

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

AUTOUIDADO:
CONTRIBUTOS PARA UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA
EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professor Doutor António Luís Carvalho

Co-orientação:

Professora Sandra Cruz

Sílvia Marlene Monteiro Teixeira

Porto | 2012

**Preparar o futuro significa
fundamentar o presente.**

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Difícilmente este trabalho teria sido desta maneira conseguido sem alguns elementos que, pela sua presença ou perseverança marcaram o meu pensar e agir e ajudaram a trilhar o caminho percorrido.

Quero expressar os meus francos agradecimentos a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta dissertação.

Por tudo isso, agradeço:

em particular:

ao Centro Hospitalar do Médio Ave pelo interesse manifestado e autorização dada à realização desta investigação;

a todos os elementos da equipa de enfermagem do serviço de Medicina A dessa instituição, pela sua disponibilidade e colaboração que, apesar de todas as dificuldades, permitiram levar a bom porto a fase de recolha de dados;

em especial:

ao professor Doutor Luís Carvalho, que apesar da atmosfera trabalhosa que o envolve, esteve sempre presente e me orientou com toda a dedicação,

à professora e Mestre Sandra Cruz pela sua completa disponibilidade, apoio e incentivo,

a ambos pela paciência demonstrada e por serem uma fonte de estímulo e de vontade inesgotáveis;

às colegas Bárbara, Ana e Laura pelos momentos de partilha e discussão, pela entreatajuda e mútuos incentivos para continuar;

e aos meus pais, por todo o sacrifício e preocupação, por serem sempre a minha âncora.

A todos o meu Muito Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AE - Auto Elevar
- AI - Avaliação Inicial
- AL - Alimentar-se
- AP - Arranjo Pessoal
- AR - Arranjar-se
- AVD - Atividade(s) de vida diárias
- CHMA - Centro Hospitalar do Médio Ave
- CHP - Cuidar da Higiene Pessoal
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CS - Clinical Supervision
- DD - Dependence Degree
- E - Erguer-se
- ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
- GC - Governação Clínica
- GD - Grau(s) de Dependência
- H - Higiene
- H(P) - Higiene (Pessoal)
- MCR - Mover em Cadeira de Rodas
- MDP - Modelo de Desenvolvimento Profissional
- N/A - Não Aplicável
- NHS - National Health Service
- NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- P - Posicionar-se
- PNS - Plano Nacional de Saúde
- SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SC - Supervisão Clínica
- SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de Enfermagem
- SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem
- SPSS - Statistical Package for Social Sciences

T - Transferir-se

TB - Tomar Banho

UCR - Usar a Cadeira de Rodas

US - Usar o Sanitário/ Uso do Sanitário

V - Virar-se

VD - Vestir-se ou Despir-se

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	18
1. SCE E AUTOCUIDADO: ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	22
1.1. SCE: conceitos e modelos	22
1.2. Autocuidado	36
1.3. Qualidade e segurança dos cuidados de saúde.....	40
1.3.1. SCE - papel na qualidade e segurança dos cuidados	45
2. SCE E AUTOCUIDADO: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	50
2.1. Pertinência do estudo.....	50
2.2. Finalidade e objetivos	52
2.3. Questões orientadoras	53
2.4. Hipóteses de investigação.....	54
2.5. Contexto do estudo.....	55
2.6. Desenho do estudo	57
2.6.1. Tipo de estudo	58
2.6.2. População e amostra.....	59
2.6.3. Variáveis	61
2.6.4. Colheita de dados	61
2.6.5. Tratamento dos dados	64
2.7. Considerações éticas	65
3. SCE E AUTOCUIDADO: RESULTADOS	66
3.1. Caracterização da amostra	66
3.2. Avaliação inicial	69
3.3. Graus de dependência no autocuidado	70
3.3.1. Relação com a idade	74
3.3.2. Relação com o género.....	75
3.3.3. Relação com o diagnóstico de admissão	76
3.3.4. Relação com a dependência no domicílio.....	77
3.3.5. Relação entre os diferentes autocuidados.....	78
3.3.6. Diferença entre a avaliação dos especialistas e os registos.....	81
3.4. Intervenções de enfermagem.....	88

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E REFLEXÃO PARA UM MODELO DE SCE	100
CONCLUSÕES.....	110
BIBLIOGRAFIA.....	112
ANEXOS	120

Anexo I - Caracterização dos recursos para o autocuidado do serviço de medicina A
do CHMA

Anexo II - Instrumento de avaliação do autocuidado

Anexo III - Instrumento de avaliação sobre o autocuidado no momento da alta

Anexo IV - Instrumento de avaliação do autocuidado pela análise dos registos
informáticos

Anexo V - Autorização da Comissão de Ética do CHMA

Anexo VI - Correspondência das intervenções entre instrumentos e registos

LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA 1: Distribuição dos enfermeiros	57
TABELA 2: Operacionalização das variáveis	61
TABELA 3: Correspondência dos GD no autocuidado	62
TABELA 4: AI - identificação do GD no autocuidado	70
TABELA 5: AI - localização da identificação do GD	70
TABELA 6: Correspondência dos autocuidados	71
TABELA 7: O GD nos diferentes autocuidados	71
TABELA 8: GD - médias ponderadas	73
TABELA 9: O GD e a idade (classes etárias)	74
TABELA 10: O GD e a idade (especialistas)	74
TABELA 11: O GD e a idade (registos)	75
TABELA 12: O GD e a dependência no domicílio (cruzamento)	78
TABELA 13: O GD e dependência no domicílio (associação)	78
TABELA 14: Associação entre os GD (especialistas)	79
TABELA 15: Associação entre os GD (registos)	80
TABELA 16: O GD no Tomar Banho/Higiene	81
TABELA 17: O GD no Vestir-se/Despir-se	82
TABELA 18: O GD no Alimentar-se	82
TABELA 19: O GD no Arranjar-se/Arranjo Pessoal	83
TABELA 20: O GD no Cuidar da Higiene Pessoal/Higiene (Pessoal)	83
TABELA 21: O GD no Auto Elevar/Erguer-se	84
TABELA 22: O GD no Usar o Sanitário/Usado do sanitário	84
TABELA 23: O GD no Transferir-se	85
TABELA 24: O GD no Virar-se/Posicionar-se	85
TABELA 25: O GD no Usar a Cadeira de Rodas/Mover-se em Cadeira de Rodas	86
TABELA 26: Associação entre os GD (especialistas/registos)	87
TABELA 27: Diferenças entre os GD	88
TABELA 28: O GD e as intervenções (especialistas)	89
TABELA 29: O GD e as intervenções (registos)	89
TABELA 30: As intervenções e os equipamentos/estratégias adaptativas	90

TABELA 31: Intervenções (especialistas/registos)	91
TABELA 32: Diferenças entre intervenções no Tomar Banho/Higiene	94
TABELA 33: Diferenças entre intervenções no Vestir-se/Despir-se.....	94
TABELA 34: Diferenças entre intervenções no Alimentar-se	95
TABELA 35: Diferenças entre intervenções no Arranjar-se/Arranjo Pessoal	95
TABELA 36: Diferenças entre intervenções no Cuidar da Higiene Pessoal/Higiene (Pessoal).....	96
TABELA 37: Diferenças entre intervenções no Auto Elevar/Erguer-se	96
TABELA 38: Diferenças entre intervenções no Usar o Sanitário/Usado do Sanitário..	97
TABELA 39: Diferenças entre intervenções no Transferir-se	97
TABELA 40: Diferenças entre intervenções no Virar-se/Posicionar-se	98
TABELA 41: Diferenças entre intervenções no Usar a Cadeira de Rodas/Mover-se em Cadeira de Rodas	98

LISTA DE FIGURAS

	Página
FIGURA 1: Modelo de Lynch	34
FIGURA 2: Ciclo de melhoria contínua da qualidade	51
FIGURA 3: Desenho do estudo	58

LISTA DE GRÁFICOS

	Página
GRÁFICO 1: Distribuição da amostra por género	66
GRÁFICO 2: Distribuição da amostra por dependência no domicílio	67
GRÁFICO 3: Distribuição da amostra por diagnóstico de admissão	68
GRÁFICO 4: O autocuidado na AI	69

RESUMO

O interesse pela Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) está em expansão em Portugal. Reportam-se cada vez mais casos da sua aplicação nos campos clínicos. A relação da SCE com a qualidade e segurança dos cuidados é inegável mas a sua avaliação na prática tem sido alvo de pouca atenção por parte dos investigadores. A intervenção da SCE em áreas potenciadoras de ganhos em saúde é emergente. O autocuidado, sensível à intervenção dos enfermeiros, é reconhecido como um indicador e critério de qualidade dos cuidados surgindo como foco de atenção prioritário.

Com a problemática identificada “Autocuidado: Contributos para um modelo de SCE”, a investigação teve como finalidade propor contributos para a construção de um modelo de SCE, com vista à potencialização das competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, com o intuito de promover a segurança e qualidade dos cuidados.

Com este estudo pretendeu-se avaliar o autocuidado; conhecer a relação entre o Grau de Dependência (GD) no autocuidado e a idade, género, diagnóstico médico de admissão e presença de dependência no domicílio; identificar, pela análise documental (do processo de enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE[®]), os cuidados de enfermagem prestados face ao autocuidado e analisar a concordância entre a avaliação que é feita e os cuidados planificados e registados.

Foi desenvolvido um estudo quantitativo de carácter exploratório/descritivo-correlacional de natureza transversal. Os dados foram recolhidos de uma amostra de 110 elementos, doentes adultos internados no serviço de medicina A do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), entre 11 de março e 24 de abril de 2012, com recurso a um instrumento de avaliação do autocuidado, preenchido pelos enfermeiros especialistas em reabilitação que permitiu a caracterização da amostra, a avaliação do GD nos diferentes tipos de autocuidado e a identificação de intervenções de enfermagem dirigidas aos graus avaliados. Utilizou-se igualmente um instrumento de avaliação do autocuidado direcionado aos registos de enfermagem, preenchido pela investigadora durante a análise documental (registos SAPE[®]), com o propósito de analisar a concordância entre a avaliação do

autocuidado nos registos (realizados pelos enfermeiros generalistas) e a do instrumento preenchido pelos enfermeiros especialistas.

A análise dos dados permitiu perceber que nos registos o único autocuidado mencionado na Avaliação Inicial (AI) foi o relativo à higiene e o seu GD foi muitas vezes omitido. Constatou-se a existência de associação estatisticamente significativa (para um nível de significância menor que 0,05) entre o GD e a idade (quanto maior a idade maior o grau) e a presença de dependência no domicílio (os dependentes no domicílio apresentam maior GD no internamento); o GD de um autocuidado influencia o GD dos restantes. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nos GD e intervenções identificadas, entre os registos e a avaliação dos especialistas.

Foram identificadas lacunas no processo de enfermagem. Para serem colmatadas foram enumeradas possíveis estratégias a incluir no modelo de SCE (formação, estudos de caso, protocolos e guias de orientação) no sentido do desenvolvimento do potencial dos profissionais, tendo por foco o autocuidado.

Palavras-chave: SCE, qualidade e segurança, autocuidado, contributos, modelo.

ABSTRACT

Title: SELFCARE - CONTRIBUTOS TO A CLINICAL SUPERVISION MODEL IN NURSING

In Portugal, the interest for Clinical Supervision (CS) in nursing is expanding. More and more cases of implementation in clinical contexts are being known.

Clinical supervision in nursing has an undeniable relation with care's quality and safety but its evaluation in practice has been received less attention by researchers.

The intervention of CS in nursing in areas enhancing health gains is emerging. Sensitive to nurse intervention, self-care is recognized as an indicator and criteria of care's quality appearing as a priority focus of attention.

With the identified problematic "Self-care - Contributs to a CS model in Nursing", research aimed to contribute to the construction of a CS model in nursing to potentiate nurses intervention skills in self-care, to promote safety and quality of care.

This study aimed to evaluate self-care, to know the relationship between the self-care Dependence Degree (DD) and age, gender, admission diagnosis and the presence of home's dependence; identify, by documental analysis (nursing process in informatics nursing application SAPE[®]), nursing care provided in relation to self-care and analyze the conformity between the assessment of care and its plan and record.

A quantitative exploratory/descriptive-correlational transversal study was developed.

Data were collected from a 110 elements sample, adult patients admitted to the medicine service of the Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), between March 11th and April 24th of 2012, using an assessing self-care instrument, filled by rehabilitation specialists nurses that allowed sample's characterization, the assessment of the different types of self-care DD and identification of nursing interventions targeted to degrees assessed. It was also used a self-care assessment instrument to document records, completed by the researcher for the purpose of

analyzing the correlation between records (performed by generalist nurses) and the instrument completed by specialist nurses.

Data's analysis allowed to characterize the sample and showed that in the records the only self-care mentioned in initial assessment was the one related to hygiene and its DD was often omitted. A statistically significant association was found (for a significance level less than 0.05) between DD and age (greater the age greater the degree), and the presence of home dependence (dependents at home have a higher DD in hospital); the DD of a type of self-care influences the other types. There were statistically significant differences in DD and interventions between the records and the assessment made by specialists.

Some gaps were identified in the nursing process. To bridge those gaps were listed possible strategies to be included in the CS model in nursing (formation, case studies, protocols and orientation guides) towards to develop professionals' potential, with focus on self-care.

Keywords: clinical supervision in nursing, quality and safety, self-care, contributions, model

INTRODUÇÃO

A SCE surge intimamente ligada à enfermagem pela potencialização da qualidade dos cuidados. Em Portugal, no contexto do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) descrito pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2010(b) a SCE é percecionada (...) *“como um processo formal de acompanhamento [contínuo] da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”* (p.5).

Conceito cada vez com maior importância nos cuidados de saúde, muito em parte pelo progressivo envelhecimento da população e a prevalência de doenças crónicas, (...) *“o autocuidado é entendido como a perceção, a capacidade e os comportamentos dos indivíduos em realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e gerir as doenças”* (Petronilho, 2012, p. 92). O Autocuidado, por se tratar de um dos focos de atenção major desta profissão, e a sua promoção ser considerada como um dos objetivos dos enfermeiros, foi assim definido como a área sensível aos cuidados de enfermagem em enfoque nesta investigação.

O estudo surge como resposta a um projeto de investigação-ação pensado e construído pela ESEP em parceria com o CHMA intitulado “Supervisão para a Segurança e Qualidade dos Cuidados”. Enquadra-se na primeira fase da investigação em que se pretende fazer um reconhecimento do contexto face a áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem para posteriormente construir e aplicar um modelo de SCE que detenha indicações para aspetos identificados como apresentando necessidades de intervenção, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança das práticas implementadas.

Emerge a problemática “Autocuidado: Contributos para um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem” e surge a questão de investigação “Que pressupostos devem ser tidos em conta num modelo de SCE que promova a segurança e a qualidade dos cuidados direcionados ao autocuidado?”.

Tendo como finalidade propor contributos para a construção de um modelo de SCE, com vista à potencialização das competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, com o intuito de promover a segurança e qualidade dos cuidados, este trabalho visa:

- a) Avaliar o autocuidado dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA;
- b) Relacionar a dependência no autocuidado e atributos sociodemográficos (género e idade) dos doentes;
- c) Relacionar o diagnóstico médico de admissão e a dependência no autocuidado;
- d) Relacionar a presença de dependência no autocuidado no domicílio e a dependência no internamento;
- e) Identificar através do processo de enfermagem os cuidados prestados aos doentes internados face ao autocuidado;
- f) Analisar a concordância entre a avaliação do autocuidado e a planificação dos cuidados;
- g) Propor contributos para um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros para a intervir no autocuidado.

Metodologicamente, o estudo desenvolvido enquadra-se num paradigma de investigação do tipo quantitativo de carácter exploratório/descritivo-correlacional e natureza transversal. A amostra foi delimitada aos doentes adultos internados no serviço de medicina A do CHMA, sendo excluídos os que preenchessem critérios de exclusão previamente definidos, obtendo-se assim um total de 110 elementos. Os dados foram recolhidos com recurso a dois instrumentos, um dirigido à avaliação do autocuidado, preenchido pelo enfermeiros especialistas em reabilitação e outro, a ser preenchido pela investigadora, dirigido à análise documental (processo informático de enfermagem) sobre os aspetos relacionados com o autocuidado.

Este relatório está estruturado em diferentes partes, organização que permite, uma apresentação sistematizada dos conteúdos com um seguimento lógico e encadeado. Primeiramente é exposto o enquadramento teórico orientador do estudo onde se pretende clarificar elementos concetuais relevantes à compreensão da problemática definida, como a SCE, o autocuidado e a relação entre estes temas com a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Numa segunda parte é explicitada a metodologia adotada para a concretização deste estudo; define-se a opção metodológica (participantes, processo de colheita e tratamento de dados, questões de ordem ética).

Segue-se a apresentação dos resultados da investigação (caracterização da amostra, a AI de enfermagem, os GD no autocuidado e as intervenções de enfermagem dirigidas ao autocuidado) com posterior discussão dos mesmos. Nestes capítulos procura-se, através da análise dos dados obtidos, identificar necessidades existentes no serviço de Medicina A do CHMA relativamente às práticas relacionadas com o foco Autocuidado e sugerir estratégias para a sua resolução, de modo a promover cuidados de maior qualidade e mais seguros. Por último, tecem-se algumas conclusões emergentes do estudo desenvolvido.

A investigação permite o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência pela constante atualização dos conhecimentos, conhecimentos esses, passíveis de, quando aplicados na prática quotidiana, contribuir para o desenvolvimento e melhoria das práticas, assentes em bases sólidas de evidência científica.

Os resultados deste estudo serão essenciais para que, através do conhecimento do contexto em que foi feito, e das práticas de enfermagem dirigidas ao autocuidado aí implementadas, se identifiquem lacunas das quais resultem oportunidades de desenvolvimento do exercício profissional relacionado com o autocuidado. Este estudo trará contributos para a estruturação de um modelo de SCE que promova a melhoria das práticas assistenciais. Essa contribuição será concretizada pela sugestão de estratégias que vão de encontro à resolução dos problemas e necessidades identificadas sobre o fenómeno de enfermagem Autocuidado.

A satisfação das necessidades dos doentes guarda relação com a condição/capacidade dos enfermeiros para atuarem sobre o autocuidado. Por isso, com as informações recolhidas, pretende-se atuar nas práticas, através da posterior implementação de um modelo de SCE no contexto estudado que tenha em conta as particularidades demonstradas pela investigação, e ambiciona-se potencializar a reflexão e sensibilização dos profissionais sobre as práticas em uso, contribuindo assim, mais efetivamente, para a mudança das mesmas.

1. SCE E AUTOCUIDADO - ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Para dar início a qualquer investigação é fundamental que antes haja um enquadramento teórico aprofundado sobre as matérias em estudo.

Neste capítulo, após revisão da literatura, reuniu-se o conhecimento considerado pertinente para favorecer a compreensão e clarificação das principais temáticas abrangidas pelo estudo. Nos subcapítulos seguintes estas são desenvolvidas (SCE, Autocuidado e Qualidade e Segurança). Foi feita uma contextualização de cada uma delas, individualmente, explorando as suas definições, papéis, contextos), o que foi útil para conseguir relacioná-las e perceber a sua importância partilhada na procura e alcance do objetivo comum que são cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

1.1 SCE: conceitos e modelos

A temática central do estudo é a SCE. Importa explorar e aprofundar a sua pertinência no âmbito da investigação realizada e, para tal, é essencial desdobrá-la nos seus conceitos, condicionantes e na sua operacionalização.

➤ Definições

A Supervisão Clínica (SC) é cada vez mais reconhecida como uma parte vital de um moderno sistema de cuidados de saúde (Milne, 2007). Neste encaixe a SCE tem merecido um crescente interesse por parte das organizações de saúde (Abreu, 2007).

A sua definição é uma tarefa trabalhosa. Entre a diversa literatura o conceito é descrito como vago e complexo pelo que é difícil encontrar um que seja satisfatório (Garrido, 2004a). Esta dificuldade está presente pois o surgimento da supervisão deu-se entre muitas profissões (Cruz, 2008) logo, encontrar um conceito que defina claramente o que é supervisão com todas as implicações que abarcam os contextos para os quais é utilizada tornou-se um processo igualmente complexo. Há assim uma diversidade de conceitos e não apenas uma única definição de SC (NHS, 2004).

Apesar de, nos últimos anos, a investigação ter impulsionado o conhecimento de enfermagem em SC, pelas razões supramencionadas continua a persistir uma considerável confusão entre os profissionais sobre a sua natureza, não existindo uma definição universalmente aceite (Garrido, Simões & Pires, 2008).

De acordo com o DoH (1993 cit. por NHS, 2011, p.5), a SC é descrita como

“a formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in complex clinical situations.”

Este processo é ao mesmo tempo uma estrutura que suporta a prática uma vez que permite a supervisados e supervisores momentos de reunião para reflexão sobre os cuidados com o objetivo de solucionar problemas, melhorar e expandir a compreensão da experiência adquirida no quotidiano profissional (NHS, 2004; UKCC, 2003). Através de uma prática reflexiva por parte do supervisado e ajuda, orientação e monitorização sistemática efetivadas pelo supervisor, a SCE é facilitadora do crescimento profissional e pessoal (NHS, 2004), tendo em vista o fomento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem pela manutenção e promoção de *standards*. Ao estar focada no desenvolvimento dos aspetos referidos, a SCE permite que se alcance uma prática de excelência, que terá projeção na saúde do cliente, nomeadamente na sua proteção (Fernandes, 2011; OE, 2010b; NHS, 2009; Maia & Abreu, 2003 cit. por Abreu, 2007; Cutcliffe & Proctor, 1998).

Igualmente para Garrido, Simões e Pires (2008) e Garrido (2005), a SC no contexto da enfermagem, ou seja, a SCE, é um processo de colaboração formal estruturado que, para além de ajudar os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, permite o desenvolvimento de conhecimentos e valores de humanidade, uma maior compreensão do que é ser enfermeiro, do seu papel e responsabilidades intrínsecas à profissão e também uma expansão do saber a partir da experiência e da realidade da prática clínica (Garrido, 2005), ao longo do percurso profissional.

Garrido, Simões e Pires (2008) afirmam que o processo da SCE se baseia no relacionamento profissional entre um enfermeiro, que executa práticas clínicas, e um supervisor clínico de enfermagem, que transmite a sua experiência, conhecimentos e valores. Assim, permite-se que os profissionais estabeleçam, mantenham e melhorem padrões de qualidade das práticas e desenvolvam a prática pela promoção da inovação nesta.

No âmbito da formação graduada e pós graduada e no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, o conceito de SCE refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado (Abreu, 2002). Em 2007, o referido autor menciona que a SCE designa *“um processo de acompanhamento de profissionais de enfermagem pelos seus pares”* (p.18).

Compreende-se a SC como um

(...) “processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional” (Maia & Abreu, 2003 cit. por Abreu, 2007, p.177).

Severinsson (2001) refere que a SCE tem sido descrita não só como uma relação entre supervisor e supervisionado mas também como um processo de aprendizagem da experiência clínica que tem como objetivo major apoiar o desenvolvimento da identidade laboral do supervisionado, as suas competências e a sua ética.

“A supervisão [é um] processo dinâmico, interativo, mediador, facilitador e potenciador da aprendizagem experiencial, baseado numa relação de confiança e ajuda entre todos os intervenientes, onde cada um desempenha funções e estabelece estratégias que permitam atingir uma finalidade comum” (...) (Fonseca, 2006, p.11).

Independentemente das conceções recolhidas das inúmeras descrições do conceito de SC são perceptíveis aspetos comuns a todas. Delas destaca-se que a SCE é um processo relacional que visa o suporte e acompanhamento do supervisionado, enquanto profissional de enfermagem, por um supervisor, com foco no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades reflexivas do primeiro sobre a prática dos cuidados de enfermagem, com o propósito de assegurar a melhoria da qualidade e a excelência.

Para Garrido, Simões e Pires (2008, p.100) (...) *“a supervisão é uma área emergente de intervenção para os enfermeiros, com um potencial enorme e um campo de trabalho a explorar e desenvolver”*.

A SC, num contexto de enfermagem, tem um especial relevo pelo caráter de individualidade e, muitas vezes, imprevisibilidade abarcado pela profissão pelo que, o enfermeiro, com o apoio de (...) *“estratégias e processos de orientação, ajuda e acompanhamento das práticas clínicas”* (...) (Fonseca, 2006, p.11) conseguirá criar maior confiança na prestação dos cuidados, refletindo-se posteriormente na qualidade dos mesmos.

Em Portugal, a SCE começa a emergir *“associada à formação profissional, ao acompanhamento das práticas, aos programas de melhoria da qualidade organizacional e às preocupações com a qualidade de vida e condições de exercício e saúde dos profissionais”* (Garrido, 2005, p.27).

Depreende-se que se atribui uma inegável importância à SCE (Abreu, 2002), ao ser considerada uma ferramenta fundamental para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem (Hancox *et al.*, 2004), tanto pela perspetiva de quem recebe os cuidados (cliente), como pela perspetiva de quem os presta, os enfermeiros. É importante porque direciona a atenção para o desenvolvimento de competências, conhecimentos e valores profissionais, através de uma crescente autonomia e responsabilização pelos cuidados de saúde prestados, permitindo a reflexão da prática e a salvaguarda dos valores e interesses do supervisionado, mas também da organização na qual o processo supervisiivo ocorre (OE, 2010b; NCPDNM, 2008; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006; RCN, 2003).

“Assume-se que os enfermeiros têm um papel fundamental no seio das equipas de saúde, não só pelo foco do seu exercício profissional mas também pela natureza das funções que desempenham dado serem os profissionais que mais tempo passam com os clientes logo, os que maior oportunidade têm de participar nos projetos de saúde de cada um. Neste sentido, e porque a relevância das decisões que os enfermeiros tomam face aos seus clientes é de tal forma colossal, que negligenciar ou ocultar os efeitos positivos da supervisão clínica, já descritos por via da investigação, é um erro grave que não se pode cometer” (Cruz, 2008, p.116).

De entre os benefícios descritos na literatura, a SC permite o aumento da satisfação laboral e da sensação de bem-estar, previne o *burnout* (Bégat & Severinsson, 2006; Edwards *et al.*, 2006; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006), melhora a comunicação entre os profissionais (Todd & O’Connor, 2005), reduz o absentismo (NCPDNM, 2008) e facilita o recrutamento e a retenção de enfermeiros altamente qualificados (Lynch & Happell, 2008a; NCPDNM, 2008).

Através de um estudo não-experimental verificou-se também que a supervisão contribui para eficácia e eficiência dos enfermeiros (Garrido, 2005).

Todos os contributos dados pela SCE traduzem-se em melhores cuidados uma vez que as intervenções são pensadas e realizadas com mais segurança e direcionam-se para as necessidades identificadas dos clientes; tal leva assim a uma maior satisfação dos clientes mas também das restantes partes integrantes (enfermeiros e instituições de saúde) por verem o seu trabalho espelhado em resultados de saúde positivos.

❖ Questões organizacionais

No Reino Unido as organizações de saúde têm a responsabilidade de assegurar que os seus profissionais têm acesso a supervisão adequada e apoio no exercício das suas responsabilidades (Butterworth & Woods, 1999). Mas o contexto organizacional condiciona em grande medida o processo de implementação da SC. Assim, para que os efeitos positivos supramencionados sejam visionados e experienciados no campo, é necessário que as instituições definam claramente uma política de SC e sejam desenvolvidas estratégias institucionais por forma a permitir um acompanhamento mais próximo do processo de desenvolvimento profissional e pessoal, nos contextos da prática (Abreu, 2002).

Todos os profissionais devem ter acesso à SC, e cada supervisor deve supervisionar um número realista de profissionais (NHS, 2004; UKCC, 2003). É igualmente exigida uma correta preparação dos supervisores clínicos, disponibilidade de tempo, o estabelecimento de relações de confiança entre supervisados e supervisores e uma avaliação regular da orientação e do produto da supervisão (Butterworth & Woods, 1999).

Num processo supervisivo prevalece a necessidade deste ser avaliado, através de um sistema de avaliação desenvolvido localmente, em cada contexto (NHS, 2004; UKCC, 2003), pois só assim é permitido aos atores e organizações perceber como a SC influencia os cuidados, os *standards* e o próprio serviço.

Por tudo exposto, é possível depreender que a SC se centra em matérias de vital e central importância para uma prestação de cuidados responsável e segura (Butterworth & Woods, 1999). Com a sua implementação pretende-se (...) *“assegurar que as necessidades dos clientes estão a ser satisfeitas e realçar a eficácia das intervenções terapêuticas”* (...) (Garrido, Simões & Pires, 2008, p.9).

A SC deve ser vista num enquadramento mais amplo de atividades edificadas para gerir e monitorizar uma prestação de serviços clínicos de alta qualidade e não como atividade individual realizada isoladamente (Butterworth & Woods, 1999). Assim, enquadra-se bem no referencial de Governação Clínica (GC) por ser uma ferramenta que sustenta elementos da mesma como seja a melhoria da qualidade (RCN, 2003). De facto, nos últimos anos, tem vindo mesmo a destacar-se como um componente central na GC (Clough, 2003).

A GC pode ser definida como um referencial através do qual as organizações são responsáveis por assegurar a melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados e salvaguardar elevados padrões, criando um ambiente favorável à excelência (NHS, 2001). Segundo o National Health Service (NHS, 2001), a GC é vista como um conjunto sistemático de mecanismos que dão suporte aos profissionais e que incentivam as organizações a desenvolver novas abordagens para alcançar a qualidade e, segundo Campos & Carneiro (2010 cit. por MS, 2011b), assenta em:

- i) cuidados personalizados, antecipando as necessidades do cliente;
- ii) partilha de informação e conhecimento, com incentivo à investigação;
- iii) decisões com base em evidência;
- iv) segurança;
- v) redução do desperdício.

Para que a GC tenha sucesso, os profissionais precisam de apoio na manutenção, monitorização e desenvolvimento da sua prática enquanto indivíduos, enquanto membros de uma equipa mas também como parte integrante de um contexto mais global, a organização de saúde. A SC permite à GC alcançar o seu propósito dando a oportunidade aos profissionais de partilhar e discutir assuntos ligados à prática para a garantia de mais qualidade. Apesar de serem dois conceitos distintos, ambas são essenciais por se enquadrarem nos princípios da melhoria contínua da qualidade (McSherry, Kell & Pearce, 2002).

➤ Modelos

Reflexo das muitas profissões, contextos de trabalho, necessidades e expectativas dos profissionais em que a supervisão está integrada, diferentes modelos de SC se criaram (MHB, 2006).

Ao considerar-se que a SC se pode operacionalizar pela elaboração de planos individualizados para cada supervisionado, os modelos são a forma sistemática de aplicação desses planos e constituem o quadro concetual que orienta o processo supervivo (Garrido, Simões & Pires, 2008) onde se destacam as etapas significativas, funções da supervisão, os papéis de supervisor e supervisionado e onde se sugerem focos de atenção (Sloan & Watson, 2002).

“Um modelo pode ser entendido como uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a ação (Abreu, 2007, p.190) e permitem (...) estruturar e descrever para onde vamos, como vamos e o que podemos utilizar” (...) (Garrido, Simões & Pires, 2008, p.16).

A enfermagem caracteriza-se pela sua complexidade e por estar ligada a uma multiplicidade de clientes, todos eles com diferentes necessidades, e também pela existência de diversas necessidades dos próprios profissionais. Embora o leque de modelos seja diversificado, não há um que, por si só, consiga direcionar a sua ação para dar resposta a todas as exigências. Apesar disso, para Garrido (2004a) um aspeto essencial é que o modelo a ser usado seja acordado entre os diversos atores do processo de supervisão para assim melhor dar resposta às suas necessidades, tendo sempre em consideração que nenhum modelo é melhor que outro. A escolha também será determinada pelo contexto profissional e de supervisão onde será implementado pois o propósito dos modelos é fornecer

referências objetivas para a tomada de decisão nos contextos (Garrido, Simões & Pires, 2008).

Como o objeto da SCE (...) “*são as práticas e todo o contexto onde estas decorrem, seja qual for a ênfase colocada no modelo*” (Abreu, 2007, p.190) de SC, a aplicação de um modelo possibilita a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006; Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001), baseados em evidência científica, o que constitui uma ferramenta para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e até mesmo enquanto ciência.

Reforçando o supracitado, de acordo com Cruz (2008), Fowler, Fenton e Riley (2007), Winstanley e White (2003), Abreu (2002), Sloan e Watson (2002), Sloan (1999) e Farrington (1995) estão descritos vários modelos de SC, pelo que neste seguimento são salientados alguns dos mais frequentemente citados na literatura de enfermagem (Cruz, 2008).

Garrido (2004a) e Hyrkäs (2002) referem que os vários modelos se enquadram em pelo menos quatro perspetivas teóricas do conceito de SC, nomeadamente as que enfatizam:

✚ O desenvolvimento

Os modelos aqui enquadrados enfatizam a função educacional da supervisão e a aquisição de competências (Garrido, 2004a).

Growth and Support Model (Faugier, 1992)

Modelo de desenvolvimento e suporte que, para Hyrkäs (2002) é um dos mais referenciados na literatura de enfermagem; foca-se no crescimento e desenvolvimento do supervisionado, a nível educacional e pessoal.

O supervisor atua como facilitador do crescimento pessoal e educacional do supervisionado, providenciando suporte no desenvolvimento da sua autonomia (Winstanley & White, 2003; Hyrkäs, 2002; Sloan & Watson, 2002; Severinsson, 2001).

Modelo de Friedman e Marr (1995)

Enfatiza o desenvolvimento mas o seu foco direciona-se para a competência; o seu objetivo é a definição de padrões para a competência clínica pela integração de sistemas educacionais e profissionais (Garrido, Simões & Pires, 2008).

Ao seguir um modelo de desenvolvimento como matriz orientadora para a supervisão, esta vai diminuindo à medida que os profissionais se tornam mais competentes e autónomos na prática clínica (Garrido, Simões & Pires, 2008).

✚ As funções da SC

Modelo de Proctor (1986)

Provavelmente o modelo mais citado na literatura de enfermagem (Cruz, 2008; Winstanley & White, 2003; Sloan & Watson, 2002), foi já aplicado em variados contextos da prática clínica. É um modelo interativo de três funções (Sloan & Watson, 2002), usadas simultaneamente ou de forma isolada:

- **Formativa ou educacional:** tem como foco da sua atenção o desenvolvimento de competências (Garrido, 2004a, b), habilidades e compreensão (Hyrkäs, 2002; Sloan & Watson, 2002) com base na reflexão da prática (Faugier & Butterworth, 1994); a sua aposta está no desenvolvimento de uma prática de enfermagem baseada em evidência (Winstanley & White, 2003);

- **Restauradora ou de suporte:** atende às necessidades emocionais do enfermeiro (Garrido, 2004a, b) ao proporcionar apoio nas ações e respostas do supervisionado com o propósito de diminuir o stresse emocional (Sloan & Watson, 2002) inerente à prática de enfermagem (Winstanley & White, 2003), gerir e manter emoções adequadas às situações e ultrapassar situações significativas (Hyrkäs, 2002; Sloan & Watson, 2002).

– Normativa, diretiva ou administrativa: é um elemento de controlo de qualidade crucial em todos os contextos de trabalho (Faugier & Butterworth, 1994) essencial para o desenvolvimento de *standards* (Cutcliffe & Proctor, 1998), pelo que pode contribuir na auditoria clínica e nos processos de acreditação de qualidade dos serviços e instituições de saúde (Winstanley & White, 2007). A contribuição mencionada é feita pela promoção e cumprimento de protocolos e procedimentos (Winstanley & White, 2003). Esta função realça a importância da supervisão para o assegurar da competência e responsabilidade profissional, garantindo padrões de qualidade (Hyrkäs, 2002; Sloan & Watson, 2002).

Modelo de Nicklin (1997)

Nicklin desenvolveu um modelo de implementação da SCE com um enquadramento concetual consistente centrado não só nas dimensões emocionais da prática mas na prática na sua globalidade (Sloan & Watson, 2002; Abreu, 2002). Partiu do modelo tri-funcional de Proctor, substituindo alguns dos termos empregues (Abreu, 2007). Apresenta três dimensões “*managerial*”, “*educational*” e “*supportive*” estruturadas num ciclo de seis etapas (Abreu, 2002, 2007) (objetivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação), no sentido de facilitar o processo supervísivo.

Modelo de Paunonen (1999)

Citado por Hyrkäs (2002), este modelo centra-se na garantia da segurança e qualidade dos serviços de saúde e no envolvimento pessoal como catalisador da motivação e compromisso no desenvolvimento das práticas.

✚ As relações supervísivas

Six-category intervention analysis (Heron, 1989)

O modelo de Heron (1989), citado por vários autores (Cruz, 2008; Sloan & Watson, 2001, 2002; Sloan, 1999; Farrington, 1995), assenta na relação interpessoal entre um “*practitioner*” (supervisor) e um “*client*” (supervísado), na qual o primeiro tem a oportunidade de adotar um estilo de

intervenção, de entre seis possíveis, que poderão agrupar-se em dois estilos principais (Sloan & Watson, 2001, 2002; Sloan 1999):

- Autoritário: permite que o supervisor mantenha controlo sobre a relação supervisiva; inclui os estilos de intervenção prescritivo (o supervisor procura influenciar e direcionar o comportamento do supervisionado dando conselhos e sugestões), informativo (através do fornecimento de informações ou instruções, o supervisor procura difundir novos conhecimentos e significados relevantes para as necessidades e interesses do supervisionado) e confrontador (o supervisor expõe assuntos difíceis ao supervisionado mas de uma forma afável);
- Facilitador: permite que o *locus* de controlo da relação se mantenha no supervisionado; inclui os estilos de intervenção catártico (favorece a libertação de tensão e emoções fortes), catalítico (encoraja o auto conhecimento) e de suporte (valoriza ações, atitudes e qualidades).

The nursing supervision model (Severinsson, 2001)

É um dos mais recentes modelos de supervisão em enfermagem; centra-se na relação supervisiva como forma de apoio ao desenvolvimento do supervisionado (...) *“na sua identidade profissional, competência, skills e ética”* (Cruz, 2008, p.115). Assente em três premissas base (Cruz, 2008) *“confirmation”, “meaning” e “self-awareness”* (confirmação, significado e consciencialização) dá ênfase (...) *“à responsabilidade e à competência do supervisor para estabelecer os conceitos chave no processo de supervisão clínica”* (Cruz, 2008, p.115).

Para Abreu (2007), o diálogo reflexivo no qual este modelo se desenvolve é importante uma vez que possibilita

“i) confirmar saberes, oferecer apoio e dar pistas para o seu desenvolvimento; ii) conferir significados: ajudar o formando a desenvolver aprendizagens significativas, relacionando saberes atuais com situações anteriormente aprendidas; iii) favorecer a consciencialização: ter uma ideia mais informada e consciente de si, dos outros e do contexto, bem como a posição face a todos estes” (p. 168).

✚ Os cuidados ao cliente

Há diferentes estilos de SC que não podem ser explicados por estádios desenvolvimentais, tarefas a realizar ou estilos de intervenção. Estão antes relacionados com as constantes escolhas e decisões do supervisor sobre a tríade relacional entre supervisor, supervisionado e cliente (Hyrkäs, 2002).

The two matrix model of supervision (Hawkins & Shohet, 1996)

É um modelo flexível (Cruz, 2008), composto por dois sistemas/matrizes interligadas (Hyrkäs, 2002): sistema terapêutico (supervisionado - cliente) e sistema de supervisão (supervisionado - supervisor).

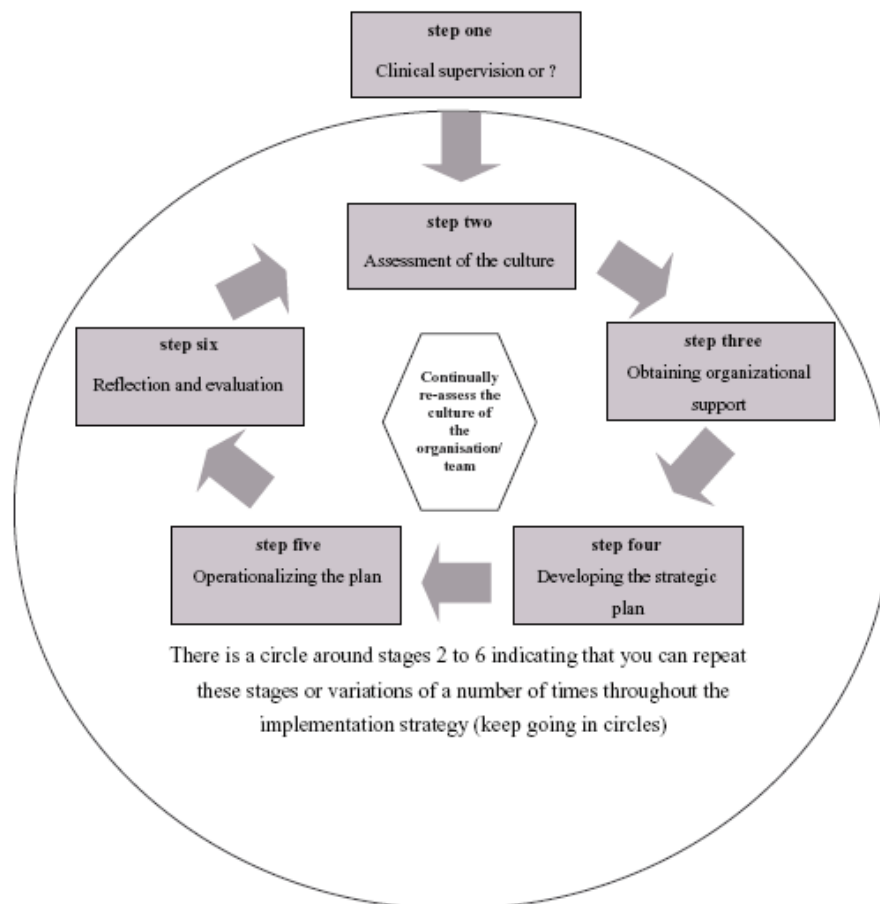
Além das perspetivas teóricas referidas por Garrido (2004a) e Hyrkäs (2002), outros modelos são considerados relevantes.

Como modelo e esquema de implementação eficaz da SC, emerge o modelo 4s (Waskett, 2009). Nele consideram-se quatro etapas: estrutura (*structure*), competências (*skills*), suporte (*support*) e sustentabilidade (*sustainability*). A autora descreve cada etapa enunciando que, na etapa “estrutura” se salienta a importância do envolvimento administrativo numa fase inicial do processo supervisory, de modo a permitir o compromisso para com o mesmo; aqui é também determinada como necessária a definição do conceito de SC a empregar, a decisão da obrigatoriedade ou não da participação dos supervisionados, o tipo de supervisão a utilizar (individual, em grupo ou ambos), o tempo das sessões e o intervalo entre elas, recursos necessários, estratégias de avaliação da eficácia da supervisão, protocolos, procedimentos, contratos e o número de supervisores. Na etapa seguinte, “competências”, são desenvolvidas as competências dos supervisores. Na etapa “suporte” é realçada a importância de supervisionar os próprios supervisores, bem como a possibilidade de partilha de experiências de supervisão entre estes atores. Por último, a etapa “sustentabilidade” tem em conta que a sustentabilidade do processo supervisory deve ser planeada desde o início; tal é conseguido pela contínua formação de supervisores e pela avaliação do processo (Waskett, 2009). A totalidade das fases analisadas é abarcada pela fase de preparação da implementação de um modelo de SC.

A fase de preparação ou pré-implementação constitui, como afirmam Lynch e Happell (2008b), o foco de atenção de grande parte da literatura, de tal forma que praticamente as mesmas etapas do modelo anterior são salientadas na fase preparatória (2008a) do modelo de Lynch, dando especial relevância à necessidade de consciencializar os enfermeiros para o desenvolvimento de uma cultura supervisiva.

Lynch e Happell sugeriram um esquema de implementação da SC no contexto da prática (modelo de Lynch), que se encontra representado na Figura 1. Seguindo a sua estruturação, cada uma das etapas é mais detalhada seguidamente.

Figura 1 – Modelo de Lynch



Fonte: Lynch e Happell (2008c)

Em cada etapa há discussões importantes a fazer, decisões a tomar e ações a implementar para que se possa avançar para a etapa seguinte, as quais são mencionadas uma a uma, de acordo com o descrito por Lynch e Happell (2008c):

✓ Etapa 1 - *Clinical supervision or?*

O primeiro passo é questionar porquê a SC. Devem considerar-se fatores como o que a organização pretende para os profissionais, a razão da SC estar em consideração para o pretendido; é igualmente importante perceber se a organização tem um perfeito entendimento do que é a SC ou se há confusão com outros termos.

✓ Etapa 2 - *Assessment of the culture*

É necessário conhecer a cultura da organização pois fornece informações que permitem determinar o grau de preparação da mesma para que o plano estratégico de implementação da SC se concretize; também direciona para os próximos passos a tomar.

✓ Etapa 3 - *Obtaining organizational support*

As informações recolhidas nas duas primeiras etapas ajudam na identificação do suporte que é necessário dar à organização. Confirmam-se as necessidades existentes e garante-se que todos os recursos serão disponibilizados antes de avançar para a etapa seguinte.

✓ Etapa 4 - *Developing the strategic plan*

É desenvolvido o plano estratégico que deve incluir o propósito e objetivos da implementação da SC, um *background* que esclareça a importância da introdução da SC na prática, a definição de SC, o plano de ação, estratégias de educação e treino, de comunicação/marketing, protocolos e políticas, avaliação.

✓ Etapa 5 - *Operationalizing the plan*

Para que o plano de ação desenhado seja operacionalizado deve formalizar-se e criar-se um grupo de trabalho de SC. Nesta fase, a atenção incide mais ativamente sobre a educação e treino e sobre a comunicação/marketing (para “vender” a SC aos enfermeiros).

✓ Etapa 6 - *Refletion and evaluation*

A sexta etapa engloba a reflexão e avaliação das estratégias utilizadas. O processo avaliativo deve existir para monitorizar o sucesso face aos propósitos e objetivos traçados. Caso estes não tenham sido alcançados o grupo de SC deve rever o modelo e seguidamente repetir as etapas três, quatro e cinco.

1.2 Autocuidado

Conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no meio habitual, deve ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas (DGS, 2004). Quando, atualmente, se enfrenta um massivo aumento dos níveis de incapacidade resultantes da doença crónica (MS, 2011d; OE, 2010f) maior deve ser a preocupação em garantir que tal responsabilidade é aceite e cumprida.

➤ Definição

A literatura revela a existência de múltiplas definições de autocuidado (cuidado realizado pelo próprio indivíduo). Contudo, não existe consenso acerca da definição e esfera de ação do mesmo (Wrixon, 2009a; Hoy, Wagner & Hall, 2007), o que pode ser explicado pelos diferentes significados que o autocuidado assume para diferentes pessoas (Wrixon, 2009b).

O autocuidado é, segundo Orem e colaboradores (2001 cit. por Zeleznik, Zeleznik & Stricevic, 2010), uma função humana reguladora que deve ser desempenhada pelos próprios indivíduos, ou que alguém executa por eles, para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (Richards, 2009). É visto como uma ação deliberada para manter níveis de saúde e bem-estar ótimos (Orem, 2001 cit. por Raffi, Shahpoorian & Azarbaad, 2008), o que significa que engloba atividades orientadas no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença (Richard & Shea, 2011; Backman & Hentinen, 2001; Backman & Hentinen 1999).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), o autocuidado é definido como uma “*Atividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária*” (ICN, 2011, p. 41).

Envolve ações como tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto elevar, usar o sanitário, transferir-se, virar-se e usar a cadeira de rodas (ICN, 2005).

Quando o indivíduo é incapaz de realizar as atividades mencionadas, ou seja, incapaz de se cuidar (Orem, 2001, cit. por Rafii, Shahpoorian & Azarbaad, 2008), ou quando se autocuida com alguma dificuldade, desenvolve-se um défice no autocuidado. Nesta perspetiva, o conceito de autocuidado é entendido como um fenómeno de saúde e foco da prática de enfermagem.

➤ Estilos de autocuidado

Apesar de o autocuidado ser um comportamento natural na medida em que varia de acordo com as características individuais de cada um, nem todos os indivíduos desenvolvem atividades para cuidar deles mesmos (Backman & Hentinen, 1999), refletindo assim a existência de diferentes atitudes face ao autocuidado.

O autocuidado pode ser inserido em três categorias, de acordo com a patologia que altera a capacidade do indivíduo de realizar autonomamente as atividades de vida diárias (AVD's). Pode encontrar-se então o autocuidado relativo a problemas de saúde de curto prazo, a condições de longo prazo e também à necessidade de melhorar o estilo de vida para promover e maximizar a saúde (Richards, 2009). Desta forma verifica-se que o autocuidado não se limita apenas às questões funcionais, mas aborda também as questões que envolvem o domínio dos comportamentos de procura de saúde.

Num estudo realizado por Backman e Hentinen (1999), e perante as características individuais dos participantes, foram identificados diferentes estilos de autocuidado, nomeadamente o autocuidado responsável, autocuidado formalmente guiado, autocuidado independente e o abandono do autocuidado (ou autocuidado abandonado). Em concordância com esta divisão verifica-se que nem todos os estilos de autocuidado apresentam uma participação ativa do indivíduo apesar de que, ao referir o termo autocuidado, esteja presente e enfatizada a responsabilidade de cada um no que respeita à aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades para melhorar e manter a saúde.

➤ Fatores que interferem no autocuidado

O autocuidado inclui um leque de atividades empreendidas pelos indivíduos em relação à sua saúde (Wrixon, 2009b), sendo um elemento intrínseco à vida diária.

A abordagem ao autocuidado tem como envolvente um conjunto de determinantes que contribuem para a resposta individual ao mesmo. O desempenho dos indivíduos é uma questão pessoal e muitos são os fatores que o afetam, os quais comportam um elevado grau de complexidade (fatores físicos, cognitivos, psicológicos, sociodemográficos, socioculturais, ambientais, político-económicos, entre outros) (Petronilho, 2012; Silva, 2007).

Estudos realizados dizem-nos que a aptidão para o autocuidado está relacionada com fatores intrínsecos à pessoa (idade, género, estado civil, orientação sociocultural, experiências pessoais de doença, capacidade funcional e cognitiva, a satisfação com a vida, a autoestima e a perceção de autoeficácia) e a fatores extrínsecos (recursos familiares/condições de vida, recursos da comunidade disponíveis/suporte social, o ambiente, a pessoa significativa e a eficácia das terapêuticas de enfermagem) (Petronilho, 2012; Duque, 2009; Backman & Hentinen, 2001; Backman & Hentinen, 1999).

Outros fatores intervenientes emergem quando se alude a um processo de promoção da autonomia e educação para o autocuidado: a pessoa doente/família/cuidador informal, o enfermeiro e o ambiente (Petronilho, 2012; Silva, 2007). No que respeita à pessoa doente consideram-se os fatores intrínsecos já mencionados acrescentando-lhes a situação de saúde/doença (diagnóstico médico, duração da doença, métodos de tratamento) e a personalidade como intervenientes no fenómeno em estudo (Duque, 2009; Silva, 2007; Backman & Hentinen, 2001). Relativamente ao enfermeiro, a segurança que manifesta, a capacidade de comunicação, os conhecimentos de que dispõe e a relação de confiança que estabelece com a pessoa doente funcionam como elementos importantes para o sucesso das suas intervenções (Silva, 2007).

São muitos os fatores que interferem no autocuidado. Uma abordagem profissional de todos eles pode beneficiar a sua promoção, de forma mais efetiva, e a progressão do processo de adaptação fomentando a restituição do equilíbrio e, como tal, a integração de novas competências no quotidiano.

➤ Intervenção de enfermagem

Todo o adulto é capaz de se autocuidar. Tal capacidade, pelo envelhecimento natural ou por motivos de doença, poderá diminuir (Orem, 1995, cit. por Silva, 2007) o que se traduz num estado de dependência, em que a pessoa não consegue, por si só, realizar as AVD's. A pessoa fica assim dependente de estratégias, equipamentos adaptativos ou mesmo de outrem, tendo aqui o enfermeiro um papel ativo na promoção da reconstrução da máxima autonomia, através do ensino, instrução e treino com estratégias e equipamentos adaptativos (Rodrigues, 2008).

De acordo com a OE (2002), os cuidados de enfermagem são declaradamente centrados na promoção da saúde, prevenção da doença, no autocuidado, na promoção dos processos de readaptação funcional à doença. Os enfermeiros são competentes nestes domínios, efetuando pela pessoa aquilo que ela não é capaz de fazer, ajudando a compensar o desequilíbrio existente e proporcionando apoio/educação no desenvolvimento e/ou manutenção das capacidades para uma vivência, o mais independente possível (Silva, 2007; OE, 2002).

Como sustenta Wrixon (2009a), os enfermeiros são naturais defensores do autocuidado pelo seu lugar na equipa de cuidados, pela proximidade e acompanhamento constantes que exercem. De facto, e segundo o mesmo autor, estudos referem que o autocuidado e as atividades que o concretizam resultam dos conselhos e suporte dados pelos enfermeiros.

“A enfermagem é exigida quando os indivíduos necessitam de incorporar medidas de autocuidado recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento e habilidades especializados, adquiridos através de treino e experiência” (Orem, 1995, cit. por Silva, 2007, p.61) e o seu propósito, face à situação de doença, prende-se com a promoção da adaptação das pessoas à nova condição, orientando as suas intervenções no sentido de otimizar as capacidades e autonomias pessoais de modo a serem mantidos os melhores níveis de independência, culminando, em última instância, com a preservação da sua máxima capacidade funcional e qualidade de vida (Ellis & Hartley, 1998 cit. por Abreu, 2007). O objetivo do enfermeiro será maximizar o bem-estar e promover o autocuidado (OE, 2002).

No autocuidado detém-se um foco de atenção por ser interpretado como um requisito universal para sustentar a vida e manter a saúde, constituindo uma determinante para a qualidade de vida e longevidade dos indivíduos (Pender, 1987 cit. por Silva, 2007).

O autocuidado é um resultado de saúde sensível à intervenção de enfermagem, com repercussões positivas na saúde e bem-estar das populações (Petronilho, 2012).

1.3 Qualidade e segurança dos cuidados de saúde

No mundo atual, qualquer serviço prestado deve ter como prerrogativas a qualidade e segurança; apenas dessa forma serão considerados pelos clientes que os contrataram como bons serviços. A área da saúde não é exceção; aliás, por ser algo com uma implicação tão grande e direta na vida das pessoas deve ser discutida.

“O aumento das expectativas e do grau de exigência dos cidadãos é hoje uma determinante fulcral da organização e prestação dos cuidados de saúde” (Morgado, 2011, p.13). Neste encaixe, a (...) *“perspetiva de um serviço de qualidade, especificamente nos serviços de saúde é uma preocupação emergente (...), procurando satisfazer as necessidades dos cidadãos com a adoção de medidas de eficiência”* (Tomás & Gonçalves, 2010, p. 68), algo que vai de encontro ao descrito no Decreto-Lei nº 166-A/99, de 13 de Maio, no qual se considera a qualidade como um imperativo para as organizações, face aos direitos dos utilizadores.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, garantir a segurança dos doentes e dos profissionais e melhorar a qualidade dos serviços de saúde são objetivos prioritários de qualquer sistema de saúde (WHO, 2004), daí que, no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 a qualidade tenha sido identificada como um dos eixos estratégicos para mobilização da atuação (MS, 2011a).

Apesar da eminência e preocupação referidas, de acordo com Despacho n.º 14223/2009 sobre a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e também segundo Garrido, Simões e Pires (2008) o sistema de saúde de Portugal tem uma escassa cultura de qualidade.

Para uma melhor compreensão do que aqui é exposto, é fundamental conhecer o conceito de qualidade que, pela sua difícil definição, é diversificado.

A qualidade (...) “*é uma noção vaga, difícil de definir e que varia no tempo e no espaço e, também, segundo as pessoas e os pontos de vista*” [...] (Giraud, 1994 cit. por Hesbeen, 2001, p.47), sendo portanto um conceito subjetivo. A qualidade é um conceito complexo e dinâmico em permanente evolução (Hesbeen, 2001) e desenvolvimento, “*como resposta a alterações contínuas nas forças políticas, sociais e económicas atuais*” (Fabião et al., 2005, p.238), algo que acontece pelo facto de se enquadrar nestes diversos contextos (político, cultural, social, organizacional e económico) (Hesbeen, 2001). Daí também serem múltiplos “*os fatores que influenciam [/condicionam] a qualidade dos cuidados de saúde*” (Almeida, 2001, p.39), “*nomeadamente técnicos, financeiros, económicos (...) e éticos*” (Ribeiro et al., 2008, p.11), a evolução social, política, ambiental, científica e tecnológica; as características do sistema de saúde; as determinantes da procura de cuidados (envelhecimento, doenças crónicas, mais informação, expectativa e exigência) e da capacidade de resposta (recursos humanos, especialização crescente) e inclusive os novos conceitos de resultados (*outcomes*) em saúde e de qualidade de vida (Campos & Vaz Carneiro, 2010 cit. por MS, 2011b).

Hoje, a qualidade é (...) “*universalmente reconhecida como satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente, a custos adequados e tornou-se um imperativo para todas as organizações públicas, pela necessidade de contenção orçamental, pelo maior nível de exigências do cidadão*” (Silva, 2011, p.8). O mesmo é referido no Decreto-Lei nº 166-A/99 de 13 de Maio quando se cita que a “*qualidade é hoje universalmente reconhecida e aceite como a satisfação do cliente a custos adequados*” [p.2564 - (2)].

Biscaia (2000, p.11) define qualidade como um *“conjunto integrado de atividades planeadas [de uma organização], baseado na definição de metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados”*, através da resposta às necessidades e expectativas dos clientes (Mezomo, 2001). O facto de a qualidade [ser] *aquilo que o cliente percebe* (Fabião et al., 2005, p.238), *o que o cliente quer e como ele julga* (Imperatori, 1999, p.291), leva a que a *“qualidade de um mesmo produto/serviço [possa] ser diferente para diferentes clientes e (...) ser diferente para o mesmo cliente em diferentes tempos ou condições”* (Imperatori, 1999, p.291).

O conceito de qualidade em saúde tem vindo a ser influenciado pelo conceito geral de qualidade e são múltiplas as suas definições o que, na opinião de Pereira (2007, p.77), (...) *“traduz apenas diferentes pontos de vista e perspetivas pragmáticas dos utilizadores do conceito”*.

A importância da qualidade nos cuidados de saúde tem sido mais enfatizada nos últimos anos (Arries, 2006) e, pelo que tem sido exposto, reconhece-se que os profissionais da saúde necessitam de apoio contínuo para manterem e melhorarem a prática contribuindo desta forma para a qualidade.

A qualidade em saúde, enquanto conceito sistemático de busca da excelência (Imperatori, 1999) e garantia do grau da mesma, (...) *“assegura aos clientes a existência de um nível aceitável e desejável de cuidados”* (Almeida, 2001, p.39). *“Pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão”* (Saturno et al., 1990 cit. por MS, 2011b, p.2).

Cuidados de saúde de qualidade são (...) *“doing the right things right, at the first time to the right people, at the right time in the right place, at the lower cost”* (The New NHS: UK, 1997 cit. por MS, 2011b, p.2).

A qualidade é assim uma necessidade e uma exigência para o atual sistema de saúde; é a forma, na procura pela excelência dos cuidados, de ir de encontro às necessidades dos utentes e promover a sua satisfação de acordo com as diferentes perceções do que, para cada um, são cuidados de qualidade. As suas atividades, centradas no utente, com aplicação de práticas cuidadas e seguras por parte de profissionais, também eles na procura da excelência da profissão, devem ser realizadas com custos que se procuram adequados (controlados) a cada contexto.

E porque *“qualidade e segurança não são conceitos distintos”* (França, 2005, p.25), é importante ressaltar a necessidade de se criar, para além de uma cultura de qualidade, uma cultura de segurança dos doentes. Tal deve acontecer pelo facto de a *“área da segurança [assumir] cada vez maior importância no ambiente hospitalar, sendo considerada prioritária a intervenção dos profissionais na prevenção de efeitos adversos que podem ocorrer ao longo do internamento”* (Pina et al., 2010, p.27).

De acordo com a declaração do Luxemburgo sobre a segurança dos doentes, estes *“têm o direito de esperar que sejam feitos todos os esforços para assegurar a sua segurança enquanto utilizadores de todos os serviços de saúde”* (Segurança, 2005), esforços esses que, segundo a mesma fonte, começariam pela implementação, nos locais de trabalho, de projetos focalizados neste aspeto e no *“estabelecimento de uma cultura aberta para lidar de forma mais eficiente com erros e omissões”* (p.22).

“A segurança dos doentes é fundamental para a qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem, sendo que (...) os enfermeiros estão vocacionados” (ICN, 2007, p.67) para tal em todos os aspetos do cuidar.

Cuidados seguros, de qualidade e eficientes devem ser uma preocupação das organizações de saúde e dos seus profissionais, dirigidos tanto aos doentes como às suas famílias, o que requer o cumprimento de regras (técnicas, profissionais e ético-deontológicas), aplicadas independentemente do contexto de prestação de cuidados (OE, 2010c). Dependem da *“competência dos profissionais de saúde e de um ambiente de trabalho que suporte a excelência do desempenho”* (ICN, 2007, p.85).

Ao poder assumir-se como (...) *“marca de garantia e segurança, obtida através da Certificação e/ou Acreditação vista na perspetiva do utilizador dos serviços de saúde”* (Ribeiro et al., 2008, p.11), a qualidade em saúde revela-se prioritária, devendo apostar-se na implementação de sistemas de melhoria contínua da mesma, que se traduz (...) *“na melhoria dos cuidados prestados”* (Ribeiro et al., 2008, p.16).

“A melhoria contínua da qualidade tem de ser construída a partir dos procedimentos e dos recursos já existentes e naturalmente passar a fazer parte da sua rotina” (Pisco, 2001, p.37), num processo que é interminável (LeFevre, 2010).

Neste processo há elementos determinantes há existência de qualidade. De acordo com Hesbeen (2001) são eles:

- a organização concreta das estruturas: normas, protocolos ou procedimentos e a gestão dos recursos humanos (recrutamento, acolhimento, distribuição, avaliação, horários);
- os conhecimentos técnicos e científicos, que decorrem da apropriação e atualização de saberes. *“Resultam, igualmente, da investigação”* (...) (p.65);
- a formação dos profissionais, pois permite (...) *“uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido”* (p.67);
- o desempenho e a competência dos profissionais, uma vez que a *“qualidade dos cuidados [é] fortemente marcada pelas atitudes e pelos comportamentos de quem cuida”* (p.68);
- a pessoa que recebe cuidados e a sua família: a *“pessoa que recebe cuidados é agente da sua própria saúde e, como tal, representa um elemento determinante para a qualidade da prática de cuidados, já que esta se baseia no encontro e no acompanhamento entre quem é cuidado e quem cuida”* (p.75-76).

Decorrente destes determinantes de qualidade percebe-se que a mesma sofre três tipos de avaliação: avaliação de resultados (procura saber-se se as pessoas estão satisfeitas), avaliação do processo (saber como foi prestado o cuidado) e avaliação da estrutura (saber em que ambiente ocorreu o cuidado) (Donabedian, 2003).

Ao ser associada a uma ótica quantitativa, a qualidade relaciona-se com a definição de conceitos operacionais por forma a poder ser medida, (...) *“o que implica a utilização de critérios e padrões”* (Fabião et al., 2005, p.238). Em Portugal os padrões de qualidade dos cuidados são declarações que estabelecem a (...) *“base profissional do agir (...), funcionado como aferidores de excelência”* (Nunes, 2011, p. 93-94). Para além *“dos aferidores profissionais, da avaliação das práticas e da gestão do risco, a personalização do cuidado (ou seja, a sua adequação a quem se destina) é traço universal da qualidade”* (Nunes, p. 95).

Não há qualidade sem segurança; a segurança é mesmo uma das principais dimensões da qualidade (MS, 2011b). Esta deve ser uma premissa em todas as instituições de saúde.

Nenhum doente irá considerar que lhe foram prestados cuidados de qualidade se não se sentir seguro, se não tiver confiança nos cuidados e nos profissionais que os prestam. É por isso fundamental que, para se implementarem processos de garantia da qualidade, se definam normas e procedimentos ou que se coloquem na rotina dos serviços normas e procedimentos já existentes com acesso aos recursos disponíveis. Mas a qualidade necessita de ser verificada e, para isso, são criados padrões que funcionam como instrumentos de avaliação das práticas. Tal avaliação faz-se através da apreciação dos discursos de quem foi cuidado, das competências de quem cuidou e da observação da adaptação/moldagem dos serviços às exigências implícitas a todo um processo complexo e interminável com vista à melhoria contínua da qualidade.

1.3.1 SCE - papel na qualidade e segurança dos cuidados

A qualidade dos cuidados tem vindo a tornar-se uma área de focal interesse e preocupação para organizações de saúde e seus profissionais, nomeadamente os enfermeiros, tanto que no estatuto da OE (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), esta aponta como o seu (...) “*principal desígnio promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população*” (...) (p.6534).

Por esta emergente preocupação, a comissão de formação da OE, propõe como áreas prioritárias para a investigação em enfermagem em Portugal, para os próximos três anos (OE, 2010a, p.23):

- “*A qualidade dos cuidados de enfermagem: projetos, indicadores e critérios;*
- *Intervenções de enfermagem: prestar e testar cuidados e avaliar resultados;*
- *O impacto das intervenções de enfermagem nos resultados em saúde;*
- A segurança dos clientes.

De igual forma, o seu conselho de enfermagem (...) “*desenvolveu esforços conducentes à melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*” (...) (Garrido, Simões & Pires, 2008, p.94), pela definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e dos seus enunciados descritivos, os quais, enquanto aferidores profissionais de excelência (Nunes, 2011), permitem avaliar até que ponto os cuidados prestados estão conforme os mesmos (Garrido, Simões & Pires, 2008).

Os padrões de qualidade funcionam como condutores da *práxis* dos enfermeiros (Nunes, 2011) e traduzem prioridades orientadoras da prática (Nabais *et al.*, 2010); a sua definição (...) “*revela-se fundamental para o exercício profissional (...) e para as organizações de saúde (...), que terão assim um precioso instrumento capaz de lhes nortear o caminho na procura da excelência do exercício profissional*” (Almeida, 2001, p.40).

Na procura permanente da excelência do exercício profissional, o conselho de enfermagem da OE configurou como enunciados descritivos (OE, 2002):

- A promoção da saúde: o enfermeiro ajuda os doentes a alcançarem o máximo potencial de saúde;
- O bem-estar e o autocuidado: o enfermeiro maximiza o bem-estar dos doentes e suplementa/complementa as atividades de vida nas quais é dependente;
- A readaptação funcional: o enfermeiro, conjuntamente com o doente, desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.

Compreende-se, através da observação dos enunciados, que os enfermeiros são profissionais-chave na responsabilidade de participação em ações de melhoria da qualidade, podendo contribuir através do seu envolvimento, lembrando-se que é importante o modo como documentam e trabalhando no seu próprio aperfeiçoamento pessoal e profissional, pela reflexão constante (LeFevre, 2010). No seu campo de ação encontra-se o autocuidado que, designado como uma das categorias dos enunciados descritivos, funciona como indicador de um exercício profissional de enfermagem que se pretende de excelência.

O papel do enfermeiro na área do autocuidado reflete-se através da implementação de intervenções que visam a substituição/complementação das atividades que o doente não consegue realizar ou realiza com dificuldade e, nos casos em que os mesmos detetem na pessoa potencial para melhorar e readquirir algum grau de autonomia, investir na readaptação funcional, moldada aos problemas de saúde existentes.

Como já referido, a “*excelência na enfermagem passa, indiscutivelmente, por um trajeto profissional que promova e estimule a qualidade e o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros, ancorado numa atitude crítica e reflexiva por parte destes*” (Cruz, 2008, p.112). Segundo a mesma autora, foi já confirmado e demonstrado por evidência científica que a SC tem, de facto, efeitos positivos a diferentes níveis, pelo que adotá-la como estratégia de qualidade, em Portugal, é cada vez mais urgente.

É inegável que a melhoria da prática de enfermagem requer uma prática reflexiva que pode ser posta em prática através da SCE (Cruz & Carvalho, 2012) pois envolve processos de reflexão na, para e sobre a práxis (Cruz, 2008).

Assim, como ponte de ligação entre a enfermagem e a segurança e qualidade das práticas surge a SCE pois, de acordo com Garrido (2004a), os seus principais objetivos são, precisamente, a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais e a promoção da qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Por esse motivo, a SCE é considerada “*um importante instrumento no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem*” (Walsh *et al.*, 2003, p.33), uma estratégia de qualidade num contexto da enfermagem avançada (Abreu, 2003) que visa a promoção da proteção, segurança e bem-estar dos utentes (Abreu, 2002).

A SC “*transmite a noção de responsabilidade profissional e de proteção dos utentes, contribuindo para aumentar a segurança da prática em situações clínicas complexas*” (Garrido, 2004b, p.35).

Moores (1994) citado por Winstanley & White (2003) afirma não ter dúvidas quanto ao valor da SC e considera-a como “*fundamental na salvaguarda dos standards, no desenvolvimento de expertise profissional e na prestação de cuidados de qualidade*” (p. 11). A SCE é uma (...) “*mais-valia para a modernização e qualificação das instituições de saúde*” (Garrido, 2005, p.29) uma vez que, segundo Butterworth & Woods (1998), citados por Hancox e colaboradores (2004) “*tem sido considerada como uma major force para aumentar [e preservar] standards clínicos e a qualidade [e segurança] dos cuidados*” (p.198).

Clough (2003), Walsh e colaboradores (2003), apoiados por Edwards e seus colaboradores (2005), afirmam que a SC é largamente aceite como um pré-requisito essencial, (...) “*fundamental e imprescindível (...), na medida em que, para além de promover práticas de qualidade, [permite] apoiar e dar suporte aos profissionais promovendo a segurança dos [utentes]*” (Garrido, 2004b, p.34).

Como referido, a SCE tem um contributo relevante para a promoção da qualidade (Abreu, 2007) e recomenda-se que seja implementada e de acesso a todos os enfermeiros em contexto da prática por permitir ganhos assistenciais, uma vez que os seus efeitos positivos não podem ser desvalorizados ou até mesmo negados (Cruz, 2011; Cruz, 2008). Assim, há que apostar na SCE como caminho para a qualidade ainda mais quando “*o atual momento é uma verdadeira janela de oportunidade para o desenvolvimento da disciplina e a qualidade do exercício profissional*” (Nunes, 2011, p. 95), áreas em que a SCE tem um importante papel.

Todo este processo de criação de sistemas de qualidade tem custos, tal como a SC. Mas, se tais custos foram espelhados na contenção da doença, no aumento da eficiência e melhoria da qualidade dos cuidados, na diminuição de erros e reclamações e num aumento motivacional dos profissionais envolvidos, são perfeitamente justificáveis (Nicklin, 1997 cit. por Abreu, 2007). Porque *“cuidados de saúde de fraca qualidade provocam um número substancial de eventos adversos com um sério impacto financeiro nas despesas com os cuidados de saúde”* (ICN, 2007, p. 69).

Os enfermeiros, enquanto profissionais indispensáveis ao ato de cuidar, são forçosamente fulcrais no apoio ao desenvolvimento e implementação de processos de promoção da qualidade em saúde. Pela procura da excelência profissional imbuída nos objetivos de cada profissional e também da OE, os enfermeiros devem ter um papel mais ativo nas atividades de melhoria da qualidade, o que permitirá o seu desenvolvimento e o da própria enfermagem.

“a enfermagem uma disciplina na qual a supervisão clínica está, intimamente relacionada com a sustentação e melhoria da qualidade das práticas, essa deverá funcionar, efetivamente, sempre em todo o local, onde se pratique enfermagem” (...) (Garrido, Simões & Pires, 2008, p.89).

Neste contexto a SCE é considerada uma estratégia elementar na ajuda à concretização de padrões de qualidade pela função de acompanhamento e suporte que fornece e também pela motivação que visa criar nos enfermeiros para evoluírem e desenvolverem as suas competências, tendo em conta as suas preocupações e necessidades enquanto profissionais mas também as necessidades do contexto em que se inserem. Porque ao trabalhar os profissionais que trabalham a qualidade nas instituições permite-se uma unificação de forças para o atingimento de um objetivo comum que é a qualidade e a satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde.

2. SCE E AUTOCUIDADO - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Por (...) “*trás de uma investigação há sempre uma teoria que orienta*” (Coutinho, 2011, p. 11). “*A teoria é [assim] norma para a prática*” (Coutinho, 2011, p.21), ou seja, é delimitadora e orientadora do trajeto metodológico a realizar.

O delinear de um percurso metodológico permite ao investigador planear as várias etapas relativas à elaboração e execução da investigação, norteando o seu seguimento e cumprimento. Assim, neste capítulo, são abordadas todas as questões metodológicas pertinentes para levar a cabo o estudo.

2.1. Pertinência do estudo

Atualmente a experiência e a investigação em SCE, em Portugal, estão em expansão (Cruz, 2011) e as áreas identificadas como essenciais para obter potenciais ganhos em saúde devem ser consideradas prioritárias e desenvolvidos modelos de intervenção (MS, 2011c).

O interesse da grande maioria das investigações em SC tem-se focado na relação supervisiva e no processo de implementação (Hyrkäs & Lehti, 2003). Para estas autoras parece necessário alargar o foco de pesquisa de forma a abranger diferentes níveis e perspetivas da SC.

Os efeitos da SC na qualidade dos cuidados são assunto atual e oportuno (Hyrkäs & Lehti, 2003). Um crescente número de estudos direcionados à exploração e avaliação da efetividade da SC tem vindo a ser recentemente publicado na área da enfermagem mas o seu centro raramente tem sido na evolução do doente ou na qualidade dos cuidados (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001).

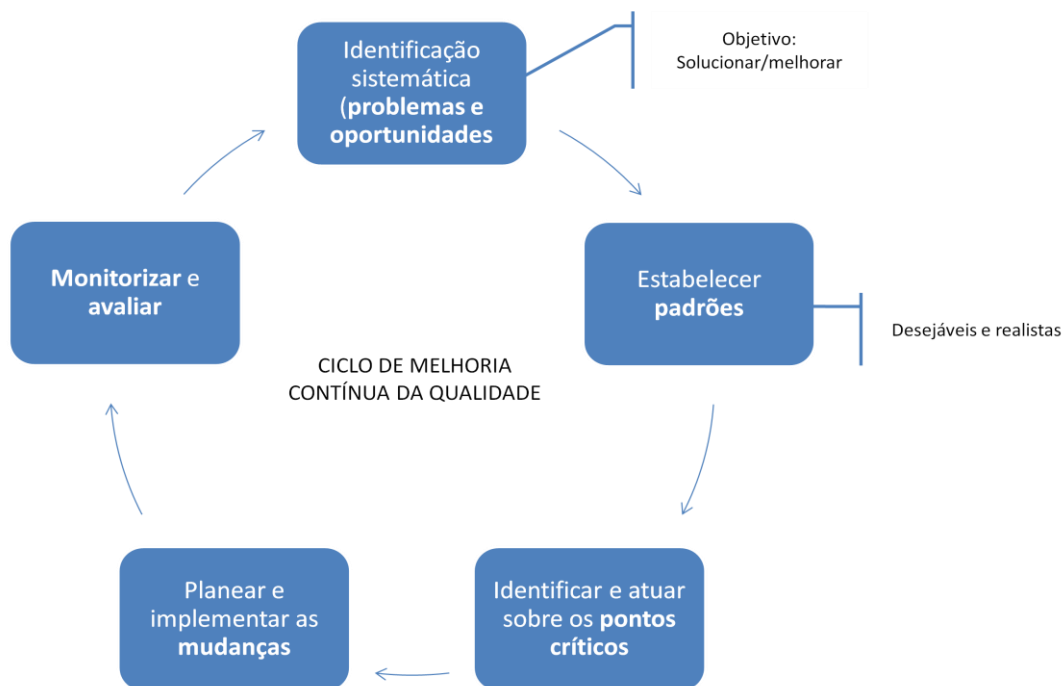
Com a problemática em estudo “Autocuidado: Contributos para um modelo de SCE” pretende-se contribuir para a construção de um modelo de SCE capaz de garantir uma prática clínica de mais qualidade e mais segura, especificamente no âmbito do autocuidado, pelo desenvolvimento das competências de intervenção dos enfermeiros nessa área. Assim, é essencial estudar uma temática que seja, simultaneamente, sensível aos cuidados de enfermagem e um indicador da qualidade dos mesmos.

O fenómeno de enfermagem *Autocuidado* é uma das temáticas que reúne condições para integrar este estudo, uma vez que é classificado tanto pela OE como pelas comissões de acreditação como um dos indicadores da qualidade dos cuidados em saúde (OE, 2007b). Apresenta-se não só como indicador mas também como um critério de qualidade do exercício profissional, representando assim um domínio central na prática clínica.

Desta forma, atendendo ao facto de um dos principais pressupostos da SC incidir sobre a promoção da qualidade dos cuidados, considera-se que a promoção do autocuidado é uma das áreas em que a SCE poderá ter uma intervenção ativa.

Ao pretender colaborar para um processo de melhoria da qualidade, devem conhecer-se os processos do ciclo de melhoria contínua da qualidade que a promoção da qualidade em saúde envolve (Figura 2):

Figura 2 - Ciclo de melhoria contínua da qualidade



Fonte: MS, 2011b

Os processos identificados devem ser multidisciplinares, não punitivos, da iniciativa dos profissionais e estarem associados a planos de desenvolvimento profissional (MS, 2011b).

Assim, com a investigação a realizar pretende-se iniciar este ciclo de melhoria até à identificação dos pontos críticos propondo formas de os resolver.

De acordo com Fortin (2009) um problema de investigação é uma situação que exige uma explicação, compreensão, alteração ou melhoria. A sua delimitação é essencial (...) *“porque centra a investigação numa área ou domínio concreto, organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência, delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras, guia a revisão da literatura para a redação do projeto [e] aponta para os dados que será necessário obter”* (Coutinho, 2011, p.45).

Dessa delimitação emerge a questão de partida **“Que pressupostos devem ser tidos em conta num modelo de SCE que promova a segurança e a qualidade dos cuidados direcionados ao autocuidado?”**. Com esta pergunta o investigador tenta expressar, da forma mais exata possível o que procura saber, compreender melhor (Quivy & Campenhoudt, 2008) e serve de primeiro fio condutor da investigação (Quivy & Campenhoudt, 1998). Deve basear-se nos critérios de qualidade e nos pressupostos, que são:

- Clareza;
- Exequibilidade;
- Pertinência: deve ser realista e contribuir para a evolução da investigação científica (Quivy & Campenhoudt, 2008) e ter importância para o estado atual do conhecimento (MacMillan & Schumaker, 1997 cit. por Coutinho, 2011).

2.2. Finalidade e objetivos

Este trabalho tem como finalidade propor contributos para a construção de um modelo de SCE, com vista à potencialização das competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, com o intuito de promover a segurança e qualidade dos cuidados.

No sentido de clarificar a finalidade a que este estudo se propõe, devem definir-se objetivos, enunciados orientadores da investigação, claramente indicativos dos propósitos/metapas que o investigador pretende alcançar. Fortin (2009) afirma que estes expressam nitidamente as variáveis-chave, a população alvo e a orientação que a investigação deve tomar, dando indicações sobre o tipo de estudo a empreender. Desta forma, foram determinados os seguintes objetivos:

- Avaliar o autocuidado dos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA;
- Relacionar a dependência no autocuidado e atributos sociodemográficos (género e idade) dos doentes;
- Relacionar o diagnóstico médico de admissão e a dependência no autocuidado;
- Relacionar a presença de dependência no autocuidado no domicílio e o grau de dependência no internamento;
- Identificar, através do processo de enfermagem, os cuidados prestados aos doentes face ao autocuidado;
- Analisar a concordância entre a avaliação do autocuidado e a planificação dos cuidados;
- Propor contributos para um modelo de SCE que potencialize as competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado.

2.3. Questões orientadoras

Qualquer investigação se baseia na formulação de questões (Strauss & Corbin, 2008), que emergem do fenómeno/objeto de interesse. Delimitam e clarificam o objeto (Strauss & Corbin, 1990, cit. por Streubert & Carpenter, 2002) e correspondem ao que o investigador quer saber sobre o assunto (Parse, 2001; Strauss & Corbin, 1998).

Fortin (2009) refere que uma questão de investigação é um enunciado claro que *“precisa os conceitos”* (p.73) em análise e, tal como a finalidade e os objetivos, ajuda na identificação e clarificação dos métodos empíricos mais adequados à investigação que se pretende desenvolver (Lopes, 2003; Streubert & Carpenter, 2002; Fortin, 1999).

Tendo em conta o enunciado foram consideradas as seguintes questões:

- i. Será que a idade influencia o grau de dependência?
- ii. Será que o género influencia o grau de dependência?
- iii. Será que o diagnóstico médico influencia o grau de dependência?
- iv. Será que a presença de dependência no autocuidado no domicílio influencia o grau de dependência no internamento?
- v. Será que o autocuidado é mencionado na avaliação inicial?
- vi. Será que o grau de dependência no autocuidado é mencionado na avaliação inicial?
- vii. Será que existe diferença entre o grau de dependência identificado pelos enfermeiros generalistas (registos) e o grau de dependência identificado pelos enfermeiros especialistas?
- viii. Será que existe diferença entre as intervenções identificadas pelos enfermeiros generalistas (registos) e as intervenções identificadas pelos enfermeiros especialistas?
- ix. Quais os pressupostos que um modelo de SCE deve incluir para potencializar as competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado?

2.4. Hipóteses de investigação

Atendendo ao problema de investigação e tendo por base os objetivos do estudo, surge a necessidade de proceder à elaboração de hipóteses de investigação. A organização da investigação em torno das mesmas fornece-lhe um fio condutor eficaz, com ordem e rigor (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Uma hipótese é alicerçada numa reflexão teórica e num conhecimento preparatório do fenómeno estudado (Quivy & Campenhoudt, 2008). Apresenta-se como um enunciado que antecipa relações entre variáveis que necessita de uma verificação empírica para dar uma resposta provisória a uma pergunta/ à questão de partida (Fortin, 2009; Quivy & Campenhoudt, 1998).

Tendo em conta as variáveis-chave e a população alvo (Fortin, 2009), “as hipóteses propõem-se clarificar o que é que o investigador espera encontrar no final do estudo e porquê” (Ribeiro, 2010, p.34-35). “As hipóteses confirmadas podem generalizar-se a outras populações ou situações similares às estudadas” (Coutinho, 2011, p. 11), trazendo contributos ao domínio a ser investigado.

Nesta sequência formularam-se as seguintes hipóteses:

- 1) Existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o grau de dependência no autocuidado;
- 2) Existe relação estatisticamente significativa entre o género e o grau de dependência no autocuidado;
- 3) Existe relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico médico e o grau de dependência no autocuidado;
- 4) Existe relação estatisticamente significativa entre a presença de dependência no autocuidado no domicílio e o grau de dependência no internamento;
- 5) Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência de um autocuidado e o grau de dependência de outro autocuidado;
- 6) Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de dependência identificado pelos especialistas e o grau de dependência identificado pelos generalistas;
- 7) Existem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as intervenções selecionadas pelos generalistas.

2.5. Contexto do estudo

O CHMA foi criado em 2007, por Decreto-Lei, e resulta da fusão do Hospital Conde de São Bento localizado em Santo Tirso e do Hospital S. João de Deus em Vila Nova de Famalicão (CHMA, s.d.a).

Este centro hospitalar apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade e eficazes bem como a participação em projetos de investigação e desenvolvimento científico em todas as áreas das ciências da saúde. A qualidade é um dos valores pela qual se rege, apostando nos melhores níveis de resultados e de serviço. A conquista da qualidade é possível com a atuação dos seus profissionais guiada por princípios estruturais como sendo uma atitude centrada no doente, a existência de uma cultura do conhecimento onde este é visto como um bem em si mesmo, bem como a existência de uma cultura de excelência técnica e do cuidar (CHMA, s.d.b).

É ressalvada uma política de qualidade, obrigando-se o CHMA a estabelecer medidas de melhoria com vista ao atingimento de níveis de serviço e indicadores de qualidade crescentes (CHMA, s.d.b) de tal forma que se mostrou parceiro nesta investigação.

O presente estudo foi realizado no serviço de medicina interna, integrado no departamento de medicina da unidade hospitalar de Santo Tirso. Esta unidade de cuidados divide-se em duas estruturas físicas diferentes (Medicina A e B), sendo que a A se dirige mais a cuidados agudos e a B garante a prestação de cuidados a doentes em fim de vida.

O estudo apenas se reporta à Medicina A que dispõe de 43 camas (A, A', B, B', 1-39) para internamento, sendo quatro (A, A', B, B') distribuídas por enfermarias de duas camas, 27 por nove enfermarias de três camas, e as restantes 12 por duas enfermarias de seis camas; existem ainda mais quatro camas possíveis (S1, S2, S3, S4) para épocas de maior afluência. Por atribuição, as camas um a 18 destinam-se a ser ocupadas por homens e as camas 19 a 39 por mulheres, atribuição que não é rígida, podendo mudar atendendo às necessidades do serviço.

A equipa de enfermagem é constituída por 42 enfermeiros, dos quais 35 são generalistas, 2 especialistas em enfermagem de reabilitação e 3 têm especialidade (em saúde mental e psiquiatria); neste número estão também contabilizados os enfermeiros chefe e responsável. Dez enfermeiros já tiveram formação em serviço sobre SCE e destes, dois têm também formação pós-graduada; existem três enfermeiros com experiência enquanto supervisores.

A metodologia de trabalho utilizada no serviço é individual (enfermeiro responsável), estando os enfermeiros distribuídos da seguinte forma (Tabela 1):

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros

Profissionais de Saúde	Período	Turno	Nº de Profissionais de Saúde
Enfermeiros	Semana	Manhã	6 + 1 Esp. Reab.
		Tarde	4 + 1 Enf. Reab.
		Noite	4
	Fim de Semana	Manhã	6 + 1 Esp. Reab.
		Tarde	4
		Noite	4

A distribuição dos enfermeiros pelos doentes acontece de acordo o resultado do Sistema de Classificação de Doentes baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E). Este sistema permite a categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem e tem como objetivos a otimização dos recursos de enfermagem disponíveis, o planeamento dos cuidados, a gestão eficaz do número de enfermeiros em cada serviço, a identificação das necessidades em recursos de enfermagem e a adequação da dotação dos quadros de pessoal (Veiga, Simões & Santos, 2000).

O plano de cuidados é documentado utilizando a CIPE® versão beta 2 como taxonomia, aplicada num sistema de informação direcionado aos cuidados de enfermagem - SAPE®.

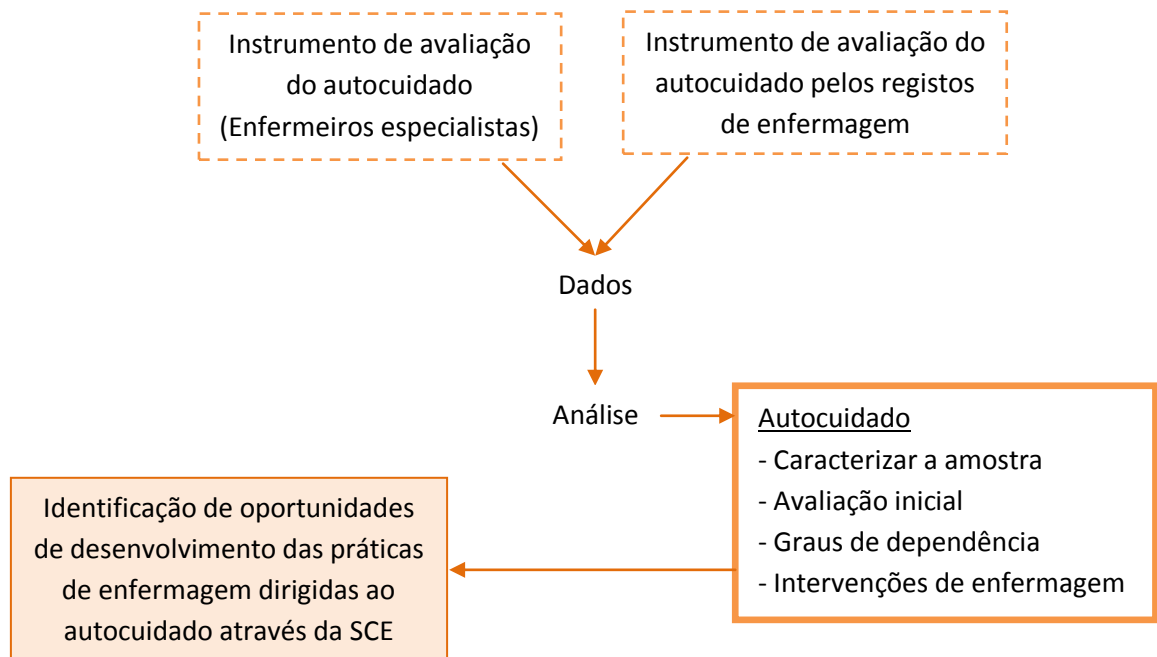
Relativamente ao autocuidado, todos os enfermeiros do serviço realizaram uma formação recente (em serviço) sobre a sua classificação. Todos os doentes têm uma primeira avaliação do GD no autocuidado no momento da admissão. Considerou-se relevante conhecer e caracterizar o serviço quanto aos recursos físicos e materiais existentes, relacionados com o autocuidado, pelo que essa caracterização se encontra divulgada em tabela anexa (ANEXO I).

2.6. Desenho do estudo

O desenho e o método de investigação permitem dar resposta à questão de partida, possibilitando a recolha da informação necessária, utilizando os procedimentos adequados e permitindo identificar os aspetos mais importantes da investigação (Ribeiro, 2010).

O desenho do estudo é um plano traçado pelo investigador que estabelece uma forma de proceder por forma a levar à realização dos objetivos. A sua natureza varia de acordo com os objetivos, as questões de investigação ou as hipóteses (Fortin, 2009). O desenho desta investigação ilustra-se na figura 3.

Figura 3 - Desenho do estudo



2.6.1. Tipo de estudo

A definição do tipo de estudo a utilizar é essencial para a realização da investigação.

Este estudo insere-se num paradigma de investigação do tipo quantitativo, ou seja, assenta no paradigma positivista. O seu objetivo prende-se com o estabelecimento de factos, colocação em evidência de relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses, predição de resultados causa-efeito ou verificação dos resultados obtidos com amostras, suscetíveis de serem utilizados no plano prático e fornecerem melhorias em situações particulares (Fortin, 2009).

Tendo por base a finalidade e os objetivos do trabalho pode afirmar-se que é um estudo de carácter exploratório/descritivo-correlacional.

Segundo Fortin (2009), a *“investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência de ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação. Este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto. (...) O estudo descritivo tem como principal finalidade definir as características de uma população ou de um fenómeno”* (p.34-35). Por seu lado a *“investigação correlacional apoia-se nos estudos descritivos e visa estabelecer relações entre conceitos ou variáveis. Segundo os conhecimentos de que se dispõe sobre o assunto em estudo, procurar-se-á primeiro descobrir quais são os conceitos em jogo e determinar se há relações entre eles. De seguida, verifica-se, com a ajuda de hipóteses, as relações que existem entre um certo número de variáveis precisas”* (Fortin, 2009, p.35).

Há então um apoio e complementaridade de diferentes tipos de investigação. A conjugação com a pesquisa exploratória (...) *“visa proporcionar ao investigador uma maior familiaridade com o problema em estudo”* (Vieira, 2002, p.65).

A opção por este tipo de estudo teve como propósito situar de forma mais precisa as pessoas, os factos, as suas interações, sendo de maior interesse para quem se inicia na investigação (Colliére, 2003).

A natureza da investigação é transversal uma vez que a recolha de dados foi realizada num único momento, sendo útil para medir a frequência de um acontecimento ou problema numa população num dado momento. Um estudo de tipo transversal é económico, simples de organizar e fornece dados imediatos utilizáveis (Fortin, 2009).

2.6.2. População e amostra

A operacionalização de qualquer investigação requer a escolha de um conjunto de pessoas a quem se recolhem os dados, os sujeitos do estudo (Coutinho, 2011), de forma a obter as informações relevantes para o estudo em causa (Fortin, 1999). Escolhê-los corretamente é fundamental para garantir que os resultados representem fielmente o que ocorre na população de interesse (Hulley *et al.*, 2008).

Parte-se de uma população, que “*consiste num conjunto de indivíduos ou de objetos [/elementos] que possuem características semelhantes, as quais foram definidas por critérios de inclusão, tendo em vista um determinado estudo*” (Fortin, 2009, p.55) e (...) “*a quem se pretende generalizar os resultados*” (Coutinho, 2011, p.85). Nesta investigação é constituída pelos doentes internados no serviço de medicina A do CHMA. Daqui se chega à “*população acessível, parte da população da qual se selecionará a amostra*” (Coutinho, 2011, p.85).

Uma vez delimitada a população que constitui o objeto de estudo, e porque nem sempre é possível reunir informações sobre cada uma das unidades que o constituem, torna-se necessário definir uma amostra ou fração dessa população. Para essa definição há que recorrer à amostragem, “*processo de seleção do número de sujeitos que participam num estudo*” (Coutinho, 2011, p.85). Optou-se por um método de amostragem não probabilístico, recorrendo à amostragem acidental ou de conveniência, constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos; permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo. A amostra constitui-se à medida que indivíduos se apresentaram até que o número desejado fosse atingido (Fortin, 2009; 1999).

Este método de amostragem tem como vantagem proporcionar uma investigação em contexto real mas pode conduzir a algum enviesamento uma vez que as amostras conseguidas correm o risco de não serem representativas para o universo em estudo e, por conseguinte menos fiáveis que as amostras probabilísticas, no que concerne à generalização dos resultados (Coutinho, 2011; Fortin, 2009).

A amostra (N=110) do estudo incluiu, assim, todos os doentes internados no serviço de medicina A do CHMA entre 11 de março e 24 de abril de 2012, sendo excluídos aqueles que preencheram os seguintes critérios de exclusão:

- Doentes a quem, tendo sido internados neste período de tempo, não foi possível colher dados por transferência de serviço ou internamento de curta duração.

2.6.3. Variáveis

A revisão bibliográfica efetuada permitiu identificar um conjunto de variáveis significativas para a problemática em estudo, que são o elemento central da investigação por ser em seu torno que a mesma se estrutura (Ribeiro, 2010).

Do ponto de vista metodológico as variáveis podem ser classificadas como independentes - manipuladas pelo investigador, ou seja, aquelas cujas alterações influenciam ou produzem modificações no comportamento observável, dependentes - mudam quando o investigador manipula a variável independente e as estranhas - podem influenciar o resultado mas não são independentes (Fortin, 2009).

Na tabela 2 verificam-se em que questões dos instrumentos é possível ver operacionalizadas as variáveis.

Tabela 2: Operacionalização das variáveis

Questão/Instr.	Variável independente	Variável dependente
4 e 7-16	Idade	Grau de dependência
(0 – 1) e 7-16	Género	Grau de dependência
6 e 7-16	Diagnóstico médico	Grau de dependência
3 e 7-16	Dependência domicílio	Grau de dependência
7-16	Tipo de autocuidado	Grau de dependência
7-16 e 149-157	Especialistas/generalistas	Grau de dependência
17-144 e 158-285	Especialistas/generalistas	Intervenções

2.6.4. Colheita de dados

Na fase de recolha de dados, e já definida a informação que se pretende recolher, é necessário saber quais os instrumentos a utilizar para recolher essa informação. A escolha destes é determinada pela natureza do problema de investigação, dos objetivos do estudo, das questões de investigação ou hipóteses colocadas, do desenho e dos conhecimentos que se detém sobre o tema em estudo, bem como em função das variáveis e a sua operacionalização (Fortin, 2009). De acordo com o disposto por Fortin (2009), numa investigação no âmbito descritivo-correlacional e transversal, os instrumentos indicados passam pela observação, questionários e escalas.

Assim, e tendo em consideração todos os pressupostos já referidos, foram usados como instrumentos de recolha de dados:

- Instrumento de avaliação do autocuidado (ANEXO II): constituído por três partes. A primeira liga-se à caracterização do doente, a segunda inclui o instrumento de avaliação de dependência no autocuidado construído e validado pelo Enf.º Hernâni Duque (ANEXO III). Foi necessário encontrar uma correspondência entre a dependência indicada pelo instrumento e a indicada pela linguagem classificada de enfermagem utilizada nos registos de enfermagem do serviço de medicina A do CHMA, a qual é apresentada mais abaixo na tabela 3. Na última parte encontram-se, para cada domínio de autocuidado, intervenções de enfermagem específicas, formuladas de acordo com as sugeridas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), enquadradas nas ações do tipo observar, atender, executar, gerir e informar da CIPE® versão.1.0. (Duque, 2009), a serem selecionadas de acordo com o GD identificado na parte dois.

Tabela 3: Correspondência dos GD no autocuidado

Correspondência dos graus de dependência	
Instrumento	Consenso
Todos os itens “ Dependente, não participa ”	Dependente em Grau Elevado
Todos os itens “ Necessita de ajuda de pessoa ”	Dependente em Grau Moderado
Todos os itens “ Necessita de ajuda de equipamento ”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Dependente, não participa ” + “Necessita de ajuda de pessoa” e/ou “Necessita de equipamento” e/ou “Completamente Independente”	Dependente em Grau Moderado
Itens “Dependente, não participa” + “Necessita de ajuda de pessoa” e/ou “Necessita de equipamento”	Dependente em Grau Moderado
Itens “Dependente, não participa” + “Necessita de ajuda de pessoa”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Necessita de ajuda de pessoa ” + “Necessita de equipamento” e/ou “Completamente Independente”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Necessita de equipamento ” + “ Completamente Independente ”	Dependente em Grau Reduzido
Todos os itens “ Completamente independente ”	Sem dependência no Autocuidado

Haveriam outros instrumentos de avaliação do autocuidado como o Índice de Barthel - um dos instrumentos mais utilizados na avaliação do autocuidado, sensível aos cuidados de enfermagem, mas a sua aplicação não é unânime - e o Índice de Katz - também muito utilizado e sensível aos cuidados de enfermagem mas apenas se dirige aos cuidados de enfermagem a pessoas idosas (Duque, 2009).

A opção pelo instrumento construído por Hernâni Duque deveu-se a este ser um método válido e de fácil aplicação, consumindo pouco tempo no seu preenchimento, sem necessidade de treino prévio, com baixo custo e um alto nível de fidelidade (alpha de Cronbach de 0,997). É assim uma estratégia válida de avaliação da dependência no autocuidado, não apenas dirigida à população idosa mas a toda a pessoa adulta.

Este instrumento foi preenchido pelos especialistas em enfermagem de reabilitação. A escolha recaiu sobre estes pois um enfermeiro especialista detém

“um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde [/doença], que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010d, p.2).

Uma das suas competências específicas é maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades das pessoas. Pelo seu elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida na área, os enfermeiros especialistas em reabilitação estão aptos a avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades para, de seguida, conceber planos de intervenção aos problemas diagnosticados e colocá-los em prática (OE, 2010e).

Para ser aplicado foi realizado um pré-teste por forma a (...) *“verificar a eficácia e o [seu] valor junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo. Esta etapa é sem dúvida indispensável, porque permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correções que se impõem”* (Fortin, 2009, p.386). Nesta fase o instrumento de avaliação do autocuidado foi aplicado a 15 doentes, levado a cabo pelos enfermeiros especialistas em reabilitação no serviço de medicina A do CHMA, do qual surgiram pequenas alterações como a modificação de instruções de preenchimento.

- Instrumento de avaliação do autocuidado direcionado aos registos de enfermagem: engloba igualmente três partes idênticas ao instrumento anteriormente mencionado (ANEXO IV), a ser preenchido pela investigadora durante a análise documental (registos SAPE[®] - processo de enfermagem e avaliação inicial). Teve como objetivo permitir uma análise de concordância entre os dados obtidos nos registos (realizados pelos enfermeiros generalistas) e o instrumento preenchido pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

2.6.5. Tratamento dos dados

Após a colheita de dados, há que proceder à sua organização e análise com o propósito de ter respostas tanto às questões orientadoras como às hipóteses levantadas inicialmente, de forma a responder aos objetivos traçados.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado utilizando o software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS[®])*, versão 19.0, tendo-se realizado procedimentos da estatística descritiva e indutiva. Para a caracterização da amostra, efetuou-se a análise descritiva das variáveis.

A normalidade da amostra foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para verificar e determinar o grau de associação entre variáveis (Pereira, 2011) nominais foi utilizado o teste de Qui-Quadrado (χ^2). Nos casos de variáveis intervalares com ordinais ou ordinais-ordinais o teste aplicado foi do Coeficiente de Correlação de Spearman. Os valores de correlação de referência utilizados foram os indicados por Pestana e Gageiro (2005).

Foram realizados cruzamentos (crosstabs) entre as diferentes variáveis. Nos casos em que, pela utilização do teste χ^2 a prova de associação não foi possível por apresentação de mais de 20 % de células com frequências esperadas menores que 5, estes cruzamentos serviram para analisar a tendência e realçar o possível interesse (Pereira, 2011) da relação entre as variáveis.

Com o objetivo de verificar diferenças entre variáveis nominais recorreu-se ao teste de Wilcoxon.

Para todos os testes e análises efetuadas, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$.

2.7. Considerações éticas

Toda a investigação na área da saúde envolve seres humanos ou interfere nos mesmos, pelo que há considerações éticas a ter em conta desde o seu início (Fortin, 2009), princípios básicos de natureza ética a serem respeitados.

Depois de decidido o percurso metodológico a seguir, foi necessário direccionar um pedido de autorização de colheita de dados no serviço de medicina A ao Conselho de Ética do CHMA, tendo sido concedida (ANEXO V).

O instrumento de avaliação do autocuidado utilizado - Instrumento de avaliação sobre o autocuidado no momento da alta - é propriedade intelectual da ESEP, local onde decorre o mestrado em que esta dissertação se enquadra.

Como em qualquer investigação e por dever do investigador, foram assegurados o anonimato e confidencialidade dos dados (Fortin, 2009).

3. SCE E AUTOCUIDADO - RESULTADOS

No seguimento do tratamento estatístico de dados obtiveram-se resultados que visam dar resposta aos objetivos inicialmente propostos, os quais são apresentados neste capítulo. Inicialmente caracteriza-se a amostra e, no seguimento da linha norteadora das questões orientadoras e hipóteses apresentam-se os dados que lhes dão resposta.

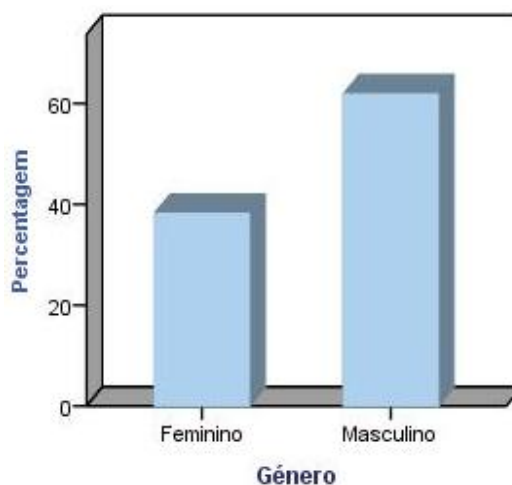
3.1 Caracterização da amostra

A amostra em análise foi constituída por 110 adultos. Para um maior conhecimento da mesma, apresentam-se as características sócio demográficas e outras consideradas relevantes para a abordagem do tema em estudo.

Género e idade

A amostra é constituída por elementos de ambos os sexos (42 mulheres e 68 homens), denotando-se uma predominância do género masculino (61,8%), percetível pela distribuição apresentada graficamente:

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por género



Com idades compreendidas entre os 25 e 95 anos (amplitude=70 anos), a idade média dos participantes foi de 73,14 anos (desvio padrão=12,86), sendo o valor da mediana 75 anos. A idade mais vezes registada foi 87 anos.

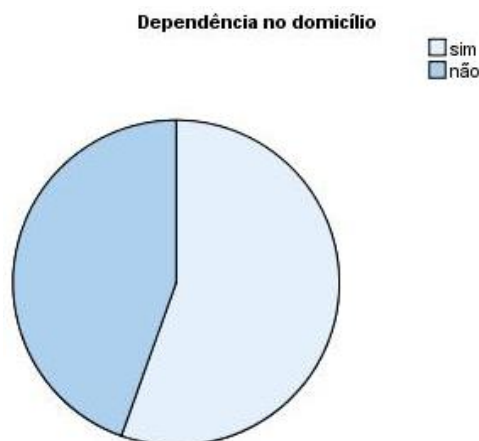
Ao analisar as idades dos participantes por percentis verifica-se que 25% da amostra tinha até 64 anos, 50% até 75 anos e 75% dos participantes tinham idades até 85 anos, sendo 95 anos a idade dos elementos mais velhos. Em termos da análise em classes etárias, verifica-se que a maior percentagem (39,1%) dos participantes apresentava idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos.

Tanto no género masculino como feminino a classe etária predominante foi a dos 65-79 anos, com 24 e 19 elementos, respetivamente.

Dependência no domicílio

Dos elementos em estudo, 61 (55,5%) eram dependentes no domicílio em algum tipo de autocuidado. Verifica-se assim que, na amostra, houve maior percentagem de dependentes mas com uma diferença percentual mínima em relação aos não dependentes, como revela o gráfico 2:

Gráfico 2 - Distribuição da amostra por dependência no domicílio



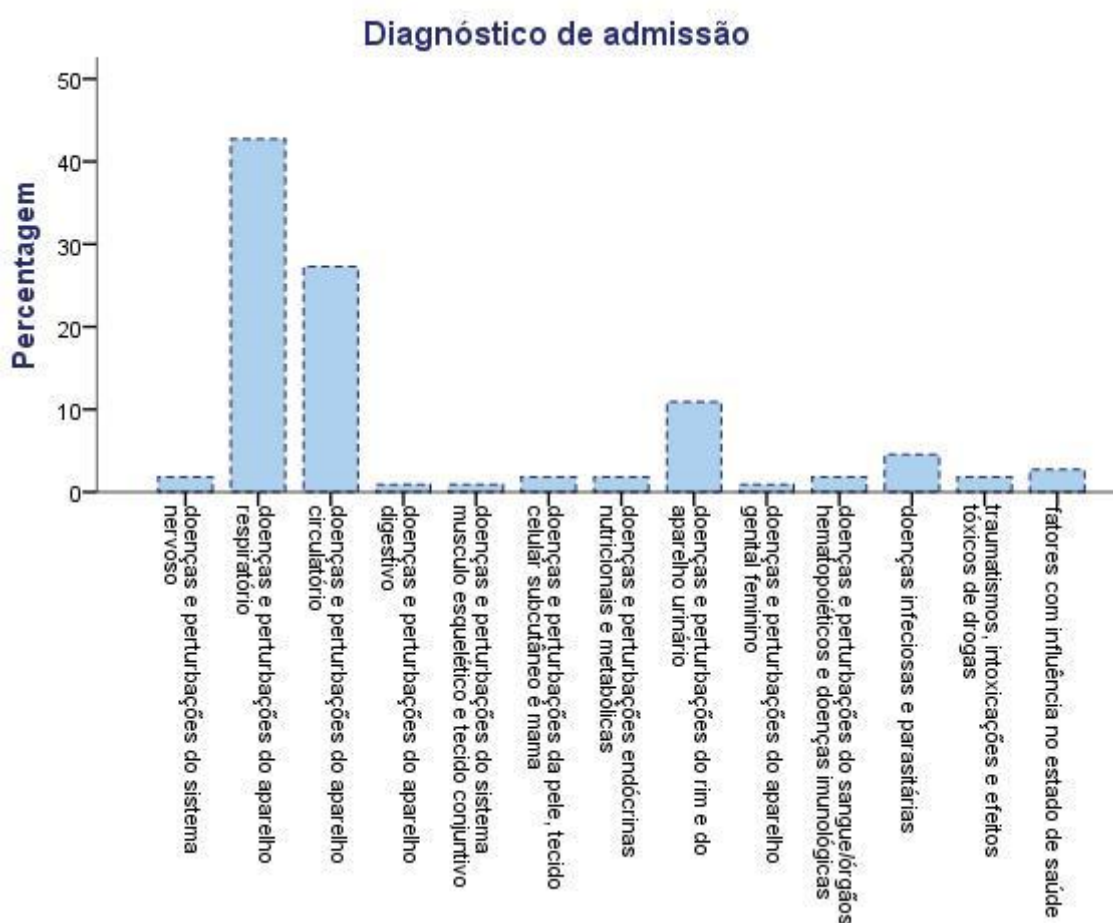
Ao analisar a distribuição da dependência no domicílio juntamente com o género, verificou-se que 69% das mulheres e 47% dos homens eram dependentes no autocuidado no seu domicílio. Houve uma maior percentagem de mulheres com dependência no domicílio.

A existência de dependência no domicílio verificou-se mais elevada (n=34) a partir dos 80 anos. Foi possível verificar que quanto maior a idade maior o nº de casos de dependência no domicílio. A classe etária que registou mais casos de independência foi a dos 65-79 anos.

Diagnóstico de admissão

Houve uma grande variedade de grupos de diagnósticos, sendo que dos 13 encontrados, três apresentaram maior frequência de casos: doenças e perturbações do aparelho respiratório, em 47 elementos (42,7%), seguidamente as doenças e perturbações do aparelho circulatório em 30 casos (27,3%) e as doenças e perturbações do rim e do aparelho urinário em 12 casos (10,9%), o que é demonstrado no gráfico abaixo:

Gráfico 3 - Distribuição da amostra por diagnóstico de admissão



Ao fazer o cruzamento da informação dos diagnósticos com o género verificou-se que, o grupo de diagnósticos mais representativo, tanto nos homens como nas mulheres, foi o das doenças e perturbações do aparelho respiratório (n=33 e 14), seguido das doenças e perturbações do aparelho circulatório (n=17 e 13).

Os dois diagnósticos mais frequentes (doenças e perturbações do aparelho respiratório e circulatório) ocorreram nas classes etárias 41-64, 65-79 e a partir de 80 anos. Nestas três classes o grupo com maior número de casos foi o relacionado com o aparelho respiratório (n=9, 15 e 22 respetivamente). Foi na classe \geq a 80 anos que se verificou a maior diferença de frequência entre os dois grupos de diagnósticos (22 casos para o aparelho respiratório e 9 para o aparelho circulatório).

3.2 Avaliação inicial

A AI é o primeiro momento de apreciação e descrição das condições de saúde do doente aquando da sua chegada a um serviço de internamento. Para uma correta abordagem da pessoa, o enfermeiro que a recebe na unidade deve caracterizar, o mais detalhadamente possível, os focos de enfermagem passíveis de intervenção durante o período de internamento.

Um dos focos prioritários da atenção dos enfermeiros foi, como já referido, o autocuidado, daí considerar-se importante, através da análise dos dados dos registos do SAPE[®], a forma este foi referenciado aquando do primeiro momento de contato, avaliação e conhecimento do doente.

Da amostra, em 79,9% (78 casos) fazia-se referência ao autocuidado na avaliação inicial (gráfico 4), sendo que em todos estes o autocuidado indicado foi o autocuidado Higiene.

Na tabela 4 expõe-se o resultado da distribuição da amostra sobre a identificação, na AI, do GD dos autocuidados referidos.

Gráfico 4 – O autocuidado na AI

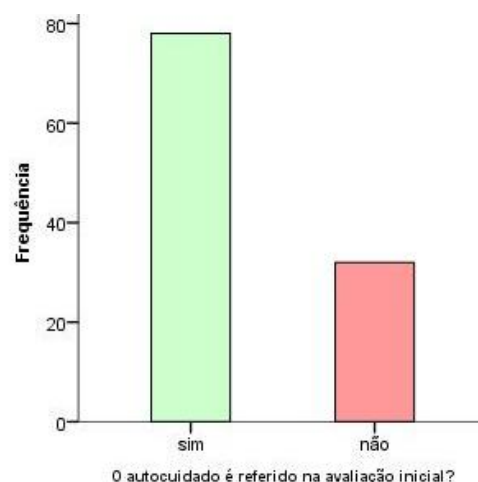


Tabela 4 - AI - identificação do GD no autocuidado

O grau de dependência dos autocuidados referidos na AI é identificado?	Frequência	%
sim	18	16,4
não	61	55,4
N/A (não é identificado nenhum autocuidado)	31	28,2

Há um caso em que não foi mencionado qualquer autocuidado mas em que é referido um GD.

Pela tabela 5, percebe-se se o GD identificado o foi no item correto.

Tabela 5 - AI - localização da identificação do GD

O grau de dependência é identificado no item “Autocuidado”?	Frequência	%
sim	12	10,9
não	6	5,5
N/A (não é identificado o grau)	92	83,6

Dos 18 casos em que o GD foi identificado em seis deles essa identificação foi feita no item “atividade motora” e não no item autocuidado.

3.3 Grau de dependência no autocuidado

A análise dos GD foi feita partindo dos dados recolhidos do instrumento preenchido pelos enfermeiros especialistas e pela análise documental dos registos, daí que surjam diferentes terminologias relativamente aos autocuidados uma vez que, no instrumento dos especialistas foi utilizada a terminologia da CIPE® versão 1.0 e nos registos analisados do SAPE® a versão em uso da linguagem classificada é a beta 2. A correspondência dos autocuidados é mostrada na tabela 6.

Tabela 6 - Correspondência dos autocuidados

Correspondência dos Autocuidados	
Autocuidados instrumento (V 1.0)	Autocuidados serviço (β2)
Tomar banho (TB)	Higiene (H)
Vestir-se ou Despir-se (VD)	Vestir-se ou Despir-se (VD)
Alimentar-se (AL)	Alimentar-se (AL)
Arranjar-se (AR)	Arranjo Pessoal (AP)
Cuidar da Higiene Pessoal (CHP)	Higiene (Pessoal) [H(P)]
Auto Elevar (AE)	Erguer-se (E)
Usar o Sanitário (US)	Uso do Sanitário (US)
Transferir-se (T)	Transferir-se (T)
Virar-se (V)	Posicionar-se (P)
Usar a Cadeira de Rodas (UCR)	Mover-se cadeira de rodas (MCR)

Na tabela 7, apresenta-se a distribuição da amostra em relação aos GD nos diferentes autocuidados.

Tabela 7 - Distribuição da amostra por grau de dependência nos diferentes autocuidados

Grau de dependência Especialistas/ Registos							
		Sem dependência	Dep. grau reduzido	Dep. grau moderado	Dep. grau elevado	N/A	Total
TB	Frequência (%)	23 (20,9%)	0 (0%)	44 (40%)	43 (39,1%)		110 (100%)
AH		1 (0,9%)	16 (14,5%)	29 (26,4%)	64 (58,2%)		
VD		25 (22,7%)	0 (0%)	42 (38,2%)	43 (39,1%)		
		109 (99,1%)	1 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)		
AL		31 (28,2%)	2 (1,8%)	37 (33,6%)	40 (36,4%)		
		4 (3,6%)	38 (34,5%)	17 (15,5%)	51 (46,4%)		
AR/ AP		32 (29,1%)	1 (0,9%)	34 (30,9%)	43 (39,1%)		
		109 (99,1%)	1 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)		
CHP/ H(P)		24 (21,8%)	0 (0%)	43 (39,1%)	43 (39,1%)		
		1 (0,9%)	16 (14,5%)	29 (26,4%)	64 (58,2%)		
AE/ E		31 (28,2%)	1 (0,9%)	33 (30%)	45 (40,9%)		
		109 (99,1%)	1 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)		
US		26 (23,6%)	0 (0%)	40 (36,4%)	44 (40%)		
		2 (1,8%)	27 (24,5%)	20 (18,2%)	61 (55,5%)		
T		28 (25,5%)	0 (0%)	38 (34,5%)	44 (40%)		
		27 (24,6%)	21 (19,1%)	15 (13,6%)	47 (42,7%)		
V/ P		39 (35,5%)	1 (0,9%)	27 (24,5%)	43 (39,1%)		
		16 (14,545%)	23 (20,91%)	16 (14,545%)	55 (50%)		
UCR/ MCR		1 (0,9%)	0 (0%)	23 (20,9%)	43 (39,1%)	43 (39,1%)	
		66 (60%)	1 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)	43 (39,1%)	

Pela observação da tabela verifica-se que, nos dados recolhidos dos especialistas, em todos os autocuidados o grau reduzido é o que demonstra menor percentagem de casos (entre zero e dois casos). É visível que nos graus moderado e elevado, as percentagens são muito próximas.

O maior número de casos de dependência em grau elevado encontra-se no Auto Elevar (45 - 40,9%) e o menor no Alimentar-se (40 - 36,4%). Quanto ao grau moderado o autocuidado que tem mais casos é o Tomar Banho (44 - 40%) e com menos o Usar a Cadeira de Rodas (23 - 20,9%). Com referência ao grau “sem dependência”, há mais elementos da amostra distribuídos no Virar-se (39 - 35,5%) e menos no Usar a Cadeira de Rodas (1 - 0,9%).

O item N/A (não aplicável) refere-se aos elementos da amostra que não usam cadeira de rodas, logo, que não podem ter identificado um GD para o uso da mesma.

Os resultados obtidos dos registos permitem verificar que há autocuidados (Vestir-se ou Despir-se, Arranjo Pessoal, Erguer-se e Mover-se em Cadeira de Rodas) que apresentam o mesmo comportamento percentual em todos os graus: 109 (99,1%) de elementos da amostra não tem dependência, um (0,9%) elemento tem uma dependência em grau reduzido, sendo que, tanto no grau moderado como elevado há 0% de casos. A exceção a este comportamento encontra-se no Mover-se em Cadeira de Rodas no que refere ao grau “sem dependência” com 66 casos (60%) e não 109 como nos outros autocuidados.

É nos autocuidados Higiene e Higiene (Pessoal) que se encontra a maior percentagem de dependência em grau elevado (58,2%) correspondente a 64 elementos da amostra. Verifica-se igualmente que o autocuidado Higiene é o que engloba menos casos “sem dependência”.

Na amostra, 109 dos 110 elementos não têm dependência nos autocuidados Vestir-se ou Despir-se, Arranjo Pessoal e Erguer-se (99,1%). Os autocuidados não incluídos no comportamento percentual acima referido demonstram ter, nos itens “sem dependência” e “dependente em grau elevado” o maior número de casos.

Fazendo uma observação comparativa entre as duas fontes de dados constata-se que:

- ✓ Nos registos encontram-se menos casos de dependência em grau reduzido e moderado;
- ✓ Há grandes diferenças percentuais em relação aos especialistas nos autocuidados Vestir-se ou Despir-se, Arranjo Pessoal e Erguer-se no item sem dependência;

- ✓ Nos registos existem percentagens maiores que as observadas nos especialistas, relativamente ao grau elevado;
- ✓ Observam-se mais autocuidados sem casos de dependência, ou seja, “sem dependência” nos registos;
- ✓ Não há correspondência percentual em nenhum dos autocuidados; apenas no Transferir-se (sem dependência) e no Vestir-se ou Despir-se, Arranjo Pessoal, Erguer-se e Mover-se em Cadeira de Rodas (grau reduzido) há uma aproximação dos valores.

Para verificar qual dos autocuidados apresentava maior dependência, tanto para a distribuição conseguida pelos dados dos especialistas como dos registos, foi realizada uma média ponderada das frequências em que, no item “sem dependência” as frequências foram multiplicadas por um, no grau reduzido por dois, no moderado por três e no grau elevado por quatro, em que o resultado total está expresso na tabela 8.

Tabela 8 - GD - médias ponderadas

	Especialistas	Registos
TB H	327	374
VD	323	111
AL	306	335
AR AP	308	111
CHP H (P)	325	374
AE E	312	111
US US	322	360
T	318	302
V P	294	330
UCR MCR	242	68

Constatou-se que, no caso dos especialistas, o autocuidado com maior GD é o Tomar Banho seguido do Cuidar da Higiene Pessoal; o autocuidado com menor dependência é o Usar a Cadeira de Rodas. Já nos registos, o autocuidado referente ao Mover-se em Cadeira de Rodas continua a ser o que regista menor dependência; como apresentando a maior dependência estão o autocuidado Higiene e Higiene (Pessoal) com o mesmo valor.

3.3.1 Relação com a idade

Por forma a estudar a relação entre a idade (em classes etárias) e o GD foi realizado o cruzamento entre ambas as variáveis, para cada autocuidado, assumindo o GD identificado pelos especialistas.

Apurou-se que em todos os autocuidados o GD era o mesmo para cada uma das classes etárias, o que pode ver-se na tabela 9:

Tabela 9 – O GD e a idade (classes etárias)

	Idade em classes etárias			
	< ou = 40	41-64	65-79	>ou = 80
Grau de dependência	Sem dependência e Dep. Grau elevado	Sem dependência	Dep. Grau moderado	Dep. Grau elevado

As exceções ao representado foram no Arranjar-se, em que para a classe etária 65-79 anos os GD encontrados foram o “sem dependência” e “dependente em grau moderado”; no Virar-se, para a mesma classe etária, o grau “sem dependência” e no Usar a Cadeira de Rodas em que para as classes etárias ≤ 40 e 65-79 anos observou-se o N/A.

Pode também concluir-se que a classe etária mais alta apresenta maior dependência em todos os autocuidados. O maior número de casos de independência (“sem dependência”) observa-se na classe etária 41-64 anos.

Foi testada a hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre a idade e o grau de dependência.

Para um N=110, aplicou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman entre a variável idade (em anos completos) e o GD, com os seguintes resultados:

Tabela 10 - O GD e a idade (especialistas)

		Grau de dependência (especialistas)									
		TB	VD	AL	AR	CHP	AE	US	T	V	UCR
Idade	Coef. Corr.	,398**	,395**	,378**	,402**	,416**	,407**	,403**	,393**	,373**	-,317**

(** para um nível de significância < 0,05)

Há uma correlação positiva fraca a moderada entre a idade e o GD (especialistas) de todos os autocuidados, exceto no Usar Cadeira de Rodas em que a correlação é negativa. Isto traduz que quanto maior a idade maior o GD no autocuidado, exceto no uso da cadeira de rodas em que o GD é menor.

Logo, pode afirmar-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o GD, ou seja, a hipótese em teste foi confirmada.

Tabela 11 - O GD e a idade (registos)

		Grau de dependência (registos)									
		H	VD	AL	AP	H(P)	E	US	T	P	MCR
Idade	Coef. Corr.	,444**	,127	,364**	,127	,444**	,127	,399**	,249**	,355**	-,378**

(** para um nível de significância < 0,05)

Há uma correlação positiva fraca a moderada entre a idade e o GD (registos) de todos os autocuidados, exceto nos autocuidados Vestir-se ou Despir-se, Arranjo Pessoal e Erguer-se em que não foi encontrada correlação estatisticamente significativa ($\rho > 0,05$). No Mover-se em Cadeira de Rodas há correlação negativa fraca a moderada.

A hipótese testada foi confirmada com exceção para os autocuidados Vestir-se ou Despir-se, Arranjo Pessoal e Erguer-se.

3.3.2 Relação com o género

Ao cruzar o GD (especialistas) com o género, verifica-se que, no género feminino, o GD em todos os autocuidados varia entre o grau moderado e o grau elevado, sendo que no Vestir-se ou Despir-se, Alimentar-se e Usar o sanitário estão os dois GD presentes no mesmo número. Já no género masculino há diferenças; no Alimentar-se e Virar-se a maioria dos elementos da amostra não apresenta dependência e no Usar a Cadeira de Rodas o maior nº de casos encontra-se no N/A (não usa cadeira de rodas); no Tomar Banho o mais frequente é o grau moderado sendo que nos restantes autocuidados o grau mais frequente é o elevado.

Pode concluir-se que as mulheres apresentam maior GD que os homens na generalidade dos autocuidados.

Foi testada a hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre o género e o grau de dependência.

Para verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nos GD (variável ordinal) entre os sexos (variável nominal), aplicou-se o teste de Qui-Quadrado.

No caso dos especialistas observou-se que, para os autocuidados Tomar Banho, Vestir-se ou Despir-se, Cuidar da Higiene Pessoal, Usar o Sanitário e Transferir-se não há relação estatisticamente significativa entre a o GD e o género ($p > 0,05$).

Nos restantes autocuidados (Alimentar-se, Arranjar-se, Auto Elevar, Virar-se, Usar a Cadeira de Rodas) não foi possível, estatisticamente, verificar relação entre as variáveis uma vez que foram contabilizadas mais de 20% de células com frequência esperada < 5 .

No que se refere aos registos, no autocuidado Transferir-se não há relação estatisticamente significativa entre o GD e o género ($p > 0,05$). Para o autocuidado Posicionar-se encontra-se relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Nos restantes autocuidados [Higiene, Vestir-se ou Despir-se, Alimentar-se, Arranjo Pessoal, Higiene (Pessoal), Erguer-se, Uso do Sanitário e Mover-se em Cadeira de Rodas] foram encontradas mais de 20% de células com frequência esperada < 5 , logo, não é possível verificar relação entre as variáveis a nível estatístico.

A hipótese apenas foi confirmada pelos dados dos registos no Posicionar-se.

3.3.3 Relação com o diagnóstico de admissão

Com a finalidade de estudar a relação entre o GD e o diagnóstico médico de admissão realizou-se o cruzamento entre as duas variáveis e percebeu-se que:

- ✓ O grupo diagnóstico com GD mais elevado é o do aparelho respiratório;
- ✓ O maior número de casos de dependência em grau moderado encontra-se no grupo das doenças relacionadas com o aparelho respiratório;
- ✓ O terceiro grande grupo diagnóstico encontrado na amostra - aparelho urinário - tem o maior nº de casos na dependência em grau elevado.

Estas conclusões não foram unânimes para todos os autocuidados. Assim:

- No Alimentar-se, nas doenças relacionadas com o aparelho circulatório os GD mais representados foram o “sem dependência” e “moderado”; nas relacionadas com o aparelho urinário os graus “sem dependência”, “moderado” e “elevado” apareceram com o mesmo nº de casos;
- No Virar-se, para as doenças relacionadas com o aparelho circulatório o grau presente foi o “sem dependência”
- No Usar a Cadeira de Rodas, também para as doenças do aparelho circulatório, estava presente o “N/A”.

Hipótese em teste:

Existe relação estatisticamente significativa entre o diagnóstico médico e o grau de dependência no autocuidado.

Com recurso ao teste Qui-Quadrado pretendia-se verificar a existência de diferenças entre o GD e os diferentes diagnósticos médicos. A sua aplicação refletiu a associação entre as variáveis categóricas diagnóstico médico de admissão e GD. Tanto nos especialistas como nos registos não foi possível uma vez que, em todos os autocuidados, houve mais de 20 % de células com frequências esperadas menores que 5.

Não é possível a verificação estatística de qualquer associação, ou seja, a hipótese testada não é passível de ser confirmada.

3.3.4 Relação com a dependência no domicílio

Foi estudada a relação entre a dependência no domicílio e o GD no internamento, obtido pelos dados dos especialistas. Através do cruzamento entre ambas, para todos os autocuidados, em síntese obteve-se:

Tabela 12 - O GD e a dependência no domicílio (cruzamento)

	Grau de dependência internamento	Exceções
Dependência no domicílio	+ casos de dependência em grau elevado	
Sem dependência no domicílio	+ casos "sem dependência"	TB: dependência em grau moderado (n=24) e sem dependência (n=23) UCR: N/A

Testou-se a hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre dependência no domicílio e o grau de dependência.

Aplicado o teste de Qui-Quadrado entre as variáveis dependência no domicílio e GD (tanto os identificados pelos especialistas como pelos registos) tem-se:

Tabela 13 - O GD e a dependência no domicílio (associação)

	Especialistas	Registos	Resultado
Há relação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)	TB VD CHP US T	T P	✓ A Hipótese testada foi confirmada
Mais de 20% de células com frequência esperada < 5	AL AR AE V UCR	H VD AL AP H(P) E US MCR	✗ Não foi possível, estatisticamente, verificar associação entre as variáveis

3.3.5 Relação entre os diferentes autocuidados

Estudou-se igualmente a relação do GD entre os diferentes autocuidados.

Pretendeu-se testar a hipótese:

Existe relação estatisticamente significativa entre o grau de dependência de um autocuidado e o grau de dependência de outro autocuidado.

Para tal, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Spearman (por se tratarem duas variáveis ordinais).

O teste foi aplicado tanto para verificar a correlação entre os GD identificados pelos especialistas como a correlação entre os GD dos registos.

Na tabela 14 estão espelhados os resultados referentes aos especialistas e na tabela 15 os referentes aos registos.

Tabela 14 - Associação entre os GD (especialistas)

	TB	VD	AL	AR	CHP	AE	US	T	V	UCR
TB	1,000	,989**	,932**	,954**	,975**	,940**	,974**	,964**	,913**	-,394**
VD		1,000	,942**	,962**	,975**	,950**	,985**	,975**	,920**	-,413**
AL			1,000	,899**	,937**	,893**	,928**	,915**	,871**	-,380**
AR				1,000	,941**	,948**	,960**	,953**	,929**	-,369**
CHP					1,000	,945**	,980**	,969**	,916**	-,403**
AE						1,000	,964**	,974**	,947**	-,461**
US							1,000	,989**	,934**	-,422**
T								1,000	,941**	-,411**
V									1,000	-,399**
UCR										1,000

Os resultados obtidos permitem verificar a existência de uma correlação positiva muito forte entre os GD de todos os autocuidados, exceto no GD do Usar a Cadeira de Rodas que apresenta uma correlação negativa fraca a moderada com os graus dos outros autocuidados.

Pode afirmar-se que existe relação estatisticamente significativa entre o GD de um autocuidado com o GD de outro autocuidado. A hipótese testada foi confirmada.

Tabela 15 - Associação entre os GD (registos)

	H	VD	AL	AP	H(P)	E	US	T	P	MCR
H	1,000	,078	,848**	,078	1,000**	,078	,922**	,707**	,915**	-,722**
VD		1,000	,096	1,000**	,078	1,000**	,082	,100	,089	,041
AL			1,000	,096	,848**	,096	,870**	,636**	,885**	-,602**
AP				1,000	,078	1,000**	,082	,100	,089	,041
H(P)					1,000	,078	,922**	,707**	,915**	-,722**
E						1,000	,082	,100	,089	,041
US							1,000	,684**	,889**	-,660**
T								1,000	,761**	-,581**
P									1,000	-,699**
MCR										1,000

Analisando a tabela conclui-se que existe uma:

- Correlação positiva perfeita entre o autocuidado Higiene e Higiene (Pessoal); Vestir-se ou Despir-se e Arranjo Pessoal e Erguer-se; Arranjo Pessoal e Erguer-se;
- Correlação positiva forte/muito forte entre o autocuidado Higiene e Alimentar-se, Uso do Sanitário, Transferir-se e Posicionar-se; Alimentar-se e Higiene (Pessoal); Higiene (Pessoal) e Uso do Sanitário, Transferir-se e Posicionar-se; Uso do Sanitário e Transferir-se e Posicionar-se;
- Correlação positiva forte entre Alimentar-se e Transferir-se; Transferir-se e Posicionar-se;
- Correlação positiva moderada/forte entre Transferir-se e Mover-se em Cadeira de Rodas;
- Correlação negativa forte entre o autocuidado Higiene, Alimentar-se, Higiene (Pessoal), Uso do Sanitário, Transferir-se e Posicionar com o Mover-se em Cadeira de Rodas.

Globalmente, verifica-se que os GD dos autocuidados se relacionam todos com o GD do Transferir-se e Posicionar-se.

Quanto maior o GD dos autocuidados menor o do Mover-se em Cadeira de Rodas ou vice-versa.

Não há correlação entre o autocuidado Higiene e Vestir-se ou Despir-se e Arranjo Pessoal; Arranjo Pessoal e Higiene (Pessoal), Erguer-se e Transferir-se, e Erguer-se e Posicionar-se.

Pode afirmar-se que existe relação estatisticamente significativa entre o GD de um autocuidado com o GD de outro autocuidado exceto entre os autocuidados em que não há correlação. A hipótese testada foi confirmada exceto entre os autocuidados Higiene - Vestir-se/Despir-se, Higiene-Arranjo Pessoal, Arranjo pessoal-Higiene (Pessoal), Erguer-se - Transferir-se e Erguer-se - Posicionar-se.

3.3.6 Diferença entre a avaliação dos especialistas e os registos

Igualmente pertinente foi estudar a diferença dos GD identificados pelos especialistas e os descritos pelos registos.

Primeiramente realizaram-se cruzamentos, para os diferentes autocuidados, entre os GD. Os dados obtidos encontram-se em tabela, com descrição dos achados mais relevantes:

❖ Tomar banho/Higiene

Tabela 16 - O GD no Tomar Banho/Higiene

		Registos				Total
		Sem dependência	Grau reduzido	Grau moderado	Grau elevado	
Especialistas	Sem dependência	1	12	10	0	23
	Grau moderado	0	3	19	22	44
	Grau elevado	0	1	0	42	43
Total		1	16	29	64	110

Apenas um caso (em 23) tem correspondência no grau “sem dependência”.

Apenas 19 em 44 casos correspondem no grau moderado.

No grau elevado há consonância em 42 de 43 casos logo, é no grau elevado que há maior concordância de grau entre especialistas e registos para o Tomar Banho/Higiene.

❖ Vestir-se/Despir-se

Tabela 17 - O GD no Vestir-se/Despir-se

		Registos		Total
		Sem dependência	Grau reduzido	
Especialistas	Sem dependência	25	0	25
	Grau moderado	42	0	42
	Grau elevado	42	1	43
Total		109	1	110

Há correspondência total (25 de 25) de casos para o grau “sem dependência” entre os especialistas e os registos.

A totalidade de casos (42) com grau moderado para os especialistas apresenta “sem dependência” nos registos, ou seja, não há qualquer correspondência.

Dos 43 casos com grau elevado identificado pelos especialistas 42 são, nos registos, “sem dependência”.

Para o autocuidado Vestir-se ou Despir-se só há coincidência de grau no “sem dependência”.

❖ Alimentar-se

Tabela 18 - O GD no Alimentar-se

		Registos				Total
		Sem dependência	Grau reduzido	Grau moderado	Grau elevado	
Especialistas	Sem dependência	1	24	5	1	31
	Grau reduzido	1	1	0	0	2
	Grau moderado	1	12	10	14	37
	Grau elevado	1	1	2	36	40
Total		4	38	17	51	110

Apenas um em 31 dos casos com “sem dependência” nos especialistas tem a mesma correspondência em grau nos registos.

Um caso (em 2) tem correspondência no grau “reduzido” entre especialistas e registos.

Apenas 10 casos em 37 têm correspondência “moderado” entre especialistas e registos.

A quase totalidade de 40 casos (36) que apresentam grau elevado nos especialistas” tem o mesmo grau nos registos.

É no grau elevado que há maior concordância de grau entre especialistas e registos.

❖ Arranjar-se/Arranjo Pessoal

Tabela 19 - O GD no Arranjar-se/Arranjo Pessoal

		Registos		Total
		Sem dependência	Grau reduzido	
Especialistas	Sem dependência	32	0	32
	Grau reduzido	1	0	1
	Grau moderado	34	0	34
	Grau elevado	42	1	43
Total		109	1	110

Os 32 casos com o grau “sem dependência” nos especialistas apresentam o mesmo grau nos registos.

Os casos de grau reduzido, moderado e elevado identificados pelos especialistas não têm qualquer correspondência com os registos estando, na sua grande maioria alocados ao grau “sem dependência”.

Para o autocuidado Arranjar-se/Arranjo Pessoal só há coincidência de grau no “sem dependência”.

❖ Cuidar da Higiene Pessoal/Higiene (Pessoal)

Tabela 20 - O GD no Cuidar da Higiene Pessoal/Higiene (Pessoal)

		Registos				Total
		Sem dependência	Grau reduzido	Grau moderado	Grau elevado	
Especialistas	Sem dependência	1	12	11	0	24
	Grau moderado	0	3	18	22	43
	Grau elevado	0	1	0	42	43
Total		1	16	29	64	110

Apenas um caso tem sem dependência nos dois instrumentos.

De 43 casos identificados pelos especialistas com grau moderado, apenas 18 têm correspondência nos registos.

Quanto ao grau elevado, dos 43 casos em que os especialistas identificaram esse grau, 42 também manifestam esse grau nos registos, sendo aqui que se encontra a maior correspondência de graus.

❖ Auto elevar/Erguer-se

Tabela 21 - O GD no Auto elevar/Erguer-se

		Registos		Total
		Sem dependência	Grau reduzido	
Especialistas	Sem dependência	31	0	31
	Grau reduzido	1	0	1
	Grau moderado	33	0	33
	Grau elevado	44	1	45
Total		109	1	110

A totalidade dos 31 casos que apresentam grau “sem dependência” nos especialistas tem o mesmo grau nos registos. Há correspondência total.

Nos restantes GD não há qualquer consonância entre especialistas e registos.

Para o autocuidado Auto Elevar-se/Erguer-se só há coincidência de grau no “sem dependência”.

❖ Usar o sanitário/Usado do Sanitário

Tabela 22 - O GD no Usar o Sanitário/Usado do Sanitário

		Registos				Total
		Sem dependência	Grau reduzido	Grau moderado	Grau elevado	
Especialistas	Sem dependência	1	18	6	1	26
	Grau moderado	1	8	12	19	40
	Grau elevado	0	1	2	41	44
Total		2	27	20	61	110

De 26 casos “sem dependência” no instrumento preenchido pelos especialistas apenas um nos registos tem o mesmo grau.

De 40 casos identificados pelos especialistas como tendo grau moderado somente 12 apresentam o mesmo grau nos registos.

No grau elevado de dependência, 41 dos 44 casos com esse grau nos especialistas tem o mesmo grau nos registos, sendo o cruzamento onde se obtém maior correspondência.

❖ Transferir-se

Tabela 23 - O GD no Transferir-se

		Registos				Total
		Sem dependência	Grau reduzido	Grau moderado	Grau elevado	
Especialistas	Sem dependência	13	13	2	0	28
	Grau moderado	5	8	11	14	38
	Grau elevado	9	0	2	33	44
Total		27	21	15	47	110

De 28 casos “sem dependência” para os especialistas, 13 correspondem totalmente com o mesmo grau, nos registos.

Onze de 38 casos com “moderado” atribuído pelos especialistas apresentam o mesmo grau nos registos.

Em 44 casos com grau elevado identificado pelos especialistas, 33 têm o mesmo grau nos registos. É neste GD que há maior correspondência entre especialistas e registos.

❖ Virar-se/Posicionar-se

Tabela 24 - O GD no Virar-se/Posicionar-se

		Registos				Total
		Sem dependência	Grau reduzido	Grau moderado	Grau elevado	
Especialistas	Sem dependência	11	21	5	2	39
	Grau reduzido	1	0	0	0	1
	Grau moderado	3	2	9	13	27
	Grau elevado	1	0	2	40	43
Total		16	23	16	55	110

Identificados pelos especialistas como tendo grau “sem dependência” encontram-se 39 casos. Desses, somente 11 coincidem totalmente com os registos.

O único caso com grau reduzido para os especialistas encontra-se sem dependência nos registos.

Nove dos 27 casos com grau moderado para os especialistas têm o mesmo grau atribuído nos registos.

Dos 43 com grau elevado para os especialistas, a grande maioria (40) tem o mesmo grau nos registos, sendo neste item que há maior correspondência de graus.

❖ Usar a cadeira de rodas/Mover-se em cadeira de rodas

Tabela 25 - O GD no Usar a Cadeira de Rodas/Mover-se em Cadeira de Rodas

		Registos			Total
		Sem dependência	Grau reduzido	N/A	
Especialistas	Sem dependência	1	0	0	1
	Grau moderado	23	0	0	23
	Grau elevado	42	1	0	43
	N/A (não usa cadeira de rodas)	0	0	43	43
Total		66	1	43	110

O único caso “sem dependência” é totalmente correspondente entre especialistas e registos.

Tanto para o grau moderado como para o elevado não há correspondência alguma entre os dados dos dois instrumentos.

Quanto ao grau elevado, dos 43 casos em que os especialistas identificaram esse grau, 42 encontram-se com o grau “sem dependência”, ou seja, não há correspondência neste cruzamento.

Apenas no item N/A há correspondência total entre especialistas e registos (43 casos).

Como conclusão global dos cruzamentos efetuados retira-se que, na amostra analisada, em nenhum dos autocuidados há correspondência integral da avaliação feita pelos especialistas relativamente ao GD dos diferentes autocuidados e os registos de enfermagem que traduzem os cuidados prestados aos doentes.

Aplicou-se também o Coeficiente de Correlação de Spearman por forma a perceber se existe relação entre os GD mencionados por parte dos especialistas e os que constavam nos registos, efetuados pelos generalistas.

A tabela 26 apresentada seguidamente mostra os resultados do referido teste.

Tabela 26 - Associação entre os GD (especialistas/registos)

		Registos									
		H	VD	AL	AP	H(P)	E	US	T	P	MCR
Especialistas	TB	,747**	,109	,712**	,109	,747**	,109	,701**	,519**	,738**	-,663**
	VD	,760**	,108	,712**	,108	,760**	,108	,709**	,516**	,744**	-,678**
	AL	,736**	,112	,704**	,112	,736**	,112	,707**	,516**	,735**	-,636**
	AR	,767**	,107	,742**	,107	,767**	,107	,723**	,525**	,751**	-,644**
	CHP	,749**	,108	,707**	,108	,749**	,108	,701**	,515**	,741**	-,670**
	AE	,794**	,104	,750**	,104	,794**	,104	,750**	,551**	,786**	-,720**
	US	,768**	,106	,726**	,106	,768**	,106	,716**	,528**	,762**	-,691**
	T	,773**	,106	,733**	,106	,773**	,106	,738**	,534**	,768**	-,685**
	V	,781**	,108	,730**	,108	,781**	,108	,735**	,563**	,763**	-,674**
	UCR	-,579**	-,031	-,407**	-,031	-,579**	-,031	-,506**	-,472**	-,535**	,904**

Pela observação da tabela constata-se que:

- Nos autocuidados Vestir-se ou Despir-se, Arranjo Pessoal e Erguer-se não há correlação entre especialistas e registos em qualquer GD;
- Há uma correlação positiva muito forte entre o Usar a Cadeira de Rodas e Mover-se em Cadeira de Rodas;
- Existe uma correlação positiva forte entre o Tomar Banho e o autocuidado Higiene, Alimentar-se, Higiene (Pessoal), Uso do Sanitário e Posicionar-se; a mesma correlação acontece com os restantes autocuidados (exceto no Usar a Cadeira de Rodas);
- Há uma correlação positiva moderada entre o Transferir-se (dos registos) e Tomar Banho, Vestir-se ou Despir-se, Alimentar-se, Cuidar da Higiene Pessoal, Auto Elevar, Usar o Sanitário, Transferir-se e Virar-se;
- Há uma correlação negativa forte entre o Mover-se em Cadeira de Rodas com todos os autocuidados (exceto o Usar a Cadeira de Rodas);
- Existe uma correlação negativa moderada entre o Usar a Cadeira de Rodas e Tomar Banho, Alimentar-se (dos registos), Higiene (Pessoal), Uso do Sanitário, Transferir-se (dos registos) e Posicionar-se.

Testou-se a hipótese:

Existem diferenças estatisticamente significativas entre o grau de dependência identificado pelos especialistas e o grau de dependência identificado pelos generalistas.

Foi aplicado o teste de Wilcoxon uma vez que se pretendia estudar a existência de diferenças dos GD em dois momentos (registos e especialistas), sobre os mesmos sujeitos em que a variável principal não é intervalar.

Veja-se o resultado expresso na tabela 27:

Tabela 27 - Diferenças entre os GD

	TB	VD	AL	AP	CHP	AE	US	T	V	UCR
Z	-5,317	-8,265	-3,016	-7,916	-5,392	-7,972	-4,013	-1,115	-3,676	-7,341
P	,000	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,265	,000	,000

Há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre o GD identificado nos registos e o dos especialistas exceto no autocuidado Transferir-se ($p = 0,265$). A hipótese testada confirma-se excetuando para esse autocuidado.

A localização das diferenças não é possível conhecer pelos resultados obtidos mas a descrição dos cruzamentos realizados feita anteriormente permite elucidar sobre o comportamento do GD entre as duas fontes de dados.

3.4 Intervenções de enfermagem

Depois de estudar o comportamento da amostra quanto aos GD nos diversos autocuidados, importa saber se há uma correta ligação entre eles e o plano de intervenções traçado.

Assim, realizou-se uma análise da distribuição da amostra quanto à correspondência (total, parcial, não corresponde ou N/A) das intervenções selecionadas e os GD, para cada autocuidado, tanto para os dados recolhidos dos especialistas como dos registos. Esta análise partiu do assumir prévio de um critério de correspondência, por parte do investigador.

A tabela 28 mostra a distribuição encontrada, para uma amostra de 110 elementos, no caso dos especialistas.

Tabela 28 - O GD e as intervenções (especialistas)

	Correspondem totalmente	Correspondem parcialmente	Não correspondem	N/A
TB	104	6		
VD	101	9		
AL	100	10		
AR	95	15		
CHP	105	5		
AE	98	12	0	
US	99	11		
T	100	10		
V	91	19		
UCR	62	6		42

Os dados permitem constatar que:

- ✓ Não há nenhum autocuidado em que as intervenções não correspondam ao GD;
- ✓ Em todos os autocuidados a frequência de casos com correspondência total é elevada, sendo a maior no Cuidar da Higiene Pessoal (105 em 110 elementos). O autocuidado que regista menor correspondência total é o Usar a Cadeira de Rodas com 62 casos;
- ✓ Em todos os autocuidados há casos de correspondência parcial sendo mais frequente no Virar-se e menos no Cuidar da Higiene Pessoal.

A tabela 29 mostra a distribuição encontrada, no caso dos registos.

Tabela 29 - O GD e as intervenções (registos)

	Correspondem totalmente	Correspondem parcialmente	Não correspondem	N/A
H	107		3	
VD	81		29	
AL	74		36	
AP	110 **	0	0	
H(P)	7		103 *	
E	110 **		0	
US	105	3	2	
T	106		4	
P	106	0	4	
MCR	68		1	41

*O Cuidar da Higiene Pessoal foi considerado nos registos como Higiene, logo com o mesmo GD

**Nunca foram identificados (sem dependência) » nunca tiveram intervenções, daí os 100%

Os dados permitem constatar que:

- ✓ Há mais casos de não correspondência do que nos especialistas;
- ✓ Ao contrário dos especialistas em que o Cuidar da Higiene Pessoal era o autocuidado com maior correspondência total, no caso dos registos é o que tem menor;
- ✓ O Mover-se em Cadeira de Rodas, tal como nos especialistas é o autocuidado com menor correspondência total;
- ✓ Ao contrário dos especialistas, em que em todos os autocuidados havia casos de correspondência parcial, nos registos apenas um autocuidado (Uso do Sanitário) apresenta tal correspondência e numa frequência baixa (casos).

Foi também estudada a distribuição da amostra quanto à seleção (sim, não ou N/A) das intervenções específicas dos equipamentos e estratégias adaptativas, para cada autocuidado, tanto para por parte dos especialistas como dos registos (tabela 30).

Tabela 30 - As intervenções e os equipamentos/estratégias adaptativas

	TB	VD	AL	AR	CHP	AE	US	T	V	UCR
Sim	41 0	36 0	34 0	36 0	35 0	34 0	36 0	35 0	34 0	29 0
Não	69 110	74 110	76 110	74 110	75 110	76 110	74 110	75 110	76 110	40 67
N/A										41 43

*Números a negrito correspondem aos especialistas

No que se refere aos especialistas, em todos os autocuidados foram selecionadas intervenções relacionadas com os equipamentos/estratégias adaptativas no âmbito do ensinar, instruir e treinar, enquanto nos registos se verificou que em nenhum autocuidado esse tipo de intervenção foi selecionado.

Foi também importante analisar a correspondência (correspondem totalmente, parcialmente, não correspondem e N/A) das intervenções com os GD (tabela 31). Assumiu-se, igualmente, um critério de correspondência prévio.

Tabela 31 - Intervenções (especialistas/registos)

	TB	VD	AL	AR	CHP	AE	US	T	V	UCR
Correspondem totalmente							1 0,9%	1 0,9%	1 0,9%	
Correspondem parcialmente	63 57,3%	20 18,2%	50 45,5%		3 2,7%	1 0,9%	62 56,4%	43 39,1%	48 43,6%	1 0,9%
Não correspondem	47 42,7%	90 81,8%	60 54,5%	110 100%	107 97,3%	109 99,1%	47 42,7%	66 60%	61 55,5%	68 61,8%
N/A										41 37,3%

Os autocuidados Uso do Sanitário, Transferir-se e Virar-se são os únicos em que há correspondência total das intervenções mas em apenas um caso.

Em todos os autocuidados a maior percentagem encontra-se no item “não correspondem”, exceto no Uso do Sanitário em que o maior nº de casos ocorre na correspondência parcial.

Há maior frequência de não correspondência nos autocuidados Vestir-se ou Despir-se, Cuidar da Higiene Pessoal, Auto Elevar, Transferir-se, Virar-se e Usar a Cadeira de Rodas.

No autocuidado Arranjar-se, dos 110 casos da amostra, nenhum tem correspondência das intervenções.

Para todos os autocuidados, analisou-se isoladamente a consonância entre especialistas e registos de cada intervenção.

A intervenção “Avaliar...” selecionada em todos os casos, pelos especialistas não se encontrava nos registos de nenhum elemento da amostra por não estar parametrizada no SAPE®.

Como já constatado, nenhuma intervenção relacionada com os equipamentos/estratégias adaptativas (selecionar, providenciar, ensinar, instruir e treinar) foi selecionada nos registos.

A cada intervenção corresponde um “sim” se a mesma foi selecionada e “não” caso não o tenha sido:

❖ Tomar banho/ Higiene

- Dar banho: 44 sins nos especialistas, 43 nos registos;
- Assistir: 43 sins dos especialistas, 18 nos registos;
- Supervisionar: 108 não nos especialistas, 92 nos registos;
- Incentivar: 82 sins nos especialistas, 1 nos registos;

- ❖ Vestir-se/Despir-se
 - Vestir/despir: 45 sins nos especialistas, 18 nos registos;
 - Assistir: 40 sins nos especialistas, 3 nos registos;
 - Supervisionar e incentivar: totalidade dos sins dos especialistas é não nos registos (não há correspondência);

- ❖ Alimentar-se
 - Alimentar: em 41 sins nos especialistas, 37 nos registos;
 - Assistir: 38 sins nos especialistas, 11 nos registos;
 - Supervisionar e incentivar: a totalidade dos sins dos especialistas é não nos registos (não há correspondência);

- ❖ Arranjar-se/ Arranjo Pessoal
 - Arranjar, assistir, supervisionar, incentivar e organizar: totalidade dos casos sins nos especialistas é não nos registos;

- ❖ Cuidar da Higiene Pessoal/ Higiene (Pessoal)
 - Cuidar da higiene pessoal: 43 sins nos especialistas, 3 nos registos;
 - Assistir, supervisionar e incentivar: totalidade dos sins dos especialistas é não nos registos (não há correspondência);

- ❖ Auto elevar/Erguer-se
 - Auto elevar, assistir, supervisionar e incentivar: totalidade dos sins dos especialistas é não nos registos (não há correspondência);

- ❖ Usar o sanitário/Usado do Sanitário
 - Colocar fralda: 48 sins dos especialistas, 45 nos registos;
 - Providenciar aparadeira: 34 sins dos especialistas, 15 nos registos;
 - Incentivar e supervisionar: totalidade dos sins dos especialistas é não nos registos (não há correspondência);
 - Assistir: 40 sins dos especialistas, 13 nos registos;

- ❖ Transferir-se
 - Transferir: 46 sins nos especialistas, 34 nos registos;
 - Assistir: 37 sins nos especialistas, 11 nos registos;
 - Supervisionar: 2 sins nos especialistas, 1 nos registos;
 - Incentivar: totalidade dos sins dos especialistas é não nos registos (não há correspondência);

- ❖ Virar-se/Posicionar-se
 - Virar: 43 sins nos especialistas, 40 nos registos;
 - Assistir: 26 sins nos especialistas, 7 nos registos;
 - Supervisionar: 3 sins nos especialistas, 2 nos registos;
 - Incentivar: totalidade dos sins dos especialistas é não nos registos (não há correspondência);

- ❖ Usar a Cadeira de Rodas/Mover-se em Cadeira de Rodas
 - Mobilizar, providenciar, incentivar e supervisionar: totalidade dos sins dos especialistas é não nos registos (não correspondência); apenas no N/A a correspondência é total em todas as intervenções;
 - Assistir: 23 sins nos especialistas, 1 nos registos.

Dos 10 autocuidados, em 9, a intervenção incentivar é a que menos correspondência tem entre especialistas e registos, seguida da intervenção supervisionar (em 7).

Nos autocuidados Arranjar-se e Auto Elevar não há correspondência em nenhuma intervenção.

Nos autocuidados Cuidar da Higiene Pessoal e Usar a Cadeira de Rodas apenas uma das intervenções tem correspondência.

Nos autocuidados Tomar Banho, Vestir-se ou Despir-se e Alimentar-se a intervenção “assistir...” é a que tem mais correspondência.

Nos autocuidados Usar o Sanitário, Transferir-se e Virar-se as intervenções de substituição (colocar fralda, transferir, virar) são as com mais correspondência.

Testou-se a hipótese:

Existem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as intervenções selecionadas pelos generalistas.

Foi aplicado o teste de Wilcoxon uma vez que se pretendia estudar a existência de diferenças entre as intervenções em dois momentos (registos e especialistas), sobre os mesmos sujeitos, em que a variável principal não é intervalar.

Há achados estatisticamente significativos para um nível de significância (bilateral) inferior a 0,05.

Veja-se o resultado expresso nas tabelas seguintes:

Tabela 32 - Diferenças entre intervenções no Tomar banho/Higiene

INTERVENÇÕES	Z	ρ
Avaliar o autocuidado: tomar banho	-10,488	,000
Dar banho	-4,379	
Assistir no tomar banho	-2,744	,006
Supervisionar a pessoa a tomar banho	-3,638	
Incentivar a pessoa a tomar banho	-9,000	
Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para tomar banho	-6,928	
Providenciar equipamento adaptativo para tomar banho	-6,928	
Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho		,000
Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho		
Treinar o uso de equipamento adaptativo para tomar banho	-6,403	
Ensinar sobre estratégia adaptativa para tomar banho		
Instruir sobre estratégia adaptativa para tomar banho		
Treinar estratégia adaptativa para tomar banho		

Há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos relativas.

Tabela 33 - Diferenças entre intervenções no Vestir-se/Despir-se

INTERVENÇÕES	Z	ρ
Avaliar o autocuidado: vestir-se ou despir-se	-10,488	
Vestir/despir a pessoa	-3,656	,000
Assistir no vestir/despir	-5,604	
Supervisionar a pessoa a vestir/despir	-,577	,564
Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se	-9,055	
Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para vestir-se/despir-se	-6,557	
Providenciar equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se		
Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se		,000
Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se		
Treinar o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se	-5,916	
Ensinar sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se		
Instruir sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se		
Treinar estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se		

Há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos relativas exceto na intervenção “Supervisionar a pessoa a vestir-se/despir-se” ($p = 0,564$).

Tabela 34 - Diferenças entre intervenções no Alimentar-se

INTERVENÇÕES	Z	p
Avaliar o autocuidado: alimentar-se	-10,440	,000
Alimentar a pessoa	-2,357	,018
Assistir no alimentar-se	-3,430	,001
Supervisionar a pessoa a alimentar-se	-2,236	,025
Incentivar a pessoa a alimentar-se	-9,000	
Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para alimentar-se	-6,481	
Providenciar equipamento adaptativo para alimentar-se	-6,403	
Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se		,000
Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se		
Treinar o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se	-5,831	
Ensinar sobre estratégia adaptativa para alimentar-se		
Instruir sobre estratégia adaptativa para alimentar-se		
Treinar estratégia adaptativa para alimentar-se		

Há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos.

Tabela 35 - Diferenças entre intervenções no Arranjar-se/Arranjo Pessoal

INTERVENÇÕES	Z	p
Avaliar o autocuidado: arranjar-se	-10,488	
Arranjar a pessoa	-6,633	,000
Assistir no arranjar-se	-5,745	
Supervisionar a pessoa a arranjar-se	-1,414	,157
Incentivar a pessoa a arranjar-se	-9,055	
Organizar os materiais para o arranjar-se	-6,403	
Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para arranjar-se	-6,633	
Providenciar equipamento adaptativo para arranjar-se	-6,633	
Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se		,000
Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se		
Treinar o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se	-6,000	
Ensinar sobre estratégia adaptativa para arranjar-se		
Instruir sobre estratégia adaptativa para arranjar-se		
Treinar estratégia adaptativa para arranjar-se		

Há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos exceto na intervenção “Supervisionar a pessoa a arranjar-se” ($p = 0,157$).

Tabela 26 - Diferenças entre intervenções no Cuidar da Higiene Pessoal/Higiene (Pessoal)

INTERVENÇÕES	Z	ρ
Avaliar o autocuidado: cuidar da higiene pessoal	-10,488	
Cuidar da higiene pessoal	-6,633	,000
Assistir no cuidar da higiene pessoal	-5,745	
Supervisionar a pessoa a cuidar da higiene pessoal	-1,414	,157
Incentivar a pessoa a cuidar da higiene pessoal	-9,055	
Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para cuidar da higiene pessoal	-6,403	
Providenciar equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	-6,633	
Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	-6,633	
Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal		,000
Treinar o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal		
Ensinar sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal	-6,000	
Instruir sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal		
Treinar estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal		

Há diferenças estatisticamente significativas ($\rho < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos exceto na intervenção “Supervisionar a pessoa a cuidar da higiene pessoal” ($\rho = 0,317$).

Tabela 37 - Diferenças entre intervenções no Auto elevar/Erguer-se

INTERVENÇÕES	Z	ρ
Avaliar o autocuidado: auto elevar	-10,488	
Elevar parte do corpo	-6,782	,000
Assistir no auto elevar parte do corpo	-5,477	
Supervisionar a pessoa a auto elevar parte do corpo	-1,732	,083
Incentivar a pessoa a auto elevar parte do corpo	-8,944	
Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para auto elevar parte do corpo	-6,403	
Providenciar equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo	-6,481	
Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo		,000
Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo		
Treinar o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo	-5,831	
Ensinar sobre estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo		
Instruir sobre estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo		
Treinar estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo		

Há diferenças estatisticamente significativas ($\rho < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos exceto na intervenção “Supervisionar a pessoa a auto elevar parte do corpo” ($\rho = 0,083$).

Tabela 38 - Diferenças entre intervenções no Usar o Sanitário/Use do Sanitário

INTERVENÇÕES	Z	ρ
Avaliar o autocuidado: usar o sanitário	-10,488	,000
Colocar fralda	-2,982	,003
Providenciar/colocar aparadeira/urinol	-,507	,612
Incentivar a pessoa a usar o sanitário	-9,000	,000
Supervisionar a pessoa no uso do sanitário	-4,600	,000
Assistir no usar o sanitário	-3,430	,001
Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para usar o sanitário	-6,557	
Providenciar equipamento adaptativo para usar o sanitário	-6,410	
Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário		
Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	-6,000	,000
Treinar o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário		
Ensinar sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário	-5,916	
Instruir sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário		
Treinar estratégia adaptativa para usar o sanitário	-6,000	

Há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos exceto na intervenção “Providenciar aparadeira/urinol” ($p = 0,612$).

Tabela 39 - Diferenças entre intervenções no Transferir-se

INTERVENÇÕES	Z	ρ
Avaliar o autocuidado: transferir-se	-10,440	,000
Transferir a pessoa	-,392	,695
Assistir no transferir-se	-4,017	
Supervisionar a pessoa a transferir-se	-3,900	
Incentivar a pessoa a transferir-se	-9,000	
Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para transferir-se	-6,633	
Providenciar equipamento adaptativo para transferir-se		
Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para transferir-se		,000
Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para transferir-se		
Treinar o uso de equipamento adaptativo para transferir-se		
Ensinar sobre estratégia adaptativa para transferir-se	-5,916	
Instruir sobre estratégia adaptativa para transferir-se		
Treinar estratégia adaptativa para transferir-se		

Há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos exceto na intervenção “Transferir a pessoa” ($p = 0,695$).

Tabela 40 - Diferenças entre intervenções no Virar-se/Posicionar-se

INTERVENÇÕES	Z	ρ
Avaliar o autocuidado: virar-se	-10,488	,000
Virar a pessoa	-2,982	,003
Assistir no virar-se	-2,353	,019
Supervisionar a pessoa a virar-se	-4,379	
Incentivar a pessoa a virar-se	-9,000	
Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para virar-se	-6,481	
Providenciar equipamento adaptativo para virar-se		,000
Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se		
Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se		
Treinar o uso de equipamento adaptativo para virar-se	-5,831	
Ensinar sobre estratégia adaptativa para virar-se		
Instruir sobre estratégia adaptativa para virar-se		
Treinar estratégia adaptativa para virar-se		

Há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos.

Tabela 41 - Diferenças entre intervenções no Usar a cadeira de rodas/Mover-se em cadeira de rodas

INTERVENÇÕES	Z	ρ
Avaliar o autocuidado: usar a cadeira de rodas	-8,185	
Mobilizar a pessoa em cadeira de rodas	-6,708	
Providenciar cadeira de rodas	-7,681	,000
Assistir no usar a cadeira de rodas	-4,690	
Incentivar a pessoa a usar a cadeira de rodas	-5,831	
Supervisionar a pessoa a usar a cadeira de rodas	-1,414	,157
Ensinar sobre o uso de cadeira de rodas		
Instruir sobre o uso de cadeira de rodas	-5,385	,000
Treinar o uso de cadeira de rodas		

Há diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos exceto na intervenção “Supervisionar a pessoa a usar a cadeira de rodas” ($\rho = 0,157$).

Pela verificação de todos os testes realizados, pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as registadas, exceto as já mencionadas em cada autocuidado.

A hipótese testada foi confirmada.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E REFLEXÃO PARA UM MODELO DE SCE

No presente capítulo, discutem-se os resultados apresentados no capítulo anterior, com a intenção de melhor clarificar o seu significado. Esta discussão permite igualmente detetar necessidades em SCE e, a partir delas, delinear estratégias de intervenção face às mesmas. Os contributos dados aqui serão úteis para a construção de um modelo de SCE a implementar no serviço de medicina A do CHMA numa fase seguinte.

Para uma mais fácil visualização do exposto, será feita uma divisão das áreas a discutir de acordo com a utilizada para a apresentação dos dados. Assim temos:

✚ Caracterização da amostra

Os dados permitiram constatar que da amostra de 110 elementos em estudo a maioria era do sexo masculino, com uma média de idades de 73,14 anos. A classe etária predominante foi a dos 65-79 anos.

Foram encontrados três grandes grupos de diagnósticos médicos (doenças do foro respiratório, circulatório e urinário), os quais motivaram o internamento.

A maioria dos elementos tinha uma situação de dependência no domicílio.

O conhecimento das características da amostra é fundamental para melhor direcionar um plano estratégico de ação.

✚ Avaliação inicial

Relativamente à AI, em 79,9% dos casos o autocuidado foi referido, embora o único mencionado fosse o relativo à higiene.

Apesar da percentagem referida ser elevada, os restantes casos em que o mesmo não acontece são alvo de preocupação uma vez que, sendo a AI um instrumento que permite aglomerar todo o conhecimento relativo ao doente no momento da admissão e que, posteriormente, é útil para que a equipa de

enfermagem planifique melhor e mais uniformemente os cuidados prestados ao longo do internamento, seria de esperar que o mesmo contivesse toda a informação relevante. **A AI deve ser o mais completa possível e, sendo o autocuidado um foco de enfermagem de extrema relevância, não deve ser omitido da mesma.**

Quando mencionado o autocuidado, o seu **GD foi muitas vezes omitido** (apenas em 16,4% - 18 casos - foi constatado). Destes 18 casos, **casos houve em que o GD foi referido não no item indicado para o autocuidado mas sim no relativo à atividade motora.**

Como referido, a AI deve ser o mais completa possível, respeitando os itens corretos para a colocação de cada informação. Um não conhecimento ou não referência tanto ao autocuidado como ao seu GD traduz-se em cuidados estruturados de uma forma negligenciada e pouco rigorosa.

Uma dificuldade encontrada inicialmente foi a não correspondência de alguns autocuidados e intervenções entre os instrumentos construídos e o aplicativo SAPE® em uso no serviço (ANEXO VI). Por exemplo, na questão do autocuidado Cuidar da Higiene Pessoal, este foco não foi encontrado no serviço. Todas as questões relativas à higiene do doente se traduziam no uso do foco Autocuidado Higiene; assim, a solução encontrada foi considerar que, ao estar presente um diagnóstico de enfermagem que contivesse o foco Autocuidado Higiene, no instrumento aplicado aos registos o Cuidar da Higiene Pessoal estava identificado, e com o mesmo GD.

Já no campo das intervenções, nos instrumentos encontravam-se, para todos os autocuidados, intervenções no âmbito do supervisionar. Verificando o anexo acima referido é possível perceber que no serviço, em alguns casos aparece o termo “observar” e não “supervisionar”, ou não há correspondência de todo, ou ainda aparece o termo “observar” e “supervisar” para um mesmo autocuidado. Assim, decidiu-se que estando presente nos registos uma intervenção no âmbito do “observar” seria considerado presente o “supervisionar” nos instrumentos de colheita de dados.

A intervenção “Avaliar...” selecionada em todos os casos pelos especialistas não se encontrava nos registos de nenhum elemento da amostra por não estar parametrizada no SAPE®, o que não significa que a mesma não seja implementada na prática uma vez que, para verificar se o GD de um autocuidado se mantém, é necessário realizá-la.

Foi encontrada alguma **confusão relativa aos focos “Autocuidado vestuário” e “Vestir-se ou Despir-se”**. Em nenhum elemento da amostra foi visível o uso do foco “Vestir-se ou despir-se” mas sim do “Autocuidado Vestuário”. Explicações possíveis para tal podem ser:

- Pode haver alguma confusão de conceitos entre os dois focos referidos uma vez que o primeiro se refere ao ato mental de escolher o vestuário de acordo com o contexto e o segundo ao ato físico de vestir ou despir as peças de vestuário; a identificação mais correta seria então o “Vestir-se ou despir-se”;
- O facto de, na parametrização, o “Vestir-se ou despir-se” ser dois focos separados; mesmo assim não justifica o uso de um foco errado.

Neste sentido, **torna-se necessário clarificar os conceitos utilizados**, de modo a prestar cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais dos doentes.

Grau de dependência no autocuidado

Os dados demonstraram uma maior frequência de dependência em grau elevado em quase todos os autocuidados; comparativamente com os especialistas, nos registos foram encontrados mais casos “sem dependência”; não há correspondência (total) em nenhum dos autocuidados entre as duas fontes de dados.

Ficou registado que o autocuidado com maior GD é o Tomar Banho.

No caso do Usar a Cadeira de Rodas constata-se que quanto maior a idade menos dependência no uso de cadeira de rodas podendo tal acontecer porque uma vez que, se nos restantes autocuidados o grau aumenta, diminui a capacidade para usar a cadeira de rodas.

Nos registos, o foco “deambular” é utilizado indiscriminadamente, sendo colocado nas especificações aquando da construção diagnóstica, aquilo a que se reporta: se a uso de andarilho, bengala, canadianas ou cadeira de rodas. A construção de um diagnóstico deve ter como pressuposto a utilização do foco que mais especificamente descreva a situação. Considera-se que, havendo um foco específico para o uso da cadeira de rodas - “Mover-se em cadeira de rodas”, o mesmo deve ser usado para o devido efeito.

Desdobrando agora as associações estudadas tem-se:

- Idade*GD: Existe relação entre a idade e o GD, exceto nos autocuidados Vestir-se ou Despir-se, Arranjo Pessoal e Elevar-se.

Foi na classe etária de idade igual ou superior a 80 anos que se encontraram os casos de dependência mais elevada. Pode afirmar-se que **quanto maior a idade maior o GD**. O mesmo é confirmado por Duque (2009) e Whittle & Goldenberg (1996 cit. por Petronilho, 2012) que afirmam que um aumento da idade está associado a um aumento da dependência no autocuidado.

- Género*GD: Os dados não nos permitem confirmar a existência de relação (nos especialistas); nos registos o mesmo acontece exceto no Posicionar-se.
- Diagnóstico médico*GD: não foi possível confirmar relação mas pela análise dos cruzamentos efetuados, nos três principais grupos de diagnósticos a dependência em grau elevado é a que apresenta o maior número de casos.
- Dependência domicílio*GD: os elementos da amostra **dependentes no domicílio apresentaram, no internamento, um GD mais elevado**; a relação entre ambas as variáveis, ou seja, que os doentes com dependência no domicílio têm maior dependência durante o internamento, só foi verificada em alguns autocuidados.
- Autocuidado/autocuidado*GD: pelos resultados é possível afirmar que o **GD de um autocuidado influencia o GD dos restantes**, o que significa que quanto maior o GD de um autocuidado maior o dos restantes; exceção feita no GD do Usar a Cadeira de Rodas em que quanto maior o GD dos demais autocuidados menor o GD de Usar a Cadeira de Rodas ou vice-versa.

Verifica-se a existência de relação entre as variáveis, pelos dados obtidos no documento preenchido pelos especialistas; já nos registos há autocuidados em que não se observa relação.

- Especialistas/registos*GD: **em nenhum autocuidado há correspondência total dos GD entre especialistas e registos**. Foram encontradas **diferenças estatisticamente significativas dos GD entre registos e especialistas** exceto no Transferir-se.

Intervenções

As intervenções selecionadas correspondem ao grau (total ou parcialmente); nos especialistas não foram encontrados casos de não correspondência (total) entre as intervenções e os GD, o que não se verifica nos registos.

Apenas num caso, para os autocuidados Vestir-se ou Despir-se, Transferir-se e Virar-se, há correspondência total entre as intervenções dos especialistas e as registadas no SAPE®.

Há diferenças estatisticamente significativas nas intervenções entre as duas fontes de dados em todos os autocuidados. As intervenções de substituição são as mais registadas sendo aquelas em que se manifesta a maior correspondência entre especialistas e registos.

Há que dar relevância a este dado chamando a atenção para o facto de que, comumente se centraliza o diagnóstico e as intervenções nos enfermeiros, na carga de trabalho que os mesmos terão com o doente. **Há que sensibilizar os profissionais a refletirem criticamente o planeamento dos seus cuidados e o direcionarem para as reais necessidades dos doentes.**

Dos dados recolhidos dos registos destacaram-se alguns aspetos:

- **Existem diagnósticos identificados sem intervenções associadas;**
- **Existem intervenções selecionadas sem associação a qualquer diagnóstico;**
- **Não há uma única intervenção relacionada com o ensinar, instruir e treinar o que levanta a questão de estarem a ser realizadas mas não registadas;**

Do exposto é possível identificar **lacunas que se prendem com o processo de enfermagem** (identificação dos diagnósticos e consequentes intervenções). As mesmas devem ser alvo de intervenção no âmbito da SCE uma vez que o referido processo é essencial para o sistema de cuidados. A (...) *“identificação rigorosa do diagnóstico permite estabelecer com maior especificidade os objetivos da assistência de enfermagem e os padrões de excelência para a prática profissional”* (Cruz, 2008, p.205).

É também sabido que a *“forma como os enfermeiros concebem (...) os cuidados que prestam tem impacto quer nas decisões que tomam, quer nos processos que escolhem para a realização das ações e intervenções profissionais”* (Nunes, 2011, p. 91).

A **qualidade da informação**, particularmente a registada, **deve ser sistematicamente melhorada**, através da arquitetura dos sistemas informáticos de apoio à prática e da **formação dos profissionais** (MS, 2011c).

Variados estudos referidos na obra de Petronilho (2012) referem a **necessidade de desenvolver modelos de intervenção adequados**, nestes casos espelhados na implementação de um modelo de SCE, com recurso à investigação por forma a testar a efetividade e eficiência dos cuidados e assim encontrar as melhores respostas face às necessidades das populações ao longo do seu ciclo vital.

Uma resposta pronta às necessidades resulta em efeitos positivos na saúde e bem-estar dos doentes e logo, também, na qualidade. Para a instituição, os ganhos centralizam-se igualmente numa perspetiva financeira. Investigações futuras nesta área poderão contribuir para melhores decisões políticas e institucionais de saúde, especificamente na área da enfermagem.

Para uma mais fidedigna planificação dos cuidados centrados no autocuidado, seria importante que o perfil de dependência (tipo e grau) **fosse avaliado com recurso a instrumentos adequados**, validados para a população portuguesa. O seu uso permitiria um acompanhamento mais próximo e individualizado do estado de cada doente, sendo útil para perceber a sua evolução. Esta **evolução, ao ser mensurável poderia traduzir-se num indicador de processo da qualidade**.

Embora devam ser usados, os instrumentos de avaliação do autocuidado, para alguns autores, necessitam ainda de um maior refinamento (Petronilho, 2012), maior objetividade e rigor sobre aquilo que pretendem medir.

Partindo do exposto, e com foco nas práticas dirigidas ao autocuidado, propõem-se como estratégias de melhoramento e desenvolvimento das competências dos enfermeiros, a serem efetivadas pela implementação de um modelo de SCE:

✓ Formação

“A formação é o principal meio social e institucional gerador de competências, o que lhe confere prioridade e responsabilidade na garantia da qualidade” (Fabião *et al.*, 2005, p.235). Deve centrar-se nos interesses e necessidades do supervisionado ou grupo de supervisionados com o propósito de dar resposta às necessidades evidenciadas pelos doentes e o contexto de trabalho, visando a obtenção de ganhos em saúde.

Funções da supervisão como o suporte e aconselhamento são relevantes para o diagnóstico, acompanhamento e minimização de problemas que possam por em causa a capacidade dos enfermeiros para prestarem cuidados seguros mas as dimensões formativas e a focalização na qualidade não devem ser descuradas (Abreu, 2007).

De acordo com o descrito no PNS 2011-2016 é necessário assegurar a formação e treino para a capacitação dos profissionais, em áreas de intervenção prioritária (MS, 2011c). Assim, a formação a ser levada a cabo no serviço de medicina A do CHMA, e dada a toda a equipa de enfermagem, deve abordar o autocuidado, partindo de uma exposição mais teórica sobre os seus diferentes domínios, estilos, fatores influenciadores e sobre qual o papel do enfermeiro. Esta formação deve aguçar o espírito crítico-reflexivo dos profissionais e o olhar sobre o doente que será útil para melhorar o processo diagnóstico e interventivo.

✓ Estudo de casos

Ao falar na formação foi referido o termo “treino”. No âmbito das necessidades em SCE detetadas, este treino não se refere a habilidades físicas mas a habilidades mentais e de raciocínio sobre a construção de um processo de pensamento diagnóstico de enfermagem, conseguidas através da reflexão e discussão em equipa de casos da prática.

✓ Elaboração de protocolos de atuação

A existência de um protocolo direcionado à abordagem dos enfermeiros sobre o autocuidado permitiria uma uniformização das práticas concorrendo para a eficiência do processo e para a continuidade dos cuidados.

Deste protocolo, a ser construído e pensado pela própria equipa, teriam que constar os passos a implementar para chegar à identificação diagnóstica correta e definir, para cada diagnóstico possível, e de acordo com as especificidades de cada doente, as intervenções mais adequadas e eficazes. O facto de serem os próprios enfermeiros a colaborar no processo de pensamento do protocolo coloca vantagens uma vez que ninguém melhor do que eles, que lidam diariamente com as diferentes situações que podem ser conferidas ao autocuidado e também, porque também eles têm conhecimento dos recursos existentes no serviço, pensando na melhor forma de os articular com as necessidades dos doentes e uma prática de cuidados de qualidade e excelência.

✓ **Elaboração de guias de orientação**

Num processo de tomada de decisão de implementação de intervenções o enfermeiro deve ter incorporado o conhecimento mais atual (sobre as práticas no autocuidado) e mais adaptado ao seu contexto de trabalho, resultado de investigação em enfermagem.

“A produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados em evidência empírica [e científica] constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2002, p.10). Este guia orientador poderia ser elaborado pelos enfermeiros, após a formação já mencionada, como forma de interiorização e apreensão das informações fornecidas. Uma base teórica bem fundamentada e do conhecimento de toda a equipa contribuiria, da mesma forma que o protocolo, para facilitar a continuidade dos cuidados no que diz respeito às terapêuticas de enfermagem.

No serviço de medicina A do CHMA, a SCE poderia atuar com base tanto numa supervisão individual como em grupo.

O facto de haver uma supervisão de grupo permite que os elementos de uma equipa concertem esforços e reflitam entre si sobre temáticas que a todos dizem respeito. O trabalhar em equipa nos momentos de supervisão faz transparecer também para os cuidados, uma equipa mais unificada, tanto a nível das práticas, baseadas em evidência, como do pensamento que a elas conduziu.

A **supervisão individual** serviria para colmatar necessidades não satisfeitas pela **supervisão de grupo**. O supervisor acompanharia e daria suporte ao enfermeiro nas suas necessidades individuais e, através da **reflexão**, conjugaria esforços com a supervisão de grupo, conducentes a um objetivo comum de desenvolvimento das competências dos enfermeiros para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados.

Apela-se à **sensibilização dos profissionais de enfermagem para um investimento maior no desenvolvimento** destas competências para que desta forma os cuidados prestados se revistam de uma qualidade efetiva.

Há que promover a investigação e melhoria contínua do desempenho dos profissionais em áreas prioritárias dos cuidados como o autocuidado (MS, 2011c). Neste sentido, deveria apostar-se na inclusão, em investigações futuras, do papel e benefícios práticos da SCE nessas áreas.

Não há forma mais correta de construir um melhor futuro dos cuidados de saúde e especificamente dos cuidados de enfermagem, do que investigar os cuidados do presente. Como foi dito por Antoine de Saint-Exupéry, ***preparar o futuro significa fundamentar o presente.***

CONCLUSÃO

Finalizada a investigação, é importante abordar alguns aspetos relevantes relacionados com o processo de construção e concretização do estudo.

Primeiramente é de referir que a escolha da problemática a abordar, para além de pertinente à enfermagem e à sua comunidade de profissionais, revelou-se também pertinente e de interesse particular no foro pessoal, enquanto profissional. Ainda mas apelativa foi a possibilidade de conjugar duas temáticas - SCE e autocuidado - sobre as quais existe particular gosto em trabalhar, num mesmo trabalho.

Já por si, a seleção da temática proporcionou uma maior envolvimento no trabalho e funcionou como motivação extra para a sua realização.

O trabalho realizado funcionou como um repto para dar um contributo, ainda que pequeno, à profissão e, a nível pessoal, permitiu desenvolver capacidades investigativas.

Durante todo o processo, desde a construção de uma base teórica, passando pela aplicação metodológica no campo de investigação, até à elaboração do relatório final, surgiram algumas limitações.

Um dos grandes obstáculos foi a limitação temporal para a realização de cada etapa do processo de investigação. Na fase de recolha de dados, a sobrelotação do serviço e conseqüente sobrecarga de trabalho dos enfermeiros fez com que o início do preenchimento dos instrumentos fosse adiado.

Apesar das dificuldades mencionadas, os objetivos a que este trabalho visava dar resposta foram atingidos. Conseguiu-se avaliar o autocuidado da amostra selecionada, conhecer a relação entre o GD e a idade, o género, o diagnóstico médico de admissão ao internamento e a presença de situação de dependência, no autocuidado, em situação domiciliar.

Também foi possível identificar os cuidados prestados pelos enfermeiros face ao autocuidado através da análise do processo informático de enfermagem o que permitiu analisar a concordância entre a avaliação que é feita e a planificação dos cuidados. A resposta aos objetivos mencionados foi fundamental para concretizar o objetivo major do trabalho que se centrava em propor contributos para um modelo de SCE capaz de potencializar as competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado.

De ressaltar que não se pretendem generalizar os resultados e que as estratégias e contributos identificados se dirigem ao contexto particular onde decorreu o estudo.

Em síntese, o desenvolvimento deste trabalho permitiu deslindar que o autocuidado se assume, progressivamente, como uma área de maior relevância na prática de enfermagem dos tempos atuais, em que os resultados alcançados pela intervenção dos enfermeiros, se traduzem numa maior qualidade de vida e bem-estar dos doentes e, conseqüentemente, numa maior satisfação da sua parte. O autocuidado é, de facto, um indicador fidedigno da qualidade e segurança da prestação de cuidados.

Para uma correta intervenção dos enfermeiros é necessário que todo um processo diagnóstico e de planificação de cuidados seja pensado ao pormenor, tendo em conta as características de cada doente mas também dos profissionais e recursos existentes nos contextos da prática clínica. Neste âmbito, a SCE surge como uma ferramenta fundamental para dotar os enfermeiros de maiores competências, dando resposta às necessidades identificadas, tanto dos doentes como dos profissionais. Mas tal só é concretizável se por detrás tiver havido um estudo aprofundado das práticas no contexto específico de trabalho.

Um acompanhamento contínuo e dirigido ao que, os enfermeiros manifestam como importante, e também focado no que é importante para o desenvolvimento e reconhecimento da profissão na comunidade, é a chave para o atingimento de uma prestação de cuidados de qualidade, para a excelência profissional.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson - *Formação e aprendizagem em contexto clínico -fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau, 2007.
- – Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*. Nº 45 (2002), p.53-57.
- – *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Cadernos Sinais Vitais, 1. Coimbra: Formasau, 2003.
- ALMEIDA, Maria H. F. de - A qualidade em saúde. *Ordem dos enfermeiros*. Nº 3 (jun. 2001), p.39-40.
- ARRIES, E. - Practice standards for quality clinical decision - making in nursing. *Curationis*. Vol. 29, nº 1, (2006) p.62 - 72.
- BACKMAN, K.; HENTINEN, M. - Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 15, nº 3 (set. 2001), p. 195-202.
- – Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, nº 3 (set. 1999), p. 564-572.
- BÉGAT, Ingrid; SEVERINSSON, Elisabeth - Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being related to their psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*. Vol.14 (2006), p. 610-616.
- BISCAIA, José Luís. - Qualidade em saúde uma perspetiva concetual. *Qualidade em saúde*. (2000), p. 6-10.
- BUTTERWORTH, T.; WOODS, D. - *Clinical governance and clinical supervision: Working together to ensure safe and accountable practice - a briefing paper* [Em linha]. Manchester: School of Nursing Midwifery and health visiting, University of Manchester. 1999. [Consult. 24 abril 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.nursing.manchester.ac.uk/research/officialreports/Clinicalgovernance.pdf>>.
- CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO AVE (CHMA) - Breve apresentação [Em linha]. [S.l.]: CHMA, [s.d.a]. [Consult. 24 março 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.chma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=380&Itemid=78>.
- – Missão, valores e objetivos [Em linha]. [S.l.]: CHMA, [s.d.b]. [Consult. 24 março 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.chma.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=381&Itemid=80>.

- CLOUGH, Anita - Clinical supervision in primary care. *Primary Health care* (nov. 2003). Vol.13, nº 9, p.15-18.
- COLIÉRE, Marie Françoise - *Cuidar...a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003.
- COUTINHO, Clara Pereira - *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Reimpressão. Coimbra: Almedina, 2011.
- CRUZ, Sandra - A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Servir*. Vol. 56, Nº 5 (nov-dez. 2008), p.200-206.
- – Clinical supervision in nursing: effective pathway to quality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Nº 29 (2011), p. 286 - 291.
- CRUZ, Sandra; CARVALHO, Luis - Portuguese version of the Manchester Clinical Supervision Scale[®]: the translation and validation process. *Journal of Educational Sciences & Psychology*. Vol. II (LXIV), Nº 1 (2012), p.123-131.
- CUTCLIFFE, John R; PROCTOR, Bridgid - An alternative training approach to clinical supervision: 1. *British Journal of Nursing*. Vol. 7, nº 5 (mar. 1998), p. 280, 282-5.
- DECRETO-LEI n.º 166-A/99. *D.R. I Série-A*. N.º 111 de 13 de maio, p. 2564-(2)-2564-(6).
- DESPACHO n.º 14223/2009. *D.R. II Série*. Nº 120 de 24 de junho, p. 24667-24669.
- DONABEDIAN, Avedis - *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press, 2003.
- DUQUE, Hernâni - *O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e ação profissional dos enfermeiros*. 2009. Dissertação de Mestrado.
- EDWARDS, Deborah [et al.] - Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 15, nº 8 (2006), p.1007-1015.
- – Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 12, nº 4 (2005), p.405-414.
- FABIÃO, A. [et. al] - Formação: contributo para a qualidade. *Servir*. Vol. 53, nº 5 (set./out. 2005), p.235-247.
- FARRINGTON, Andy - Models of clinical supervision. *British Journal of Nursing*. Vol.4, nº15 (1995), p.876-878.
- FAUGIER, Jean; BUTTERWORTH, Tony - *Clinical Supervision: a position paper* [Em linha]. Manchester: The School of Nursing Studies - The University of Manchester, 1994. [Consult. 19 out. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.nursing.manchester.ac.uk/research/officialreports/ClinicalSupervision1.pdf>>.
- FERNANDES, Olga - Percurso para o reconhecimento da idoneidade dos contextos de prática clínica: supervisão clínica e prática tutelada - estratégia profissional para a governação clínica? *ROE*. Nº 38 (set. 2011), p.64-67.

- FONSECA, M. J. - *Supervisão em ensinamentos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. 1ª Ed. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica, Lda, 2006.
- FORTIN, Marie-Fabienne - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- – *O processo de investigação - da conceção à realização*. Loures: Lusociência. 1999.
- FOWLER, J.; FENTON, G.; RILEY, J. Using solution-focused techniques in clinical supervision. *Nursing Times*. Vol. 103, nº 22 (maio 2007), p. 30-31.
- FRANÇA, M - Qualidade e segurança do doente na ordem do dia. *Qualidade em Saúde*. Nº 13 (dez. 2005), p.23-25.
- GARRIDO, A. - *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004a. Dissertação de mestrado.
- – *Conceitos e Modelos*. *Nursing*. Nº 191 (set. 2004b), p.34-36.
- – *Supervisão Clínica em Enfermagem*. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº 12 (agosto 2005), p.27-34.
- GARRIDO, A., SIMÕES, J., PIRES, R. - *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.
- HANCOX, K. [et al.] - An evaluation of an educational program for clinical supervision. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol.13, nº 3 (2004), p.198-203.
- HESBEEN, W. - *Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001.
- HØY, B.; WAGNER, L.; HALL, E. - Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Nordic College of Caring Science*. Journal compilation (2007), p.456-466.
- HULLEY, Stephen [et al.] - *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- HYRKÄS, K - *Clinical supervision and quality care: examining the effects of team-supervision in multi-professional teams*. Tampere: University of Tampere. 2002. Academic dissertation.
- HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; HAATJA, R. - Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 55, nº4 (ago. 2006), p. 521-35.
- HYRKÄS, K.; LETHI, K. - Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *Journal of Nursing Management*. Nº 11 (2003), p. 177-188.
- HYRKÄS, K; PAUNONEN-ILMONEN, M. - The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.33, nº 4 (2001), p.492-502.
- ICN - *Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE): versão Beta 2*. 2ª ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003.

- – *Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE): versão 1.0.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.
- – *Classificação internacional para a prática de Enfermagem (CIPE): versão 2.0.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- – *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho=cuidados de qualidade - instrumentos de informação e ação.* Genebra: ICN, 2007.
- IMPERATORI, E. - *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.* Lisboa: Edinova, 1999.
- LEFEVRE, A - *Aplicação do processo de enfermagem.* 7ª Ed. [S.l.]: Artmed, 2010.
- LEI n.º 111/2009. D.R. I Série. N.º 180 de 16 de setembro, p. 6528-6550.
- LOPES, Manuel José - A metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem.* N.º 8 (ago. 2003), p. 63-74.
- LYNCH, Lisa; HAPPELL, Brenda - Implementing clinical supervision: part 1: laying the ground work. *International Journal of Mental Health Nursing.* Vol. 17, n.º 1 (fev. 2008a), p. 57-64.
- – Implementation of clinical supervision in action: Part 2: Implementation and beyond. *International Journal of Mental Health Nursing.* Vol. 17, n.º 1 (fev. 2008b), p. 65-72.
- – Implementation of clinical supervision in action: Part 3: The development of a model. *International Journal of Mental Health Nursing.* Vol.17, n.º 1 (fev. 2008c), p.73-82.
- MARTINS, Carlos - Cuidados de enfermagem especializados: do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento. *ROE.* N.º 38 (set. 2011), p.43-46.
- MCSHERRY, Robert; KELL, Jenny; PEARCE, Paddy - Clinical supervision and clinical governance. *Nursing times.* Vol. 98, n.º 23 (2002), p. 30-32.
- MENTAL HEALTH BRANCH (MHB) - *Clinical Supervision Guidelines: Program management circular* [Em linha]. Victoria, Australia: MHB, 2006. [Consult. 17 jan. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/pmc/clinical-super.pdf>>.
- MEZOMO, J. C. - *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos.* São Paulo: Manole, 2001.
- MILNE, Derek - An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology.* N.º 46 (2007), p. 437-447.
- MORGADO, Vital - Qualidade em saúde: uma exigência do presente, um investimento no futuro. *Qualidade em saúde.* N.º 5 (out. 2011), p.13-15.
- NABAIS, António [et al.] - Padrões de qualidade: avaliação da disseminação e apropriação do projecto. *ROE,* n.º 35 (set. 2010), p.46-51.

- NATIONAL COUNCIL FOR THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF NURSING & MIDWIFERY (NCPDNM) - *Discussion paper 1. Clinical Supervision: a structured approach to best practice* [Em linha]. Dublin: 2008. [Consult. 22 out. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ncnm.ie/items/1299/85/3167984576%5CClinical%20Supervision%20Disc%20paper%202008.pdf>.
- NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS) - *Clinical supervision policy*. Leicester County and Rutland: NHS, 2011.
- – *Clinical supervision policy (nursing)*. Northgate and Prudhoe NHS Trust: NHS, 2004.
- – *Clinical Supervision Policy*. South Staffordshire Primary Care Trust: NHS, 2009.
- – *Health Service Circular 1999/065*. London: Department of Health, 2001.
- NUNES, Lucília - Significar padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: caminho estratégico de desenvolvimento. *ROE*. Nº 38 (set. 2011), p. 90-95.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) - *Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal*. Lisboa: OE, 2010a.
- – *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional - fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: OE, 2010b.
- – *Desenvolvimento Profissional. Certificação de Competências - fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. Lisboa: OE, 2007a.
- – *Divulgar - padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento concetual - enunciados descritivos*. Lisboa: OE, 2002.
- – Ordens promovem debate sobre «Segurança dos cuidados de saúde versus Sustentabilidade do sistema de saúde». *ROE*. Nº 36 (dez. 2010c), p.46-51.
- – *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: OE, 2010d.
- – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: OE, 2010e.
- – *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: OE, 2007b.
- – *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica*. Lisboa: OE, 2010f.
- PARSE, R. - *Qualitative inquiry: the path of sciencing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 2001.
- PEREIRA, Alexandre - *SPSS: guia prático de utilização - análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7ª Ed, 2ª impressão. Lisboa: Edições Sílabo. 2011.
- PEREIRA, Filipe M. S. - *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: Universidade do Porto - ICBAS, 2007. Tese de doutoramento.

- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 4ª Ed. (revista e aumentada). Lisboa: Edições Sílabo, 2005.
- PETRONILHO, Fernando - *Autocuidado: conceito central da enfermagem - da concetualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatura dos últimos 20 anos (1990-2011)*. 1ª Ed. Coimbra: Formasau, 2012.
- – *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007.
- PETRONILHO, Fernando [et al.] - Caracterização do doente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no auto cuidado. *Revista Sinais Vitais*. Nº 88 (2007), p.41.47.
- PINA, Sílvia Mabel [et al.] - Quedas em meio hospitalar. *ROE*. Nº 36 (dez. 2010), p. 27-29.
- PISCO, L. - Qualidade na prestação de cuidados de saúde. *ROE*. Nº 3 (jun. 2001), p.36-38.
- PORTUGAL. Direção Geral de Saúde (DGS) - *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º13/DGCG* - Portugal: Ministério da Saúde, 2004.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (MS). Alto comissariado para a saúde - PNS 2011-2016: *Estratégias para a Saúde - Cadernos do PNS: Indicadores e metas em saúde (Versão Discussão)*. Lisboa: Ministério da Saúde. 2011a.
- – PNS 2011-2016: *Estratégias para a Saúde - Eixos Estratégicos - Qualidade em Saúde (Versão Discussão)*. Lisboa: Ministério da Saúde. 2011b.
- – PNS 2011-2016: *Estratégias para a Saúde - Objetivos para o sistema de saúde: obter ganhos em saúde (Versão Discussão)*. Lisboa: Ministério da Saúde. 2011c.
- – PNS 2011-2016: *Estratégias para a Saúde - Perfil de saúde em Portugal (Versão Discussão)*. Lisboa: ACS. 2011d.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª Ed. Lisboa: Gradiva, 1998.
- – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 5ª Edição. Lisboa: Gradiva, 2008.
- RAFII, F.; SHAHPOORIAN, F.; AZARBAAD, M. - The Reality of Learning Self-Care Needs during Hospitalization. Patients' and Nurses' Perceptions. *Self-care, Dependent-Care & Nursing*. Vol. 16, nº 2 (out. 2008), p. 34-39.
- RIBEIRO, José Luís Pais - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª Edição. Legis Editora: Porto, 2010.
- RIBEIRO, O. [et al.] - Qualidade dos cuidados de saúde [Em linha]. *Millenium - Revista do ISPV*. Nº 35 (nov. 2008). [Consult. 12 mar. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>>.
- RICHARD, Angela A. & SHEA, Kimberly - Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 43, nº 3 (2011), p. 255-264.

- RICHARDS, S.- Self care in practice. *Practice nurse* [Em linha]. Vol. 37, nº 11 (jun. 2009). [Consult. 11 jan. 2012]. Disponível na Internet: <URL:http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=10&hid=103&sid=9cc3f5fe-2931-4bae-859e-29a96e20328a%40sessionmgr112>.
- RODRIGUES, Cristina - A pessoa com AVC: actividades de vida diárias alteradas - cuidados de enfermagem de reabilitação. *Nursing*. Ano 20, Nº 239 (nov. 2008), p.14-19.
- ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN) - Clinical supervision in the workplace - guidance for occupational health nurses [Em linha]. London: RCN, 2003. [Consult. 8 out. 2011]. Disponível em WWW:URL:http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/78523/001549.pdf>.
- *SEGURANÇA do doente: torná-la uma realidade: Declaração do Luxemburgo sobre a segurança do doente*. ROE. Nº 17 (jul. 2005), p.47-49.
- SEVERINSSON, E. - Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*. Vol. 8, nº 1 (2001), p. 36-44.
- SILVA, José Orvalho - Qualidade em serviços públicos. *Qualidade em saúde*. Nº 5 (out. 2011), p. 8-9.
- SILVA, Maria Dulce - *Educar para o Autocuidado num serviço hospitalar*. Porto: Universidade do Porto - ICBAS, 2007. Dissertação de Mestrado.
- SIMÕES, J., ALARCÃO, I., COSTA, N. - Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspetiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*, IIª Série, nº 6 (jun. 2008), p.91-108.
- SLOAN, Graham - Understanding clinical supervision from a nursing perspective. *British Journal of Nursing*. Vol. 8, nº 8 (abr-maio 1999), p. 524-529.
- SLOAN, G.; WATSON, H. - Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing Standard*. 17, nº 4 (out. 2002), p. 41-46.
- – John Heron’s six-category intervention analysis: towards understanding interpersonal relations and progressing the delivery of clinical supervision for mental health nursing in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 36, nº 2 (out. 2001), p. 206-214.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. - Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory [Em linha]. 2ª Ed London: SAGE Publications, 1998. [Consult. 13 mar. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://books.google.pt/books?id=wTwYUnHYsmMC&printsec=frontcover&dq=strauss+and+corbin+1998&hl=pt-BR&sa=X&ei=3UqHT6DsFIOi0QWB1oXkBw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=true>.
- – *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. - *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avençando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.
- TODD, Chelsea; O’CONNOR, John - Clinical Supervision. In SKINNER, Natalie [et al.]. *Workforce Development TIPS (Theory Into Practice Strategies): A Resource Kit for the Alcohol and Other Drugs Field*. National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA). Adelaide, Australia: Flinders University, 2005. Cap. 2.

- TOMÁS, Alexandre; GONÇALVES, Rogério - Qualidade dos serviços de saúde: uma perspetiva integradora. *ROE*, nº 35 (set. 2010), p.68-69.
- United Kingdom Central Council (UKCC) - *Position statement on clinical supervision for nursing and health visiting* [Em linha]. London: United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 2003. [Consult. 19 out. 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.clinical-supervision.com/clinsup.htm>.
- VEIGA, Bárbara Soares; SIMÕES, Helena; SANTOS, Fátima - *Sistema de classificação de doentes baseado em níveis de dependência de cuidados de enfermagem*. Lisboa: IGIF, 2000.
- VIEIRA, V. - As Tipologias, Variações e Características da Pesquisa de Marketing. *Revista FAE*. Vol. 5, nº 1 (jan./abr. 2002), p. 61-70.
- XAVIER, Sandra - Das áreas não clínicas de actuação do enfermeiro - investigação e formação. *ROE*. Nº 38 (set. 2011), p.37-42.
- WALSH, K. [et al.] - Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 9, nº 1 (2003), p.33-39.
- WASKETT, Carole - An integrated approach to introducing and maintaining supervision: The 4S model. *Nursing Times*. Vol. 105, nº 17 (maio 2009), p. 24-26.
- WINSTANLEY, J.; WHITE, E. - *Clinical supervision: models, measures and best practice*. Australia: Australian & New Zeland College of Mental health nurses, 2007. Monograph.
- – Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse researcher*. Vol. 10, nº 4 (2003), p.7-38.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - *Standards for Health Promotion in Hospitals: development of indicators for a self-assessment tool*. Copenhaga: WHO, 2004.
- WRIXON, Sarah - Explanation prescribing: Self-care in practice. *Practice Nursing*. Vol. 20, nº 8 (2009a), p. 382-383.
- – Helping people understand the value of self-care. *British Journal of Healthcare Assistants*. Vol. 3, nº 05 (maio 2009b), p. 242-244.
- ZELEZNIK, Danica; ZELEZNIK, Uros; STRICEVIC, Jadranka - The impact of various factors on self-care of elderly. *HealthMED*. Vol. 4, nº 1 (2010), p.29-37.

ANEXOS

**ANEXO I - Caracterização dos recursos para o autocuidado do serviço de medicina
A do CHMA**

Caracterização do serviço

SERVIÇO DE MEDICINA	
Nº de camas	43 + 4
Nº de Enfermarias	13
Nº de Camas por enfermaria	(2x2) + (3x7) + (2x6) + (2x3)
Nº de Quartos de banho	3 (sanitas: 3+1+3) (chuveiros: 2+1+2)
Nº de Auxiliares de marcha	
- bengala	3
- canadianas	0
- andarilho	2
- cadeira de rodas	5
- tripés	2
Nº equipamento adaptativo para o Autocuidado: tomar banho	
- escova de banho de cabo longo	0 (improvisado com esponjas)
- banco anti derrapante	0
- cadeira de banho	4
- cama chuveiro	0
Nº equipamento adaptativo para o Autocuidado: vestir-se/despir-se	
- calçador de meias	1
- abotoador	0
- calçadeira e descalçadeira	1 calçadeira
Nº equipamento adaptativo para o Autocuidado: alimentar-se	
- fita para segurar talher	0
- talheres com cabos adaptados	0
Nº equipamento adaptativo para o Autocuidado: auto-elevar (trapézio)	5
Nº equipamento adaptativo para o Autocuidado: transferir-se	
- tábua de transferência	1
- base rotativa	0
- elevador (cegonha)	1
Nº equipamento adaptativo para o Autocuidado: Uso do sanitário	
- cadeira sanita	7
- base elevatória sanita	0
- barras de apoio	
* chuveiro	nas 3 WC's
* sanita	nas 3 WC's
* lavatório	só na WC de banho
Pedaleira	1

ANEXO II - Instrumento de avaliação do autocuidado

Supervisão Clínica e Autocuidado - contributos para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem

Instrumento de avaliação do autocuidado

O instrumento que se segue está inserido num trabalho de Mestrado integrado no Projeto *Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados* em desenvolvimento no Centro Hospitalar do Médio Ave em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tendo por base a temática Autocuidado - área sensível aos cuidados de enfermagem – pretende-se identificar contributos, neste domínio, para a construção de um Modelo de Supervisão Clínica a implementar numa fase posterior do projeto, adaptado às necessidades identificadas no contexto em questão, tendo como objetivo máximo promover a qualidade e segurança dos cuidados, com consequentes ganhos em saúde para o utente.

A sua participação é voluntária, sendo assegurado o anonimato e confidencialidade das suas respostas bem como dos dados do utente envolvido nesta avaliação. Os dados recolhidos neste instrumento não têm como objetivo identificá-lo e/ou classificá-lo, tendo apenas utilidade estatística.

O instrumento encontra-se estruturado em três partes:

- 1) Caracterização do utente;
- 2) Avaliação do Grau de Dependência no Autocuidado;
- 3) Intervenções de enfermagem a implementar de acordo com o grau de dependência identificado em 2.

Para a sua utilização é necessário compreender a correspondência entre os graus indicados no instrumento e a linguagem classificada para a prática de enfermagem (CIPE):

Correspondência dos graus de dependência	
Instrumento	Consenso
Todos os itens “ Dependente, não participa ”	Dependente em Grau Elevado
Todos os itens “ Necessita de ajuda de pessoa ”	Dependente em Grau Moderado
Todos os itens “ Necessita de ajuda de equipamento ”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Dependente, não participa ” ± “Necessita de ajuda de pessoa” e/ou “Necessita de equipamento” e/ou “Completamente Independente”	Dependente em Grau Moderado
Itens “Dependente, não participa” + “Necessita de ajuda de pessoa” e/ou “Necessita de equipamento”	Dependente em Grau Moderado
Itens “Dependente, não participa” + “Necessita de ajuda de pessoa”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Necessita de ajuda de pessoa ” + “Necessita de equipamento” e/ou “Completamente Independente”	Dependente em Grau Moderado
Itens “ Necessita de equipamento ” + “ Completamente Independente ”	Dependente em Grau Reduzido
Todos os itens “ Completamente independente ”	Sem dependência no Autocuidado

10 - Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				
Barbeia-se				
Aplica maquiagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Grau final				
11 - Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				
Aplica desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				
Grau final				
12 – Auto elevar				
Levantar parte do corpo				
Grau final				
13 - Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				
Tira as roupas				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
Grau final				
14 - Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Grau final				
15 - Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro				
Grau final				
16 - Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas				
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida				
Grau final				

Parte III – Intervenções

De acordo com o preenchimento feito na Parte II, para os graus finais de dependência no Autocuidado identificados, indique as intervenções pertinentes a serem implementadas com um “x”. Nos casos N/A da parte II deixar em branco.

Tomar banho	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: tomar banho - 17
	<input type="checkbox"/> Dar banho
	<input type="checkbox"/> Assistir no tomar banho
	<input type="checkbox"/> Supervisionar o banho
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a tomar banho
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho (escova de cabo longo...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para tomar banho
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para tomar banho - 29	

Vestir-se ou despir-se	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: vestir-se ou despir-se - 30
	<input type="checkbox"/> Vestir/despir a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no vestir/despir
	<input type="checkbox"/> Supervisionar o vestir/despir
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se (calçador de meias...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se - 42
	Alimentar-se
<input type="checkbox"/> Alimentar a pessoa	
<input type="checkbox"/> Assistir no alimentar-se	
<input type="checkbox"/> Supervisionar pessoa a alimentar-se	
<input type="checkbox"/> Incentivar pessoa a alimentar-se	
<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para alimentar-se	
<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para alimentar-se	
<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se (fita para segurar talher...)	
<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se	
<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se	
<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para alimentar-se	
<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para alimentar-se	
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para alimentar-se - 55	
Arranjar-se	
	<input type="checkbox"/> Arranjar a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Organizar os materiais para o arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se (escova de cabo longo...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para arranjar-se - 69
Cuidar da higiene pessoal	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: cuidar da higiene pessoal - 70
	<input type="checkbox"/> Cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Assistir no cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal - 82

Auto elevar	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: auto elevar - 83
	<input type="checkbox"/> Elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Assistir no auto elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a auto elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a auto elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para auto elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo - 95
	Usar o sanitário
<input type="checkbox"/> Colocar fralda	
<input type="checkbox"/> Providenciar/colocar aparadeira/urinol	
<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa no uso do sanitário	
<input type="checkbox"/> Assistir no usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário	
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para usar o sanitário - 109	
Transferir-se	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: transferir-se - 110
	<input type="checkbox"/> Transferir a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no transferir-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a transferir-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a transferir-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para transferir-se - 122

Virar-se	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: virar-se - 123
	<input type="checkbox"/> Virar a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no virar-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a virar-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a virar-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para virar-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para virar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para virar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para virar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para virar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para virar-se - 135
Usar a cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: usar a cadeira de rodas - 136
	<input type="checkbox"/> Mobilizar a pessoa em cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Providenciar cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Assistir no usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso da cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso da cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso da cadeira de rodas - 144

ANEXO III - Instrumento de avaliação sobre o autocuidado no momento da alta

Instrumento de avaliação sobre o autocuidado no momento da alta

Parte I – Caracterização do cliente

1 – Sexo: Masculino ___ Feminino ___

2 – Idade: <= 20 anos ___, > 20 <= 30 anos ___, > 30 <= 40 anos ___, > 40 <= 50 anos ___, > 50 <= 60 anos ___, > 60 <= 70 anos ___, > 70 <= 80 anos ___, > 80 anos ___

3 - Estado Civil: Solteiro ___, Casado ___, Viúvo ___, Outro ___

4 – Profissão: _____

5 – Com quem vive: Sozinho ___, Convivente / Parentesco _____

6– Diagnóstico médico: _____

Parte II - Autocuidado

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro				
Obtém objectos para o banho				
Consegue água				
Abre a torneira				
Regula a temperatura da água				
Regula o fluxo da água				
Lava-se no chuveiro				
Lava o corpo				
Seca o corpo				
Outro _____				
Vestir-se ou despir-se				
Escolhe as roupas				
Retira as roupas da gaveta e do armário				
Segura as roupas				
Veste as roupas na parte superior do corpo				
Veste as roupas na parte inferior do corpo				
Despe as roupas na parte superior do corpo				
Despe as roupas na parte inferior do corpo				
Abotoa as roupas				
Desabotoa as roupas				
Usa cordões para amarrar				
Usa fechos				
Calça as meias				
Descalça as meias				
Calça os sapatos				
Descalça os sapatos				
Outro _____				
Alimentar-se				
Prepara os alimentos para a ingestão				

Abre recipientes				
Utiliza utensílios				
Coloca o alimento nos utensílios				
Pega no copo ou chávena				
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão				
Leva os alimentos à boca com recipiente				
Leva os alimentos à boca com os utensílios				
Bebe por copo ou chávena				
Coloca os alimentos na boca				
Conclui uma refeição				
Outro _____				
Arranjar-se				
Penteia ou escova os cabelos				
Barbeia-se				
Aplica maquilhagem				
Cuida das unhas				
Usa um espelho				
Outro _____				
Cuidar da higiene pessoal				
Lava as mãos				
Aplica desodorizante				
Limpa a área do períneo				
Limpa as orelhas				
Mantém o nariz desobstruído e limpo				
Mantém a higiene oral				
Outro _____				
Auto-elevar				
Levantar parte do corpo				
Usar o sanitário				
Ocupa e desocupa o sanitário				
Tira as roupas				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
Outro _____				
Transferir-se				
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão				
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama				
Outro _____				
Virar-se				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro				
Usar a cadeira de rodas				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas				
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança				
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida				
Outro _____				

ANEXO IV - Instrumento de avaliação do autocuidado pela análise dos registos informáticos

Instrumento de avaliação do autocuidado

Data: ___/___/___

Cama: ___

Parte I – Caracterização do cliente

1 – Data de admissão: ___/___/___

2 – Género: Masculino ___ Feminino ___

3 – Idade: ___

Parte II – Autocuidado

4 (145)- O autocuidado é referido na AI? Sim ___ Não ___ 5 (146)- Qual? ___ 6- Que grau?(147) ___ Em que item?(148) ___

	Sem dependência	Dependente em grau reduzido	Dependente em grau moderado	Dependente em grau elevado
Autocuidado: Higiene – 149				
Vestir-se/ Despir-se – 150				
Alimentar-se – 151				
Autocuidado: arranjo pessoal - 152				
Erguer-se – 153				
Autocuidado: uso do sanitário - 154				
Transferir-se – 155				
Posicionar-se – 156				
Mover-se em cadeira de rodas - 157				

Parte III – Intervenções

Tomar banho (Autocuidado: Higiene)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: tomar banho - 158
	<input type="checkbox"/> Dar banho
	<input type="checkbox"/> Assistir no tomar banho
	<input type="checkbox"/> Supervisionar o banho
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a tomar banho
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho (escova de cabo longo...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para tomar banho
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para tomar banho - 170
Vestir-se ou despir-se (Vestir-se/despir-se) (Autocuidado: vestuário)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: vestir-se ou despir-se - 171
	<input type="checkbox"/> Vestir/despir a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no vestir/despir
	<input type="checkbox"/> Supervisionar o vestir/despir
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se (calçador de meias...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para vestir-se/despir-se - 183

Alimentar-se (Alimentar-se)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: alimentar - 184
	<input type="checkbox"/> Alimentar a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar pessoa a alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar pessoa a alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se (fita para segurar talher...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para alimentar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para alimentar-se - 196
Arranjar-se (Autocuidado: arranjo pessoal)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: arranjar-se - 197
	<input type="checkbox"/> Arranjar a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Organizar os materiais para o arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se (escova de cabo longo...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para arranjar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para arranjar-se
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para arranjar-se - 210	
Cuidar da higiene pessoal (Autocuidado: Higiene)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: cuidar da higiene pessoal - 211
	<input type="checkbox"/> Cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Assistir no cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal
<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal	
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal - 223	
Auto-elevar (Erguer-se)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: auto-elevar - 224
	<input type="checkbox"/> Elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Assistir no auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Incentivar a auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para auto-elevar
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para auto-elevar parte do corpo
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para auto-elevar parte do corpo
<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para auto-elevar parte do corpo - 236	

Usar o sanitário (Autocuidado: Uso do sanitário)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: usar o sanitário - 237
	<input type="checkbox"/> Colocar fralda
	<input type="checkbox"/> Providenciar/colocar aparadeira/urinol
	<input type="checkbox"/> Incentivar para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa no uso do sanitário
	<input type="checkbox"/> Assistir no usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para usar o sanitário (base elevatório, sanita elevada...)
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para usar o sanitário - 250
Transferir-se (Transferir-se)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: transferir-se - 251
	<input type="checkbox"/> Transferir a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no transferir-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar o transferir-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a pessoa a transferir-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para transferir-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para transferir-se - 263
Virar-se (Posicionar-se)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: virar-se - 264
	<input type="checkbox"/> Virar a pessoa
	<input type="checkbox"/> Assistir no virar-se
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a pessoa a virar-se
	<input type="checkbox"/> Incentivar a virar-se
	<input type="checkbox"/> Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para virar-se
	<input type="checkbox"/> Providenciar equipamento adaptativo para virar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se (grades da cama...)
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar o uso de equipamento adaptativo para virar-se
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estratégia adaptativa para virar-se
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre estratégia adaptativa para virar-se
	<input type="checkbox"/> Treinar estratégia adaptativa para virar-se - 276
Usar a cadeira de rodas (Mover-se em cadeira rodas)	<input type="checkbox"/> Avaliar o autocuidado: usar a cadeira de rodas - 277
	<input type="checkbox"/> Mobilizar a pessoa em cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Providenciar cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Assistir no usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Incentivar a usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Supervisionar a usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre o usar a cadeira de rodas
	<input type="checkbox"/> Instruir sobre o usar a cadeira de rodas
<input type="checkbox"/> Treinar o usar a cadeira de rodas - 285	

ANEXO V - Autorização da Comissão de Ética do CHMA

14/12/2011 - A

COMISSÃO e hás para parecer

RECEBIDO 12 DEZ. 2011

Enf.^a Directora

placi
Deolinda Vale

Exmo. Sr. Presidente
Conselho de Administração
Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.
Largo Domingos Moreira
4780 - 371 Santo Tirso

Data: 06/12/2011

Assunto: Trabalho de Investigação: A Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados - Carta de parceria

Com os nossos melhores cumprimentos, serve o presente para vir junto de V. Exas juntar a documentação para a colheita de dados referente ao projecto de investigação supracitado, no âmbito da carta de parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e o Centro Hospitalar do Média Ave - EPE (CHMA), assinada em 16 de Fevereiro de 2011.

O projecto de investigação **Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados** está a ser realizado de acordo com o previsto, passando agora à fase inicial de colheita de dados. Assim, e de acordo com o previamente estabelecido, é propósito da equipa de investigação iniciar a colheita de dados no Serviço de Medicina da Unidade de Santo Tirso e no Serviço de Obstetrícia da Unidade de Famalicão. Neste contexto, anexam-se os instrumentos de colheita de dados a utilizar pelos investigadores que vão colaborar na colheita de dados, nomeadamente:

- Anexo 1 - Supervisão Clínica e o risco de queda (serviço de Medicina): Bárbara Filipa da Silva Lamas;
- Anexo 2 - Supervisão Clínica e autocuidado (serviço de Medicina): Sílvia Marlene Monteiro Teixeira;
- Anexo 3 - Supervisão Clínica e competências parentais na amamentação (serviço de Obstetrícia): Laura Maria Almeida da Silva Cruz;
- Anexo 4 - Supervisão Clínica e auto-eficácia parental nos cuidados ao filho (serviço de Obstetrícia): Ana Luísa Fonseca Andrade das Neves.

Será salvaguardada a garantia dos pressupostos éticos associados à protecção de dados.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.



(António Luís Carvalho)

Não há inconvenientes de natureza ética para a concretização deste trabalho. 5/12/2011

ANEXO VI - Correspondência das intervenções entre instrumentos e registros

	Intervenções do instrumento	Intervenções do serviço
	Avaliar o autocuidado: tomar banho	
	Dar banho	Dar banho no chuveiro/ Dar banho na cama
	Assistir no tomar banho	Assistir no autocuidado: higiene
	Supervisionar o banho	Observar o autocuidado: higiene
	Incentivar a pessoa a tomar banho	Incentivar autocuidado: higiene / Promover o autocuidado: higiene
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para tomar banho	
	Providenciar equipamento adaptativo para tomar banho	Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene
Tomar banho (Autocuidado: higiene) (Autocuidado: banho) (Lavar-se)	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho	
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para tomar banho	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para tomar banho	Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene
	Instruir sobre estratégia adaptativa para tomar banho	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para tomar banho	Treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene
	Treinar estratégia adaptativa para tomar banho	
		Instruir a pessoa para o autocuidado: higiene
		Treinar o autocuidado: higiene
		Informar sobre equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene
		Orientar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: higiene
	Avaliar o autocuidado: vestir-se ou despir-se	
	Vestir/despir a pessoa	Vestir a pessoa
	Assistir no vestir/despir	Assistir no autocuidado: vestuário/ Otimizar o vestuário
	Supervisionar o vestir/despir	Observar o autocuidado: vestuário
Vestir-se ou despir-se (Autocuidado: vestuário) (Vestir-se) (Despir-se)	Incentivar a pessoa para o vestir/despir	Promover o autocuidado: vestuário
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para vestir-se/despir-se	
	Providenciar equipamento adaptativo para vestir-se/despir-se	
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir/despir	
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para vestir/despir	
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para vestir/despir	
	Instruir sobre estratégia adaptativa para vestir/despir	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para vestir/despir	
	Treinar estratégia adaptativa para vestir/despir	

	Avaliar o autocuidado: alimentar-se	
	Alimentar a pessoa	Alimentar a pessoa/ Dar água/ Dar líquidos à pessoa
	Assistir no alimentar-se	Assistir a pessoa a alimentar-se (a ingerir líquidos?) / Cortar alimentos / Assistir no Autocuidado: Beber
	Supervisionar pessoa a alimentar-se	
	Incentivar pessoa a alimentar-se	Incentivar a pessoa a alimentar-se/ Promover a pessoa a alimentar-se/ Incentivar autocuidado: beber / Beber
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para alimentar-se	
Alimentar-se (Alimentar-se) (Autocuidado: beber) (Beber)	Providenciar equipamento adaptativo para alimentar-se	Providenciar equipamento adaptativo para o alimentar-se
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se	
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para alimentar-se	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se	Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para se alimentar
	Instruir sobre estratégia adaptativa para alimentar-se	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para alimentar-se	Treinar o uso de equipamento adaptativo para o alimentar-se
	Treinar estratégia adaptativa para alimentar-se	(Treinar o uso de estratégias adaptativas para o alimentar-se?)
		Ensinar sobre técnica de alimentação
		Informar sobre equipamento adaptativo para o alimentar-se
		Orientar o uso de equipamento adaptativo para o alimentar-se
	Avaliar o autocuidado: arranjar-se	
	Arranjar a pessoa	
	Assistir no arranjar-se	
	Supervisionar a pessoa a arranjar-se	
	Incentivar a pessoa a arranjar-se	
	Organizar os materiais para o arranjar-se	
Arranjar-se (Autocuidado: arranjo pessoal)	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para arranjar-se	
	Providenciar equipamento adaptativo para arranjar-se	
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se	
	Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para arranjar-se	
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se	
	Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para arranjar-se	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para arranjar-se	
	Treinar técnica/estratégia adaptativa para arranjar-se	

	Avaliar o autocuidado: cuidar da higiene pessoal	
	Cuidar da higiene pessoal	Lavar a boca
	Assistir no cuidar da higiene pessoal	
	Supervisionar a pessoa a cuidar da higiene pessoal	
	Incentivar a pessoa a cuidar da higiene pessoal	
Cuidar da higiene pessoal (Autocuidado: higiene)	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para cuidar da higiene pessoal	
	Providenciar equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	
	Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal	
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	
	Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para cuidar da higiene pessoal	
	Treinar técnica/estratégia adaptativa para cuidar da higiene pessoal	
	Avaliar o autocuidado: auto elevar	
	Elevar parte do corpo	
	Assistir no auto elevar parte do corpo	
	Supervisionar a pessoa a auto elevar parte do corpo	
	Incentivar a auto elevar parte do corpo	
Auto elevar (Erguer-se)	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para auto elevar parte do corpo	
	Providenciar equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo	
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo	
	Ensinar sobre técnica/estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo	
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo	
	Instruir sobre técnica/estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo	
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para auto elevar parte do corpo	
	Treinar técnica/estratégia adaptativa para auto elevar parte do corpo	

	Avaliar o autocuidado: usar o sanitário	
	Colocar fralda	Otimizar/trocar fralda
	Providenciar/colocar aparadeira/urinol	Providenciar arrastadeira/urinol/ Providenciar cadeira sanitária
	Incentivar para usar o sanitário	Incentivar autocuidado uso do sanitário/ Promover a pessoa para o uso de arrastadeira/urinol
	Supervisionar a pessoa no uso do sanitário	Observar o autocuidado: uso do sanitário
	Assistir no usar o sanitário	Assistir no autocuidado: uso do sanitário/ (...) de forma contínua
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para usar o sanitário	
	Providenciar equipamento adaptativo para usar o sanitário	Providenciar equipamento adaptativo para o autocuidado: uso do sanitário /Providenciar elevador de sanita
Usar o sanitário (Autocuidado: uso do sanitário)	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	Informar sobre equipamento adaptativo para o autocuidado uso do sanitário
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: uso do sanitário
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado uso do sanitário
	Instruir sobre estratégia adaptativa para usar o sanitário	(Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o autocuidado uso do sanitário)
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para usar o sanitário	Treinar o uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: uso do sanitário
	Treinar estratégia adaptativa para usar o sanitário	
		Informar sobre equipamento adaptativo para o autocuidado: uso do sanitário
		Orientar no uso de equipamento adaptativo para o autocuidado: uso do sanitário
	Avaliar o autocuidado: transferir-se	
	Transferir a pessoa	Transferir a pessoa/ para a cama/ para a cadeira de rodas/ Executar técnica de transferência
	Assistir no transferir-se	Assistir a pessoa na transferência/ a transferir-se para a cama
	Supervisionar o transferir-se	Supervisar a pessoa na transferência/ Observar a pessoa a transferir-se
	Incentivar a pessoa a transferir-se	Incentivar a pessoa a transferir-se
	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para transferir-se	
	Providenciar equipamento adaptativo	Providenciar equipamento adaptativo para o transferir-se
Transferir-se (Transferir-se)	Ensinar sobre uso de equipamento adaptativo para transferir-se	
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para transferir-se	Ensinar estratégias adaptativas para o transferir-se
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para transferir-se	Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para se transferir
	Instruir sobre estratégia adaptativa para transferir-se	Instruir a/sobre utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para transferir-se	Treinar o uso de equipamento adaptativo para o transferir-se (Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo)
	Treinar estratégia adaptativa para transferir-se	Treinar o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se
		Instruir a pessoa a transferir-se
		Informar sobre equipamento adaptativo para transferir-se
		Orientar o uso de equipamento adaptativo para o transferir-se

	Avaliar o autocuidado: virar-se	
	Virar a pessoa	Posicionar a pessoa/ durante a refeição/ depois da refeição/ Executar técnica de posicionamento
	Assistir no virar-se	Assistir a pessoa no posicionamento
	Supervisionar a pessoa a virar-se	
	Incentivar a virar-se	Incentivar a pessoa a posicionar-se/ a alternar posicionamentos/ Promover a pessoa a posicionar-se
Virar-se (Posicionar-se)	Selecionar o tipo de equipamento adaptativo necessário para virar-se	
	Providenciar equipamento adaptativo	Providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se
	Ensinar sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se
	Ensinar sobre estratégia adaptativa para virar-se	
	Instruir sobre o uso de equipamento adaptativo para virar-se	Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar
	Instruir sobre estratégia adaptativa para virar-se	Instruir sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se
	Treinar o uso de equipamento adaptativo para virar-se	Treinar o uso de equipamento adaptativo para o posicionar-se
	Treinar estratégia adaptativa para virar-se	Treinar o uso de estratégias adaptativas para o posicionar-se
	Avaliar o autocuidado: usar a cadeira de rodas	
	Mobilizar a pessoa em cadeira de rodas	
	Providenciar cadeira de rodas	
Usar a cadeira de rodas (Mover-se em cadeira de rodas)	Assistir no usar a cadeira de rodas	Assistir a pessoa ao mover-se na cadeira de rodas
	Incentivar a usar a cadeira de rodas	
	Supervisionar a usar a cadeira de rodas	Supervisar a pessoa a andar com <u>auxiliar de marcha</u>
	Ensinar sobre o usar a cadeira de rodas	Informar sobre equipamento adaptativo para <u>deambular</u>
	Instruir sobre o usar a cadeira de rodas	Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para <u>deambular</u>
	Treinar o usar a cadeira de rodas	