded that all participants are enclosed in items B, C and G (continence, body posture and body temperature) in a degree of greater independence, i.e., level 5.

This study shows that it is important for the practice of the nurse specialist in rehabilitation nursing to learn about the real needs of the people object of their care, in order

to be able to establish an individualized and assertive care plan, devise a preventive plan likely to meet the real needs disclosed, and enabling individual users to self-care.

Keywords: Dependency, rehabilitation nursing, person with respiratory disease, CDS-R.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD - Atividades de Vida Diária

CDS - Care Dependency Scale

CDS-R - Care Dependency Scale for Rehabilitation

Dp – Desvio padrão

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EDC-R - Escala de Dependência de Cuidados em Enfermagem de Reabilitação

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

\bar{X} – Média

M - Mediana

m – Moda

MIF – Medida Independência Funcional

OE – Ordem dos Enfermeiros

RAM - Região Autónoma da Madeira

RRCCI - Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados

SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

ULDM - Unidade de Longa Duração e Manutenção

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. REVISÃO DE LITERATURA	21
1.1. Dependência	21
1.1.1. Dependência da pessoa com doença do foro respiratório alvo dos cuidados especializados do enfermeiro de reabilitação.....	27
1.1.2. Modelos de enfermagem	29
1.1.3. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e o cuidar da pessoa com doença do foro respiratório	33
1.1.4. A EDC-R e a avaliação da Dependência da pessoa com doença do foro respiratório alvo dos cuidados especializados do enfermeiro de reabilitação	40
2. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	43
2.2. População e amostra.....	44
2.3. Variáveis	45
2.4. Processo de colheita de dados	46
2.4.1. Variáveis de caracterização ou sociodemográficas.....	46
2.4.2. Grau de dependência.....	46
2.5. Considerações éticas	48
2.6. Processo de tratamento e análise de dados.....	49
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	50
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	75
CONCLUSÃO.....	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
ANEXOS.....	i
ANEXO A – INQUÉRITO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	iii

ANEXO B – ESCALA DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS EM REABILITAÇÃO	vii
ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA	xiii
ANEXO D – CONSENTIMENTO INFORMADO	xvii

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes pelo contexto da prática	51
Tabela 2 - Distribuição dos participantes pelo Género.....	51
Tabela 3 - Distribuição dos participantes pelas categorias: Adulto e Idoso	52
Tabela 4 - Distribuição dos participantes pelo estado civil	52
Tabela 5 - Distribuição dos participantes pelo Grau de escolaridade.....	53
Tabela 6 - Distribuição dos participantes pela situação profissional.....	53
Tabela 7 - Distribuição dos participantes pela situação de vida	54
Tabela 8 - Distribuição dos participantes com ou sem Apoio de cuidador informal.....	54
Tabela 9 - Distribuição dos participantes pela percepção da sua saúde atual.....	55
Tabela 10 - Distribuição dos participantes pela percepção da sua saúde em relação aos pares	55
Tabela 11 - Tipo de dificuldade na mobilidade apresentada pelos participantes	56
Tabela 12 - Distribuição dos participantes pela presença de dor no último mês.....	56
Tabela 13 - Distribuição dos participantes pela presença de internamento recente	57
Tabela 14 - Dependência dos participantes no item Comer e Beber	65
Tabela 15 - Dependência dos participantes no item Continência.....	66
Tabela 16 - Dependência dos participantes no item Postura Corporal	66
Tabela 17 - Dependência dos participantes no item Mobilidade.....	67
Tabela 18 - Dependência dos participantes no item Padrão Sono/Vigília.....	67
Tabela 19 - Dependência dos participantes no item Vestir-se e Despir-se.....	68
Tabela 20 - Dependência dos participantes no item Temperatura Corporal.....	68
Tabela 21 - Dependência dos participantes no item Higiene.....	69
Tabela 22 - Dependência dos participantes no item Evitar perigos.....	69
Tabela 23 - Dependência dos participantes no item Comunicar	70
Tabela 24 - Dependência dos participantes no item Interação social	70
Tabela 25 - Dependência dos participantes no item Conceito de regras e valores	71
Tabela 26 - Dependência dos participantes no item Atividades instrumentais	71
Tabela 27 - Dependência dos participantes no item Atividades recreativas.....	72
Tabela 28 - Dependência dos participantes no item Capacidade de aprender	72
Tabela 29 - Dependência dos participantes no item Capacidade de adaptação	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos participantes pelo contexto da prática.....	51
Figura 2 - Distribuição dos participantes pelo Género	51
Figura 3 - Distribuição dos participantes pelas categorias: Adulto e Idoso.....	52
Figura 4 - Distribuição dos participantes pelo estado civil.....	52
Figura 5 - Distribuição dos participantes pelo Grau de escolaridade	53
Figura 6 - Distribuição dos participantes pela situação profissional	53
Figura 7 - Distribuição dos participantes pela situação de Vida.....	54
Figura 8 - Distribuição dos participantes com ou sem Apoio de cuidador informal	54
Figura 9 - Distribuição dos participantes pela percepção da sua saúde atual	55
Figura 10 - Distribuição dos participantes pela percepção da sua saúde em relação aos pares	55
Figura 11 - Apresentação de sintomas de exacerbação da doença respiratória no último mês	56
Figura 12 - Tipo de dificuldade na mobilidade apresentada pelos participantes	56
Figura 13 - Distribuição dos participantes pela presença de dor no último mês	56
Figura 14 - Distribuição dos participantes pela presença de internamento recente	57
Figura 15 - Distribuição dos participantes pelo tempo de seguimento pelo EEER e o pelo nº de sessões semanais	57
Figura 16 - Distribuição dos participantes pelos fatores de risco	58
Figura 17 - Distribuição dos participantes pelos antecedentes de saúde	59
Figura 18 - Categoria de dependência dos participantes.....	59
Figura 19 - Grau de dependência dos participantes	60
Figura 20 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante o contexto da prática	60
Figura 21 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante o género.....	61
Figura 22 - Categoria e grau de dependência EDC-R, dos participantes consoante o intervalo etário.....	61
Figura 23 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante o Estado civil.....	62

Figura 24 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante o Grau de escolaridade	62
Figura 25 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante a situação profissional.....	63
Figura 26 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante a situação de vida.....	64
Figura 27 - Categoria e grau de dependência EDC dos participantes com ou sem cuidador informal.....	64
Figura 28 - Dependência dos participantes no item Comer e Beber	65
Figura 29 - Dependência dos participantes no item Continência	66
Figura 30 - Dependência dos participantes no item Postura Corporal	66
Figura 31 - Dependência dos participantes no item Mobilidade	67
Figura 32 - Dependência dos participantes no item Sono/Vigília	67
Figura 33 - Dependência dos participantes no item Vestir-se e Despir-se	68
Figura 34 - Dependência dos participantes no item Temperatura Corporal	68
Figura 35 - Dependência dos participantes no item Higiene	69
Figura 36 - Dependência dos participantes	69
Figura 37 - Dependência dos participantes no item Comunicar	70
Figura 38 - Dependência dos participantes no item Interação social	70
Figura 39 - Dependência dos participantes no item Conceito de regras e valores	71
Figura 40 - Dependência dos participantes no item Atividades instrumentais.....	71
Figura 41 - Dependência dos participantes no item Atividades recreativas	72
Figura 42 - Dependência dos participantes no item Capacidade de aprender	72
Figura 43 - Dependência dos participantes no item Capacidade de adaptação	73
Figura 44 - Categorias de dependência.....	74

INTRODUÇÃO

Tendo em consideração a minha prática assistencial e com base na análise do relatório de 2018 do observatório nacional das doenças respiratórias, verificamos que as doenças respiratórias assumem desde 2015, o terceiro lugar nas causas de morte dos portugueses.

As doenças respiratórias e a sua cronicidade levam à dependência, e como nos salienta o referido relatório, estas evidenciam-se como patologias que originam grandes *handicaps* na autonomia e autocuidado dos doentes. Seguindo esta evidência, Fonseca, Correia, Redol e Fernandes (2018) acrescentam que a pessoa com doença do foro respiratório apresenta, normalmente, alterações na sua autonomia, decorrente dos processos de dispneia e cansaço, associados ao gasto de energia na realização das diversas tarefas ou atividades, o que compromete a realização do seu autocuidado. Neste sentido é primordial a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), através da implementação de medidas que fomentem o aumento de anos de vida considerados saudáveis ou livres de incapacidades.

Desconhecemos, apesar da consulta das bases de dados científicas, a existência de estudos que se tenham debruçado sobre a dependência das pessoas com doenças do foro respiratório alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação, e estando este estudo inserido num projeto mais global, o qual visa a caracterização da enfermagem de reabilitação na Região Autónoma da Madeira (RAM), também constatamos a inexistência de estudos sobre esta temática no contexto regional.

No entanto, verificamos que alguns autores assentaram a sua investigação no estudo da Dependência. Por exemplo, Couto (2012) verificou que o domínio da atividade física é o que apresenta menores níveis de autonomia/independência e a alimentação é o domínio com maiores níveis de autonomia/independência e mostrou uma evolução favorável no sentido da autonomia/independência do autocuidado, como resultado da intervenção de enfermagem de reabilitação, através do seu estudo em que procurou descrever o grau de autonomia/independência no autocuidado, de uma amostra de clientes inserida num programa de reabilitação dos cuidados continuados integrados.

Por seu lado, Brito (2012) observou que no momento da alta hospitalar, 17,6% das pessoas que apresentam algum tipo de dependência no autocuidado mantêm-na 6-12 meses

após, exigindo um trabalho de adaptação às atividades de autocuidado dessas pessoas no domicílio. Também em 2012, Gonçalves, utilizando o Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal e o Índice de Barthel mostrou que um programa que dinamizava intervenções de enfermagem de reabilitação no domicílio, com o intuito de reduzir o nível de dependência do idoso e a sobrecarga física, emocional e social do seu cuidador, permitiu um ganho de independência nas atividades alimentação, higiene corporal, uso da casa de banho, subir escadas e transferências cadeira/cama.

Posteriormente Ribeiro, Pinto e Regadas (2014) assumiram que a deficiente caracterização da dependência das pessoas para desempenhar as atividades inerentes ao autocuidado, implica dificuldades no exercício profissional dos enfermeiros.

E, como recentemente, destacam Fonseca et al. (2018) a reabilitação respiratória assume um papel fundamental no aumento da funcionalidade e melhoria no autocuidado dos clientes com doença do foro respiratório. Neste sentido, a enfermagem de reabilitação tem um contributo fundamental na garantia de cuidados de excelência contribuindo para que as pessoas com doença do foro respiratório vivam mais tempo e com maior qualidade de vida, sendo importante a investigação nesta área para a fundamentação da sua eficácia e eficiência.

Neste contexto, indo ao encontro das conclusões obtidas pelos autores anteriores e verificando que a Escala Dependência em Cuidados de enfermagem de Reabilitação (EDC-R) permite a avaliação das dependências apresentadas nos diferentes itens, esta permitir-nos-á, através desse conhecimento, o estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação individualizado e de acordo com as necessidades das pessoas.

Julgamos pertinente avaliar com base num estudo quantitativo, descritivo e transversal, o nível de dependência das pessoas com doença respiratória alvo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na RAM, através da aplicação da EDC-R, de forma a respondermos à questão:

Qual o nível de dependência das pessoas com doença respiratória alvo dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na RAM?

Partindo desta questão de investigação, temos como objetivos, caracterizar as pessoas com doença respiratória seguidas na RAM pelos EEER e quantificar a dependência destas, através da aplicação da EDC-R.

Este estudo objetiva então caracterizar as pessoas com doença respiratória alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação e o seu grau de dependência para satisfazer as suas Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e igualmente avaliar a sua capacidade de participação e adaptação.

Importa lembrar que as AVD, referem-se à capacidade de realizar o autocuidado básico e as AIVD refletem a capacidade de utilização dos recursos disponíveis para a execução das tarefas diárias (Grelha, 2009).

Ao longo do trabalho vamos encontrar várias referências aos conceitos de independência/dependência. Estes estão relacionados com a capacidade da pessoa em realizar atividades de vida diária e de autocuidado. Várias definições de dependência surgem e na opinião de Santos (2008) citada por Bernardo (2017) a dependência pode ser dividida em três níveis, baixa, média e elevada dependência:

Baixa dependência, quando a pessoa carece apenas de supervisão ou de vigilância, sendo capaz a nível da mobilidade e da realização de determinadas atividades de vida diária como higiene, vestir/despir e comer; **Média dependência** quando necessita de supervisão e de ajuda de terceiros para a realização de algumas atividades como tomar banho ou gerir a medicação e **Elevada dependência** quando necessita de ajuda extensiva e intensiva, não tendo a capacidade de realizar as tarefas básicas.

Este relatório de investigação contempla uma revisão da literatura, na qual contextualizamos o conceito de dependência da pessoa com doença do foro respiratório alvo dos cuidados do EEER, fazendo a ponte para a aplicabilidade da escala EDC-R.

E onde é feita referência ao papel do Enfermeiro de reabilitação e à importância de um Modelo de Enfermagem como constructo orientador da sua ação.

Segue-se o enquadramento metodológico, onde se descrevem os itens da metodologia seguida nesta investigação.

A apresentação e a análise dos resultados precedem a discussão dos mesmos. A conclusão constitui o último capítulo, na qual se evidenciam as principais conclusões, dificuldades, sugestões e implicações para os domínios da prática de cuidados especializados, para a gestão dos cuidados, para a formação e investigação.

A organização da dissertação segue as normas do guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny e as normas da 6ª edição do *Publication Manual of American Psychological Association*.

1. REVISÃO DE LITERATURA

O presente estudo prende-se com a necessidade de quantificar o nível de dependência da pessoa com doença do foro respiratório alvo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na RAM. Neste percurso faremos, uma abordagem sobre dependência, seguidamente faremos a ponte entre esta problemática e os cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao doente do foro respiratório, abordando no fim a EDC-R, validada para a população portuguesa por Bernardo (2017) utilizada para a colheita de dados, relacionando-a com as necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson.

1.1. Dependência

Com um melhor acesso das populações aos cuidados de saúde, com o desenvolvimento dos mesmos e com o aumento da longevidade experimentada pela sociedade moderna, associam-se índices de dependência acrescidos, em função do aumento das doenças incapacitantes, como por exemplo as doenças respiratórias, outrora fatais.

O envelhecimento das populações constitui uma realidade mundial e assume uma grande expressão no continente europeu. Uma maior longevidade, associada do aumento das comorbilidades, estão na base da dependência, sendo uma realidade em franco crescimento. Araújo e Martins (2016) salientam que apesar do aumento da idade não se traduzir no aumento da incapacidade, a evidência é contundente ao mostrar que os anos conquistados através do aumento da esperança de vida acarretam, muitas vezes, uma maior incidência de problemas de saúde, que se traduzem na diminuição da capacidade funcional do indivíduo comprometendo o seu autocuidado.

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2015), estima-se que no domicílio, em Portugal, haverá 110 355 pessoas dependentes nos autocuidados. E o relatório que retrata Portugal na Europa (Pordata, 2015), referenciado por Lumini e Freire (2016), mostra-nos Portugal como um país com uma composição etária que aponta para um índice de dependência de idosos¹ na ordem dos 30, 7%.

Segundo as projeções de 2017, do Instituto Nacional de Estatística, o agravamento do envelhecimento demográfico não só se mantém como prevê-se a sua estabilização nos

¹ Quociente entre a população idosa (com mais de 65anos) e a população em idade ativa (dos15 aos 64anos)

próximos 40 anos. Este fenómeno é consequência do decréscimo da população jovem a par do aumento da população idosa. O índice de envelhecimento será mais do que o dobro, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens em 2080, estimando-se que o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões.

Neste contexto já em 2010, Sequeira destacava novos desafios a nível da saúde e da prestação de cuidados. O autor assumia que a saúde constitui um processo adaptativo e essencial para um envelhecimento normal, porque o avançar da idade já então, era percebido como um maior índice de dependência, havendo a necessidade do envolvimento dos cuidadores formais e ou informais de forma a colmatar essa mesma dependência na sociedade. Essa ideia foi também comungada por Brito (2012) que, na sua tese de doutoramento, verificou que o nível de dependência no autocuidado é maior nas pessoas mais velhas, constatando que estas são mais vezes internadas e durante mais tempo, tendo alta com maiores índices de dependência. Igualmente em 2012, Gonçalves, assume que apesar de estar presente em todo o ciclo vital, a independência ou ausência dela pode estar intimamente relacionada com a idade, destacando que o auge da independência se dá na idade adulta e o início do seu declínio na velhice. No entanto, lembra que a dependência não é um atributo exclusivo da velhice, pois está presente na infância e juventude, apesar de ser nos idosos que tende a assumir um carácter definitivo e permanente, associada muitas vezes ao processo de fim de vida. E ressalva que, em qualquer altura do seu ciclo de vida, o indivíduo pode perder a sua independência por declínio da saúde física e ou mental, alterando o processo natural do ciclo de vida e vivendo um processo de dependência.

Perspetivando o mesmo pensamento, já em 2006 o Decreto-Lei nº101, de 6 junho, que esteve na base do constructo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, apontava a dependência como quando a pessoa, por alguma situação, não consiga satisfazer as suas necessidades humanas básicas, quer devido a alguma situação de doença ou mesmo devido a falta de apoio familiar. Posteriormente Martins e Gomes (2016) lembram que quando os défices próprios do envelhecimento se sobrepõem aos recursos existentes surge a dependência, podendo se traduzir em mudanças na forma como sempre viveram.

Mais tarde, Reis (2018) enfatiza que é perante as situações patológicas que conhecem o seu agravamento devido ao desconhecimento de meios terapêuticos adequados, que se instala a dependência, com repercussões físicas e emocionais na família, no trabalho e na sociedade.

Já anteriormente Gomes e Martins (2016) descreviam a dependência como um conceito multidimensional que incorpora fatores físicos, mentais, cognitivos, sociais,

económicos e ambientais, lembrando ainda que à dependência podem se associar outras variáveis, sendo inegável a necessidade, ou seja, a pessoa pode não se sentir dependente numa determinada tarefa porque não sente falta dela.

Segundo esta ordem de ideias, as autoras caracterizaram a dependência como uma limitação física, psíquica e intelectual, que se traduz numa incapacidade do indivíduo para realizar, por si próprio, as atividades da vida diária, sendo necessário recorrer à ajuda de terceiros. Em contrapartida, assumem a independência, como a capacidade funcional que permite a realização das atividades de vida diária e de autocuidados sem ajuda de outrem.

Salientam que não passa pelo resultado de uma condição de saúde, mas sim sofre influência de fatores sociais, psicológicos e ambientais, não sendo uma condição da pessoa, mas sim alguma coisa que acontece em algum momento da sua vida.

Já sob o ponto de vista legal, o conceito de dependência, contextualizado por Morim (2016) estabelece uma relação direta com a falta progressiva de autonomia da pessoa para o exercício das suas interações, quer de nível físico, mental ou social, estando iminente a situação de necessitar de assistência de outrem para a realização das tarefas mais essenciais da vida. Conclui, que a dependência se instala quando as pessoas não podem praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação das suas necessidades humanas básicas sem necessitar de ajuda de outrem. Já a condição de dependente não se resume ao facto da pessoa apresentar vulnerabilidade física, decorrente dos processos de envelhecimento, mas sim de uma forma mais abrangente, engloba as situações de doença ou de deficiência.

O respeito pela autonomia tem que estar presente e na opinião de Gomes e Martins (2016) a autonomia vai fazer do doente um cliente, com capacidade para decidir sobre os cuidados que necessita e sobre as respostas adequadas à sua satisfação. Se o enfermeiro não respeitar a autonomia do cliente perde a oportunidade de intervir na promoção da sua saúde.

Os dois conceitos, dependência e perda de autonomia, embora distintos, não em raras vezes surgem associados. Gomes e Martins (2016) lembram-nos que o nível de dependência está relacionado com o nível de autonomia. Quando a autonomia da pessoa baixa para níveis que a impedem de realizar, por si só, o seu autocuidado passa a estar dependente de outros ou de produtos de apoio para a sua realização. Por isso, a dependência será tanto maior quanto menor for o nível de autonomia.

Contrariamente, Viera em 2004, citado por Gomes e Martins (2016) segmentava os dois conceitos, situando a autonomia na capacidade do indivíduo em tomar decisões, na sua capacidade de se governar, enquanto a independência reporta-se à função, à realização de

tarefas que fazem parte do seu quotidiano e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário.

No contexto português desconhecemos estudos que utilizem a escala utilizada na nossa investigação, facto que associamos à sua recente validação para a população portuguesa, mas no âmbito da nossa pesquisa nas bases de dados científicas deparámo-nos com vários trabalhos que se debruçaram sobre a díade dependência/independência e autonomia.

Neste sentido de forma a conhecer e descrever o grau de autonomia/independência no autocuidado, de uma amostra de clientes em programa de reabilitação das equipas de cuidados continuados integrados, Couto (2012) desenvolveu uma investigação em que, em dois momentos de avaliação diferentes, com duas semanas de intervalo, aplicou um questionário que integra uma escala de avaliação do grau de autonomia/independência no autocuidado construída e validada para o efeito.

A sua investigação mostrou que os clientes eram essencialmente idosos, do género feminino, com patologia cerebrovascular. Verificou que o domínio da atividade física, foi o que apresentou menores níveis de autonomia/independência e a alimentação foi o domínio com maiores níveis de autonomia/independência.

Quando comparou o grau de autonomia/independência nos dois momentos de avaliação, observou diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios, mostrando uma evolução favorável no sentido da autonomia/independência do autocuidado, como resultado da intervenção de enfermagem de reabilitação.

Pela análise das intervenções de enfermagem de reabilitação, concluiu que a execução de exercícios músculo-articulares são as intervenções que mais se evidenciam, encontrando justificação dentro de um contexto de exercício profissional especializado, em que há evidência de um maior investimento e intervenção na promoção da mobilidade de uma forma geral.

Mais tarde, Pereira (2014) na sua investigação, ao estudar a aplicabilidade do formulário de avaliação da dependência no autocuidado na enfermagem de reabilitação, também encontrou uma amostra maioritariamente envelhecida. Verificou, ainda, que a dependência das pessoas estudadas, indivíduos dependentes ou os seus familiares cuidadores, se instalou, na maioria dos casos, de forma gradual, sendo assumida uma dependência decorrente do processo de envelhecimento, caracterizando-se por uma transição do tipo desenvolvimental.

O investigador salientou que este processo de envelhecimento estava associado a doenças crónicas, que estiveram na base do comprometimento da autonomia levando à dependência da pessoa.

Além do Formulário da Avaliação da Dependência no Autocuidado, na sua forma reduzida, constituída por um total de 27 atividades de avaliação do autocuidado distribuídos por 10 domínios de autocuidado, utilizou ainda o Índice de Barthel, a Escala de Lawton e Brody e a versão em português do instrumento *Appraisal of Self-Care Agency Scale*.

Com o intuito de perceber qual a proporção de doentes que têm alta hospitalar com dependência no autocuidado, caracterizar essa mesma dependência e perceber o destino dos doentes com dependência no autocuidado após a alta, Brito (2012) desenvolveu uma investigação sobre a reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado. A investigação tomou por objeto de estudo o autocuidado, objetivando desenvolver uma teoria explicativa sobre a reconstrução da autonomia no autocuidado, após um evento gerador de dependência. A investigadora observou que no momento da alta hospitalar, 17,6% das pessoas que apresentavam algum tipo de dependência no autocuidado mantinham-na 6-12 meses após. Esta evidência exigia um trabalho de complementar as atividades de autocuidado dessas pessoas no domicílio e, por outro lado, o desenvolvimento das competências de autocuidado para que atinjam o seu máximo potencial de autonomia.

Ainda em 2012, Gonçalves no seu estudo, Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores, estudo este quase experimental e longitudinal, no qual utilizou dois grupos, o experimental e o de controlo, cada um com 30 idosos e respetivos cuidadores, a investigadora, analisando as diferenças na dependência dos idosos e sobrecarga dos respetivos cuidadores, pretendeu observar o impacto de um programa, que dinamizava intervenções de enfermagem de reabilitação no domicílio, com o foco na redução do nível de dependência do idoso e da sobrecarga física, emocional e social do seu cuidador. Para as variáveis em estudo utilizou dois instrumentos validados para a população portuguesa, o Questionário de Avaliação de Sobrecarga do Cuidador Informal e o Índice de Barthel. Os resultados mostraram que o programa permitiu um ganho de independência nas atividades alimentação, higiene corporal, uso da casa de banho, subir escadas e transferências cadeira/cama, mas indicando igualmente um aumento da sobrecarga pelos cuidadores, evidenciada no global, tanto na dimensão, sobrecarga emocional como na dimensão implicações na vida pessoal.

A dependência tem um juízo negativo, ideia também complementada pela *Internacional Council of Nurses* (2019) e como podemos constatar, o facto da pessoa ficar

dependente de outros é encarado como algo de negativo, pois a dependência como nova condição de saúde pode, na opinião de Brito (2012) implicar muitas mudanças. A autora apontava para a necessidade de se proceder à avaliação da real dependência do indivíduo em cada atividade de autocuidado, o que permite uma consciencialização da sua nova condição de saúde, de forma a negociar metas com a pessoa no sentido de esta estabelecer a sua própria estratégia de mudança e atingir o seu máximo potencial de autonomia.

A dependência, é um processo instável, pode ser permanente ou temporária, há uma perda de independência física ou intelectual levando à necessidade de ajuda de terceiros para a realização das atividades de vida diária. Traduz-se a vários níveis exigindo igualmente respostas distintas. Após a sua instalação, não se identifica como uma situação definitiva nem como última estância, pelo contrário, é vista como um processo que passa por um momento de adaptação. Pode ser minimizada ou até mesmo colmatada por meio de adaptações do meio ambiente, de forma a fazer com que o indivíduo seja capaz de concretizar por si próprio as suas atividades de vida deixando de ser considerado dependente.

E, como podemos depreender da análise dos estudos desenvolvidos por (Couto, 2012), (Brito, 2012) e (Gonçalves, 2012), anteriormente referidos, o enfermeiro de reabilitação assume-se como um elemento basilar na construção de um processo que direcione o cliente para a construção da sua independência

A dependência vista como a adaptação do indivíduo a uma situação física ou psicológica, abre uma porta para a intervenção do EEER para que este possa assumir um lugar privilegiado como agente facilitador dessa adaptação, estabelecendo programas educacionais e de atuação desde a promoção de saúde até as redes de apoio existentes na comunidade (Peixoto & Machado, 2016; Gomes & Martins, 2016).

Neste seguimento, Peixoto e Machado (2016), enfatizam que a dependência em cuidados de saúde pode ser influenciada não só pelo estado de saúde, mas também, pela perceção que o indivíduo tem acerca do seu estado, pelo desconhecimento da sua situação atual e da sua evolução. Neste sentido, a transição de um estado de dependência para um estado de independência assume-se como um desafio para a enfermagem de reabilitação.

O comportamento do EEER, assim como a interação estabelecida face à dependência, pode influenciar o comportamento dos clientes, favorecendo ou não, a autonomia na decisão sobre o autocuidado.

1.1.1. Dependência da pessoa com doença do foro respiratório alvo dos cuidados especializados do enfermeiro de reabilitação

A Ordem dos enfermeiros (OE), através do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, em 2018 lembra-nos que em Portugal, as doenças respiratórias crónicas atingem 40% da população portuguesa. Foram responsáveis por 19,3% dos internamentos em Portugal e correspondem a cerca de 11,8% dos óbitos, sem contabilizar a morte por cancro do pulmão.

Na análise ao relatório de 2018 do observatório nacional das doenças respiratórias, verificamos que, em termos de doenças respiratórias, a mortalidade em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas é das maiores da Europa, ultrapassando os 115 por 100.000 habitantes, sendo a RAM apontada como a Região da Europa com maior taxa de mortalidade por doenças respiratórias. Acrescenta que a esperança de vida dos portugueses situa-se nos 81,3 anos, sendo que o número de portugueses com mais de 75 anos é superior a um milhão. Nesta perspetiva a esperança de vida dos portugueses de 2000 até 2015 aumentou mais de quatro anos em relação à média europeia. Mas, este aumento na longevidade, não se traduziu em qualidade de vida, tendo como consequência um aumento de doentes com doenças crónicas e incapacitantes, porque, se falarmos sobre anos de vida saudável aos 65 anos, os dados não são animadores e verificamos que os portugueses estão muito abaixo da média dos seus parceiros europeus com cinco anos para os homens e sete para as mulheres, contrapondo com outros países como a Suécia em que estes valores são cerca de 16 anos nos homens e 17 nas mulheres. No conjunto dos 25 países estamos em vigésimo lugar, só acima da Hungria, Estónia, Letónia e Eslováquia.

Esse aumento da longevidade leva a um conseqüente aumento das comorbilidades e já em 2010, Sequeira reiterava, como vimos anteriormente, que essa situação coloca novos desafios quer ao nível da saúde, quer mesmo na própria prestação de cuidados. O avançar da idade implica uma diminuição dos anos de vida saudável, o que traduz um maior índice de dependência.

Por outro lado, das doenças incapacitantes, as doenças respiratórias assumem, desde 2015, o 3º lugar nas causas de morte dos portugueses, como nos revela o referido relatório, estabelecendo-se como patologias com grandes *handicaps* na autonomia e autocuidado dos doentes.

E como nos lembram Cordeiro e Menoita (2012) as doenças respiratórias crónicas, como a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), são das poucas patologias crónicas cuja tendência é para aumentar nas próximas décadas, devido a fatores como o tabaco, a poluição atmosférica e as alterações climáticas. As autoras lembram que 7 a 15% da população portuguesa apresenta DPOC, sendo esta a segunda causa de internamento por doença respiratória.

As autoras apontam o dedo às doenças respiratórias, citando a aliança mundial contra as doenças respiratórias crónicas, como sendo estas, a principal causa de procura de cuidados médicos e também uma principal causa de incapacidade temporária, estabelecendo-se como sendo um grave problema de saúde pública na sociedade portuguesa. Daí a premissa da inclusão da vigilância, prevenção e controlo das doenças respiratórias crónicas, nos programas nacionais de saúde como sendo um dos objetivos já ativos do Plano de Ação de 2017-2019 da Aliança Global contra as Doenças Respiratórias Crónicas (*Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases- GARD*), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

E, como salientam as mesmas, urge estabelecer programas de formação de profissionais de saúde para uma melhor gestão das doenças respiratórias crónicas.

Podemos perante isto, facilmente perceber que o aumento da esperança média de vida, o aparecimento das doenças crónicas e em particular do foro respiratório e seus *handicaps* na autonomia e autocuidado dos doentes trouxeram um paradigma importante para os cuidados de saúde e em particular para a enfermagem de reabilitação.

Perspetivando esta realidade, o programa nacional para as doenças respiratórias de 2017 mostra-nos que o impacto será elevado na população em termos de morbilidade e mortalidade, salientando que o grande desafio que será colocado ao Serviço Nacional de Saúde será o decréscimo da mortalidade abaixo dos setenta anos de idade e a implementação de medidas que fomentem o aumento de anos de vida considerados saudáveis ou livres de incapacidades.

Neste contexto, as doenças respiratórias traduzem-se num desafio para a enfermagem de reabilitação, a qual assume aqui um papel primordial de implementação de medidas que fomentem o aumento de anos de vida considerados saudáveis ou livres de incapacidades, (Fonseca et al., 2018). E é essa a missão da enfermagem de reabilitação, como já enfatizava Hoeman (2000) quando referiu que a enfermagem de reabilitação se rege pela prática baseada na evidência, trabalhando em conjunto com as pessoas, para promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência e reforçar comportamentos de adaptação positiva, de forma a atingir níveis máximos de independência funcional.

Temos que ter presente como Gronkiewicz e Coover (2011) salientaram que a doença respiratória pode assumir-se como um fator de grande impacto físico, psicossocial e financeiro quer para a pessoa, quer para a família e até para a própria sociedade. Estas pessoas apresentam situações complexas e difíceis para os enfermeiros de reabilitação, no sentido que experimentam sintomatologia variada como a dificuldade respiratória, tosse produtiva, fadiga e intolerância ao exercício e às atividades de vida diária. A intolerância à atividade reflete, segundo a *Internacional Council of Nurses* (2019) um status comprometido que se traduz pela falta de capacidade ou até mesmo de energia para suportar ou completar atividades.

Nesta ordem de ideias Soares, já em 2016, lembrava-nos que são vários, os fatores que contribuem para uma diminuição da qualidade de vida das pessoas e entre eles, a diminuição da capacidade de tolerância à atividade. Neste sentido a qualidade de vida pode ser fortemente comprometida pelas alterações produzidas por esta intolerância à atividade, o que interfere com a capacidade da pessoa cuidar de si mesma, traduzindo-se numa maior dependência.

Se tivermos em conta, como já contextualizava Hoeman (2000) a enfermagem de reabilitação baseia-se num constructo teórico e científico trabalhando com as pessoas através da definição de objetivos, de forma a atingir níveis máximos de independência funcional, prevenindo complicações e posterior deficiência, reforçando comportamentos de adaptação positiva, assegurando a acessibilidade e a continuidade dos cuidados.

Como ciência em constante evolução, a Enfermagem e o EEER com o intuito de responder ao manancial de atividades processuais da sua prática, assim como às complexas necessidades dos utentes, tem que combinar Modelos de Enfermagem, com formas diferentes de organização e de pensamento, de forma a estabelecer uma prática baseada na evidência.

1.1.2. Modelos de enfermagem

O programa de reabilitação para determinado cliente é variado e personalizado, conforme o patamar em que se encontra, daí ser necessário beber em cada Modelo a fundamentação teórica para fundamentar a prática atual. Por isso, se na nossa prática dos cuidados, nos basearmos numa só teoria não estamos a dar ao cliente alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, o que ele precisa na hora que ele precisa.

Num processo em que se tenta conhecer o grau de dependência para direcionar a pessoa para a sua máxima independência salientam-se dois modelos fundamentais para a prática da enfermagem de reabilitação.

O modelo de adaptação de Roy, explanado por Hoeman (2000), como um modelo útil para os enfermeiros que encontram as pessoas num processo de adaptação e a se ajustar à perda e à mudança. A teórica identificou, no seu Modelo, quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, domínio de papéis e interdependência. Neste Modelo a pessoa é concebida como capaz de se adaptar, sendo que estando num processo de incapacidade vive mudanças fisiológicas que podem influenciar negativamente o seu autoconceito e atrasar uma adaptação saudável à incapacidade. O papel do enfermeiro de reabilitação passa por ajudar utentes e famílias a estabelecer respostas positivas aos estímulos exteriores de forma a se dar a adaptação à sua nova condição de saúde.

Callista Roy trouxe para a Enfermagem os postulados do humanismo e da natureza/existência humana. Ao enaltecer a pessoa como ser biopsicossocial em interação constante com um ambiente em constante mutação, definiu o restabelecer do equilíbrio, da estabilidade e da homeostasia e a preservação da energia da pessoa como o objetivo dos cuidados. A pessoa é vista num sistema de adaptação permanente, mobilizando os seus recursos intrínsecos de quatro modos distintos, fisiológico, autoconceito, desempenho de função e interdependência que concorrem para a sua saúde, para a sua qualidade de vida e para uma morte com dignidade.

Para a teórica as necessidades humanas básicas têm que ser mantidas em equilíbrio como resposta ao meio, alterando-se o autoconceito como resposta ao desempenho dos papéis sociais e responsabilidades fortemente influenciadas pela sua localização no contínuo saúde-doença. A gestão de papéis tipifica o efeito da doença na capacidade da pessoa desempenhar papéis prescritos e os papéis do membro de uma família alterar-se-ão, na medida em que a família responder à incapacidade da pessoa para desempenhar as suas anteriores funções na família e na sociedade.

Quando o cliente é incapaz de interiorizar a mudança do seu papel de forma bem-sucedida ocorre uma má adaptação, o que significa um retorno da pessoa a uma certa homeostasia ou a um nível anterior, independente das alterações estabelecidas para o efeito (Hoeman, 2000).

E como já vimos anteriormente o processo de enfermagem de reabilitação passa por ajudar a pessoa a se reorganizar perante a nova condição de saúde. Neste ponto, elencando o Modelo de Afaf Meleis, percebemos que a enfermagem é a profissão que estabelece um

maior contacto com a pessoa que é afetada pela transição, tendo como foco o seu desenvolvimento. O EEER será sempre o principal impulsionador do processo de transição, concentrando-se em todas as transições relevantes para a pessoa, sendo considerado um agente facilitador que gere a transição, contribuindo para a manutenção e promoção da saúde. Irá direcionar a pessoa para que esta adquira conhecimentos, altere comportamentos e redefine significados associados aos eventos (Meleis, 2010).

Neste sentido, como mais tarde nos referem Piccoli et al (2015) baseando-se em Meleis 2010, os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia. A Enfermagem assume como foco de atenção, as respostas humanas às transições, inerentes aos eventos relacionados com os processos de saúde-doença ou com os próprios percursos de vida, sendo que a transição se torna uma área de atenção para o enfermeiro quando esta interfere na saúde (Meleis, 2010).

Inerente à sua teoria, Meleis (2007) classificou as transições como de: saúde/doença, de desenvolvimento, situacionais e organizacionais.

A transição saúde/doença, acontece quando há uma alteração súbita da condição de saúde de um indivíduo, quando este passa de um estado de condição saudável para uma condição crónica de saúde ou quando se dá um agravamento da sua condição de saúde.

Por outro lado, a transição de desenvolvimento adequa-se a eventos de desenvolvimento como a adolescência ou o envelhecimento e a transição situacional, associa-se a eventos de redefinição de papéis, tais como, ser pai ou mãe, divórcio, morte de alguém, assumir o papel de cuidador.

Já a transição do tipo organizacional associa-se a mudanças de ambiente, alterações sociais, políticas e económicas. Também as alterações na estrutura e dinâmica das organizações inserem-se neste tipo de transição.

Para Afaf Meleis, a conceção de Saúde, segundo a teoria das transições, é mais do que simplesmente a ausência de doença, sendo o resultado das experiências de vida. É a adaptação e a manifestação da consciencialização, empoderamento e controle sobre a vida. Assim, quando ocorre um desequilíbrio destes elementos encontra-se a necessidade em iniciar o processo de transição (Meleis, 2010).

A teórica contextualiza a enfermagem como ciência humana que trata de reações, ou potenciais reações, humanas e ambientais, a situações de saúde e doença e ajuda o enfermeiro a atender às necessidades, não só da própria pessoa, mas também às da família e

peças significativas, tendo em atenção todos os aspetos que o rodeiam, numa verdadeira visão holística da pessoa.

Esta ideia é complementada, como já referimos anteriormente, por Gomes e Martins (2016) quando acrescentam que à dependência pode associar-se a necessidade da própria pessoa, pois ela pode não se sentir dependente numa determinada tarefa por não sentir falta dela.

Neste contexto Piccoli et al em 2015 baseando-se em Meleis (2010) apontam o foco de atenção da prática de enfermagem na pessoa que é descrita na teoria das transições, como um ser humano com necessidades específicas. E descrevem o ambiente como as vivências do indivíduo que podem influenciar a transição.

Na teoria das transições (Meleis, 2010), estas regem-se por cinco propriedades distintas, mas relacionadas entre si: consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, intervalo de tempo e pontos e eventos críticos.

A consciencialização, relaciona-se com a noção ou perceção, conhecimento ou reconhecimento do evento de transição. Para Meleis (2010) é uma etapa chave de todo o processo. É mais tarde apontada por Brito (2012) como a propriedade chave do processo de transição, uma vez que reflete a perceção da pessoa sobre a mudança e o seu conhecimento e reconhecimento da experiência de transição.

Relativamente ao envolvimento, torna-se fácil perceber que a participação e empenho ativo na vivência da transição, facilita o processo de transição. Estes fatores podem ser influenciados por fatores intrínsecos ou extrínsecos ao cliente, como a condição de saúde, o suporte social e familiar e os recursos disponíveis. No entanto, o grau de envolvimento está dependente do grau de conhecimento, uma vez que ninguém se envolve em algo que para si não existe (Meleis, 2007).

Quanto à mudança e diferença, se a transição resulta de uma mudança, o resultado, também será uma mudança. Ao longo de uma transição, a pessoa pode experienciar mudanças significativas em si, no ambiente e no modo como a vivencia (Meleis, 2010). A mudança pode ser uma alteração da condição de saúde física ou mental, na condição social ou económica, na autoimagem, nas expectativas ou na rede de suporte. A forma como a mudança é percebida irá reportar diferentes impactos no estilo e hábitos de vida do indivíduo e pessoas significativas.

A diferença acontece no confronto entre a realidade e a expectativa. A diferença quando percebida pode levar a mudanças de comportamento e de perceções agindo como facilitador do processo de transição (Meleis, 2007).

Quanto ao intervalo de tempo, torna-se difícil precisar o momento exato do início e do fim da transição, pois esta instala-se muitas vezes de forma insidiosa, tornando-se, contudo, útil compreender qual a importância que a pessoa lhe atribui (Meleis, 2010).

A autora acredita, como acrescentou em 2010, que todas as transições se desenvolvem após a ocorrência de acontecimentos, eventos críticos ou eventos de viragem, acompanhados pela vulnerabilidade, incerteza, instabilidade e rutura com a realidade.

Na teoria das transições de Meleis (2007) a identificação e descrição dos pontos críticos e eventos constituem etapas para planear e implementar as ações de enfermagem, de modo a apoiar as pessoas ao longo de todo o processo de transição. Estes podem ser geradores de mal-estar, levar ao aumento da vulnerabilidade ou facilitar a exclusão social (Meleis, 2007). Especialmente conscientes deste facto, os enfermeiros devem munir-se de ferramentas de intervenção de forma a minimizar os impactos destes eventos sobre a pessoa e a família, pelo que o papel do enfermeiro, segundo Meleis (2010) é de extrema importância no desenvolvimento de uma transição saudável. As intervenções de enfermagem devem, assim, ser baseadas na promoção, na prevenção e na intervenção junto da pessoa que vivencia a transição (Meleis, 2007; Schumacher & Meleis, 1994).

Compete ao enfermeiro implementar ações para que a pessoa complete a transição e conquiste de novo o seu equilíbrio, o seu novo ser e o seu novo bem-estar. Neste contexto, percebemos, as transições como experiências humanas que se assumem como um conjunto de respostas, que são moldadas e dependentes das condições ambientais e pessoais, das expectativas, das perceções, dos significados atribuídos às experiências, e dos conhecimentos e habilidades de mudança (Meleis, 2007).

1.1.3. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e o cuidar da pessoa com doença do foro respiratório

A visão de Hoeman, (2000) enaltecia a enfermagem de reabilitação como um exemplo de enfermagem holística, porque constitui uma forma particular de cuidar em Enfermagem. Acrescentava que os EEER possuem um quadro de referências e enunciados conceptuais próprios que permitiam a envolvimento num processo de reflexão consciente e orientada para a tomada de decisão e desenvolvimento do seu exercício profissional.

Fazendo uma resenha histórica, verificamos que o desenvolvimento das ciências acontece muitas vezes na sequência de períodos marcantes e traumáticos para as populações, como os pós-guerra, acontecimentos esses que levam o ser humano ao caos e à sua

consequente reorganização e adaptação. E neste sentido a reabilitação surge como consequência inevitável da segunda guerra mundial (Hoeman, 2008). Os militares que sobreviveram a este período negro da história mundial regressaram a casa com traumas físicos e psicológicos irreversíveis (Hoeman, 2008), o que dificultou a reconstrução dos países afetados pela destruição da guerra, pois os recursos humanos, essencialmente os jovens encontravam-se gravemente limitados (Hesbeen, 2001; Hoeman, 2008). Esta nova realidade e consequente necessidade de reorganização e de reabilitação dos milhares de indivíduos que tinham sido afetados, obrigou a que em 1947, nos Estados Unidos, a medicina física e de reabilitação fosse reconhecida como especialidade médica (Hoeman, 2008).

Nesta perspetiva, Santos (2016) acrescenta que a história da enfermagem de reabilitação em Portugal nasce no séc. XX, após a formação de duas enfermeiras nos Estados Unidos entre 1963 e 1964. Foi no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e de forma a estabelecer uma dinâmica do processo de reabilitação, onde se incluía o EEER, que se iniciou em outubro de 1965 o primeiro curso de especialização em enfermagem de reabilitação. Olhava-se para o processo de reabilitação numa dimensão físico- motora onde se estabelecia o caminho até novas dimensões de vida. O processo de reabilitação com o contributo do EEER definia estratégias de forma a proporcionar a concretização dos objetivos comuns onde eram abrangidas todas as dimensões da pessoa psicossocial. Esta era trabalhada de forma a atingir o seu nível de independência máximo.

O processo de reabilitação no seu desenvolvimento até a atualidade engloba todas as dimensões do desenvolvimento humano, sendo iniciado logo após as alterações ocorridas na vida da pessoa, pelo que a implementação do processo surge no caminho da dependência/independência de forma a estabelecer um plano de atuação.

Na reabilitação, segundo Diehl (1989), referido por Hoeman (2000) o processo educacional promove o autocuidado ajudando o doente e a família a adquirir novas informações, desenvolver novas competências, aplicar de forma competente os conhecimentos e capacidades as atividades funcionais, desenvolver comportamentos adaptativos para lidar com a doença ou incapacidade e evitar o agravamento da incapacidade.

O Decreto lei nº 104/98, salienta que o Enfermeiro Especialista é o enfermeiro que possui competência científica, técnica e humana reconhecida para prestar cuidados gerais e especializados na sua área de especialização clínica. Por sua vez o EEER,

concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. (...) A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, (...) assim como proporcionar intervenções terapêuticas (...) ao nível das funções: neurológica, respiratória, cardíaca, (...) (Regulamento n.º 392/2019, p.13565).

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

A Enfermagem de Reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência.

Reabilitar, significa reaprender habilidades antigas. Implica muito mais do que reaprender a andar e a vestir-se, ou a transferir-se da cama para a cadeira de rodas, porque para reaprender é necessário redescobrir qual o seu papel na família, reformular realisticamente o autoconceito e reaprender a enfrentar os problemas do quotidiano.

Para Hoeman (2000) a enfermagem de reabilitação trabalha com os clientes com o intuito de definir objetivos para níveis máximos de independência funcional nas atividades de vida diária, promover o autocuidado, prevenir complicações e posterior deficiência, reforçar comportamentos de adaptação positiva, assegurar a acessibilidade e a continuidade de serviços e cuidados, advogando uma melhoria na qualidade de vida.

Na enfermagem de reabilitação, o enfermeiro atua ao nível da desvantagem, ajudando o utente a ultrapassar os obstáculos, de modo a permitir uma maior independência, sendo importante o enfermeiro de reabilitação compreender a relação existente entre os aspetos físico, psicológico e social de cada pessoa.

Ainda para Camicia, Black, Farrell, e Waites (2014) o EEER estabelece com o indivíduo alvo dos seus cuidados, uma relação terapêutica baseada na negociação de objetivos de curto e longo prazo com a pessoa com problemas de saúde únicos, que não se traduzem nos diagnósticos médicos, associado a um contexto sociocultural que deve ser considerado. Trabalha numa área que prima pela máxima funcionalidade e melhoria da

qualidade de vida, auxilia a pessoa a adaptar-se a estilos de vida, ao mesmo tempo que fornece um ambiente terapêutico para a sua família. Esta intervenção do EEER processa-se ao longo de todo o ciclo vital, tendo sempre em vista os três níveis de prevenção, atuando ao longo do pólo dependência/ independência.

Face a esta descrição torna-se fácil perceber a necessidade do EEER querer avançar para uma nova fase da sua formação, evoluindo para o mestrado.

Segundo o Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto, que regula o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, atualizado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 agosto, o grau de mestre é conferido, numa área de especialidade, ao profissional que possuir e souber aplicar um elevado nível de conhecimentos, sabendo resolver problemas em diferentes situações, ter a capacidade para integrar conhecimentos, saber comunicar os seus raciocínios e conclusões e possuir competências que lhe permitam uma aprendizagem contínua, de forma autónoma.

A estratégia de intervenção profissional implementada, segundo os princípios reguladores da profissão de enfermagem, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER, contemplam a aquisição de competências clínicas, que permitam ao EEER atuar sob um paradigma de maximização das capacidades, da pessoa alvo dos cuidados, maximizando a segurança e qualidade dos cuidados.

Neste sentido, a OE e a Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação (2018) salientam que entre as áreas de intervenção do EEER, a reabilitação respiratória é uma das vertentes trabalhadas porque, como já vimos anteriormente, nos dados epidemiológicos, as afeções respiratórias apresentam repercussões significativas na autonomia da pessoa com grande impacto na sua qualidade de vida. Sendo notória a necessidade da intervenção e envolvimento por parte do EEER. E dentro da sua vasta aérea de atuação, a reabilitação respiratória é aquela que mais se evidencia nos cuidados de saúde prestados à população, e com grande repercussão nas atividades de vida diária e na sua qualidade de vida. É vista como um programa de intervenção global e multidisciplinar, no qual o EEER tem uma intervenção de destaque.

Perante esta realidade importa aqui contextualizarmos a perspetiva de Pereira (2014) baseando-se na opinião de (Figueredo 2007; Roper, 1995, Sequeira, 2010) o qual destaca que a dependência surge, habitualmente, como resultado do declínio funcional da pessoa e pode ocorrer em qualquer altura do ciclo vital como consequência do aparecimento de patologias ou acidentes, sendo a reabilitação percecionada como um processo para

responder às mudanças de vida não planeadas, impostas por doenças ou acidentes traumáticos, cujo objetivo é permitir a pessoas com algum tipo de dependência alcançar e manter os seus níveis físicos e sensoriais ideais, fornecendo-lhes as ferramentas necessárias para o alcance da sua independência.

E como já nos lembrava Silva (2007) o conhecimento da situação da dependência assume particular relevância para os enfermeiros, porque a necessidade de cuidados de saúde não está relacionada com o diagnóstico da doença já efetuado, nem com a necessidade da terapêutica já prescrita, mas sim com os processos de transição vivenciados pelos indivíduos. E mais tarde, Ribeiro et al. (2014) acrescentam que conhecer os contextos que rodeiam a dependência e o perfil das pessoas dependentes no autocuidado integradas em famílias, irá permitir cuidados de enfermagem, especializados e individualizados, consistentes com as necessidades dos indivíduos o que será um fator decisivo na qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, constituindo uma oportunidade única de serem mais significativos para as pessoas.

Transpondo esta premissa para as doenças respiratórias, tendo em consideração as repercussões nos níveis de independência, em que as incapacidades das pessoas com doença respiratória são muitas e bem conhecidas, torna-se fácil entender a primazia dos programas de reabilitação respiratória no cuidar destes doentes. Estes programas dirigem-se essencialmente às pessoas com doença respiratória crónica, com ou sem sintomatologia associada.

Os constructos de Gomes e Ferreira (2016) inferem que a pessoa com doença do foro respiratório apresenta normalmente alterações na sua autonomia, o que compromete a realização do seu autocuidado, advindas do cansaço e dispneia sentidos na realização das atividades de vida diárias. Neste sentido o EEER tem um papel primordial na intervenção junto destas pessoas no sentido de melhorar a sua autonomia e independência funcional ao estabelecer um plano onde se destaca o instruir/assistir e treinar mecanismos de adaptação e de estratégias de conservação de energia.

Mais tarde em 2018, Fonseca et al., (2018) na sua investigação onde pretendiam responder à questão “Quais são os indicadores sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas com alterações do foro respiratório?”, identificaram 20 indicadores dos quais se destacaram: a capacidade na realização de atividades, aumento da independência física e funcional, gestão de sintomas e aumento da qualidade de vida. Os autores ressaltam a importância de conhecer os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, de forma a estabelecer a importância que a enfermagem de

reabilitação ocupa na promoção do autocuidado e autonomia das pessoas com patologia do foro respiratória.

Observaram na análise dos artigos selecionados que todos eles apontavam para uma melhoria direta da funcionalidade respiratória após a implementação de um programa de reabilitação respiratória com uma melhoria do padrão respiratório do doente e da frequência respiratória, uma diminuição da hiperinsuflação, uma melhoria da ventilação por minuto e a otimização da drenagem postural, assegurando uma melhor mobilização e excreção de secreções. Destacaram que os doentes submetidos a estes exercícios, não só melhoraram a sua função respiratória, mas consequentemente, reduziram o número de exacerbações, pois, não só potenciam o conhecimento, quer dos sintomas associados, mas também das estratégias para minorar a sua gravidade. Os estudos observados pelos autores, apontaram igualmente para uma melhoria da dispneia, sendo possível aferir que esta melhoria do padrão respiratório se correlacionou diretamente com o aumento verificado na tolerância ao exercício, melhoria nas funções do movimento e oxigenação dos músculos locomotores, possibilitando uma maior autonomia e funcionalidade na realização das atividades de vida diárias.

A reabilitação respiratória prova, assim, ter benefícios diretos na recuperação, não só da funcionalidade respiratória, mas igualmente na autonomia e autocuidado dos doentes, uma vez que traduz um incremento na tolerância ao esforço e assim melhoria no padrão locomotor e gasto de energia.

Apraz-nos aqui debruçarmo-nos sobre a intolerância à atividade experimentada pelos doentes do foro respiratório, que leva à diminuição da capacidade funcional o que condiciona a satisfação com a vida, os projetos futuros, a autoestima, a auto-eficácia, produzindo sofrimento e retirando dignidade à pessoa.

Esta condição obriga o EEER a um novo olhar sobre a pessoa, de forma a retardar o mais possível a incapacidade resultante da diminuição da tolerância à atividade, no sentido de preservar o seu direito à autonomia, à independência e à qualidade de vida durante o maior número de anos. Neste contexto a evidência mostra os benefícios da inclusão de técnicas de conservação de energia nos planos de cuidados do EEER de forma a proporcionar cuidados de excelência, potenciar a gestão das atividades, com enfoque numa perspetiva compensatória com recurso ao treino, ao apoio e à educação (Soares, 2016).

Neste contexto e com o objetivo de sistematizar intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado na pessoa com DPOC, Nabais e Sá (2018) realizaram uma revisão de literatura de sete artigos, sendo quatro deles, estudos randomizados controlados,

com nível de evidência II, de forma a responder à questão “Em relação à pessoa com DPOC, quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado?”.

Da análise dos diferentes artigos, verificaram que as intervenções promotoras de autocuidado desenvolvidas pelo EEER vão desde os exercícios respiratórios e o treino de exercício com exercícios de endurance e fortalecimento muscular, educação para a saúde, gestão dos sintomas e do regime terapêutico, ensino de técnicas de conservação de energia, higiene brônquica com destaque para o ensino da técnica do *huffing*. A estas intervenções podem associar-se as técnicas de descanso e relaxamento, diminuindo a tensão muscular, o stress e ansiedade, facilitando a realização de atividades de autocuidado. As autoras assumem que estas intervenções são fundamentais num programa de reabilitação respiratória e que permitem melhorar a função pulmonar e tolerância à atividade física, potenciando a capacidade da pessoa com DPOC para gerir o seu autocuidado. Relembrem, no entanto, que quando não possuem essa habilidade tornam-se agentes dependentes de cuidados, necessitando de cuidados de terceiros, de um familiar/cuidador ou até mesmo do EEER.

Daí a pertinência de Fonseca et al. (2018) em salientar que dentro de uma equipa multidisciplinar, o EEER assume-se como um gestor de caso garantindo condições de excelência para as pessoas com estas afeções, contribuindo para que vivam mais tempo e com maior qualidade de vida.

Em consonância com esses achados, Nabais e Sá (2018) assumem que os resultados do seu estudo estão em sintonia com as competências do EEER, que preveem cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo da vida, capacitar a pessoa com limitação da atividade e restrição na participação social e maximizar a sua funcionalidade, como recomenda a OE (2010). Apontam a dispneia, a ansiedade e a depressão como responsáveis pela incapacidade de participar ativamente na vida familiar, social e laboral, inferindo que as intervenções especializadas de enfermagem de reabilitação como os exercícios respiratórios, treino de exercício e a educação para a saúde sobre o autocontrolo da doença, permitem reduzir as necessidades e aumentar a capacidade destas pessoas face aos défices.

Neste sentido, como nos salientam, Fonseca et al. (2018) a reabilitação respiratória assume-se com uma importância basilar no incremento da funcionalidade das pessoas com doença do foro respiratório, doenças que como não nos podemos esquecer estão em crescimento não só em Portugal, como em toda a população mundial.

A intervenção de Enfermagem nas pessoas com doença respiratória crónica passa pela Reabilitação Respiratória, com o intuito de estabelecer a recuperação da função

respiratória e a gestão de sintomas associados à doença. Neste contexto, a intervenção do EEER permite promover o autocuidado, ajudar a pessoa e a família na gestão da doença, permitindo potenciar a autonomia e o bem-estar.

O conceito de Reabilitação Respiratória tem sofrido uma evolução desde a sua aparição em 1974, em que era considerada uma arte, até os dias de hoje em que assenta em evidências científicas. Neste sentido a Reabilitação Respiratória assume-se, hoje, como uma continuidade de serviços multidimensionais, dirigidos a pessoas com doenças respiratórias e suas famílias tendo como objetivo atingir e manter o nível máximo de independência do indivíduo e de sua funcionalidade na comunidade (Silva, 2012).

Já anteriormente Gronkiewicz e Coover (2011) apontavam a reabilitação respiratória como grande responsável pela redução dos sintomas, diminuição da deficiência, aumento da participação nas atividades físicas e sociais o que se repercute na melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença respiratória crónica. As autoras são de opinião que os programas de reabilitação podem melhorar a tolerância ao exercício, melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida das pessoas com doença respiratória crónica. E o estabelecimento de um programa individual personalizado pode ajudar o indivíduo a atingir os seus níveis máximos de autonomia e funcionalidade.

Nos dias de hoje é também reconhecido que o programa de reabilitação tem sobre a pessoa alvo de cuidados, um efeito benéfico, quer no prognóstico da doença, quer mesmo na diminuição de exacerbações da doença e conseqüentemente na diminuição da mortalidade. E, de forma indireta, os programas de reabilitação respiratória assumem um papel importante na redução de custos, quer na utilização racional dos serviços de saúde disponíveis, com menor recurso à urgência e as consultas não programadas, quer na redução dos internamentos hospitalares, constituindo-se assim uma mais valia na gestão da doença respiratória. (OE & Mesa do Colégio de Enfermagem de Reabilitação, 2018).

1.1.4. A EDC-R e a avaliação da Dependência da pessoa com doença do foro respiratório alvo dos cuidados especializados do enfermeiro de reabilitação

A avaliação da capacidade de autocuidado da pessoa, através de instrumentos de medida e a avaliação do nível e tipo de dependência, permitem aos enfermeiros um trabalho sistemático e de rigor metodológico na promoção e na avaliação da autonomia, bem como

na avaliação dos ganhos em saúde, contribuindo para uma melhor visibilidade dos seus cuidados.

Nesta perspetiva a *Care Dependency Scale for Rehabilitation* (CDS-R) constituiu-se como uma escala validada por Juliane Eichhorn-Kissel, na população de um centro de reabilitação austríaco, a qual é uma modificação da *Care Dependency Scale* (CDS) desenvolvida em 1994, na Holanda, por Dijkstra et al. Permite avaliar as necessidades dos utentes e a sua dependência, podendo ser utilizada em várias faixas etárias, e contextos, como nos lares, na comunidade ou em hospitais (Eichhorn-Kissel, Dassen, & Lohrmann, 2011).

A mudança da CDS para a CDS-R deu-se essencialmente na introdução do item “capacidade para lidar”, por ser considerado relevante em termos de reabilitação, uma vez que, especialmente em situações de utentes com doenças crónicas ou prolongadas, parece importante conhecer a forma como estes lidam com a sua saúde e as suas incapacidades (Bernardo & Sá, 2018).

Esta última escala foi validada para a população portuguesa por Bernardo (2017) no decurso da sua dissertação de mestrado, passando a chamar-se de escala de dependência de cuidados em enfermagem de reabilitação, EDC-R, podendo ser aplicada a doentes do foro respiratório, cirúrgico, cardíaco e neurológico.

Com esta validação para a população portuguesa a investigadora pretendeu adequar às necessidades de independência/autonomia da pessoa em processos de transição de saúde e facultar aos EEER portugueses um instrumento específico capaz de avaliar essas necessidades. A EDC-R é, então, um instrumento disponível à comunidade clínica e científica de enfermeiros portugueses, dirigida essencialmente à prática de enfermeiros especialistas em reabilitação.

Segundo Bernardo e Sá (2018) a escala foi desenvolvida baseada nas 14 necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson, que acreditava que a saúde é essencial para o desenvolvimento humano, sendo que a doença pode provocar dependência. O conhecimento desta avaliação facultada pela EDC-R permite que os objetivos dos profissionais de saúde passem por ajudar a pessoa a progredir de uma situação de dependência para uma situação de independência.

Os constructos emanados por Virgínia Henderson pressupõem que os enfermeiros possam prestar assistência às pessoas, até que elas sejam capazes de novamente cuidar de si próprias equiparando a saúde a independência. Para a teórica, a saúde era avaliada pela capacidade da pessoa em desempenhar as suas necessidades humanas básicas sem necessitar de auxílio.

O objetivo do enfermeiro é assim ajudar a pessoa na obtenção da sua independência, tão rapidamente quanto possível, havendo uma interação entre os dois intervenientes em que o objetivo máximo será a independência (Hoeman, 2000).

E, como já vimos anteriormente, esta é uma área nobre da enfermagem de reabilitação, como defende o Parecer nº 11/2014 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação que lembra que a atividade do enfermeiro deve centrar-se na identificação das necessidades de saúde, na análise dos dados, na formulação dos diagnósticos, na prescrição de intervenções e nas avaliações das mesmas, revertendo na elaboração e monitorização de planos especializados no âmbito da enfermagem de reabilitação.

Neste sentido, a avaliação do nível de dependência conseguida com a aplicação da EDC-R torna possível ajudar os profissionais a planificar os seus cuidados, de forma individualizada atendendo às necessidades apresentadas.

A EDC-R assume-se, assim, como um instrumento que fica disponível à comunidade clínica e científica dos EEER portugueses, para a sua utilização, quer em contexto de investigação quer na atividade clínica, em utentes com processos de transição em saúde. Pelo facto da EDC-R permitir avaliar, além de aspetos físicos, os aspetos psicossociais, nomeadamente a adaptação da pessoa à sua situação de doença, motiva o desenvolvimento de estratégias eficazes que contribuam para a melhoria das intervenções dos EEER (Bernardo, 2017).

Perante esta realidade importa salientar que, o EEER ao avaliar a capacidade dos individuos para realizar o seu autocuidado, consegue estabelecer um programa de reabilitação baseado nas reais necessidades do cliente podendo, desta forma, instituir atitudes terapêuticas adequadas, ensinando, e instruindo sobre estratégias adaptativas e treinando capacidades (Bernardo & Sá, 2018).

Acreditamos que o conhecimento sobre o nível de dependência apresentado pelas pessoas com doença do foro respiratório da RAM, torna-se mais fácil para os EEER planearem estratégias de intervenção mais globais, participar e dar resposta aos reais problemas e limitações vivenciados pelas pessoas com doenças respiratórias individualmente.

2. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Historicamente, defende-se que a pesquisa em enfermagem deu os primeiros passos com Florence Nightingale, quando esta procedeu à análise dos fatores que afetavam a mortalidade e morbidade entre os soldados da guerra da Crimeia. Essa análise levou, na altura, ao estabelecimento de mudanças no atendimento de enfermagem e na própria saúde pública. Mas essa referência perde-se no tempo e durante muitos anos a pesquisa em enfermagem esteve ausente. Ressurgiu no início da primeira década do século vinte, associada à formação dos novos enfermeiros, progredindo em 1950 com a publicação do *Nursing Research*. Na década de 60, do século XX, começou a surgir a pesquisa fundamentada na prática e nos anos 70 deu-se a sua passagem da área do ensino para o atendimento do cliente. Em 1986 o estabelecimento do *National Center for Nursing Research* permitiu a promoção de apoio financeiro para projetos de pesquisa, o que veio fortalecer e dar mais visibilidade à pesquisa de enfermagem.

A prática assistencial assume cada vez mais a necessidade em adotar uma prática baseada na evidência, sendo esperado que os enfermeiros se munam de ferramentas para atingir esse fim. Por isso, torna-se mandatário que estes realizem pesquisa e assentem a sua prática profissional nos constructos das pesquisas científicas, (Polit & Beck, 2018).

Já em 2009, Fortín lembrava que a investigação científica é um processo sistemático, que permite alargar o corpo de conhecimentos de uma profissão sendo fundamental para o seu desenvolvimento enquanto ciência. Permite validar conhecimentos e produzir outros, os quais influenciarão a prática.

Nesta segunda parte da investigação procuramos descrever todo o percurso metodológico de modo pormenorizado, descrevendo os aspetos metodológicos que consideramos mais pertinentes no estudo, como sejam o desenho, os seus objetivos, a população/amostra, os procedimentos ético-legais respeitados e o instrumento de colheita de dados utilizado.

2.1. Tipo de estudo

Como enfatiza Fortín (2009) o desenho assume o estabelecimento de um conjunto de diretrizes com o objetivo de instituir uma estrutura que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou até mesmo de verificar as hipóteses. O desenho de

investigação serve de fio condutor para a planificação e realização do estudo de forma a que os objetivos sejam atingidos.

Considerando a questão de investigação “*Qual o nível de dependência das pessoas com doença respiratória alvo dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na RAM?*” e respetivos objetivos: caracterizar as pessoas com doença do foro respiratório seguidas na RAM pelos EEER e quantificar a dependência destas, através da aplicação da EDC-R, esta investigação é um estudo transversal, quantitativo e descritivo.

E como já referia Fortín (2009) o estudo descritivo visa compreender fenómenos experimentados pelos sujeitos, categorizar uma população ou conceptualizar uma situação. É o tipo de estudo de eleição quando o intuito é descrever um fenómeno ainda mal conhecido. Como já referimos anteriormente, a dependência dos clientes do foro respiratório, pelo que sabemos, não foi ainda explorada, sendo também parca a informação sobre essa realidade na RAM.

2.2. População e amostra

Como enfatiza Fortin (2009) a população alvo compreende o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção previamente definidos e que possibilitam fazer generalizações. Como a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade torna-se muitas vezes impossível, estuda-se a população acessível. Neste contexto, perante a impossibilidade de estudar a totalidade da população da RAM alvo dos cuidados de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação pelo Serviço de Saúde da RAM (SESARAM) 1812 indivíduos e atendendo à questão de investigação e objetivos deste estudo uma amostra foi constituída por todas as pessoas portadoras de doença do foro respiratório, com idade superior a 18 anos que se encontravam atribuídas aos EEER no dia 5 de junho de 2019, nos quatro contextos de prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação: Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Cuidados de Saúde Diferenciados, Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI) e Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM).

Em síntese a amostra deste estudo por conveniência, resulta da colheita de dados dos 64 participantes voluntários e informados que estavam atribuídos aos EEER devido a doença respiratória, no dia 5/6/2019, nos quatro contextos da prática assistencial de enfermagem de reabilitação, anteriormente referenciados.

2.3. Variáveis

As variáveis, como salienta Fortín (2009) são a base da investigação, traduzem qualidades, propriedades, características das pessoas e de situações suscetíveis de mudar ou de variar no tempo. As variáveis assumem diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados. Classificam-se segundo o papel que exercem numa investigação. Podem ser independentes, dependentes, de investigação, de atributo e estranhas.

Mais tarde, em 2018, Polit e Beck enfatizam que se observarmos a palavra variável verificamos que significa algo que varia e acrescentam que é o que fundamenta uma pesquisa. Destacam que é objetivo da maior parte dos pesquisadores quantitativos compreender como ou porque as coisas variam e como as mudanças de uma variável se relacionam com mudanças em outras.

As autoras apresentam as variáveis independentes como uma causa presumida, que exerce um efeito sobre outra variável. E a variável dependente ou variável de resultado como o efeito presumido, sendo a que sofre o efeito da variável independente. Assim a variável dependente traduz-se no resultado que os investigadores desejam compreender, explicar ou prever.

A variável de investigação expressa-se como uma qualidade, propriedade ou característica que é observada ou medida. Perante esta, não há variáveis independentes a manipular, nem necessidade do investigador examinar a relação causa efeito.

Por outro lado, as variáveis de atributo são as que se coadunam com as características pré-existentes dos participantes num estudo. Constituem-se, essencialmente, por dados demográficos, que pretendem descrever o perfil dos participantes neste estudo, das pessoas com doença do foro respiratório, alvo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação da RAM. Na presente investigação temos a idade, género, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, local de residência, situação de vida, antecedentes de saúde, a própria perceção da sua situação de saúde, contexto de cuidados, diagnóstico médico atual, apresentação ou não de dispneia e de cansaço fácil no último mês, alterações na mobilidade, apresentação de dor no último mês, tempo de seguimento pelo EEER, número de sessões semanais, antecedentes de saúde, fatores de risco e presença ou não de cuidador informal.

Neste estudo a variável de investigação consiste no nível de dependência das pessoas com doença do foro respiratório alvo de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação na RAM.

Neste âmbito pudemos, com a aplicação da EDC-R, avaliar o nível de dependência em cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, nos diferentes itens contemplados na escala: Comer e beber; Continência; Postura corporal; Mobilidade; Padrão de sono/vigília; Vestir-se despir-se; Temperatura corporal; Higiene; Evitar perigos; Comunicação; Interação social; Conceito de regras e valores, Atividades instrumentais; Atividades recreativas; Capacidade de aprender e Capacidade de adaptação.

Ainda, relativamente aos itens estruturados na escala, foi também nosso intuito estabelecer o nível de dependência, nos três grandes domínios: dependência nas AVDs, (Categorias: A, B, C, D, E, F, G, H, I, J), Dependência nas AIVDs, (Categoria M), e dependência na participação social, (Categorias: K, L, N, O, P).

2.4. Processo de colheita de dados

A recolha dos dados teve em conta a questão de investigação, os objetivos do estudo e as características da amostra.

2.4.1. Variáveis de caracterização ou sociodemográficas

As variáveis de caracterização ou sociodemográficas foram obtidas através do preenchimento de um inquérito sociodemográfico e clínico constituído por 28 itens, elaborado para o efeito pelo conjunto dos investigadores do primeiro mestrado em enfermagem de reabilitação com o objetivo de caracterizar e avaliar as pessoas alvo de cuidados do EEER no dia 5 junho (Anexo A).

2.4.2. Grau de dependência

Como vimos anteriormente, a EDC-R advém da validação para a população portuguesa da *Care Dependency Scale for Rehabilitation*, (CDS-R)

Para Eichhorn-Kissel (2011), a vantagem da CDS-R prende-se com o facto de esta incluir, além dos aspetos físicos, aspetos psicossociais, enquanto como nos lembra Bernardo (2017) o Índice de Barthel avalia apenas aspetos físicos.

A aplicação da EDC-R (Anexo B), permitiu avaliar o grau de dependência dos participantes nos 16 itens, já referidos: Comer e beber; Continência; Postura corporal;

Mobilidade; Padrão de sono/vigília; Vestir-se despir-se; Temperatura corporal; Higiene; Evitar perigos; Comunicação; Interação social; Conceito de regras e valores, Atividades instrumentais; Atividades recreativas; Capacidade de aprender e Capacidade de adaptação.

Cada um dos 16 itens da escala foi avaliado através de uma resposta tipo *Likert*, com 5 graus de dependência, a cada grau de dependência corresponde um valor de 1 a 5 em que 1 é totalmente dependente e 5 praticamente independente, obtendo-se valores que variam entre 16 e 80, ou seja, quanto mais baixo o valor obtido maior grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem de reabilitação. O valor de corte que divide as duas categorias – dependente e independente – é 68². Abaixo de 68, inclusive, o participante é dependente e acima de 68 o participante é independente (Bernardo & Sá, 2018).

Com esta validação para a população portuguesa a investigadora, pretendia adequar às necessidades de independência/autonomia da pessoa em processos de transição de saúde e facultar aos EEER portugueses um instrumento específico capaz de avaliar essas necessidades (Bernardo, 2017).

O preenchimento da escala está dependente da observação do comportamento do utente, por isso a precisão da avaliação depende do quanto o profissional de saúde conhece o utente, as suas necessidades e a forma de as satisfazer. Assim, para Eichhorn-Kissel (2011) é recomendado que o enfermeiro conheça o utente, no mínimo, 24 a 72 horas antes de realizar a primeira avaliação da escala.

Por outro lado, a aplicação deste tipo de instrumento permite ajudar os profissionais a planificar os seus cuidados, pois permite determinar qual o grau de dependência do utente e, conseqüentemente, o apoio que irá precisar.

Pelo referido anteriormente com a sua publicação em 2018, a EDC-R assume-se como um instrumento que fica disponível à comunidade clínica e científica de Enfermeiros Portugueses Especialistas em Reabilitação, para utilização quer em contexto de investigação quer na atividade clínica, em utentes com processos de transição em saúde.

A EDC-R como veremos no desenvolvimento deste estudo permite também perceber a dependência apresentada pelas pessoas com doença do foro respiratório em três grandes domínios: Dependência nas AVDs, Dependência nas AIVDs e Dependência na participação social.

² Valor obtido no somatório de valores de itens da ECD-R (Mínimo=16 e Máximo=80)

2.5. Considerações éticas

Nos processos de investigação do domínio da saúde estão envolvidos muitos aspetos da atividade humana, comportamentos ou estados de saúde dos indivíduos em estudo, pelo que a investigação deve ser conduzida no respeito pelos direitos da pessoa. As decisões têm que ter na sua base os princípios do respeito pela pessoa e pela sua autonomia. É mandatório proteger os direitos e a liberdade das pessoas que nele participam. Os participantes no estudo têm direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2009).

Neste percurso começou-se por solicitar autorização ao Conselho de Administração do SESARAM para a colheita de dados, a qual foi favorável com base no parecer da comissão de ética da instituição (Anexo C).

As pessoas incluídas na amostra foram, pessoas com mais de 18 anos, alvo dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação no dia 5 de junho e que aceitaram participar no estudo, após assinarem o termo de consentimento informado (Anexo D). De forma a garantir os direitos dos participantes, estes foram, previamente, informados sobre os objetivos do estudo e teor do programa, da possibilidade de poderem desistir, a qualquer momento se assim o desejassem, sem que daí resultasse qualquer prejuízo. Esta informação foi fornecida por escrito.

Nesta investigação foi considerado como nos expressa a declaração de Helsínquia que as pessoas envolvidas num estudo ou os seus substitutos legais devem dar o seu consentimento, onde expressam a liberdade de participação no estudo proposto. Neste âmbito após a informação do potencial participante, através do fornecimento da folha de informação ao participante, assinada pelo investigador, nalguns casos e explicação pelo investigador noutros casos, foi efetuada a validação da compreensão da mesma e o esclarecimento de dúvidas, após o que o documento de consentimento informado, foi assinado pelo mesmo e pelo participante (em duplicado), quando assim considerado pelo participante ou familiar cuidador.

Foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados em todo o processo, com o recurso a um número de identificação, *IDNR*, atribuído a cada participante por ordem de participação de forma a servir de identificação nos questionários aplicados. Os contactos foram apenas mantidos no decurso da colheita de dados para a investigação.

Esta colheita de dados foi realizada por 21 Enfermeiros estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, estando também inerente o cumprimento dos princípios éticos previstos no seu código deontológico.

2.6. Processo de tratamento e análise de dados

O processamento e análise de dados foi realizado com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). Trata-se de um Software estatístico que permite o trabalho estatístico de questões no âmbito das ciências sociais, Este tratamento de dados foi efetuado durante o período compreendido entre 1/7/2019 até 31/7/2019. A análise estatística contemplou a estatística descritiva simples, sendo que os dados serão apresentados em função dos resultados obtidos através da análise do questionário sociodemográfico e da EDC-R.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Chegado à etapa da apresentação e análise dos resultados, torna-se importante considerar os resultados de forma detalhada, tendo em vista realçar o essencial. Assim, realçaremos os dados relativos às variáveis que serviram para caracterizar a amostra e os dados relativos à variável dependência.

Devido à natureza descritiva deste estudo procederemos à análise descritiva dos resultados, a qual proporcionará um resumo do conjunto das características dos participantes no estudo e a distribuição dos valores da variável em estudo com o apoio dos testes estatísticos.

Neste contexto recorreremos à média (\bar{X}), mediana (M), moda (m), variância e desvio padrão (Dp), como principais indicadores que permitem analisar os dados.

Importa lembrar que a média, a mediana e a moda são medidas de tendência central, em que a média assume o valor da soma de todos os scores dividida pelo número de sujeitos, a mediana representa o valor médio exato numa distribuição de scores e a moda evidencia o score que ocorre com maior frequência numa distribuição de scores.

O desvio padrão enquanto medida de dispersão indica como os resultados, individuais, se situam em relação à média (Fortín, 2009). É a estatística utilizada com maior frequência para medir o grau de variabilidade (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2018).

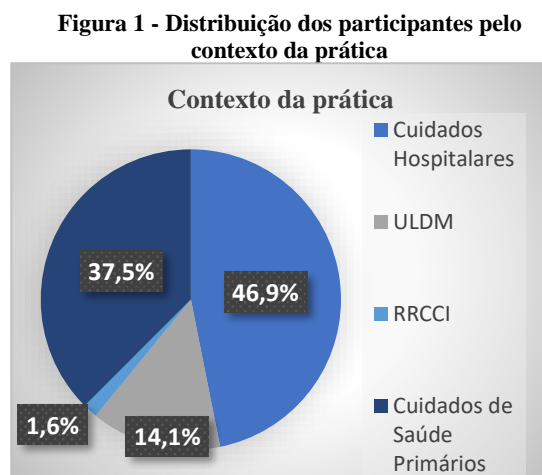
3.1. Caracterização da amostra

Como já referimos anteriormente a amostra desta investigação, teve em consideração os critérios de inclusão: idade superior ou igual a 18 anos, apresentar, como motivo de procura dos cuidados especializados dos EEER do SESARAM, doença do foro respiratório, num total de 64 participantes.

Através da tabela 1 e figura 1, relativamente à distribuição dos participantes com doença do foro respiratório pelo contexto da prática, verificamos que a maior parte dos mesmos se encontravam nos **cuidados hospitalares**, N= 30, constituindo 46,9% da amostra em estudo, seguido pelo contexto dos **cuidados de saúde primários**, N=24, correspondendo a 37,5%.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes pelo contexto da prática

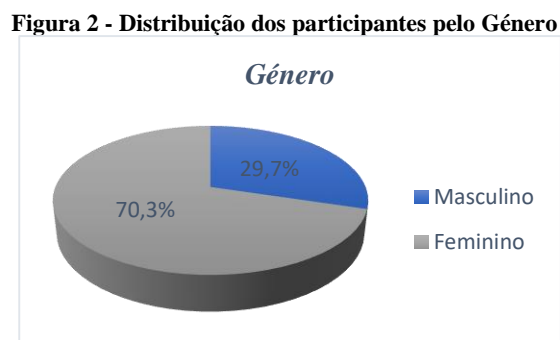
Contexto da prática	N	Percentagem %
Cuidados Hospitalares	30	46,9
ULDM	9	14,1
RRCCI	1	1,6
Cuidados de S. Primários	24	37,5
Total	64	100,0



Na análise descritiva do género, através da observação da tabela e da figura 2 verificamos que o género **feminino** assume a maior parte da amostra, sendo o que caracteriza 70.3% dos participantes alvo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação devido a doença respiratória.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes pelo Género

Género	N	Percentagem %
Masculino	19	29,7
Feminino	45	70,3
Total	64	100,0



Categorizou-se a subamostra em participantes adultos³ e participantes idosos⁴, sendo que a idade média da pessoa com doença do foro respiratório, situou-se nos 72,48 anos, com um desvio padrão de 12,41. O participante mais novo tinha 22 anos e o mais idoso 90 anos.

Podemos depreender na observação da tabela e figura 3, representados abaixo, que a maioria dos participantes do estudo situam-se na categoria **Idoso**, com uma percentagem de 76,6, contra a categoria de **adultos** com uma percentagem de 23,4 da amostra.

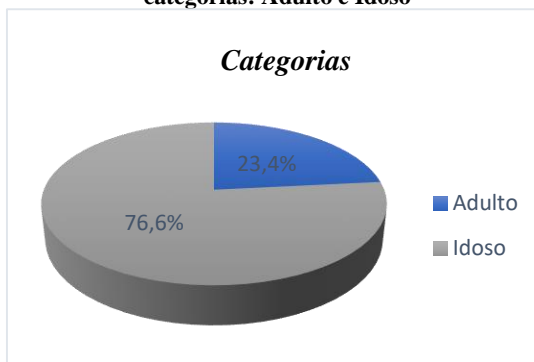
³ Com idade compreendida entre 18 inclusive e 65 exclusive

⁴ Com idade superior a 65, inclusive

Tabela 3 - Distribuição dos participantes pelas categorias: Adulto e Idoso

Categorias	N	Percentagem
		%
Adulto	15	23,4
Idoso	49	76,6
Total	64	100,0

Figura 3 - Distribuição dos participantes pelas categorias: Adulto e Idoso

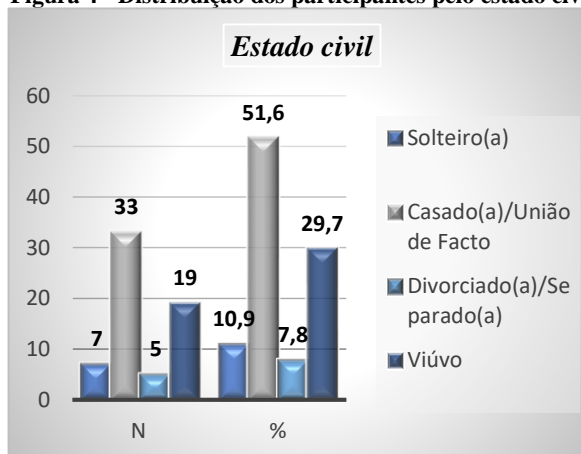


Na tabela e figura 4 podemos observar que dos 64 participantes no estudo, temos sete **solteiros**, 33 **casados** ou em regime de **união de facto**, cinco **separados ou divorciados** e 19 **viúvos**.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes pelo estado civil

Estado civil	N	Percentagem
		%
Solteiro(a)	7	10,9
Casado(a)/ União de Facto	33	51,6
Divorciado(a)/ Separado(a)	5	7,8
Viúvo	19	29,7
Total	64	100

Figura 4 - Distribuição dos participantes pelo estado civil

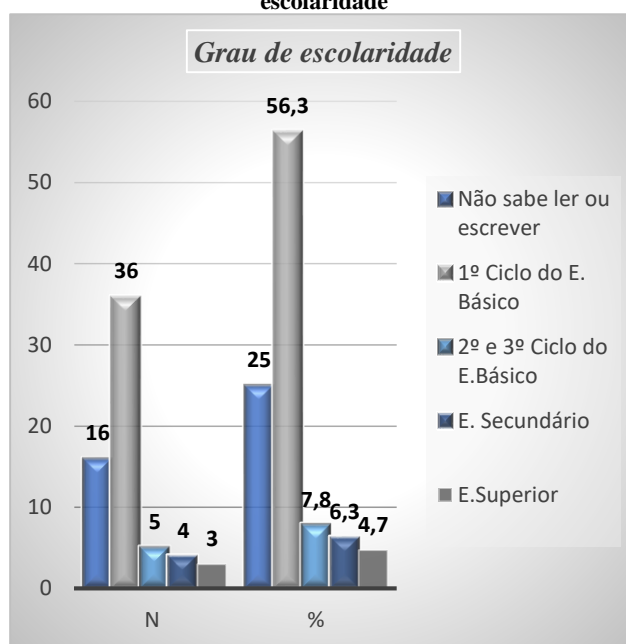


Relativamente a ao grau de escolaridade observamos na tabela e figura abaixo que, a subamostra distribui-se por aqueles que **não sabem ler ou escrever**, N=16, **1º ciclo do ensino básico**, N=36, que representa a maior percentagem, **2º e 3º ciclo do ensino básico**, N=5, **ensino secundário**, N=4, e **ensino superior** com 3 participantes.

Tabela 5 - Distribuição dos participantes pelo Grau de escolaridade

Grau escolaridade	N	Percentagem %
Não sabe ler ou escrever	16	25,0
1º Ciclo do Ensino Básico	36	56,3
2º e 3º Ciclo do Ensino Básico	5	7,8
Ensino Secundário	4	6,3
Ensino Superior	3	4,7
Total	64	100,0

Figura 5 - Distribuição dos participantes pelo Grau de escolaridade

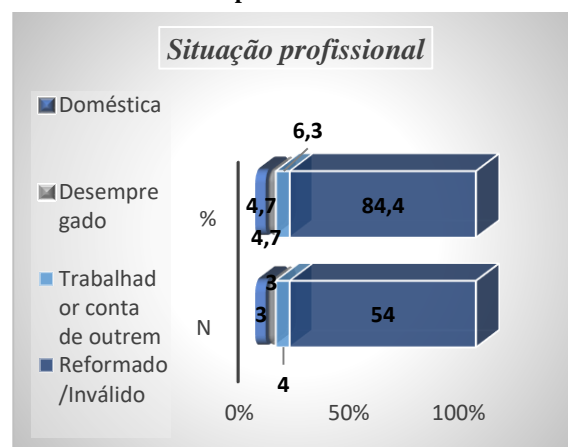


Relativamente à situação profissional observamos, através tabela e figura 6 que a amostra se situa essencialmente na condição de **reformado ou inválido**, N=54 representando 84,4% dos participantes.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes pela situação profissional

Situação profissional	N	Percentagem %
Doméstica	3	4,7
Desempregado	3	4,7
Trabalhador por conta de outrem	4	6,3
Reformado/Inválido	54	84,4
Total	64	100,0

Figura 6 - Distribuição dos participantes pela situação profissional

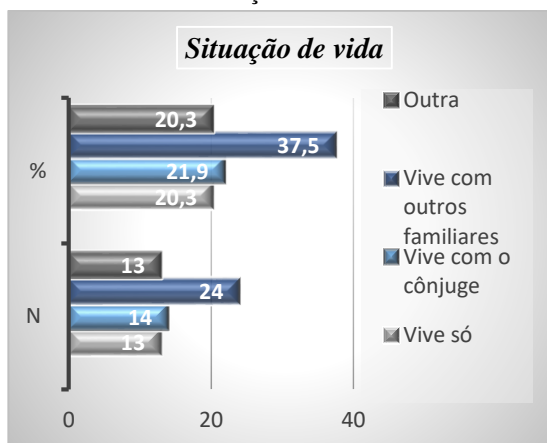


Na tabela e figura 7 observamos que a maioria dos participantes **vive com outros familiares**, N=24, representando 37,5% dos participantes.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes pela situação de vida

Situação de vida	N	Percentagem
		%
Vive só	13	20,3
Vive com o cônjuge	14	21,9
Vive com outros familiares	24	37,5
Outra	13	20,3
Total	64	100

Figura 7 - Distribuição dos participantes pela situação de Vida

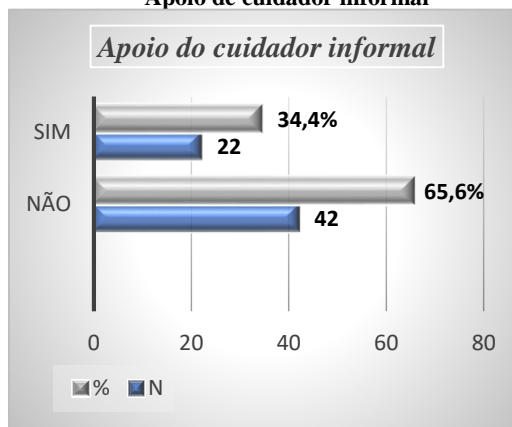


Como podemos observar na tabela e figura 8 a maioria dos participantes **não** possui cuidador informal, constituindo 65,6% da amostra, contra 34,4% que **têm** apoio de cuidador informal.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes com ou sem Apoio de cuidador informal

Apoio do cuidador informal	N	Percentagem
		%
Não	42	65,6
Sim	22	34,4
Total	64	100

Figura 8 - Distribuição dos participantes com ou sem Apoio de cuidador informal

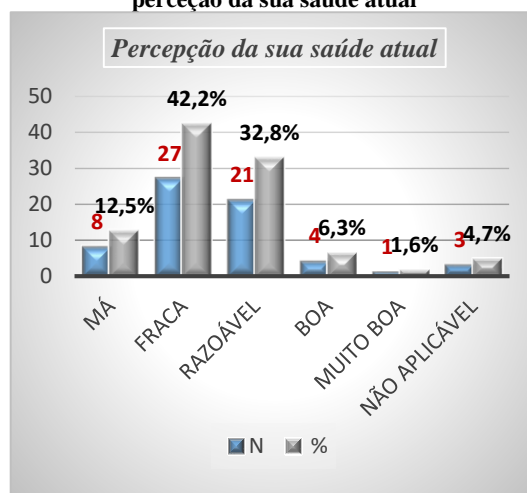


Os participantes quando questionados sobre a própria percepção sobre a sua saúde atual situaram-se essencialmente na condição de **fraca** com N=27 e **Razoável**, N=21, com percentagens de 42,2% e 32,8% respetivamente, tabela e figura 9.

Tabela 9 - Distribuição dos participantes pela percepção da sua saúde atual

Percepção da saúde atual	N	Percentagem %
Má	8	12,5
Fraca	27	42,2
Razoável	21	32,8
Boa	4	6,3
Muito boa	1	1,6
Não aplicável	3	4,7
Total	64	100,0

Figura 9 - Distribuição dos participantes pela percepção da sua saúde atual

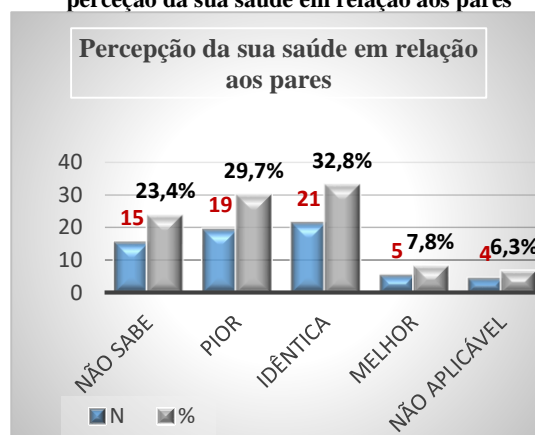


Como vemos na tabela e figura 10, quando questionados em relação à sua saúde, comparativamente aos seus pares, a maioria respondeu que considera **idêntica**, N=21, 19 participantes acham a sua saúde **pio**r, cinco indivíduos acham-se com **melhor** saúde e 15 participantes **não sabem responder**.

Tabela 10 - Distribuição dos participantes pela percepção da sua saúde em relação aos pares

Percepção da sua saúde em relação aos pares	N	Percentagem %
Não sabe	15	23,4
Pior	19	29,7
Idêntica	21	32,8
Melhor	5	7,8
Não aplicável	4	6,3
Total	64	100,0

Figura 10 - Distribuição dos participantes pela percepção da sua saúde em relação aos pares



Quisemos saber se a amostra apresentou no último mês algum dos sintomas referidos na bibliografia como indicador de exacerbação da doença respiratória como a dispneia, cansaço fácil e alterações na mobilidade.

Podemos observar na figura 11 que a **dificuldade na mobilidade** foi o sintoma de exacerbação mais sentido pela pessoa com doença respiratória, atingindo 78,1% da amostra.

Figura 11 - Apresentação de sintomas de exacerbação da doença respiratória no último mês

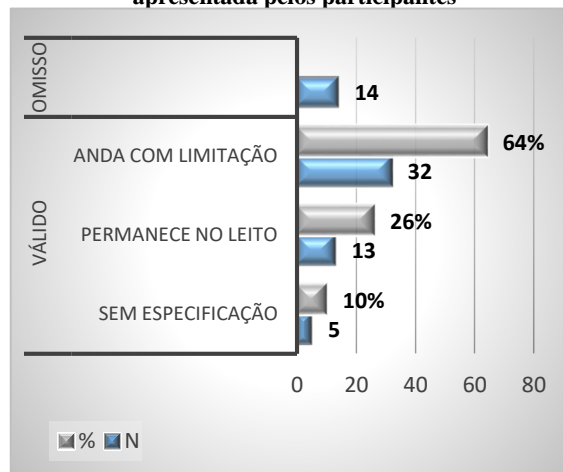
Sintomas de exacerbação	N		%	
	Sim	Não	Sim	Não
Dispneia	30	34	46,9	53,1
Cansaço fácil	34	30	53,1	46,9
Dificuldade na mobilidade	50	14	78,1	21,9

Os achados mostram-nos que o tipo de dificuldade na mobilidade mais representada, foi o **andar com limitação**, atingindo 64% das pessoas com doença do foro respiratório, (tabela 11 e figura 12). É importante aferir que estes dados são referentes apenas a 50 participantes, sendo que os restantes 14 apresentavam estes dados omissos.

Tabela 11 - Tipo de dificuldade na mobilidade apresentada pelos participantes

Tipo de dificuldade na mobilidade		N	Percentagem %
Válido	Sem especificação	5	10,0
	Permanece no leito	13	26,0
	Anda com limitação	32	64,0
	Omisso	14	
Total		64	

Figura 12 - Tipo de dificuldade na mobilidade apresentada pelos participantes

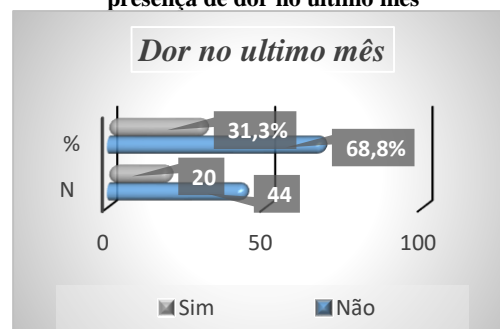


Foi também nossa preocupação saber se a **dor** se associou aos sintomas apresentados pelas pessoas com doença do foro respiratório. E, como observado na tabela 12 e figura 13, foi um sintoma referenciado por 31,3% da amostra como estando **presente** no último mês, estando **ausente** para 68,8% dos participantes.

Tabela 12 - Distribuição dos participantes pela presença de dor no último mês

Dor no último mês	N	Percentagem %
Não	44	68,8
Sim	20	31,3
Total	64	100,0

Figura 13 - Distribuição dos participantes pela presença de dor no último mês

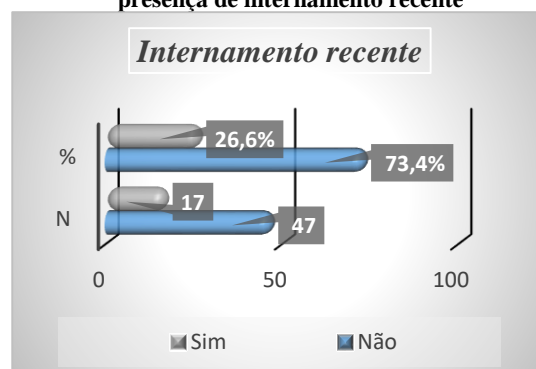


Podemos observar na tabela e gráfico abaixo que 17 participantes, **apresentaram internamento recente** e 47 **não** (tabela 13 e figura 14).

Tabela 13 - Distribuição dos participantes pela presença de internamento recente

Internamento recente	N	Percentagem %
Não	47	73,4
Sim	17	26,6
Total	64	100,0

Figura 14 - Distribuição dos participantes pela presença de internamento recente



Verificamos na observação da figura 15, que em média os participantes do estudo têm um tempo de seguimento pelo EEER de 434,42 dias com uma média de 2,71 de sessões semanais.

Figura 15 - Distribuição dos participantes pelo tempo de seguimento pelo EEER e o pelo nº de sessões semanais

		Tempo de Seguimento EER	Nº de Sessões Semanais com EER
N	Válido	64	63
	Sem preenchimento/Omisso	0	1
Média		72,4779	2,71825
Mediana		73,9257	3,00000
Moda		22,15 ^a	3,000
Desvio Padrão		12,41038	1,573785
Assimetria		-1,169	1,433
Erro padrão da assimetria		0,299	0,302
Mínimo		22,15	0,250

Ainda na caracterização da amostra, esta foi distribuída pela presença ou não de fatores de risco: hipertensão, diabetes mellitus, deslipidémia, obesidade, hábitos tabágicos e etílicos.

Como podemos observar na figura 16, a **hipertensão** foi o fator de risco mais frequente entre os participantes do estudo com uma frequência de 35 (54.7%). Em segundo lugar, a **diabetes mellitus** aparece com um valor absoluto de 26 participantes, (40,6%), seguidos da **dislipidémia** (n=16, 25%) e da obesidade (n=7, 10,9%). Os **hábitos tabágicos e etílicos** situam-se em último lugar nos fatores de risco apresentados pelos participantes com 4 e 2 participantes, respetivamente.

Estes valores foram obtidos através respostas dicotómicas de sim e não, pelo que, cada valor correspondem aos participantes (n=64) que responderam sim ou não a cada categoria.

Figura 16 - Distribuição dos participantes pelos fatores de risco

Fatores de risco	N	Percentagem (%)
Hipertensão	35	54,7
Diabetes	26	40,6
Deslipidémia	16	25
Obesidade	7	10,9
Hábitos tabágicos	4	6,3
Hábitos etílicos	2	3,1

Os antecedentes de saúde descritos a seguir foram categorizados em: Problemas cardíacos, Problemas respiratórios, Problemas ortotraumatológicos, Problemas neurológicos, Doença mental e outros antecedentes.

E através da figura 17 destacamos que os antecedentes do **foro respiratório** estão presentes em mais de metade da amostra, com 57,8% (n=37); sendo que a **doença mental** aparece em último lugar com 4,7% (n=3).

O processo de colheita destes dados foi idêntico ao acima descrito em relação aos fatores de risco.

Figura 17 - Distribuição dos participantes pelos antecedentes de saúde

Antecedentes de saúde	N	Percentagem (%)
P. cardíacos	24	37,5
P. respiratórios	37	57,8
P. ortotraumatológicos	16	25
P. Neurológicos	15	23,4
Doença Mental	3	4,7
Outros	2	31,3

3.2. Grau de dependência das pessoas alvo dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação

Relativamente à amostra do nosso estudo, as 64 pessoas com doença do foro respiratório alvo de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, a figura 18 ilustra que 47 pessoas são dependentes e 17 são independentes.

Figura 18 - Categoria de dependência dos participantes

Categoria de dependência	N	Percentagem %
Dependente	47	73,4
Independente	17	26,6
Total	64	100

Dos participantes em estudo o score médio na EDC-R foi de 51,09, como ilustra a figura 19, com um desvio padrão de 19,96.

Apesar de não ter significância estatística, porque os domínios assumem valores absolutos, percebemos através da score médio que os participantes nos três grandes domínios da escala que AVD, AIVD e Participação social situam-se no Grau 3, **parcialmente dependente**. A pontuação máxima atingida pelos participantes do estudo foi de 80 e o mínimo foi de 16.

Figura 19 - Grau de dependência dos participantes

	AVD	AIVD	Part_Soc.	ECDR_ST
Média	3,1531	3,0313	3,3063	51,09
Mediana	3,0500	3,0000	3,6000	52,50
Moda	1,40	5,00	5,00	80
Desvio Padrão	1,23866	1,47969	1,37920	19,961
Assimetria	-0,082	0,005	-0,372	-0,191
Erro padrão da assimetria	0,299	0,299	0,299	0,299
Mínimo	1,00	1,00	1,00	16
Máximo	5,00	5,00	5,00	80

Verificamos através da análise da figura 20 que a percentagem maior de pessoas com doença do foro respiratório dependentes se encontra nas UILD e RRCCI, com 90% da amostra a se situar nessas Unidades, seguido pelos cuidados de saúde diferenciados com 86,7% dos participantes no nível de dependente. Por fim nos cuidados de saúde primários metade da amostra no nível de dependência (50%).

As pessoas com maior dependência encontram-se igualmente nas UILD e RRCCI, com um valor médio na EDC-R de 40,60, seguido pelos cuidados hospitalares com uma EDC-R média de 48,23 e por fim os cuidados de saúde primários, com uma média de 59,04.

Figura 20 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante o contexto da prática

Contexto da prática	N	Categoria de dependência		\bar{X} EDC-R	M	m	Dp	Mín.	Max.
		Dependente	Independente						
Cuidados hospitalares	30	26 (86,7%)	4 (13,3)	48,23	45	37	15,64	21	80
Cuidados de saúde primários	24	12 (50,0%)	12 (50,0%)	59,04	69	80	22,49	16	80
Outras unidades (UILD, RCCI)	10	9 (90,0%)	1 (10,0%)	40,60	38	16	19,74	16	70
Total	64	-----	-----	-----	---	----	-----	----	-----

A observação da figura 21 revela que as percentagens referentes às categorias de dependência encontradas nos dois géneros são similares, com 73,7% de participantes

dependentes e 26,3% independentes no género masculino e 73,3% de participantes dependentes e 26,7% de independentes no género feminino.

A média da EDC-R dos participantes masculinos e femininos também apresentou valores homogéneos, 51,53 e 50,91, respetivamente, com desvios padrão de 17,62 e 21,06.

Figura 21 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante o género

Género	N	Categoria de dependência		\bar{X} EDC-R	M	m	Dp	Mín.	Max.
		Dependente	Independente						
Masculino	19	14, 73,7%)	5 (26,3%)	51,53	53	43	17,62	22	78
Feminino	45	33 (73,3%)	12(26,7%)	50,91	52	80	21,06	16	80
Total	64	----	----	----	---	----	----	----	----

Como vemos na figura 22, a dependência nos adultos atinge 33,3% dos participantes e no idoso está presente em 85,7% dos mesmos, sendo que o grupo idoso apresenta maior grau de dependência, com uma média de EDC-R de 47,10. Por sua vez o grupo etário adulto apresenta um valor médio da EDC-R de 64,13.

Figura 22 - Categoria e grau de dependência EDC-R, dos participantes consoante o intervalo etário

Intervalo etário	N	Categoria de dependência		\bar{X} EDC-R	M	m	Dp	Mín.	Max.
		Dependente	Independente						
Adulto	15	5 (33,3%)	10 (66,7%)	64,13	72	80	17,86	29	80
Idoso	49	42 (85,7%)	7 (14,3%)	47,10	50	16	18,98	16	80
Total	64	-----	----	----	---	----	----	-----	----

A análise descritiva do estado civil dos participantes com doença do foro respiratório, alvo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação pode fazer-se no quadro abaixo. Onde se verifica que 71,4% dos participantes solteiros são dependentes. Quanto à união de facto, 72,7 são dependentes e 27,3% independentes. Em relação às categorias “Divorciado(a)/Separado(a)” e “Viúvo”, os dependentes revelaram taxas de 60,0 e 78,9%, respetivamente (figura 23).

Figura 23 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante o Estado civil

Estado civil	N	Categoria de dependência		\bar{X} EDC-R	M	m	Dp	Mín.	Max.
		Dependente	Independente						
Solteiro	7	5 (71,4%)	2 (28,6%)	54,43	57	76	20,27	18	76
Casado (a)/união de fato	33	24 (72,7%)	9 (27,3%)	52,21	53	43	19,18		
Divorciado(a)/ Separado(a)	5	3 (60%)	2 (40%)	54,60	50	24	23,79	24	80
Viúvo(a)	19	15(78,9%)	4(21,1%)	47	45	16	21,21	16	80
Total	64								

Na figura 24, observa-se uma diminuição da percentagem de participantes dependentes, e do grau de dependência conforme os participantes do estudo progredem na literacia. Sendo que, dos participantes que não sabem ler nem escrever, 87,5% são dependentes, com uma média na escala EDC-R de 43,6, contra uma percentagem de 33,3% de participantes dependentes que possuem escolaridade a nível do ensino superior, com uma média de 67,0.

Figura 24 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante o Grau de escolaridade

Grau de escolaridade	N	Categoria de dependência		\bar{X} EDC-R	M	m	Dp	Mín.	Max.
		Dependente	Independente						
Não sabe ler/escrever	16	14 (87,5%)	2 (12,5%)	43,63	40	37	16,03	21	75
1º ciclo do E. básico	36	27 (75%)	9 (25,0%)	51,14	53,5	16	21,11	16	80
2º e 3º ciclo do E. básico	5	3 (60,0%)	2 (40,0%)	58,60	57	42	13,36	42	73
Ensino secundário	4	2 (50,0%)	2 (50,0%)	59,25	68,5	76	24,54	24	76
Ensino superior	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)	67,00	79	42	21,66	42	80
Total	64	----	----	-----	--	---	----	----	-----

Verifica-se que a maior percentagem da categoria dependente, encontra-se nos reformados/inválidos atingindo 81,5% dos participantes, sendo a média da ECD-R de 47,96. A situação profissional que apresenta menor percentagem de dependentes é o trabalhador por conta de outrem, apresentando uma percentagem de dependentes de 25,0% contra 75,0% de independentes, sendo a média obtida através da EDC-R de 72,75 (figura 25).

Figura 25 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante a situação profissional

Situação profissional	N	Categoria de dependência		\bar{X} EDC-R	M	m	Dp	Mín.	Max
		Dependente	Independente						
Doméstica	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)	68,0	71	53	13,79	53	80
Desempregado	3	1 (33,3%)	2 (66,7%)	61,67	76	29	28,37	29	80
Trabalhador por conta de outrem	4	1 (25,0%)	3 (75%)	72,75	75,5	61	8,02	61	79
Reformado/inválido	54	44 (81,5%)	10 (18,5%)	47,96	47,5	16	19,10	16	80
Total	64	----	----	-----	--	---	----	----	-----

Relativamente à condição de vida ao nível da coabitação, observamos na figura 26 seguinte que a maior parte dos participantes vivem com outros familiares, 24 participantes, sendo as categorias de dependência similares, (48,3%) dependentes e 41,7% independentes, possuem uma média de ECD-R de 57,75 com desvio padrão de 24,23 com os valores compreendidos entre 16 e 80. É de salientar que a totalidade dos participantes que vivem noutra situação são, na sua totalidade, dependentes, apresentando um score médio da EDC-R de 37,92 com valores compreendidos entre 16 e 66.

Figura 26 - Categoria e grau de dependência EDC-R dos participantes consoante a situação de vida

Situação de vida	N	Categoria de dependência		\bar{X} EDC-R	M	m	Dp	Mín.	Max.
		Dependente	Independente						
Vive só	13	10 (76,9%)	3 (23,1%)	53,85	56	33	15,87	38	78
Vive com cônjuge	14	10 (71,4%)	4 (28,6%)	53,93	55	43	13,15	40	80
Vive com outros familiares	24	14 (48,3%)	10 (41,7%)	52,75	64	80	24,23	16	80
Outra	13	13 (100%)	0 (0%)	37,92	40	42	16,48	16	66
Total	64	----	----	-----	--	---	----	-----	----

Ao dividirmos a subamostra em dois grupos, sem cuidador informal, 42 participantes e com cuidador informal, 22 participantes, observamos que os participantes com cuidador informal apresentam uma maior percentagem de dependentes, 90,9% contra 9,1% de independentes apresentando um score médio de 44,45 com valores compreendidos entre 16 e 75 e com a moda a se situar no valor mínimo da escala, 16.

Dos 42 participantes que não possuem cuidador informal 27 (64,3%) são dependentes e 15 (35,7%) são independentes com uma média de 54,57, e valores compreendidos entre 16 e 80, sendo a moda o valor máximo da escala, 80 (figura 27).

Figura 27 - Categoria e grau de dependência EDC dos participantes com ou sem cuidador informal

Cuidador informal	N	Categoria de dependência		\bar{X} EDC-R	M	m	Dp	Mín.	Max.
		Dependente	Independente						
Sem cuidador informal	42	27 (64,3%)	15 (35,7%)	54,57	58,5	80	20,85	16	80
Com cuidador informal	22	20 (90,9%)	2 (9,1%)	44,45	43	16	16,61	16	75
Total	64	-----	----	----	---	----	----	-----	----

A EDC-R, como anteriormente referido, avalia a dependência em cuidados de enfermagem de reabilitação, e é constituída por 16 itens, (identificados pelas letras do alfabeto de A a P)

Assim procedeu-se à distribuição dos participantes do estudo, pessoas com doença do foro respiratório e que são alvo dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação por cada item da Escala.

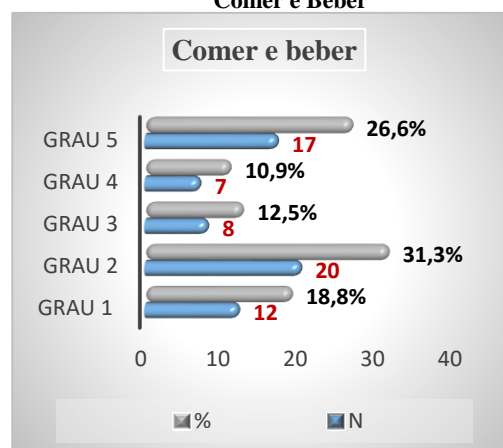
O primeiro item é o **Comer e beber**, EDC-R A, e verificou-se através da tabela 14 e figura 28 que 20 participantes, 31,3% da amostra posicionaram-se no grau 2, *dependente em grau elevado*, e 26,6% dos participantes no grau 5, *praticamente independente*.

O grau onde se verificou menos participantes foi o 4, *dependente em grau reduzido*.

Tabela 14 - Dependência dos participantes no item

Comer e Beber		
Grau de dependência	N	%
1- Totalmente dependente	12	18,8
2 - Dependente em grau Elevado	20	31,3
3-Parcialmente dependente	8	12,5
4-Dependente em grau Reduzido	7	10,9
5-Praticamente independente	17	26,6
Total	64	100,0

Figura 28 - Dependência dos participantes no item
Comer e Beber

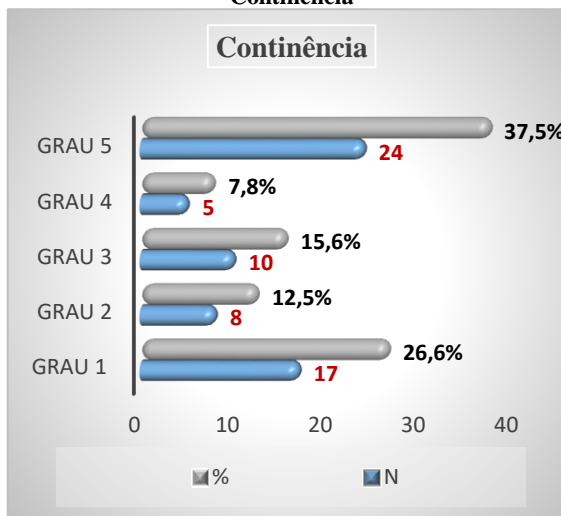


O segundo item da escala é a **Continência**, EDC-R B, verificou-se na tabela 15 e figura 29 que 24 participantes, 37,5% da amostra posicionaram-se no grau 5, praticamente independente.

Tabela 15 - Dependência dos participantes no item Continência

Grau de dependência	N	%
1- Totalmente dependente	17	26,6
2 - Dependente em grau Elevado	8	12,5
3-Parcialmente dependente	10	15,6
4-Dependente em grau Reduzido	5	7,8
5-Praticamente independente	24	37,5
Total	64	100,0

Figura 29 - Dependência dos participantes no item Continência

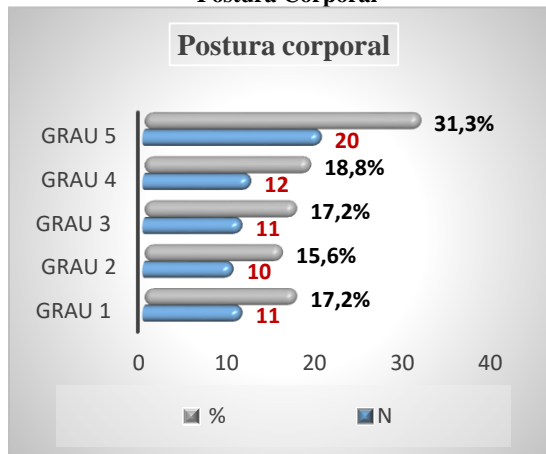


No item, **Postura Corporal**, EDC-R C, verificou-se uma grande homogeneidade nos graus 1, 2, 3 e 4 com 11, 10, 11 e 12 participantes respectivamente, destacando-se o quinto grau, praticamente independente, como o mais frequente, com 20 participantes, 31,3%, (ver tabela e gráfico 16).

Tabela 16 - Dependência dos participantes no item Postura Corporal

Grau de dependência	N	%
1-Totalmente dependente	11	17,2
2 - Dependente em grau elevado	10	15,6
3-Parcialmente dependente	11	17,2
4-Dependente em grau reduzido	12	18,8
5-Praticamente independente	20	31,3
Total	64	100,0

Figura 30 - Dependência dos participantes no item Postura Corporal

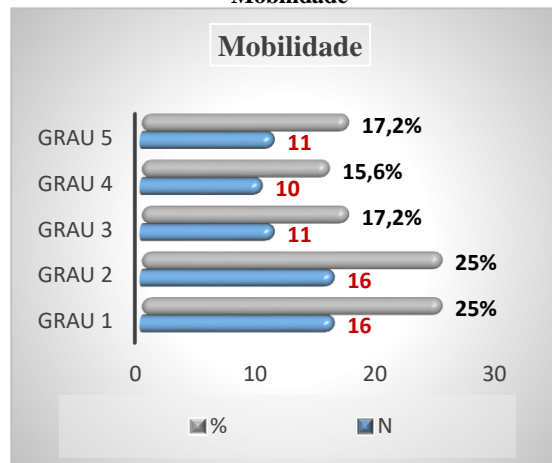


O quarto item da escala é a **Mobilidade**, EDC-R D, que coloca a maior porcentagem dos participantes nos dois primeiros graus, *totalmente dependente e dependente em grau elevado*, com 25% da amostra em cada um dos níveis. (Tabela 17 e figura 31).

Tabela 17 - Dependência dos participantes no item Mobilidade

Grau de dependência	N	%
1–Totalmente dependente	16	25,0
2-Dependente em grau elevado	16	25,0
3–Parcialmente dependente	11	17,2
4-Dependente em grau reduzido	10	15,6
5 – Praticamente independente	11	17,2
Total	64	100,0

Figura 31 - Dependência dos participantes no item Mobilidade

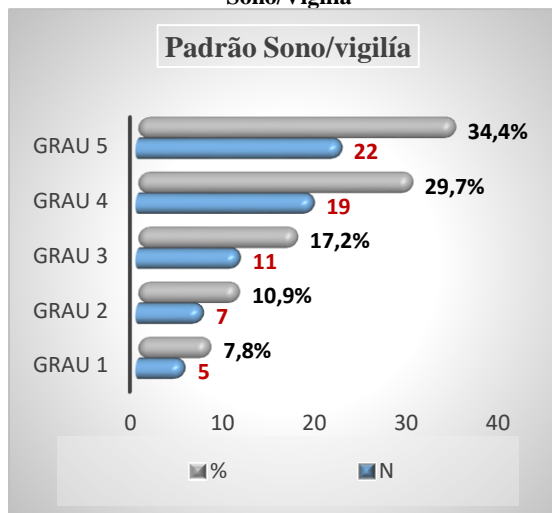


No item **Padrão de sono/vigília**, como vemos na tabela e figura abaixo, o grau *praticamente independente* foi o mais frequente, onde se situaram 22 dos 64 participantes, sendo o *totalmente dependente* (Grau 1) o menos apresentado.

Tabela 18 - Dependência dos participantes no item Padrão Sono/Vigília

Grau de dependência	N	%
1–Totalmente dependente	5	7,8
2-Dependente em grau elevado	7	10,9
3–Parcialmente dependente	11	17,2
4-Dependente em grau reduzido	19	29,7
5–Praticamente independente	22	34,4
Total	64	100,0

Figura 32 - Dependência dos participantes no item Padrão Sono/vigília

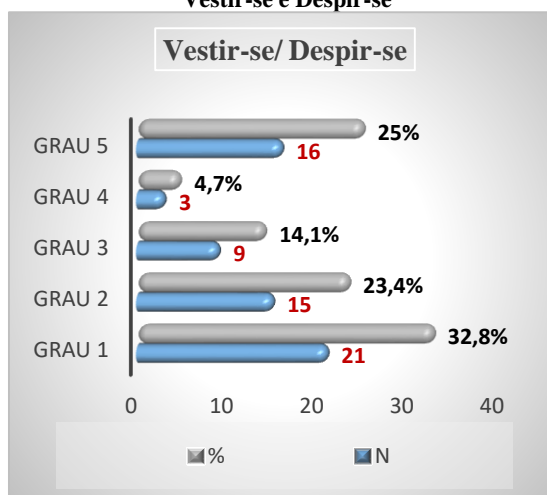


O sexto item da escala é o **vestir-se e despir-se**, EDC-R F, que coloca a maior percentagem dos participantes no primeiro grau, *totalmente dependente* com 32,8% da amostra, sendo o menor grau apresentado o quarto, *dependente em grau reduzido* com apenas 4,7% da amostra. (tabela 19 e figura 33).

Tabela 19 - Dependência dos participantes no item Vestir-se e Despir-se

Grau de dependência	N	%
1–Totalmente dependente	21	32,8
2–Dependente em grau elevado	15	23,4
3–Parcialmente dependente	9	14,1
4–Dependente em grau reduzido	3	4,7
5–Praticamente independente	16	25,0
Total	64	100,0

Figura 33 - Dependência dos participantes no item Vestir-se e Despir-se

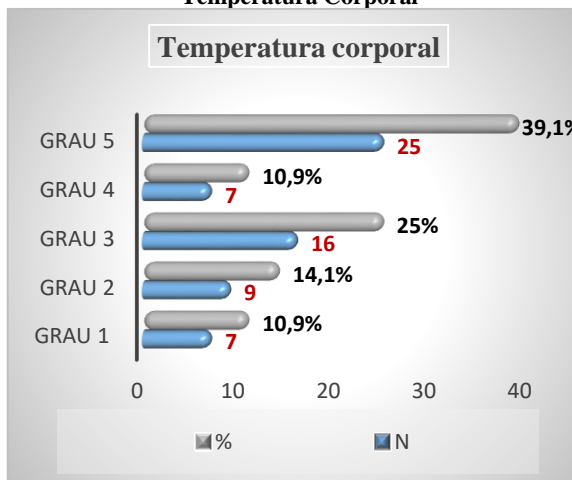


O sétimo item da escala é a **Temperatura corporal**, EDC-R G, que posicionou no grau 5, a maior percentagem de participantes (39,1%), com 25 participantes. (tabela 20 e figura 34).

Tabela 20 - Dependência dos participantes no item Temperatura Corporal

Grau de dependência	N	%
1–Totalmente dependente	7	10,9
2 – Dependente em grau elevado	9	14,1
3 – Parcialmente dependente	16	25,0
4–Dependente em grau reduzido	7	10,9
5–Praticamente independente	25	39,1
Total	64	100,0

Figura 34 - Dependência dos participantes no item Temperatura Corporal

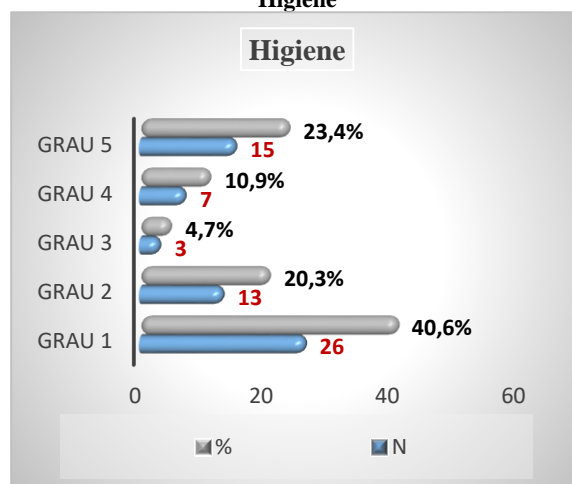


O oitavo item da escala é a **Higiene**, EDC-R H, que posicionou a maior parte da amostra no primeiro grau, *totalmente dependente* onde se situaram 26 participantes, representando 40,6% da amostra, como observado na tabela 21 e figura 35.

Tabela 21 - Dependência dos participantes no item Higiene

Grau de dependência	N	%
1-Totalmente dependente	26	40,6
2-Dependente em grau elevado	13	20,3
3-Parcialmente dependente	3	4,7
4-Dependente em grau reduzido	7	10,9
5-Praticamente independente	15	23,4
Total	64	100,0

Figura 35 - Dependência dos participantes no item Higiene

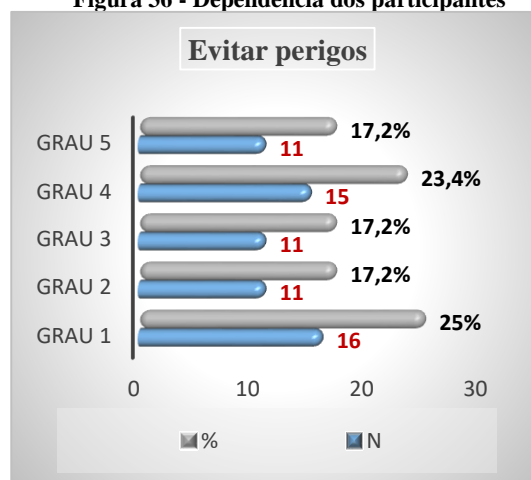


A tabela 22 e a figura 36 apresentam os participantes pelo item, **Evitar perigos**, EDC-R I, em que no grau 1, totalmente dependente, temos 16 participantes (25,0%). Os graus 2, 3 e 5 com 11 participantes cada um (17,2%), e o grau 4, dependente em grau reduzido, com 15 participantes (23,4%) completam os resultados obtidos.

Tabela 22 - Dependência dos participantes no item Evitar perigos

Grau de dependência	N	%
1-Totalmente dependente	16	25,0
2 - Dependente em grau elevado	11	17,2
3-Parcialmente dependente	11	17,2
4- Dependente em grau reduzido	15	23,4
5-Praticamente independente	11	17,2
Total	64	100,0

Figura 36 - Dependência dos participantes

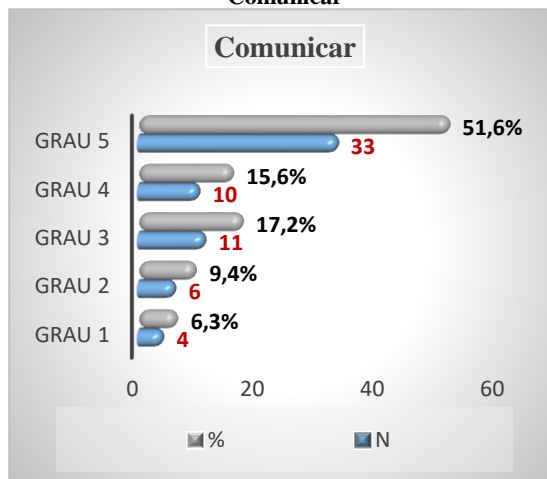


No décimo item, **Comunicar** EDC-R J, temos uma amostra colocada maioritariamente no grau 5, *praticamente independente*, com mais de metade dos participantes, 51,6%. (tabela 23 e figura 37).

Tabela 23 - Dependência dos participantes no item Comunicar

Grau de dependência	N	%
1 – Totalmente dependente	4	6,3
2 – Dependente em grau elevado	6	9,4
3 – Parcialmente dependente	11	17,2
4- Dependente em grau reduzido	10	15,6
5 – Praticamente independente	33	51,6
Total	64	100,0

Figura 37 - Dependência dos participantes no item Comunicar

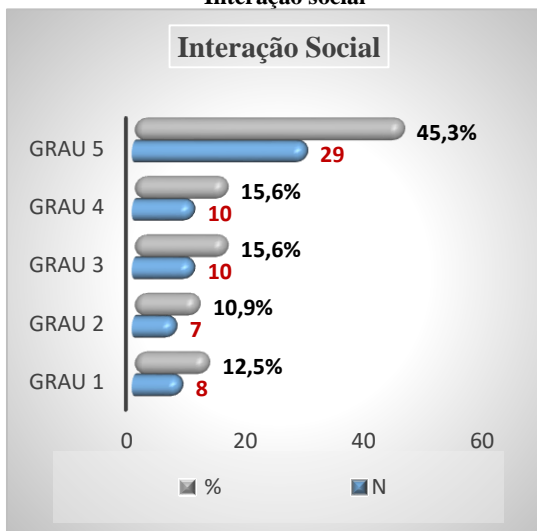


E o décimo primeiro item distribui os participantes pela **Interação social**, EDC-R K, onde na tabela 24 e figura 38 verificamos que, uma vez mais sobressai o quinto grau, praticamente independente, com 29 participantes o que constitui 45,3% da amostra.

Tabela 24 - Dependência dos participantes no item Interação social

Grau de dependência	N	%
1 – Totalmente dependente	8	12,5
2 – Dependente em grau elevado	7	10,9
3 – Parcialmente dependente	10	15,6
4- Dependente em grau reduzido	10	15,6
5 – Praticamente independente	29	45,3
Total	64	100,0

Figura 38 - Dependência dos participantes no item Interação social

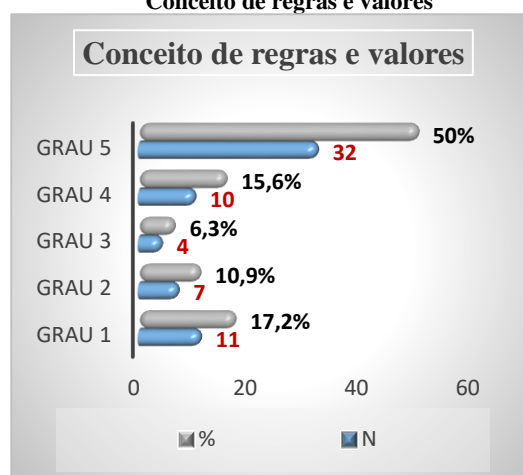


E mais uma vez, agora no décimo segundo item, **Conceito de regras e valores**, EDC-R L, o quinto grau representa a maior percentagem da amostra, desta vez com 50% dos participantes. (tabela 25 e figura 39).

Tabela 25 - Dependência dos participantes no item Conceito de regras e valores

Grau de dependência	N	%
1-Totalmente dependente	11	17,2
2-Dependente em grau elevado	7	10,9
3-Parcialmente dependente	4	6,3
4- Dependente em grau reduzido	10	15,6
5 - Praticamente independente	32	50,0
Total	64	100,0

Figura 39 - Dependência dos participantes no item Conceito de regras e valores

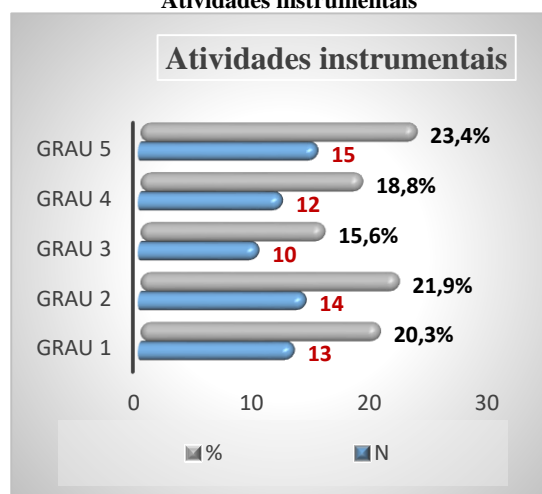


O décimo terceiro item **Atividades instrumentais**, EDC-R M, representado na tabela 26 e figura 40 apresenta uma maior homogeneidade, com uma variação de 5 participantes entre o grau mais frequente, grau 5 com 15 participantes e o menos frequente, grau 3, com 10 participantes.

Tabela 26 - Dependência dos participantes no item Atividades instrumentais

Grau de dependência	N	%
1 - Totalmente dependente	13	20,3
2 - Dependente em grau elevado	14	21,9
3 - Parcialmente dependente	10	15,6
4- Dependente em grau reduzido	12	18,8
5 - Praticamente independente	15	23,4
Total	64	100,0

Figura 40 - Dependência dos participantes no item Atividades instrumentais

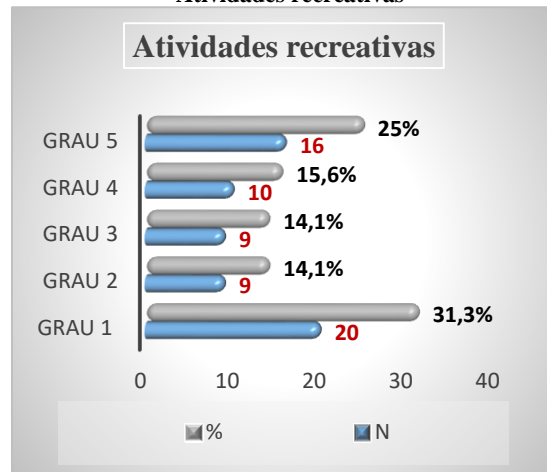


No décimo quarto item, domínio **Atividades recreativas**, EDC-R N, a maior parte da amostra, 20 participantes, encontra-se totalmente dependente, grau 1, como observamos na tabela 27 e figura 41.

Tabela 27 - Dependência dos participantes no item Atividades recreativas

Grau de dependência	N	%
1 – Totalmente dependente	20	31,3
2 – Dependente em grau elevado	9	14,1
3 – Parcialmente dependente	9	14,1
4- Dependente em grau reduzido	10	15,6
5 – Praticamente independente	16	25,0
Total	64	100,0

Figura 41 - Dependência dos participantes no item Atividades recreativas

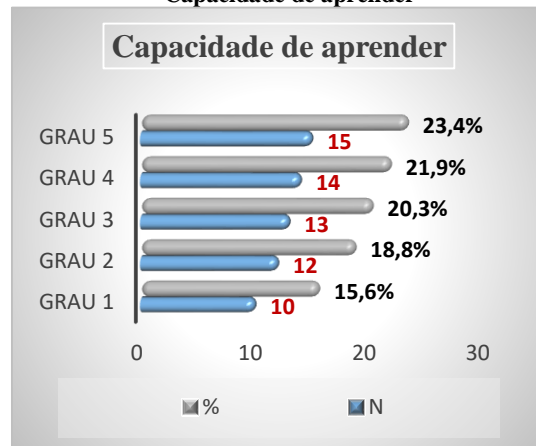


No décimo quinto item, **Capacidade de aprender**, EDC-R O, observamos uma grande homogeneidade, com uma variação de 5 participantes entre o grau mais frequente, grau 5 com 15 participantes e o menos frequente, grau 1 com 10 participantes.

Tabela 28 - Dependência dos participantes no item Capacidade de aprender

Grau de dependência	N	%
1–Totalmente dependente	10	15,6
2–Dependente em grau elevado	12	18,8
3–Parcialmente dependente	13	20,3
4-Dependente em grau reduzido	14	21,9
5–Praticamente independente	15	23,4
Total	64	100,0

Figura 42 - Dependência dos participantes no item Capacidade de aprender

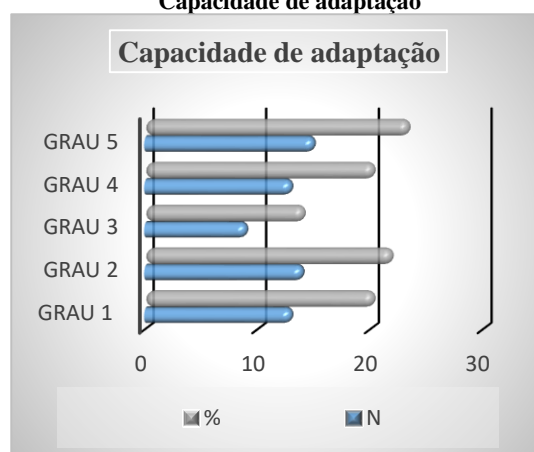


No último item da escala, **Capacidade de adaptação**, EDC-R P, observamos na tabela 29 e figura 43, que o grau mais frequente é o quinto, praticamente independente, com 15 participantes, 23,4% da amostra, e o menos frequente é o terceiro, praticamente dependente, com 9 participantes, (14,1%).

Tabela 29 - Dependência dos participantes no item Capacidade de adaptação

Grau de dependência	N	%
1–Totalmente dependente	13	20,3
2–Dependente em grau elevado	14	21,9
3–Parcialmente dependente	9	14,1
4–Dependente em grau reduzido	13	20,3
5–Praticamente independente	15	23,4
Total	64	100,0

Figura 43 - Dependência dos participantes no item Capacidade de adaptação



Verificamos na figura 44 que o item que apresenta uma maior percentagem no grau mais grave de dependência, grau 1, é o item H, **Higiene**, com 55,3 % dos dependentes.

Quando observamos a distribuição dos participantes com doença do foro respiratório independentes, aferimos que nos itens B, C e G, (continência, postura corporal e temperatura corporal), a totalidade dos participantes situa-se no grau 5, praticamente independente, e apresentam alguns graus de dependência, nomeadamente no item A, comer e beber, com 5,9% dos participantes no grau 1, 17,6% no grau 2 e 5,9% no grau 2 no item Postura corporal.

Figura 44 - Categorias de dependência

Categorias de dependência	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
Depen. 1	23,4	36,2	23,4	34,0	10,6	44,7	14,9	55,3	34,0	8,5	17	23,4	27,7	42,6	21,3	27,7
2	36,2	17	21,3	31,9	14,9	31,9	19,1	27,7	23,4	12,8	14,9	14,9	29,8	19,1	25,5	29,8
3	17,0	21,3	23,4	19,1	17,0	19,1	34,0	6,4	21,3	21,3	19,1	8,5	21,3	19,1	23,4	17,0
4	14,9	10,6	25,5	14,9	29,8	2,1	14,9	10,6	14,9	19,1	19,1	14,9	19,1	14,9	21,3	21,3
5	8,5	14,9	6,4	0	27,7	2,1	17,0	0	6,4	38,3	29,8	38,3	2,1	4,3	8,5	4,3
Indep. 1	5,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	17,6	0	0	5,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	11,8	17,6	0	0	0	5,9	5,9	5,9	0	0	0	11,8	5,9
4	0	0	0	17,6	29,4	11,8	0	11,8	47,1	5,9	5,9	17,6	17,6	17,6	23,5	17,6
5	76,5	100	100	64,7	52,9	88,2	100	88,2	47,1	88,2	88,2	82,4	82,4	82,4	64,7	76,5

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão ou interpretação dos resultados exige uma reflexão sobre todo o processo de investigação, sendo necessário situar os achados na evidência já referenciada em estudos anteriores. Chegado a este patamar, o investigador dá significância aos resultados, tira conclusões, avalia as implicações e formula recomendações relativamente à prática e a futuras investigações (Fortín, 2009) ou seja, é importante discutir as características que se evidenciaram no contexto em estudo, como lembra, (Markovits, 2000), citado por Fortín (2009).

Na amostra deste estudo, os participantes, as pessoas com doença do foro respiratório alvo de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, situaram-se, maioritariamente, no género feminino, correspondendo a 70.3%, sendo que 29,7% dos participantes são do género masculino. A categoria idoso também está em vantagem nesta subamostra com uma percentagem de 76,6%, contra 23,4% na categoria de adultos, com a idade média dos participantes a se situar nos 72,48 anos.

É notória uma intervenção dos cuidados de enfermagem especializados de reabilitação numa população envelhecida, o que vai de encontro aos dados dos últimos censos, os de 2011, que apontam para um envelhecimento da população da RAM na última década, onde a população com 65 ou mais anos cresceu, passando de 13,7% em 2001 para 14,9% em 2011.

Os dados, referenciados no Atlas estatístico da Região Autónoma da Madeira (2019) traduzem a magnitude do problema ao projetar a população residente em Portugal continental e ilhas para os anos de 2015 a 2080, num cenário em que o número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões. Este dado surge associado à diminuição do número de nascimentos, consequência da redução de mulheres em idade fértil devido aos sucessivos níveis baixos de fecundidade, registados nos anos anteriores. Face esta realidade, o índice de envelhecimento será superior ao dobro, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080. Sendo que o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. Esta tendência será transversal a todas as regiões de Portugal continental e regiões autónomas da Madeira e Açores

Os censos de 2011 também apontam para uma população residente na RAM, de 267785, sendo que as mulheres eram 141517 (52,8%) e os homens 126268 (47,2%), (RAM,

2012). Apraz-nos salientar, como nos lembra Fortín (2009) que o estudo descritivo tem como desígnio definir o perfil de uma dada população, sendo perentório que as características da população total se encontrem nos participantes. Nesta perspetiva as investigações descritivas preparam o caminho para estudos mais avançados.

A amostra maioritariamente envelhecida e do género feminino, foi também encontrada em outros estudos. Couto (2012) por exemplo, quando se propôs conhecer e descrever o grau de autonomia/independência no autocuidado, de uma amostra de clientes em programa de reabilitação das equipas de cuidados continuados integrados, deparou-se com uma amostra constituída por 53,6% de clientes do género feminino e 46,4% do género masculino, sendo a média da idade de 74 anos. Mais tarde, Pereira (2014) encontrou participantes também envelhecidos na sua investigação quando estudou o formulário de avaliação da dependência no autocuidado e sua aplicabilidade na enfermagem de reabilitação, sendo que a sua amostra foi constituída por 76% de indivíduos do sexo feminino e 24% do sexo masculino, situando se a média de idades nos 78,45 anos.

Também Ribeiro, et al. (2014) no estudo exploratório e descritivo, através do qual estudaram 241 famílias que integravam pessoas dependentes, com o objetivo de descrever a dependência no autocuidado das pessoas dependentes em contexto familiar e identificar áreas de intervenção de enfermagem no apoio às essas pessoas e às famílias que as integram, corroboraram essa tendência, ao encontrarem uma amostra com uma maior prevalência do género feminino (53,1%) com uma média de idade de 67,57 anos.

Uma amostra maioritariamente do sexo feminino também foi encontrada no trabalho de Reis et al. (2017) no seu estudo qualitativo, descritivo e exploratório onde foram entrevistadas 15 pessoas idosas de uma Unidade Familiar de Saúde da Bahía, (Brasil), em que 73,4% da amostra era do sexo feminino.

Relativamente ao estado civil, a distribuição dos participantes no nosso estudo, difere do padrão da RAM, em virtude da maior percentagem dos participantes ser casada (51,6%), enquanto que a realidade regional aponta para uma população maioritariamente solteira (RAM,2012).

O grau de escolaridade, também apresenta dados dispares em relação à população da RAM escrutinada nos censos de 2011. Temos no nosso estudo uma população situada, maioritariamente, no 1º ciclo do ensino básico, 56,3 %. Por outro lado, a taxa de analfabetismo encontrada foi de 25%, contra a taxa de analfabetismo na RAM que fica pelos 7,0%. As pessoas com doença do foro respiratório com o 2º e 3º Ciclo do ensino básico correspondem a 7,8 % dos participantes, sendo que a realidade da região aponta para 26,7 %.

As que apresentam escolaridade ao nível do ensino secundário correspondem a 6,3%, contra 52,5% da RAM e o ensino superior apenas está presente em 4,7% dos participantes contra 25,8% da população da RAM. Estes dados dos censos são importantes para conhecer a realidade da RAM, e é referido um progresso na última década nestes indicadores. Contudo, porque os participantes neste estudo são, maioritariamente, idosos (76,6%), e os dados dos censos são referentes a jovens até 24 anos, não podemos extrapolar essa realidade para a situação encontrada nos participantes deste estudo.

Em contrapartida a escolaridade encontra-se em consonância com o encontrado na investigação de Gonçalves (2012) o qual estudou a dependência dos idosos no domicílio e a sobrecarga dos cuidadores, estudo este quase experimental e longitudinal, o qual utilizou dois grupos, o experimental e o de controlo, cada um com 30 idosos e respetivos cuidadores em que a maioria dos idosos do grupo de controlo, apresentou a categoria de escolaridade $\leq 1^\circ$ Ciclo ($n \leq 1C = 29$; 96,76%), assim como os idosos do grupo experimental ($n \leq 1C = 30$; 100%).

Também Pereira (2014) na sua investigação, encontrou uma amostra onde predominavam as pessoas com o ensino básico ou sem qualquer instrução, totalizando estes dois grupos cerca de 86,7% da amostra.

Importa lembrar que, aos idosos de hoje, sobretudo os de idade mais avançada, correspondeu uma infância em que a maioria das crianças não frequentava a escola ou quando a frequentava o objetivo era finalizar o 1º ciclo.

Relativamente à situação profissional situam-se, essencialmente, na condição de reformado ou inválido, representando 84,4% dos participantes, o que é espectável devido a predominância do grupo etário idoso.

Vimos então que o nosso estudo se debruçou sobre uma população envelhecida, maioritariamente do género feminino, casada, com habilitações ao nível do 1º ciclo do ensino básico e na condição de reforma ou de invalidez.

Temos ainda uma amostra que na sua maioria vive com outros familiares sem ser o cônjuge, 37,5% dos participantes, sendo que 34,4% tem apoio de um cuidador informal, (34.4%).

Olhando para os sintomas indicadores de exacerbação da doença respiratória, como a dispneia, cansaço fácil e alterações na mobilidade, verificamos que a **dificuldade na mobilidade** foi o aspeto mais sentido pelas pessoas com doença respiratória, atingindo 78,1% dos participantes.

Na sua investigação, Brito (2012) aponta as complicações do foro respiratório como as que ocorrem em maior número, representando cerca de 50% do total das complicações referidas, salientando várias referências dos participantes do seu estudo relativamente ao cansaço, à falta de energia e à lentidão na execução, os quais são referidos como algo sem explicação, ao que se associa o desânimo que se mantém ou se agrava com o tempo.

E, como já anteriormente Gronkiewicz e Coover (2011) salientaram, as pessoas com doença do foro respiratório experimentam sintomatologia variada, como a dificuldade respiratória, tosse produtiva, fadiga e intolerância ao exercício e às atividades de vida diária.

E se tivermos em conta que, os participantes do nosso estudo são maioritariamente idosos, em consonância com o estudo de Reis et al. (2017) anuímos que as limitações advindas do processo de envelhecimento e as comorbilidades comprometem a independência da pessoa idosa, gerando limitação na sua mobilidade, implicando muitas vezes que o seu espaço físico fique restrito ao domicílio, comprometendo desta forma as suas atividades sociais e de lazer.

No decorrer da caracterização dos participantes, verificamos que relativamente aos fatores de risco a **hipertensão arterial**, foi o mais frequente entre os participantes do estudo com 54.7%. A Hipertensão arterial foi também a comorbilidade mais prevalente nos participantes do estudo de Reis et al. (2017).

Os **hábitos tabágicos** estão presentes em apenas 6,3% dos participantes, apesar dos hábitos tabágicos constituírem o principal fator de risco para as doenças respiratórias. No entanto, ele também é um fator mutável e como os participantes no estudo, já se encontram num patamar de cronicidade e com um tempo médio de atendimento pelo EEER de 434 dias, talvez já se tenha verificado, de uma forma saudável, a mudança de comportamento, pois como salientam Trappenburg et al. (2009) uma das intervenções educacionais protagonizadas pelo EEER é a cessação tabágica.

Ao nos debruçarmos sobre o grau de dependência apresentado pelos participantes do nosso estudo, as 64 pessoas com doença do foro respiratório alvo de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, verificamos que os mesmos apresentavam um score médio na EDC-R de 51,09, e os valores oscilaram entre os 16 e os 80 valores.

E percebemos através da score médio que os participantes nos três grandes domínios da escala que AVD, AIVD e Participação social situavam-se no Grau 3, **parcialmente dependente**.

A homogeneidade verificada nas AIVD e na Participação Social está também presente num estudo de coorte prospetivo através do qual Tomioka, Kurumatani, e Hosoi

(2017) se propuseram estudar a associação entre a participação social e as AIVD através da análise de 17680 questionários de residentes em duas cidades da província de Nara, (Japão). Os participantes desse estudo não apresentavam dependência nas AVD básicas. Os autores avaliaram a participação social em pessoas que se integravam em sete tipos de atividades: Grupos de voluntários, desportivos, de ocupação tempos livres, grupos culturais, de idosos, associações comunitárias e de trabalho remunerado. Concluíram que a participação social dos idosos é uma chave vital para o seu envelhecimento ativo, a participação social tem um impacto positivo sobre a sua saúde física e mental, como a longevidade, manutenção das AVD e função cognitiva, maior nível de qualidade de vida relacionada com a saúde e prevenção da depressão. Os resultados do estudo sugerem que a participação social na idade avançada está positivamente associada a AIVD.

Quisemos saber como se comportavam os participantes do nosso estudo tendo em conta os seus dados de caracterização, a categoria e o grau de dependência. Neste contexto a maior percentagem de pessoas com doença do foro respiratório dependentes encontra-se nas UILD e RRCCI, com 90% da amostra a se situar nessas Unidades, seguido pelos cuidados de saúde diferenciados com 86,7% dos participantes no nível de dependente e por fim nos cuidados de saúde primários com metade da amostra no nível de dependência, (50%). As pessoas com maior dependência encontram-se igualmente nas UILD e RRCCI, com um valor médio na EDC-R de 40,60. Estes achados eram expectáveis visto que as unidades de internamento de longa duração acabam por ser as que se encontram mais capacitadas para dar resposta imediata ao agravamento da dependência das populações.

Essa realidade também foi descrita na Austrália por McKechnie, Pryor , Fisher e Alexander (2020) em que como resultado de um estudo com o objetivo de determinar se houve mudança mensurável na dependência das pessoas internadas numa unidade de reabilitação na Austrália entre os anos 2007 e 2016, realizaram um estudo de coorte retrospectivo. Através de uma análise descritiva epidemiológica examinaram conjuntos de dados referentes aos quatro triénios, (2007, 2010, 2013 e 2016), observaram ao longo dos anos uma diminuição média no score total da Medida de Independência Funcional (MIF) no momento da admissão e igualmente na MIF aquando da alta. Contudo observaram um aumento das comorbilidades com implicações na reabilitação, nomeadamente doenças cardíacas, respiratórias, demência, diabetes e obesidade mórbida.

Os autores concluíram que as mudanças na dependência e complexidade dos participantes relatadas no seu estudo têm implicações na prestação de cuidados de reabilitação porque o aumento das comorbilidades pode resultar no aumento das

complicações agudas e deterioração da saúde, além de exigir cuidados compensatórios para os doentes durante a reabilitação o que obriga a um maior número de horas de cuidados e a uma maior entrega e capacidade de gestão do enfermeiro de reabilitação de forma a responder às demandas.

E como já nos referiam, Nabais e Sá (2018), Machado, Silva e Santos (2010) as competências do EEE contemplam o cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo da vida, de forma a capacitar a pessoa com limitação da atividade e restrição na participação social, maximizando a sua funcionalidade. Relativamente aos diferentes contextos em que a pessoa com doença do foro respiratório se insere, depreende-se facilmente que o EEER a trabalhar em cuidados de saúde primários está numa posição privilegiada para implementar estas intervenções associadas a programas de reabilitação respiratória, facilitando a reinserção familiar e social da pessoa com doença do foro respiratório o que contribuirá para a diminuição da sua dependência, explicando assim o fato da menor percentagem dos participantes dependentes se encontrar no domicílio.

Verificamos que as percentagens relativamente às categorias de dependência encontradas nos dois géneros, (masculino e feminino), são similares, com 73,7% de participantes dependentes no género masculino e 73,3% de participantes dependentes no género feminino, sendo homogénea a média da EDC-R dos participantes masculinos e femininos, 51,53 e 50,91, respetivamente.

Por outro lado, a dependência é mais acentuada nos idosos estando presente em 85,7% dos participantes, sendo também estes os que apresentam maior grau de dependência, com uma média de EDC-R de 47,10.

Essa condição é relatada pelos participantes do estudo de Reis et al. (2017) que revelaram que as limitações advindas do processo de envelhecimento, associadas à diminuição da capacidade funcional geram dependência na pessoa idosa, comprometendo consequentemente a realização das atividades sociais e de lazer.

Relativamente ao estado civil verificamos que o maior número de dependentes encontra-se no grupo dos viúvos com 78,9%.

É notória uma diminuição da percentagem na categoria dependente, e do grau de dependência conforme os participantes do estudo progridem na literacia, sendo que dos participantes que não sabem ler nem escrever, 87,5% são dependentes, com uma média na escala EDC-R de 43,6.

Verifica-se que a maior percentagem da categoria dependente, encontra-se nos reformados/inválidos atingindo 81,5% dos participantes, sendo a média da ECD-R de 47,96.

Relativamente à condição de vida ao nível da coabitação, observamos que a maior parte dos participantes vivem com outros familiares, apresentam categorias de dependência similares, (48,3%) dependentes e 41,7% independentes, possuem uma média de ECD-R de 57. É de salientar que a totalidade dos participantes que vive noutra situação são, na sua totalidade, dependentes, apresentando um score medio da EDC-R de 37,92.

Observamos que os participantes com cuidador informal apresentam uma maior percentagem de dependentes, 90,9% contra 9,1% de independentes apresentando um score médio de 44,45.

Neste sentido, a maior percentagem das pessoas com patologia do foro respiratório que apresentam dependência são os idosos, o que nos remete para a associação do envelhecimento à dependência. São do sexo masculino, não sabem ler nem escrever, são viúvos, reformados ou inválidos, vivem com outros familiares e possuem cuidador informal.

Os achados na bibliografia consultada, vai também ao encontro dos achados do nosso estudo, com exceção da revisão sistemática de Ribeiro et al (2014) e do estudo de Couto (2012), os quais encontraram uma amostra maioritariamente feminina associada à dependência. No entanto como já salientamos a diferença entre os dois géneros não é significativa.

Diversos estudos descrevem uma população dependente que se encontra envelhecida, sendo pessoas predominantemente reformadas, casadas/união de facto ou viúvas e salientam que precisavam, no mínimo, de ajuda de outra pessoa para a concretização das atividades de autocuidado. No que se reporta à escolaridade, observam um nível de iliteracia significativo associado à dependência, sendo que, a maior parte dos dependentes não possuía qualquer nível de escolaridade.

Julgamos ser também importante lembrar que a enfermagem de reabilitação faz a diferença, ao capacitar a pessoa para o seu autocuidado e como cada vez mais o foco passa pela prevenção, não podemos descurar as pessoas que apresentam, aquando da aplicação da ECD- R, um score que as colocam na categoria de independente. Como observamos no capítulo anterior, (figura 44), estas pessoas também apresentam dependência em alguns itens da escala, daí a importância em trabalhar com as pessoas alvo de cuidados de enfermagem de reabilitação, mesmo que independentes, para evitar as percentagens de 5,9 no grau 1, e 17,6 no grau 2 no item, Comer e beber e 5,9 no grau 2 no item D, Postura corporal.

Não podemos esquecer que, como já vimos anteriormente, a dependência é a adaptação do indivíduo a uma situação física ou psicológica (Peixoto & Machado, 2016; Gomes & Martins, 2016), sendo que a intervenção do EEER não pode centrar-se só nos itens

em que há maior dependência, mas este tem que assumir um lugar privilegiado como agente facilitador, trabalhando os itens em que é visível a dependência de forma a potenciar a sua recuperação, estabelecendo programas educacionais e de atuação desde a promoção de saúde até as redes de apoio na comunidade, de forma a minimizar os seus handicaps, não agravar a sua situação, levando à dependência em outros itens.

Não esquecendo como já enfatizava Diehl (1989), referido por Hoeman (2000) o processo educacional promove o autocuidado ajudando o doente e a família a adquirir novas informações, desenvolver novas competências, aplicar de forma competente os conhecimentos e capacidades das atividades funcionais, desenvolver comportamentos adaptativos para lidar com a doença ou incapacidade e evitar o agravamento da incapacidade.

E como mais tarde valida o Regulamento nº392/2019, a intervenção do EEER passa por promover o diagnóstico precoce e estabelecer ações preventivas de enfermagem de reabilitação.

Se tivermos em atenção o que referiram Cordeiro e Menoita (2014) em que as doenças respiratórias crónicas, como a asma e a DPOC, são das poucas patologias crónicas cuja tendência é para aumentar nas próximas décadas, devido a fatores como o tabaco, a poluição atmosférica e as alterações climáticas, torna-se mandatório diminuir o grau de dependência destas pessoas. Se a doença respiratória tende a aumentar devido a fatores difíceis de minimizar, como as alterações climáticas, então o nosso papel passa por tornar estas pessoas mais independentes, trabalhando todos os itens em que sentem maior dificuldade, de forma a atuar na diminuição dos anos de incapacidade.

CONCLUSÃO

Este estudo quantitativo, descritivo e transversal, permitiu avaliar o nível de dependência da pessoa com doença respiratória da RAM, através da aplicação da EDC-R, às pessoas com doença do foro respiratório na RAM alvo de cuidados dos EEER, de forma a respondermos à questão: Qual o nível de dependência das pessoas com doença respiratória alvo dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação na RAM?

Partindo desta questão de investigação, tivemos como objetivos, caracterizar as pessoas com doença respiratória seguidas na RAM pelos EEER e quantificar a dependência destas, através da aplicação da EDC-R.

Com este estudo observamos uma intervenção dos cuidados de enfermagem especializados de reabilitação, numa população envelhecida, maioritariamente do género feminino, casada e com escolaridade ao nível do 1º ciclo e na condição de reforma ou de invalidez.

Com a aplicação da EDC-R verificamos que a maior percentagem das pessoas com doença do foro respiratório que apresentam dependência, são os idosos do sexo masculino, que não sabem ler nem escrever, sendo que a dependência diminui conforme aumenta a literacia, são viúvos, reformados ou inválidos, vivem com outros familiares e possuem cuidador informal. Observou-se que das 64 pessoas com doença do foro respiratório alvo de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, 47 pessoas são dependentes e 17 são independentes. Os participantes apresentaram um score médio na EDC-R de 51,09, e os valores oscilaram entre os 16 e os 80 valores.

O item da EDC-R que apresenta uma maior percentagem no grau mais grave de dependência, grau 1, é o item H, Higiene, com 55,3% dos participantes dependentes, e a menor percentagem, 8,5% dos dependentes que experimentaram o grau 1 foi observada no item J, Comunicar.

Na análise da distribuição dos participantes pelos diferentes itens da EDC-R verificamos que nos itens B, C e G, (continência, postura corporal e temperatura corporal), a totalidade dos participantes situa-se no grau 5, praticamente independente.

Os achados deste estudo traduzem-se em dados inovadores, pois a nível da RAM e até mesmo de Portugal, desconhece-se estudos que abordem a dependência das pessoas com doença do foro respiratório alvo de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação

através da aplicação da EDC-R, o que constituiu uma dificuldade no acesso a literatura para a elaboração deste estudo.

Percebemos com esta investigação, que é importante para a prática, o EEER conhecer as necessidades reais das pessoas alvo dos seus cuidados, de forma a poder estabelecer um plano de cuidados individualizado e assertivo, e que a enfermagem de reabilitação faz a diferença, ao capacitar a pessoa para o seu autocuidado e como cada vez mais o foco passa pela prevenção, vimos a importância em estabelecer um plano preventivo que atue nas reais necessidades apresentadas. E que, mesmo as pessoas com doença do foro respiratório, que apresentaram, aquando da aplicação da EDC- R, um score que as colocam na categoria de independente necessitam de uma especial atenção relativamente aos itens da escala que correspondiam a dependência.

Os objetivos inicialmente propostos, caracterizar as pessoas com doença respiratória alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na RAM e quantificar a dependência destas, através da aplicação da EDC-R, foram atingidos.

No entanto, este estudo inserido numa investigação major que pretendeu caracterizar a realidade da enfermagem de reabilitação da RAM, aplicou –se a uma amostra de 64 pessoas com doença do foro respiratório alvo dos cuidados do EEER, e como estudo transversal, os dados são colhidos num único momento, servindo para medir a frequência de aparição de um acontecimento numa população num dado momento, o que apresenta como limitação a incapacidade em inferir mudanças ao longo do tempo.

Neste contexto, sugere-se a implementação de um estudo idêntico, mas longitudinal que recolha os mesmos dados com a aplicação da EDC-R junto ao mesmo tipo de grupo, no início da intervenção do EEER e em períodos com intervalos pré-determinados.

Consideramos igualmente importante estabelecer a relação entre a presença de dispneia, cansaço fácil e alterações da mobilidade com o nível de dependência de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação da pessoa com doença respiratória, da RAM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, F., & Martins, T. (2016). Avaliação dos cuidadores: Considerações e orientações para a prática. In A. R. Morim, B. P. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F.A. S. Petronillo, ... T. Martins (Eds.). *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp.113-130). Porto: Lusodidacta.
- Bernardo, S. R. F. (2017). Independência/Autonomia da pessoa em processos de transição de saúde (Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação). Escola superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Bernardo, S., & Sá, M. D. (2018). Validação Transcultural para a população portuguesa da Care Dependency Scale for Rehabilitation. *Revista de Enfermagem Referência*, (19), 137-146. Doi: 10.12707/RIV18046
- Brito, M. A. C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa* (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Retrieved from https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12617/1/tese_alicebrito_reconstrucao_autonomia_autocuidado.pdf.
- Camicia, M., Black, T., Farrell, J., & Waites, K. (2014) The Essential Role of the Rehabilitation Nurse in Facilitating Care Transitions: A White Paper by the Association of Rehabilitation Nurses. *Journal Rehabilitation Nursing*, (39), (3-15). Doi: 10.1002/rnj.135
- Cordeiro, M. C. O. & Menoita, E.C. P.C. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência.
- Couto, G. M. A. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado: Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9323/1/MER%20_GI%C3%B3ria%201621_.pdf

- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2019). *Atlas estatístico da Região Autónoma da Madeira*. Funchal: Author.
- Instituto Nacional de estatística (2017). *Projeções da população residente 2015-2080*. Lisboa: Author.
- Eichhorn-Kissel, J., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2011). Responsiveness of the Care Dependency Scale for Rehabilitation (CDS-R). *Scandinavian Journal of caring sciences*, 26(1), 194-202. Doi: org/10.1111/j.1471-6712.2011.00907.x
- Gomes, B.N. & Ferreira, D. (2016). Reeducação funcional: Reeducação da função respiratória. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Cords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 253-262). Loures: Lusodidacta.
- Fonseca, C., Correia, J., Redol, F., & Fernandes, C. (2018). Os Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas com alterações do foro respiratório, revisão sistemática da literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 48-57. Retrieved from <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-foro-respirat%C3%B3rio.pdf>
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gomes, B., & Martins, M. M. (2016). Funcionalidade, autonomia e dependência. In A. R. Morim, B. P. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F.A. S. Petronillo, ... T. Martins (Eds.). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp.29-39). Porto: Lusodidacta.
- Gomes, B. N. & Ferreira, D. (2016). Reeducação funcional: Reeducação da função respiratória. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Cords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 253-262). Loures: Lusodidacta.
- Gonçalves, E.V. (2012). *Dependência dos idosos no domicílio e sobrecarga dos cuidadores: Impacto de um programa de enfermagem de reabilitação* (Dissertação de mestrado,

Escola superior de enfermagem de Coimbra). Retrieved from <https://repositorioenfreab.com/tag/cuidador/>.

Grelha, P.A.S.S. (2009). *Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependente sem contexto domiciliário* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa Faculdade de medicina). Retrieved from https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf.

Gronkiewicz, C., & Coover, L. (2011). Reabilitação respiratória e Pulmonar. In S. P. Hoeman (Coord.). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª ed.) (pp. 319-350). Loures: Lusodidacta.

Hoeman, S. P. (2000). Bases conceptuais da enfermagem de reabilitação. In S. P. Hoeman. (Coord.). *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo* (2ª ed.) (pp.3-22). Loures: Lusociência.

Hoeman, S.P. (2008). History, Issues and trends. In S. P. Hoeman (Coord.). *Rehabilitation nursing: Prevention, intervention and outcomes* (4ª ed.) (pp. 1- 13). Saint Louis: Mosby

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na Perspetiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 resultados definitivos - Região Autónoma da Madeira*. Lisboa: Author.

Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções da população residente 2015-2080*. Lisboa: Author.

International Council of Nurses. (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Retrieved from <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

Lumini, M. J., & Freire, R.M. (2016). As novas tecnologias no processo de cuidar. In A. R. Morim, B. P. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F.A. S. Petronillo, ... T. Martins (Eds.). *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp.143-159). Porto: Lusodidacta.

- Machado, C., Silva, R. & Santos, S. (2010). Articulação e Continuidade de cuidados no cliente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. In M. Costa, B. Gomes & M. Martins (Cords). *Enfermagem de reabilitação* (pp. 51-77). Coimbra: Formasau.
- Martins, M. M., & Gomes, B. (2016). Avaliação multidimensional da pessoa. In A. R. Morim, B. P. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F.A. S. Petronillo, ... T. Martins (Eds.). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp.41-57). Porto: Lusodidacta.
- McKechnie, D., Pryor, J., Fisher, M.J., & Alexander, T. (2020). Examination of the dependency and complexity of patients admitted to in-patient rehabilitation in Australia. *Australian Health Review*, 44(1), 143-152. Doi: 10.1071/AH18073.
- Meleis, A., Hall, J., & Stevens, P. (1994). Scholarly caring in doctoral nursing education: promoting diversity and collaborative mentorship. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(3), 177-180. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7989058>
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Developing & Progress* (4^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Morim, A. R. (2016). A pessoa dependente e o familiar cuidador: Direitos e deveres. In A. R. Morim, B. P. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F.A. S. Petronillo, ... T. Martins (Eds.). *A pessoa dependente e o familiar cuidador* (pp. 209-226). Porto: Lusodidacta.
- Nabais, A.S. & Sá, M. C. (2018). *Intervenção do Enfermeiro na Promoção do Autocuidado na Pessoa com DPOC: Uma Revisão Sistemática da Literatura*. In VII Congresso Ibero- Americano em investigação qualitativa, Fortaleza.
- Observatorio Nacional das doenças respiratórias. (2018). *Panorama das doenças respiratórias em Portugal* (13^o Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias). Retrieved from https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). Relatório de Primavera: Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Retrieved from <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2015.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Author.
- Ordem dos enfermeiros e Mesa do colégio de enfermagem de reabilitação. (2018). *Guia orientador de boa prática: Reabilitação respiratória*: Author
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Plano de ação de 2017-2019 da aliança global contra as doenças respiratórias crónicas*. Genebra: Author
- Peixoto, M. J., & Machado, P.P. (2016). A sobrecarga e o stresse do cuidador. In A. R. Morim, B. P. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F.A. S. Petronillo, ... T. Martins (Eds.). *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 95-111). Porto: Lusodidacta.
- Pereira, S. C. A. (2014). Formulário de avaliação da dependência no autocuidado: versão reduzida (Dissertação de mestrado, Escola Superior de enfermagem do Porto). Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9737/1/Formul%C3%A1rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Depend%C3%Aancia%20no%20Autocuidado%20-%20Vers%C3%A3o%20Reduzida.pdf>
- Petronillho, F. (2016). Preparação do regresso a casa. In A. R. Morim, B. P. Gomes, C. Martins, F. Araújo, F. Bastos, F.A. S. Petronillo, ... T. Martins (Eds.). *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (pp. 73-93). Porto: Lusodidacta.
- Piccoli, T., Nunes, S., Tramontina, P., Oliveira, R., Santos, E., & Amante, L. (2015). Refletindo sobre algumas teorias de enfermagem a partir do modelo de avaliação de Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 20(2), 437-442. Retrieved from <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37891/25558>
- Polit, D. F., & Beck C.T. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (9ª ed.). Porto Alegre: Artemed.

Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de Reabilitação. (2014). *Parecer nº 11/2014: Consulta de enfermagem no âmbito de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER_Parecer_11_2014_Consulta_de_Enfermagem_no_ambito_de_cuidados_especializados_em_enfermagem_de_reabilitacao.pdf

PORTUGAL. Ministério da educação e ciência. (7 ago 2013). Decreto lei nº 151/2013. *Diário da República nº 151, I Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (21 abr. 1998). Decreto lei nº104/98: Ordem dos enfermeiros e respetivo estatuto. *Diário da República n.º 93/1998, I-A Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (6 jun. 2006). Decreto lei nº 101/2016: Rede nacional de cuidados continuados integrados. *Diário da República nº 109, I-A Série*.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa nacional para as doenças respiratórias*: Lisboa: Author.

PORTUGAL. Ordem dos enfermeiros. (3 de mai de 2019). Regulamento nº 392/2019. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º 85/2019, II Série*.

PORTUGAL. Presidência do Conselho de ministros. (16 ago 2018). Decreto lei nº 65/2018. *Diário da República nº 157, I Série*.

Ribeiro, O.M.P., Pinto, C.A.S., & Regadas, S.C.R.S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. Doi: 10.12707/RIII12162

Reis, G. (2018). O adulto com dependência assistido nos autocuidados no domicílio. In M. Sotto Mayor, C. Sequeira, & G. Reis (Coords,). *Visita Domiciliária* (pp. 119-140). s. l.: Demand Liberais

Reis, L.A., Gomes, N.P., Menezes, T.M.O., Couto, T. M., Aguiar, A.C.S.A., Abreu, M.S.N.A., ... Reis, L.A. (2017). *Persona mayor con limitaciones funcionales*

- diárias. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1). Retrieved from <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1023/233>.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas.
- Santos, L. L. (2016). O Processo de Reabilitação. In C. Marques-Vieira, & L. Sousa (Cords.). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15-24). Loures: Lusodidacta.
- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1/2), 11 - 20.
- Silva, L. C.F. (2012). *Validação do questionário clínico para a doença pulmonar obstrutiva crónica (CCQ) para a língua Portuguesa* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de enfermagem do Porto). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.26/9271>.
- Soares, S. (2016). Gestão da intolerância à atividade. In Morim, A. N., Gomes, B.P., Martins, C., Araújo, F., Bastos, F., Petronillo, F. A. S., ... Martins. T. *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (183-195). Porto: Escola superior de enfermagem do Porto.
- Observatorio Nacional das doenças respiratórias. (2018). *Panorama das doenças respiratórias em Portugal* (13º Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias). Retrieved from https://www.ondr.pt/files/Relatorio_ONDR_2018.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Relatório de primavera: Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Retrieved from <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2015.pdf>
- Tomioaka, K., Norio Kurumatani, N., Hosoi, H. (2017). Age and gender differences in the association between social participation and instrumental activities of daily living

among community-dwelling elderly. *BMC Geriatrics*, 17(1). Doi: 10.1186/s12877-017-0491-7

Trappenburg, J. C. A., Koevoets, L., Oene, G. H. H-V., Monninkhof, E. M., Bourbeau, J., Troosters, T. ... Schrijvers, A. (2009). Action Plan to enhance self-management and early detection of exacerbations in COPD patients. *BMC Pulmonary Medicine*. 9 (52) 1-10. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2466-9-52>

Reis, L. A., Gomes, N. P., Menezes, T. M. O., Couto, T. M., Aguiar, A. C. S. A., Abreu, M. S. N. A., ... Reis, L. A. (2017). Persona mayor con limitaciones funcionales diarias. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(1). Retrieved from <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1023/233>

ANEXOS

ANEXO A – INQUÉRITO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO



IDNR

•	•	•			
---	---	---	--	--	--

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO

(Versão Geral, Clientes)

1. Idade: _____ anos
2. Local de Residência: Instituição (Lar) Domicílio
2.1. Em que Concelho? _____
3. Género: Feminino Masculino
4. Estado Civil: Solteiro(a)
Casado(a)/União de Facto
Divorciado(a)/Separado(a)
Viúvo(a)
5. Escolaridade: Não sabe ler nem escrever Ensino Básico - 1º Ciclo
Ensino Básico – 2º e 3º Ciclo Ensino Secundário (10º ao 12º ano)
Ensino Superior (1º ciclo e/ou superior)
6. Situação Profissional: Estudante Doméstica
Desempregado Trabalhador por Conta Própria
Trabalhador por Conta de Outrem Reformado/Inválido
7. Situação de Vida: Vive sozinho(a) Vive com Cônjuge
Vive com Familiares Outra
- 7.1. Tem apoio de cuidador informal? Sim Não

(Se Sim, PREENCHER PACK 5- Cuidadores Informais)

CARACTERIZAÇÃO FÍSICA

8. Peso: _____ (Kg)
9. Altura: _____ (cm)

**QUESTIONÁRIO RELATIVO À SITUAÇÃO DE SAÚDE****10. Vamos agora, falar da sua Saúde. Como considera a sua saúde atual?**

Saúde absoluta

Má Fraca Razoável Boa Muito Boa **11.1. Comparando-se com pessoas da sua idade, como acha a sua Saúde?**

Saúde relativa

Não Sabe Pior Idêntica Melhor **11. Antecedentes de Saúde:**

Hipertensão Arterial (HTA)	<input type="checkbox"/>	Obesidade	<input type="checkbox"/>
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	<input type="checkbox"/>	Diabetes <i>Mellitus</i>	<input type="checkbox"/>
Hábitos Tabágicos	<input type="checkbox"/>	Hábitos Etilicos	<input type="checkbox"/>
Traumatismo Cranioencefálico (TCE)	<input type="checkbox"/>	Doença Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>
Doença Respiratória	<input type="checkbox"/>	Cirurgia Recente	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>		

12. Tem Diagnóstico Médico de:

Acidente Vascular Cerebral	<input type="checkbox"/> *	
Traumatismo crânio-encefálico	<input type="checkbox"/> *	
Traumatismo Vertebro Medular	<input type="checkbox"/> *	
Doença Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	12.1. Qual? _____
Doença Respiratória	<input type="checkbox"/>	12.2. Qual? _____
Doença Neurológica Degenerativa	<input type="checkbox"/> *	12.3. Qual? _____
Outras patologias do foro neurológico	<input type="checkbox"/> *	12.4. Quais? _____

*PREENCHER Escala - CDS-R (Care Dependency Scale for Rehabilitation)/EDC-R (Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação).

13. Contexto de Cuidados:- Hospital

13.1. Tempo de Internamento: _____ (dias) 13.1.1. Serviço: _____

(Se cliente internado no serviço de cardiologia, com diagnóstico médico de doença respiratória ou com Cirurgia recente PREENCHER PACK 2- Hospital)

- Cuidados Continuados 13.2. Qual? _____

(Se Sim. PREENCHER PACK 3- Unidade de Internamento Média Duração (Cuidados Continuados))

- Centro de Saúde 13.3. Qual? _____

(Se Sim. PREENCHER PACK 4 - Cuidados de Saúde Primários)



14. Tem défice motor? Sim Não

14.1. Qual: _____

15. Usa Óculos? Sim Não

16. Usa aparelho auditivo? Sim Não

17. Usa Prótese Dentária ? Sim Não

18. Utiliza Alguma Ortótese? Sim Não

18.1 Se Sim, especifique.

Ortótese para o tronco 18.1.1. Qual? _____

Ortótese para o membro superior 18.1.2. Qual? _____

Ortótese para o membro inferior 18.1.3. Qual? _____

19. Utiliza Ajudas Técnicas? Sim Não

19.1. Se Sim, especifique (agrupamento da ajuda técnica, segundo áreas de intervenção)

Comunicação 19.1.1. Qual? _____

Atividades de Vida Diária 19.1.2. Qual? _____

Cuidado e Adaptação do Lar 19.1.3. Qual? _____

Mobilidade e transporte

19.1.4. Auxiliar de Marcha _____

19.1.5. Transferências _____

19.1.6. Adaptação para Automóveis _____

19.1.7. Orientação _____

Lazer 19.1.8. Quais? _____

20. Possui Prótese? Sim Não

20.1. Especifique: _____

21. Faz Medicação Habitualmente (A questionar ao enfermeiro responsável) Sim Não

21.1. Se sim, a que se destina?

Aparelho Cardiovascular

Sistema Nervoso Central

Sistema Endócrino

Aparelho Locomotor

Anti-infeccioso

Sangue

Medicação Antialérgica



22. Motivo pelo qual é alvo de cuidados de Enfermagem de Reabilitação:

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------|
| Problemática do Foro Cardíaco | <input type="checkbox"/> | |
| Problemática do Foro Respiratório | <input type="checkbox"/> | 22.1. Tipo : _____ |
| Problemática do Foro Ortopediatrico | <input type="checkbox"/> | |
| Problemática do Foro Neurológico | <input type="checkbox"/> * | 22.2. Qual: _____ |
| Cirurgia Recente | <input type="checkbox"/> | 22.3. Qual: _____ |
| Outro | <input type="checkbox"/> | 22.4. Qual : _____ |

* Se Problemática do Foro Neurológico PREENCHER Escala - CDS-R (Care Dependency Scale for Rehabilitation)/EDC-R (Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação)- SE NÃO TIVER SIDO PREENCHIDA NO ITEM 13.

23. Tempo de seguimento pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação:

_____ (dias)

ANEXO B – ESCALA DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS EM REABILITAÇÃO

Escala de Dependência de Cuidados em Reabilitação

A Escala é constituída por 16 itens, sendo cada item avaliado segundo 5 graus de dependência. A cada grau de dependência corresponde um valor específico que varia de 1 a 5, sendo que 1 corresponde a “totalmente dependente” e 5 corresponde a “praticamente independente”.

Escolha o grau de dependência que se adequa à condição do doente no momento em que aplica a escala, fazendo um círculo à volta do valor que corresponde à sua escolha.

Deve avaliar cada um dos 16 itens, escolhendo apenas 1 opção em cada item.

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

1	Totalmente dependente – Não é capaz de dormir o suficiente à noite e ser adequadamente ativo durante o dia (por exemplo: estado confusional).
2	Dependente em grau elevado – Dorme durante longos períodos durante o dia e pouco tempo durante a noite. Necessita de ajuda considerável para manter o ciclo dia/noite adequado.
3	Parcialmente dependente – Devido a doença (por exemplo: depressão), necessita de considerável apoio e de motivação de forma a manter-se ativo durante o dia e a dormir o suficiente durante a noite.
4	Dependente em grau reduzido – Por vezes tem dificuldade em iniciar ou conciliar o sono durante a noite. Necessita de ajuda mínima (por exemplo: falar/desabafar com alguém).
5	Praticamente independente - É capaz de dormir o suficiente durante a noite e é adequadamente ativo durante o dia.
F - Vestir-se e Despir-se - Avalia em que medida é capaz de vestir-se e despir-se sem necessitar de ajuda.	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de vestir-se e despir-se. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada, de vestir-se e despir-se sozinho. Portanto, necessita de ajuda considerável para realizar as tarefas necessárias (por exemplo: parésia).
3	Parcialmente dependente – Na maior parte das vezes, é capaz de vestir-se e despir-se sozinho. No entanto, necessita de ajuda moderada para realizar as tarefas necessárias (por exemplo: tremores).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de vestir-se e despir-se sozinho. Contudo, por vezes necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para realizar tarefas que envolvam motricidade fina.
5	Praticamente independente - É capaz de vestir-se e despir-se sozinho no espaço de tempo adequado e é capaz de escolher a roupa adequada atendendo às condições climatéricas e a ocasião.
G - Temperatura Corporal - Avalia em que medida é capaz de proteger a temperatura corporal de influências externas.	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É, de forma limitada, capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. Neste sentido, necessita de ajuda considerável e instruções/aconselhamento (por exemplo: perturbações sensoriais).
3	Parcialmente dependente – É capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: pedir cobertores).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de detetar alterações da temperatura e tomar as medidas apropriadas. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: vestir um casaco).
5	Praticamente independente - É capaz de detetar alterações na temperatura e tomar as medidas apropriadas.
H – Higiene - Avalia em que medida é capaz de cuidar da sua higiene pessoal.	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de cuidar da sua higiene pessoal. Portanto, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado – É capaz de lavar sozinho, com uma pequena ajuda, a parte superior do corpo, mas necessita de ajuda considerável para lavar a parte inferior do corpo.
3	Parcialmente dependente – É capaz de cuidar de grande parte da sua higiene pessoal. No entanto, necessita de ajuda moderada.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de cuidar da sua higiene pessoal. Contudo, necessita de ajuda mínima (por exemplo: lavar as costas ou os pés).
5	Praticamente independente – É capaz de cuidar da sua higiene pessoal num espaço de tempo adequado.
I - Evitar Perigos - Avalia em que medida é capaz de garantir a sua segurança e reconhece possíveis situações de perigo (por exemplo: quedas, queimaduras).	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta de forma adequada (por exemplo: estado confusional). Como tal, necessita sempre de ajuda total para evitar perigos.
2	Dependente em grau elevado – É capaz, de forma limitada (por exemplo: mobilidade ou visão reduzida), de reconhecer situações de perigo à sua volta e tomar medidas adequadas. Como tal, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente – É capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta. No entanto, só em certa medida, é capaz de reagir adequada e atempadamente. Neste sentido, necessita de ajuda moderada (por exemplo: ajuda de terceiros).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta. No entanto, ocasionalmente, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções) para evitar perigos.
5	Praticamente independente – É capaz de reconhecer situações de perigo à sua volta e rapidamente tomar medidas adequadas, sem necessitar de ajuda.
J – Comunicação - Avalia em que medida é capaz de comunicar com outros verbalmente (discurso) e não-verbalmente (por exemplo: gestos, expressão facial).	
1	Totalmente dependente – Não é capaz de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo e não é capaz de comunicar com outros verbal e não-verbalmente.

2	Dependente em grau elevado - É capaz, de forma limitada, de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo, e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente (por exemplo: distúrbios da fala). Como tal, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente - Até determinado ponto, é capaz de ouvir o que é dito (por exemplo: diminuição da acuidade auditiva) e é capaz de compreender o seu conteúdo e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente. Neste sentido, necessita de supervisão, instruções/aconselhamento e ajuda moderada.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: colocar aparelho auditivo).
5	Praticamente independente - É capaz de ouvir o que é dito e/ou compreender o seu conteúdo e de comunicar com outros verbal e não-verbalmente.
K - Interação Social - Avalia em que medida é capaz de interagir com os outros, independentemente e de forma adequada.	
1	Totalmente dependente - Não é capaz de interagir com os outros de forma socialmente adequada. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado - É capaz de interagir com um número limitado de pessoas mas necessita de ajuda considerável (por exemplo: apoio e vigilância devido a cegueira).
3	Parcialmente dependente - Devido a doença (por exemplo: mobilidade reduzida), é capaz de interagir com um número limitado de pessoas, mas necessita de ajuda moderada.
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de interagir com os outros, mas necessita de ajuda mínima (por exemplo: diminuição da acuidade visual).
5	Praticamente independente - É capaz de interagir com os outros, independentemente e de forma adequada.
L - Conceito de regras e valores - Avalia em que medida é capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada.	
1	Totalmente dependente - Não é capaz de reconhecer regras e valores para agir de forma socialmente adequada. Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado - É capaz, de forma limitada (por exemplo: estado confusional), de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada. No entanto, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente - Devido a doença (por exemplo: alterações da memória) é capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: informação repetida).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada. Necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções em situações novas).
5	Praticamente independente - É capaz de reconhecer regras e valores e de agir socialmente de forma adequada.
M - Atividades instrumentais - Avalia em que medida é capaz de lidar com desafios e realizar atividades instrumentais (por exemplo: telefonar, marcar consultas, ir ao cabeleireiro)	
1	Totalmente dependente - Não é capaz de realizar e gerir atividades instrumentais de forma independente (por exemplo: estado confusional). Neste sentido, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado - É capaz, de forma limitada (por exemplo: parésia), de realizar e gerir atividades instrumentais. Neste sentido, necessita de ajuda considerável.
3	Parcialmente dependente - É capaz de realizar e gerir a maior parte das atividades instrumentais de forma independente. Neste sentido, necessita de ajuda moderada (por exemplo: apoio na deslocação).
4	Dependente em grau reduzido - É capaz de realizar e gerir atividades instrumentais de forma independente. No entanto, necessita de ajuda mínima (por exemplo: instruções).
5	Praticamente independente - É capaz de realizar e gerir atividades instrumentais de forma independente.
N - Atividades Recreativas - Avalia em que medida é capaz de usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis.	
1	Totalmente dependente - Não é capaz de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis (por exemplo: tetraplegia). Como tal, necessita sempre de ajuda total.
2	Dependente em grau elevado - É capaz, de forma limitada, de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis. No entanto, necessita de ajuda considerável (por exemplo: motivação substancial, instrução e aconselhamento devido a humor depressivo).
3	Parcialmente dependente - É capaz de organizar e usar racionalmente o tempo livre nas instalações que frequenta e participar nas atividades recreativas/ocupacionais disponíveis. No entanto, necessita de ajuda moderada (por exemplo: para gerir a situação que limita a participação).

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

Total da escala: _____

ANEXO C – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



(CES & CCI do SESARAM, EPE)

PARECER nº 25/2019

Sobre o Pedido/Estudo:

"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização." 31-7-19

Autuário de
Tufexias o proponent
da decisão
31-7-19

A – RELATÓRIO

- A.1** A Comissão de Ética para a Saúde (CES) e a Comissão Científica para a Investigação (CCI) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento Nº 35 de 2019, pedido submetido pela **Profª Dra Bruna Ornelas de Gouveia**, coordenadora do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, para realização do trabalho de investigação **"Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de caracterização"**. Trata-se de um estudo no âmbito do mestrado em enfermagem de reabilitação, que pretende caracterizar e determinar os cuidados de enfermagem de reabilitação nos vários contextos da prática.
- A.2** O documento em análise é constituído por: ofício enviado ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (E1977746) datado de 08 de Maio de 2019, recebido na CES a 10 de Maio de 2019, que inclui questionário de submissão, projecto do estudo, exemplares dos instrumentos de colheita de dados, documentos de informação ao sujeito e de consentimento informado. Acresce informação da Direcção de Enfermagem datado de 24 de Maio de 2019 e email da proponente datado de 23 de Maio de 2019, que inclui alteração ao resumo do projecto, da folha do questionário com recolha de dados pessoais e folhas de informação e consentimento aos sujeitos. Anexado ainda email da proponente datado de 13 de Julho de 2019, que anexa nova alteração a folha de recolha de dados pessoais.
- A.3** Trata-se de um estudo de aplicação de inquéritos e que pretende descrever a enfermagem de reabilitação na RAM no que respeita a variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes destes cuidados e aos enfermeiros de reabilitação. Pretende ainda analisar as relações entre variáveis associadas aos cuidados de enfermagem de reabilitação, aos clientes desses cuidados e aos enfermeiros de reabilitação, como por exemplo a independência e a cognição dos utentes, a actividade física e a independência, a nível de

comportamento dos enfermeiros e a satisfação. Os questionários serão aplicados pelos enfermeiros mestrandos, sendo alguns de autopreenchimento e outros de preenchimento pelos investigadores, sendo as avaliações de natureza clínica efectuadas durante as avaliações de rotina realizadas pelos enfermeiros de reabilitação na real prática dos cuidados. São questionários dependentes do contexto (hospital, centros de saúde ou rede) e do alvo (profissional e cliente ou cuidador), sendo a população alvo os enfermeiros especialistas em reabilitação a desempenhar funções no SESARAM, e todos os clientes dos cuidados desses enfermeiros. A identificação dos clientes e cuidadores será feita por referência de cada enfermeiro especialista em reabilitação, sendo estes a indicar ao enfermeiro mestrando potenciais participantes no estudo. O participante tem a opção de receber os resultados dos inquéritos, sendo para o efeito solicitado alguns dados pessoais mínimos para contacto.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

- B.1** Serão salvaguardados ao longo do estudo, os princípios éticos relativos ao mesmo, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos participantes.
- B.2** Reconhece-se o interesse prático nos resultados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos participantes.

C – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES CIENTÍFICAS

- C.1** Serão salvaguardados os princípios básicos da investigação clínica, no que respeita a clareza de exposição dos objectivos e hipótese subjacente, interesse e inovação, metodologia e desenho do estudo.
- C.2** Reconhece-se a validade científica e interesse prático do estudo proposto, cuja qualidade e rigor devem ser assegurados no decorrer da investigação.

D – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

A CCI/SESARAM, EPE decidiu emitir **Parecer Favorável** por estarem cumpridos os princípios básicos das Boas Práticas Clínicas na Investigação.

Aprovado em reunião do dia 22 de Julho de 2019 da CES por unanimidade.

O presidente da CES/SESARAM, EPE


(Ricardo Santos)

Aprovado após avaliação pela CCI.

A responsável da CCI/SESARAM, EPE


(Paula Pinto)

ANEXO D – CONSENTIMENTO INFORMADO



Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um Estudo de Caracterização

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

Investigadora Responsável: Prof. Doutora Bruna Gouveia

Contacto telefónico: 291 743 444

E-mail: turma.mer2018@gmail.com; bgouveia@esesjcluny.pt

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado _____, fui informado de que o estudo de investigação *Enfermagem de Reabilitação na RAM: Um estudo de Caracterização* tem por objetivo de descrever as características da Enfermagem de Reabilitação na Região Autónoma da Madeira.

Tomei conhecimento das avaliações a que me submeterei, tendo-me sido explicado em que consistem e quais os seus possíveis efeitos.

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

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

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

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

Assinatura do Participante: _____ Data: _____

Assinatura do Investigador: _____ Data: _____

Participante: Cliente de Enfermagem de Reabilitação