

**Duarte José Draque Marvanejo**

**Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em  
Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI):  
intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de  
Reabilitação**

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação – 5ª Edição



Janeiro de 2017



Duarte José Draque Marvanejo

**Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação**

Relatório Final

5º Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Estudo efectuado sob a orientação da:

Professora Doutora Rosa Martins



Janeiro de 2017



## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, gostaria de apresentar o meu profundo e sincero agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Rosa Martins, pelo apoio, disponibilidade, orientação e objetividade demonstrada ao longo deste percurso.

À Tânia e ao pequeno Dinis meus companheiros de caminhada que estiveram sempre presentes desde o início.

À minha família, porque acreditaram, investiram e ajudaram, e sem os quais não poderia estar aqui.

À memória da minha avó Maria Vicência, por tudo o que me deu e pela sua inestimável contribuição para o que sou.

Agradeço à minha sogra pelas horas que cuidou do meu pequeno Dinis.

Ao meu amigo José Reduto pelo companheirismo nesta caminhada.

Às minhas colegas da Unidade de Cuidados na Comunidade de Seia, Áurea, Eugénia, Ilda e Isabel por terem aguentado as minhas inúmeras horas de ausência.

Aos colegas que compõem a Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos pela ajuda e colaboração inestimável.

Por fim, aos intervenientes deste estudo deixo a minha gratidão pela disponibilidade e receptividade em participar no mesmo.

**A todos o meu muito Obrigado**



## Dedicatória

À Tânia e ao Dinis por serem a minha motivação para avançar.





## Resumo

**Enquadramento:** O aumento do número de pessoas idosas, e muito idosas e a necessidade de cuidar do utente no domicílio potenciou novas necessidades de organização no contexto dos cuidados de saúde primários. Por conseguinte, surgiram as Equipas de Cuidados Continuados Integrados, englobadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que visam a prestação de cuidados numa perspetiva de reabilitação e/ou satisfação de necessidades à pessoa dependente, bem como a participação e responsabilização da família na prestação de cuidados domiciliários.

**Objetivos:** Identificar e comparar a funcionalidade apresentada pelos utentes internados no domicílio nas ECCI (com e sem Enfermeiros de reabilitação) e analisar associações entre variáveis sociodemográficas, clínicas e de contexto e a funcionalidade dos Utentes.

**Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo não experimental, de carácter transversal comparativo e correlacional inserido no paradigma das metodologias quantitativas. Foi realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 60 utentes (33 no grupo Controlo sem visita domiciliária do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e 27 no grupo experimental com visita domiciliária do enfermeiro reabilitação) internados no domicílio nos lugares de ECCI de 01 janeiro de 2015 a 31 agosto 2016. O instrumento de colheita de dados integra 4 secções de caracterização: sócio demográfica, clínica, de contexto e a Tabela Nacional da Funcionalidade (Direção Geral de Saúde, 2014).

**Resultados:** Constatou-se que 56,7% da amostra global tem funcionalidade muito reduzida, 26,7% tem funcionalidade ausente, 15% funcionalidade reduzida e nenhum utente tem funcionalidade total. A análise por grupo mostra que os níveis de funcionalidade no grupo experimental (OM=29,94) são superiores ao grupo controlo (OM=30,95). Verificámos ainda que no grupo experimental, os utentes da zona residencial urbana ( $p=0,05$ ) e os que têm 3 visitas domiciliárias semanais de EEER ( $p=0,046$ ) têm uma funcionalidade superior. No grupo controlo, os utentes que não sabem ler nem escrever ( $p=0,004$ ), que estiveram internados nos últimos 6 meses na RNCCI ( $p=0,011$ ) e que têm um Cuidador Informal ( $p=0,044$ ) apresentam uma funcionalidade reduzida.

**Conclusão:** As evidências encontradas neste estudo indicam que a funcionalidade destes utentes é bastante reduzida e por isso o desafio que se coloca ao EEER, em ECCI, é cuidar do utente e do seu cuidador com vista a assegurar a manutenção da funcionalidade. Deste modo, a continuação da prestação de cuidados no domicílio, sem interrupção e numa perspetiva integrada, apresenta-se como uma pedra angular que permite o estabelecimento de um programa de reabilitação estruturado e focado no utente e na sua família. Este é o paradigma que emerge atualmente nos cuidados de saúde primários e aplicá-lo é um dever dos profissionais e das instituições.

**Palavras-chave:** Funcionalidade, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), utente, domicílio



## **Abstract**

**Background:** The increase in the number of old and very old people and the need to take care of the patient at home potentiated new necessities in the context of the organization of primary healthcare. Consequently, emerged the Integrated Continuing Care Teams (ECCI), included in the Integrated Continuing Care National Network (RNCCI), which aims to provide care in a perspective of rehabilitation and/or satisfaction of needs of the dependent person, as well as the participation and accountability of the family in the provision of home care.

**Goals:** Identify and compare the functionality presented by the patients hospitalized in the ECCI (with or without Rehabilitation Nurses) and analyze associations between sociodemographic, clinical and context variables and patients' functionality.

**Methods:** This is a non-experimental descriptive study, with cross-sectional comparative and correlational nature, included in the quantitative methodologies paradigm. It was performed in a non-probabilistic sample for convenience, consisting of 60 patients (33 in the control group without home visit of the Rehabilitation Nurse Specialist and 27 in the experimental group with home visit of the Rehabilitation Nurse Specialist) hospitalized in the ECCI locations between January 1<sup>st</sup> of 2015 and August 31<sup>st</sup> of 2016. The data collection instrument integrates 4 characterization sections: sociodemographic, clinical, context and the National Functionality Table.

**Results:** It was found that 56.7% of the global sample had very limited functionality, 26.7% had absent functionality, 15% had reduced functionality and no patients presented full functionality. The group analysis shows that the functionality levels in the experimental group (OM=29,94) were higher than the ones observed in the control group (OM=30,95). We also verified that in the experimental group, the urban residential area patients ( $p=0.05$ ) and those who had 3 weekly home visits of the EEER ( $p=0.046$ ) show higher functionality. In the control group, patients who do not know how to read or write ( $p=0.004$ ), who were hospitalized in the last 6 months in the RNCCI ( $p=0.011$ ) and who had an Informal Caregiver ( $p=0.044$ ) present reduced functionality.

**Conclusion:** The evidence found in this study point to the fact that the functionality of these patients is greatly reduced and, therefore, the challenge presented to the EEER included in ECCI, is to take care of the patient and his caregiver in order to maintain functionality. As a result, the continuation of healthcare providing at home, continuously and in an integrated perspective, presents itself with a critical role that allows the establishment of a structured rehabilitation program focused on the patient and his family. This is the paradigm that currently emerges in primary healthcare and applying it is a duty not only of professionals, but also institutions.

**Keywords:** Functionality, Integrated Continuing Care Teams (ECCI), Rehabilitation Nurse Specialist (EEER), patient, home



## Sumário

<b>Lista de Tabelas.....</b>	<b>15</b>
<b>Lista de Quadros .....</b>	<b>17</b>
<b>Lista de Figuras.....</b>	<b>19</b>
<b>Lista de Abreviaturas e Siglas.....</b>	<b>21</b>
<b>Lista de Símbolos.....</b>	<b>23</b>
<b>Introdução .....</b>	<b>23</b>
<b>1ª PARTE - Enquadramento Teórico.....</b>	<b>27</b>
<b>1. Envelhecimento Demográfico .....</b>	<b>29</b>
1.1. Redes de Apoio dos Idosos em Cuidados Domiciliários.....	35
<b>2. Políticas de Saúde.....</b>	<b>39</b>
2.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - ECCI .....	42
<b>3. Funcionalidade.....</b>	<b>59</b>
<b>4. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em Cuidados de Saúde Primário.....</b>	<b>65</b>
4.1. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) .....	69
<b>2ª Parte – Estudo Empírico .....</b>	<b>73</b>
<b>5. Metodologia .....</b>	<b>75</b>
5.1. Questão de Investigação .....	75
5.2. Tipo de Estudo.....	76
5.3. Objetivos do Estudo.....	77
5.4. Definição de Variáveis.....	78
5.5. Hipóteses.....	79
5.6. População e Amostra.....	80
5.7. Procedimento e Questões Éticas .....	82
5.8. Instrumento de Colheita de Dados.....	82
5.9. Tratamento Estatístico .....	97

<b>6. Apresentação dos Resultados .....</b>	<b>103</b>
6.1. Análise Descritiva .....	103
6.2. Análise Inferencial .....	129
<b>7. Discussão dos Resultados.....</b>	<b>141</b>
<b>8. Conclusões .....</b>	<b>155</b>
<b>Lista de Referências Bibliográficas.....</b>	<b>161</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>171</b>
<b>APÊNDICE I – Pedido de Autorização a ULS Guarda para realizar colheita de dados.....</b>	<b>173</b>
<b>APÊNDICE II – Pedido de Autorização a ARS Centro para realizar colheita de dados.....</b>	<b>177</b>
<b>APÊNDICE III – Autorização da Comissão de Ética da ULS Guarda .....</b>	<b>181</b>
<b>APÊNDICE IV – Autorização da Comissão de Ética da ARS Centro.....</b>	<b>185</b>
<b>APÊNDICE V – Declaração de Consentimento Informado .....</b>	<b>189</b>
<b>APÊNDICE VI – Instrumento de Colheita de Dados.....</b>	<b>195</b>

## Lista de Tabelas

Tabela 1- Comparação da população-alvo e histórico assistencial.....	81
Tabela 2 – Resumo estrutural do instrumento de colheita de dados. ....	83
Tabela 3 – Factores Ambientais da TNF .....	93
Tabela 4 – Estatísticas descritivas da idade e género dos Participantes .....	104
Tabela 5 – Resultados sociodemográficos dos elementos da Amostra .....	107
Tabela 6 – Dados clínicos dos elementos da Amostra .....	109
Tabela 7 – Dados clínicos dos elementos da Amostra (cont.) .....	111
Tabela 8 – Dados relativos ao contexto residencial/familiar e social dos Participantes ..	114
Tabela 9 – Opiniões dos Utentes/cuidadores sobre o Enfermeiro de Reabilitação.....	115
Tabela 10 – Dados relativos à dimensão Mobilidade e Autocuidados .....	117
Tabela 11 – Dados relativos à dimensão Competências Gerais.....	120
Tabela 12 – Dados relativos à dimensão Competências específicas.....	122
Tabela 13 – Dados relativos à dimensão Sociabilidade.....	124
Tabela 14 – Dados relativos à dimensão Manipulação e Manuseio .....	126
Tabela 15 – Dados relativos à funcionalidade por dimensões e valor global .....	128
Tabela 16 – Dados relativos à funcionalidade por dimensões e valor global .....	129
Tabela 17 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e funcionalidade dos Utentes .....	130
Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney entre género e funcionalidade dos Utentes.....	131
Tabela 19 - Teste U de Mann-Whitney entre estado civil e funcionalidade dos Utentes..	132
Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre zona de residência e funcionalidade dos Utentes .....	132
Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre habilitações académicas e funcionalidade dos Utentes .....	133
Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre rendimentos e funcionalidade dos Utentes	134
Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre internamentos na RNCCI e funcionalidade dos Utentes .....	135
Tabela 24 - Teste U de Mann-Whitney entre tempo de internamento e funcionalidade dos Utentes .....	135

Tabela 25 - Teste U de Mann-Whitney entre existência de barreiras arquitetónicas e funcionalidade dos Utentes .....	136
Tabela 26 - Teste U de Mann-Whitney entre ter cuidador informal e funcionalidade dos Utentes.....	137
Tabela 27 - Teste U de Mann-Whitney entre ter apoio de uma IPSS e funcionalidade dos Utentes.....	138
Tabela 28 - Teste U de Mann-Whitney entre nº de visitas do EEER e a funcionalidade dos Utentes.....	138
Tabela 29 – Teste Kruskal-Wallis entre duração das visitas do EEER e funcionalidade dos Utentes.....	139
Tabela 30 - Teste U de Mann-Whitney entre grupos e funcionalidade dos Utentes.....	140



## Lista de Quadros

Quadro 1 – Dados relativos aos fatores ambientais da dimensão Mobilidade e Autocuidados.....	119
Quadro 2 – Dados relativos aos fatores ambientais das Competências Gerais .....	121
Quadro 3 – Dados relativos aos fatores ambientais da dimensão Competências específicas.....	123
Quadro 4 – Dados relativos aos fatores ambientais da dimensão Sociabilidade.....	125
Quadro 5 – Dados relativos aos fatores ambientais da dimensão Manipulação e Manuseio .....	126



## Lista de Figuras

Figura 1 - Pirâmide etária das projeções populacionais para 2013-2035 e 2013-2060 ....	32
Figura 2 - Índice de envelhecimento, Portugal, 2001-2060 .....	33
Figura 3 – Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Estrutura Orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).....	41
Figura 4 – Articulação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) .....	42
Figura 5 – Número de camas em funcionamento a nível Nacional.....	44
Figura 6 – Circuito de Referenciação para ECCI .....	49
Figura 7 – Referenciação das EGA CSP / Cuidados diferenciados nível Nacional até 1º semestre de 2015 .....	50
Figura 8 – Número de ECCI em funcionamento a nível Nacional.....	52
Figura 9 – Número de lugares de ECCI a nível Nacional .....	53
Figura 10 – Número de ECCI, lugares e capacidade média das ECCI por região.....	54
Figura 11 – Taxa de Ocupação de ECCI por região ao longo dos anos .....	54
Figura 12 – Tempo médio de ocupação de lugares por região em dias.....	55
Figura 13 – Motivos de referenciação a nível nacional para as diferentes tipologias da RNCCI no decorrer do 1º Semestre de 2015 .....	56
Figura 14 – Utentes com idade superior a 65 anos.....	57
Figura 15 – Utentes com idade superior a 65 anos.....	57
Figura 16 - Modelo conceptual do estudo .....	79
Figura 17 – Escala de Qualificadores de Desempenho da TNF .....	86
Figura 18 – Dimensão Mobilidade e Autocuidado da TNF.....	86
Figura 19 – Perguntas tipo para a Dimensão Mobilidade e Autocuidado da TNF .....	87
Figura 20 – Dimensão Competências Gerais da TNF .....	88
Figura 21 – Perguntas tipo para a Dimensão Competências Gerais da TNF .....	89
Figura 22 – Dimensão Competências Especificas da TNF.....	90
Figura 23 – Perguntas tipo para a Dimensão Competências Especificas da TNF .....	90
Figura 24 – Dimensão Sociabilidade da TNF .....	91

Figura 25 – Perguntas tipo para a Dimensão Sociabilidade da TNF .....	91
Figura 26 – Dimensão Manipulação e Manuseio da TNF .....	92
Figura 27 – Perguntas tipo para a dimensão Manipulação e Manuseio da TNF .....	92
Figura 28 – Análise de resultados por domínios da TNF .....	95
Figura 29 – Análise global de resultados da TNF .....	96
Figura 30 – Tabela Nacional da Funcionalidade .....	97

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

- ACeS** – Agrupamento de Centros de Saúde
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- AT** – Amostra Total
- AVD** – Atividades de Vida Diária
- CIF** - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- DGS** – Direção Geral de Saúde
- Dp** – Desvio-padrão
- EC CI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- ECSCP** - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
- EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- EGA** – Equipa de Gestão de Altas
- GC** – Grupo de Controlo
- GE** – Grupo Experimental
- INE** – Instituto Nacional de Estatística
- IPSS** – Instituições Particulares de Solidariedade Social
- K** – Kurtosis
- K/S** – Kurtosis/Skewness
- K-W** – Teste de Kruskal-Wallis
- Máx.** – Máximo
- MCSP** – Missão para os Cuidados de Saúde Primários
- Min.** – Mínimo
- N** – Frequência absoluta
- nº** - Número
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- OM** – Ordenação média
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- p** – Nível de significância
- p.** – página
- RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SK** – Skewness
- Sk/erro** – Skewness/error (assimetria)
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**TNF** – Tabela Nacional da Funcionalidade

**U** – Teste U de Mann-Whitney

**UC** – Unidade de Convalescença

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UCP** – Unidade de Cuidados Paliativos

**ULD** – Unidade de Longa Duração / Manutenção

**ULS Guarda** – Unidade Local de Saúde da Guarda

**UMDR** – Unidade de Média Duração / Reabilitação

**UMCCI** – Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**USP** – Unidade de Saúde Pública

## Lista de Símbolos

% – percentagem

± - mais ou menos

< – menor que

≤ – menor ou igual

= – igual

> – maior que

≥ – maior ou igual

$\chi^2$  – Qui-quadrado

€ - euro





## Introdução

A crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, conseqüente do progressivo envelhecimento demográfico e das alterações no padrão epidemiológico, social e familiar que se tem vindo a verificar em Portugal nos últimos anos, têm evidenciado algumas carências na prestação de cuidados de saúde e no apoio social.

Em plena segunda década do século XXI, o rápido envelhecimento demográfico, as modificações da estrutura etária da população e as mudanças na organização da sociedade e do mundo, colocam novos desafios às sociedades, aos Estados e aos cidadãos. Este envelhecimento está relacionado não só com o declínio da natalidade, mas também com um aumento da longevidade, engrossando a camada dos mais velhos e conseqüentemente o aumento de doenças crónico-degenerativas, patologia cerebrovascular, dependência física, emocional e social.

Nesta linha de raciocínio, segundo Pereira (2014, p.9 citando Eurostat, 2000, European Commission, 2001)

“Portugal será, com 32% de idosos em 2050, o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos, atrás de Espanha (35.6%), Itália (35.3%) e Grécia (32.5%), uma realidade dos países mediterrânicos que conjuga uma baixa taxa de natalidade com uma longa esperança de vida”.

Tendo em conta o supracitado, as políticas de saúde desenvolvidas para o envelhecimento tem de partir da seguinte premissa, tal como refere Dias & Tavares (2012, p.113), quando afirmam que,

“aproximadamente 80% dos sujeitos acima de 65 anos apresentam pelo menos um problema crónico de saúde e 10%, no mínimo, cinco. A presença de múltiplas doenças com diferentes graus de gravidade pode influenciar a desempenho das Atividades da Vida Diária (AVD)”.

ou seja, o decurso do envelhecimento prende incalculáveis modificações no ciclo vital do idoso, que lhe afetam a funcionalidade, mobilidade, saúde, expropriando-o de uma vida funcional e saudável, e conseqüentemente lesando a sua qualidade de vida.

Assim, segundo, Andrade (2009) e Dias (2008), a dependência no envelhecimento expõem-se pela diminuição das competências físicas ou psicológicas, afectando as suas atividades de vida diárias (AVD), mas também, pela falta de segurança monetária, afastamento, solidão, submissão a familiares ou outro género de apoio social. Face ao exposto, a manutenção da funcionalidade é um dos grandes componentes da saúde do idoso.

Atualmente, a dimensão funcionalidade torna-se central para a avaliação, pois surge como um novo componente no modelo de saúde associado ao envelhecimento, dado que a capacidade funcional e a dependência funcional são conceitos que fazem parte do Sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens da Organização Mundial de Saúde (OMS), utilizados para definir a capacidade de realizar uma ou mais AVD sem auxílio (Santos, 2011).

Desta forma, num contexto de acentuada ênfase nas políticas de manutenção das pessoas no domicílio, com altas hospitalares cada vez mais precoces, o êxito destas políticas reside no modo como os cuidados são prestados e valorizados no domicílio, sendo que este objetivo se adequa com o processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), iniciado em 2008 e consumado com o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).

Estes agrupamentos estão divididos em várias unidades funcionais, tais como: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Colocando o foco na UCC, é esta unidade funcional que nos ACeS se articula com a RNCCI, através das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Despacho nº 10143/2009 de abril de 2009, e da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), ou seja, de acordo com o enquadramento legal, a ECCI é uma tipologia de resposta de prestação de cuidados assistenciais da RNCCI, enquadrada na prestação dos CSP. As ECCI's deverão sempre integrar enquanto programa prioritário a carteira básica de serviços das UCC.

A introdução desta resposta diferenciadora de cuidados de saúde no domicílio só foi possível devido à articulação da reforma dos CSP com a criação através do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, da RNCCI, com o objetivo de dar resposta às carências de cuidados a pessoas em situação de dependência. Seguindo esta linha de raciocínio, esta

nova configuração consiste num sistema de intervenção articulado entre a saúde e a área social, em que os cuidados se desenvolvem no sentido da promoção de autonomia.

Com a reforma dos CSP, surge uma nova oportunidade para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), ou seja, a Enfermagem de Reabilitação tem oportunidade de demonstrar que pode estar inserida nas diferentes unidades, bem como nas diferentes equipas de saúde que a constituem e com o seu trabalho, ir de encontro às necessidades das populações. Esta visão é corroborada por Gomes (2008, p.224) quando afirma que “os enfermeiros de reabilitação, são importantes na equipa de saúde e uma mais-valia para os cuidados e satisfação dos utentes”, em especial nas UCC que por entre outros objetivos passa por dar uma resposta especializada ao nível da enfermagem.

Esta resposta especializada é uma das condições potenciadoras da qualidade dos cuidados, pois a presença regular do EEER junto dos utentes/famílias e o seu papel de consultadoria junto da equipa de saúde é hoje entendida como uma mais-valia. Pois como Pereira (2002) refere, a identificação da presença ou da ausência de apoios na prestação de cuidados é essencial para a determinação da qualidade dos cuidados domiciliários.

Nesta perspetiva, a avaliação incidirá sobre as diferenças potenciadoras na melhoria da funcionalidade dos utentes através da intervenção estruturada inerente aos cuidados do EEER prestados no domicílio, tendo em conta o desenvolvimento científico e técnico da profissão.

Esta pesquisa, intitulada: “funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Enfermagem de Reabilitação”, foi concebida para ser desenvolvida em utentes internados nas ECCI integradas nas UCC’s do Centro de Saúde de Seia (onde não existe programa de visita domiciliária estruturado com EEER) e do Centro de Saúde Norton de Matos em Coimbra (onde existe programa de visita domiciliária estruturada com EEER).

Na nossa opinião, este estudo é de elevada pertinência e de cariz atual, uma vez que o paradigma dos utentes permanecerem o maior tempo possível nos seus domicílios com funcionalidade, implica obrigatoriamente uma mudança no sistema de prestação de cuidados de saúde vigente com ênfase num cuidar reabilitador.

Com base nos pressupostos descritos levantámos as seguintes questões de investigação:

- Quais os níveis de funcionalidade apresentados pelos utentes internados no domicílio nas ECCI?
- Será que os utentes com intervenção sistematizada de cuidados de reabilitação apresentam-se mais funcionais que aqueles que o não têm?
- Que tipo de variáveis estão associadas à funcionalidade dos utentes?

Em resposta a estas questões definimos como objetivo geral do estudo:

- Identificar a funcionalidade apresentada pelos utentes internados no domicílio nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação e verificar a sua relação com as variáveis sócio demográficas, clínicas e de contexto.

O documento aqui apresentado encontra-se dividido em duas partes: a primeira, que designamos de enquadramento teórico, consiste na fundamentação do trabalho e tem como finalidade fazer uma abordagem sobre a temática central a funcionalidade (envelhecimento, redes de apoio aos idosos, políticas de saúde – RNCCI) e o EEER (enfermagem de reabilitação nos CSP e EEER nas ECCI).

A segunda parte, que designamos de trabalho empírico, integra diferentes capítulos, nomeadamente a metodologia utilizada, a apresentação dos resultados (com análise estatística descritiva e inferencial), a discussão dos resultados à luz da bibliografia consultada e as principais conclusões do estudo.

### **1ª PARTE - Enquadramento Teórico**

Procurámos nesta parte do trabalho reunir e analisar a informação disponível, expondo o referencial teórico e conceptual que têm relevo no contexto deste estudo.



## 1. Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento da população é um fenómeno que vem ocorrendo há vários séculos no contexto mundial. Porém, existe a dificuldade em enunciar uma definição geral, uma vez que se trata de um processo gradual que se dá ao longo do percurso do ser humano, em que a única certeza é de que representa um processo inevitável e irreversível. Apesar de esta ser uma etapa do ciclo vital, não ocorre ao mesmo ritmo em todos os indivíduos, ou seja, é vivenciada por cada ser humano de formas diferentes.

Assim sendo, tal como refere, Freitas, Queiroz & Sousa (2010, p.408)

“a velhice deve ser compreendida em sua totalidade porque é, simultaneamente, um fenómeno biológico com consequências psicológicas, considerando que certos comportamentos são apontados como características da velhice. Como todas as situações humanas, a velhice tem uma dimensão existencial, que modifica a relação da pessoa com o tempo, gerando mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história. Assim, a velhice não poderia ser compreendida senão em sua totalidade; também como um fato cultural”.

Indo de encontro ao referido por Ribeiro (2008), quando expõe que o envelhecimento primário (processo natural) é distinto do envelhecimento secundário (induzido ou agravado por uma patologia), uma vez que este último estará diretamente relacionado com maior incapacidade funcional, determinando consequências a nível do indivíduo, família e comunidade.

Independentemente das divergências que surgem nos diferentes modelos conceptuais existe uma necessidade de uniformizar critérios, e nesse sentido a OMS estabeleceu os 65 anos como a idade a partir da qual todo o indivíduo é considerado idoso, independentemente do sexo e estado de saúde. Contudo uma classificação apenas baseada na idade cronológica é bastante pobre e redutora, não contemplando todos os processos associados ao envelhecimento (Fernández- Ballesteros, 2000).

No entanto, o estabelecimento de fronteiras etárias no decurso do envelhecimento, marcando várias idades da velhice, tem sido valorizado pelos investigadores (Paúl, Fonseca, Cruz & Cerejo, 2001) dividindo-o em categorias: 50-64 anos, 65-74 anos, e 75-84 anos.

Tendo em conta a divisão etária realizada pelos autores supracitados as categorias 65-74 anos, e 75-84 anos, corresponderiam a uma “terceira idade” e uma “quarta idade”, indo o encontro do referido por Gonçalves (2009, p.18), quando este afirma que

“tendo em conta as diferenças no processo de envelhecimento e a sua grande variabilidade, Baltes e Smith (2003), baseando-se em Neugarten (1974) e Laslett (1991), defendem a importância da distinção entre a terceira e a quarta idade. Numa análise de resultados e estudos sobre a terceira e quarta idade, os autores encontram duas perspectivas sobre o envelhecimento bastante distintas: uma baseada na demografia da população e a outra baseada no indivíduo (cf. Baltes & Smith, 2003)”.

Este procedimento de diferenciação tem como objectivo reduzir a importância da idade cronológica destacando outros aspectos fundamentais no processo de envelhecimento, como por exemplo a manutenção da funcionalidade.

Fundamentalmente, podemos referir vários aspectos que vão diferenciar estas duas categorias de envelhecimento, assim iniciamos pela “terceira idade”, que apresenta as seguintes características, segundo Gonçalves (2009, p.18)

“sendo a terceira idade geralmente vista de uma forma optimista e positiva, com saliência dos seguintes pontos: (a) aumento da esperança de vida; (b) bastante potencial latente; (c) ganhos a nível da saúde física e mental; (d) manutenção das reservas cognitivas e emocionais; (e) níveis elevados de bem-estar emocional e pessoal; (f) estratégias eficazes para fazer face aos ganhos e perdas do envelhecimento”.

Tendo em conta o avançar da idade, a “quarta idade” vai estar objectivamente associada a acontecimentos negativos, tal como nos refere Gonçalves (2009, p.19)

“nos seguintes indicadores: (a) perda considerável do potencial cognitivo e da capacidade de aprendizagem; (b) aumento da síndrome de stress crónico; (c) considerável prevalência da demência (cerca de 50% aos 90 anos); (d) elevados níveis de fragilidade, de disfunção e de morbilidade múltipla; e (e) a questão da morte com dignidade”.



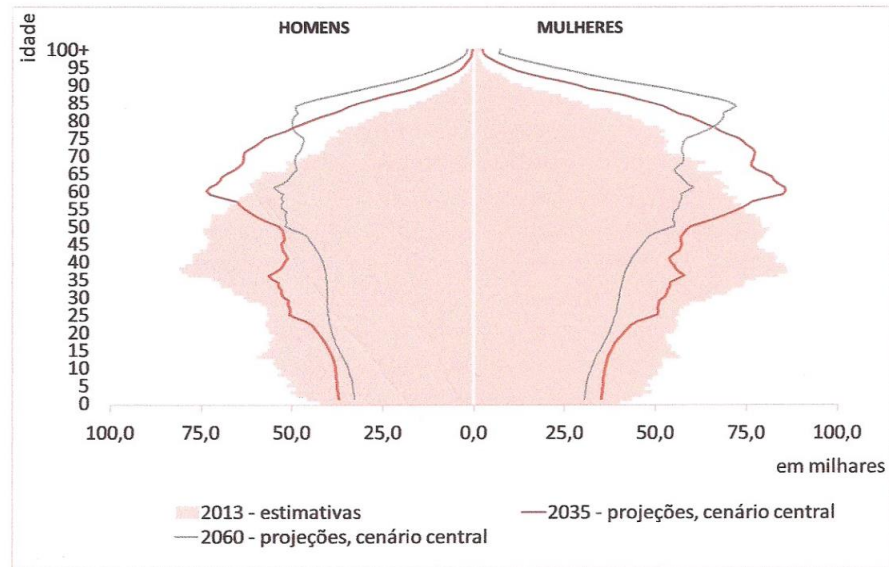
Para compreendermos esta necessidade de divisão da terceira em “quarta idade”, e assim conceptualizarmos o envelhecimento da população temos de ter em conta o que refere a Revista de Estudos Demográficos (2002, p.188)

“entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projecção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Ao contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem”.

Desta forma, o envelhecimento demográfico é um fenómeno social atual característico dos países industrializados, mais particularmente da Europa, onde Portugal não é exceção. Nas últimas décadas, a diminuição progressiva da natalidade, aliada a um aumento da esperança média de vida, devido aos progressos da medicina, melhoria dos cuidados de saúde, higiene e nutrição, impulsionou o envelhecimento demográfico. Como consequência destas alterações, a forma da pirâmide da estrutura etária tem vindo a sofrer alterações, com tendência a agravar com o desenrolar dos anos, conforme podemos observar na Figura 1.

Figura 1 - Pirâmide etária das projeções populacionais para 2013-2035 e 2013-2060

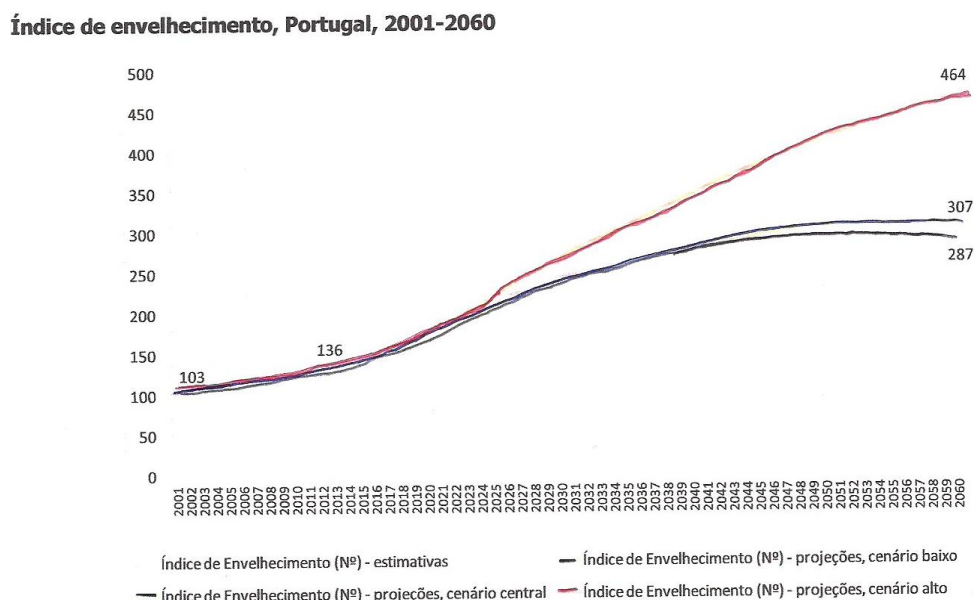
**Pirâmide etária, Portugal, 2013 (estimativas), 2035 e 2060 (projeções, cenário central)**



**Fonte:** Portugal, G. de. (2014). *Destaque: Informação a comunicação social*. Lisboa. Acedido em [www:URL:www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look...att](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look...att)

Segundo Martins (2004), Portugal, tal como os restantes países europeus, em termos demográficos, é caracterizado pela existência de uma baixa fecundidade e mortalidade, um acentuado envelhecimento, bem como um decréscimo nas dimensões dos agregados familiares e ainda por ritmos de crescimento próximos de zero, indo esta afirmação de encontro à Figura 2.

Figura 2 - Índice de envelhecimento, Portugal, 2001-2060



**Fonte:** Portugal, G. de. (2014). *Destaque: Informação a comunicação social*. Lisboa. Acedido em [www:URL:www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look...att](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look...att)

Assim, indo de encontro aos dados refletidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2014:

- A proporção de jovens (população com menos de 15 anos) recuou para 15% e a de idosos (população com 65 ou mais anos) cresceu para 19% entre os censos 2001 e 2011, o que implica a diminuição da base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e ao alargamento do topo, com o crescimento da população mais idosa.

- Portugal perdeu população em todos os grupos etários (quinquenais) entre os 0-29 anos. A população entre os 30 e os 69 anos aumentou 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi de 26%.

- O índice de envelhecimento foi de 136 idosos por cada 100 jovens, em 2013. Em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128, o que significa que por cada 100 jovens existiam 128 idosos (102 em 2001);

- A idade média da população residente aumentou cerca de 3 anos, entre os dois últimos censos (2001 e 2011), tendo-se fixado em 41,8 anos. A idade média das mulheres (43,2 anos) era superior à dos homens (40,3 anos).

Por outro lado, as projeções desenvolvidas pelo INE (2014), apontam para:

- Estimativas de População Residente dos últimos anos confirmam o duplo envelhecimento demográfico: aumento do número de idosos, diminuição do número de jovens e do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (população em idade ativa);

- A população com menos de 15 anos residente em Portugal irá diminuir até 2060;

- A população com 65 ou mais anos residente em Portugal aumentará até 2060;

- Tendo em consideração o agravamento dos desequilíbrios geracionais, o índice de envelhecimento poderá vir a atingir o valor de 307 idosos por cada 100 jovens;

- Idade média da população aumentou 3 anos entre 2001 e 2011, atingiu 43,1 anos em 2013, e aumentará cerca de 8 anos até 2060. Segundo as estimativas mais recentes, em 2013 a idade média da população residente já era de 43,1 anos: 44,5 anos para as mulheres e 41,5 anos para os homens. Com base no cenário central, a idade média da população poderá aumentar cerca de 8 anos até 2060: 51,3 anos, em média, para o total da população em 2060, 53,4 anos para as mulheres e 48,8 para os homens.

A esperança de vida continua a aumentar segundo o INE (2014, p.9),

“o número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento, era de 80,00 anos no triénio 2011-2013: 82,79 anos para as mulheres; e 76,91 anos para os homens. A esperança de vida à nascença da população residente aumentou cerca de 3 anos na última década, mais 3,36 anos para os homens e 2,58 anos para as mulheres relativamente aos valores estimados para o período 2001-2003 (73,55 e 80,21 anos para homens e mulheres, respectivamente)”.

Esta longevidade do sexo feminino tem associada um maior número de incapacidades. Embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens, esta afirmação é corroborada por Burnay (2011, p.45), quando refere,

“num estudo populacional mais recente (Oliveira, et. al, 2008), identificam para a população feminina “maior percentagem de casos desfavoráveis quanto à rede social, classe social, locomoção, quedas,

saúde, estado emocional, e avaliação cognitiva. Contudo apresentavam-se com maior autonomia instrumental” e que no sexo feminino o isolamento social é 1,55 vezes superior, em relação à população masculina”.

Esta longevidade vai traduzir-se numa crescente procura dos serviços de saúde. Neste contexto, o idoso absorve mais serviços de saúde, os internamentos hospitalares são consecutivos e cada vez mais extensos. Estes dados vão de encontro ao apresentado por Sousa-Pinto (2013, p.712), quando afirma

“de facto, entre 12% a 75% dos reinternamentos poderiam ser evitados com recurso à educação dos doentes, a uma correcta avaliação antes da decisão da alta, e à manutenção de cuidados no domicílio. Na verdade, a manutenção de cuidados domiciliários a longo-prazo aparenta desempenhar um papel deveras importante, no que concerne à prevenção de reinternamentos hospitalares”.

Em suma, os nossos idosos apresentam várias patologias crónicas que subsistem no tempo exigindo o acompanhamento constante com cuidados adequados, atualmente, e num plano mais geral, o desafio fundamental reside em possibilitar às pessoas que, não só morram o mais idosas possível, mas também vivam uma velhice bem-sucedida (Fontaine, 2000).

### 1.1. Redes de Apoio dos Idosos em Cuidados Domiciliários

Tendo em conta o referido por Carvalho (2009, p.122, citando Daly & Lewis, 2000; Kröger, 2001; Johansson e Moss, 2004)

“atualmente, a conceptualização da política de cuidados deve integrar as dimensões social, económica e política, implicando um processo de assistência a pessoas adultas idosas e/ou deficientes nas atividades da vida diária, necessárias ao seu bem-estar, providenciadas quer por trabalho pago ou não pago, profissional ou não profissional, podendo ser desenvolvidas na esfera privada ou pública”.

Desta forma, surgem as redes de apoio que, quando devidamente organizadas e acessíveis, são fundamentais para a reorganização social e familiar da pessoa que, após internamento hospitalar, necessita de cuidados no seu domicílio. Neste sentido, há que

diferenciar dois tipos de redes sociais de apoio: as redes de apoio formal e as de apoio informal (Paúl, 1997).

Tendo em conta o supracitado as redes de apoio formal são estruturas enquadradas nos serviços públicos do poder central (instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS)) e da Segurança Social), no âmbito do poder local (ao nível da freguesia e do concelho) ou, ainda, enquadradas no âmbito das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), de associações profissionais (com ou sem apoio estatal), ou mesmo de mera iniciativa privada. Destinam-se a servir a população idosa ou dependente e podem assumir a forma de lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio.

Esta linha de pensamento é corroborada por Carvalho, (2005, p.21)

“o Estado português sempre teve uma função subsidiária em relação ao apoio familiar. O Estado apela ao princípio da subsidiariedade, isto é, a instância superior – o Estado – só intervém quando a instância inferior – mercado e ou sociedade civil – não tem intervenção. O discurso político coloca a família e as solidariedades no centro do sistema de bem-estar acentuando a importância das «redes de vizinhança e o reforço dos vínculos e da solidariedade intergerações» e da economia social pelos cuidados às pessoas idosas (Lesemann e Martin, 1995: 122). Como vimos anteriormente, o Estado providência português na área dos cuidados no domicílio incentiva a existência de serviços administrados por privados ou no contexto do mercado ou da economia social em articulação com as responsabilidades familiares”.

Assim sendo, no contexto social português, tal como nós restantes países que constituem o sul da Europa continuam a centrar na família a unidade primária do cuidar, uma vez que tal como refere Fernandes (2001, p.12)

“ao contrário de uma certa visão parcial, partilhada pelos agentes sociais que se ocupam da velhice, a denominada *crise da família* não destruiu o capital de afectividade, fonte de entreatuda entre pais e filhos que se relacionam agora de modo diferente daquele que conhecemos nas sociedades tradicionais”.

Nesta linha de pensamento, “cuidar faz parte da história, experiência e valores da família. A função assistencial tem estado intimamente vinculada à família, até ao ponto de ser considerada como uma tarefa directamente sua.” (Lage, 2005, p.203).

Deste modo, as redes de apoio informal não são enquadradas em qualquer estrutura institucional ou formal. São constituídas pela família, por grupos de amigos, vizinhos ou por pessoas com qualquer tipo de ligação pessoal/afetiva. Estes agentes, e em particular a família, são, por força da tradição histórica e cultural, sujeitos ativos da prestação de cuidados. Porém, apenas recentemente se lhes atribui um papel institucional como agentes de uma rede de cuidados (Paúl, 1997).

Embora tenhamos de ter em conta que, segundo Carvalho (2009, p.123)

“o aumento de pessoas idosas, sobretudo o aumento das pessoas muito idosas, associado às alterações ocorridas no quadro familiar, como a nucleização e a generalização da atividade profissional feminina paga, exigem a construção de políticas de cuidados atentas às “novas” necessidades, sendo necessário alargar e diversificar as respostas destinadas às pessoas nessa condição”.

Desta forma, os governos dos países em que o envelhecimento demográfico é galopante estão a reajustar as suas políticas tendo em conta o contexto económico vigente, sendo o estado tentado a ampliar a responsabilidade da família, criando-se desta forma um novo interlocutor, “o cuidador informal tem emergido nas últimas décadas, na literatura e investigação. É baseado na prestação de cuidados regulares, não remunerados, na ausência de um vínculo formal” (Lemos 2012, p.16, citando Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Seguindo esta linha de raciocínio, e sabendo que actualmente a pressão financeira que o envelhecimento está a provocar nos serviços de saúde, temos de ter em conta, que para aliviar este fardo, o Cuidador Informal é fundamental na prestação de cuidados, tal como nos refere Lemos (2012, p.16, citando Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006; Paterson & Burgess, 2009; Sequeira, 2010)

“o cuidado informal, consiste na prestação do cuidado no domicílio, sendo assegurado principalmente por familiares, amigos e vizinhos. Normalmente os vizinhos e amigos prestam o cuidado ao idoso quando a família está ausente e não é capaz de assegurar a prestação do cuidado, mas a maior parte dos cuidadores são familiares devido à sua vinculação com o recetor de cuidados”.

Por outro lado, também sabemos que é a mulher que predominantemente assume o cuidado informal, tal como refere Costa (2012, p.68), “em relação ao sexo é possível verificar que a maioria é do sexo feminino, casados, filhos dos idosos, com idades compreendidas entre os 50 e 69 anos e que coabitam com o idoso.” estes dados são corroborados também por Costa (2012, p.68) citando José e Wall (2006) quando estes afirmam que “baseados no seu estudo, referem que, a maioria dos cuidadores a idosos dependentes são mulheres, casadas, filhas do idoso dependente, e com idades superiores a 40 anos”.

Seguindo esta linha de pensamento, também é importante referir que os o cuidador informal é aquele que mais tempo passa em contacto com o idoso dependente, normalmente o mais envolvido do ponto de vista emocional (Pereira, 2006).

Ao assumir o papel de cuidador familiar, encontram-se sempre associadas motivações, que constituem uma certa complexidade, dado que envolvem uma mistura de razões. É um domínio influenciado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela própria concepção de vida, pela história de cada indivíduo, etc. (Figueiredo, 2006).

Em suma, é no seio da família e dos amigos que emergem os cuidadores informais. Para Paúl (1997), a família e os amigos têm um papel primordial na manutenção dos idosos e das pessoas dependentes na comunidade, evitando assim a sua institucionalização.



## 2. Políticas de Saúde

À medida que se desenvolvem novos paradigmas de organização e conceptualização na prestação de cuidados as populações temos de partir de uma premissa arrebatadora, segundo Ribeiro, & Costa (2012, p.150, citando INE, 2009),

“sabemos que o prolongamento da vida associado a uma diminuição da fecundidade tem levado a um envelhecimento da população e que o envelhecimento demográfico tem sido considerado como o fenómeno mais relevante nas sociedades desenvolvidas. Portugal enfrenta esta realidade e integra o grupo dos países mais envelhecidos. Prevê-se que venham a residir em Portugal quase três idosos por cada jovem em 2060”.

Tendo em conta o supracitado as políticas de saúde a implementar nos próximos anos têm de ter em conta a pressão demográfica que vão provocar, tal como refere Gomes (2008, p.27) “é por demais conhecido, a nível nacional e internacional, as dificuldades inerentes á sustentabilidade económica dos serviços de saúde”.

Esta dificuldade económica tende ao crescimento ascendente como refere Gomes (2008, p.27)

“de facto, a despesa com este sector tem vindo continuamente a aumentar, por muitas e diversas razões, entre as quais, o desenvolvimento de novas tecnologias e tratamentos, o envelhecimento da população (Marley, Collier & Goldstein 2004), e o próprio aumento do recurso por parte da população aos serviços de saúde”.

Este binómio economia/prestação de cuidados, não poderá descurar o panorama de necessidades da população portuguesa cada vez mais envelhecida, detendo a criação de mecanismos de avaliação das competências/recursos existentes nas redes de apoio formal e informal presentes na comunidade.

Desta forma, as políticas de saúde têm de ser estruturadas, tendo em conta, que não basta viver mais tempo, esse tempo tem de ser vivido com funcionalidade, o que vai de encontro ao referido por Lima-Costa (2003, p.700)

“o que era antes o privilegio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Esta conquista maior do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio para o

século que se inicia. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida”.

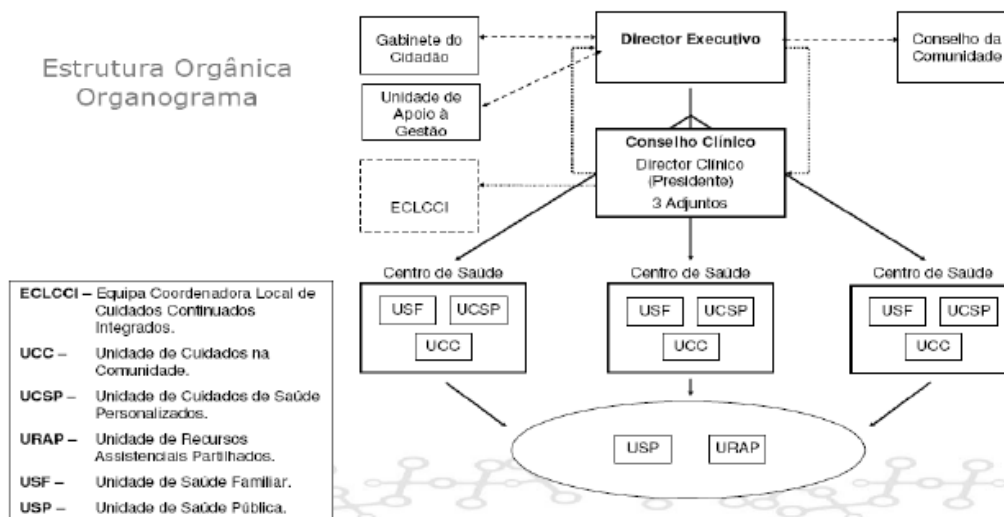
Assim sendo, em Portugal, a preparação para este novo ciclo de organização nos cuidados de saúde iniciou-se com a criação em 2006 da RNCCI e a posterior reforma dos CSP iniciada em 2008, estes dois momentos possuem uma ideia integradora que é preparar as redes formais e informais de cuidados para as necessidades dos indivíduos idosos. Com o objectivo de, tal como refere Pereira (2015, p.18), “assegurar a manutenção do idoso dependente no seu domicílio (...) contudo, cuidar de um idoso dependente no domicílio implica grandes transformações”.

Desta forma, a resposta a estas alterações e constrangimentos tem de ser executada de uma forma agregada com políticas de saúde integradas, num dos pilares basilares da nossa democracia, o SNS, com especial ênfase nos CSP, segundo Miguel & Sá (2010, p.4)

“o aparecimento dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, tem origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 1979”.

Até à data, temos assistido a uma série de reformas do SNS, mais especificamente nos CSP, muitas vezes ostracizados ao longo do tempo. Sendo os CSP um dos pilares do serviço de saúde, a sua organização foi evoluindo nos últimos anos de forma a dar respostas, cada vez mais efetivas e eficazes, aos problemas apresentados pelas suas populações, indo de encontro a uma política de saúde centrada no cidadão e orientada para mais e melhor saúde. Este desiderato só será possível através da continuação e consolidação da reforma dos CSP, tal como se pode verificar na Figura 3:

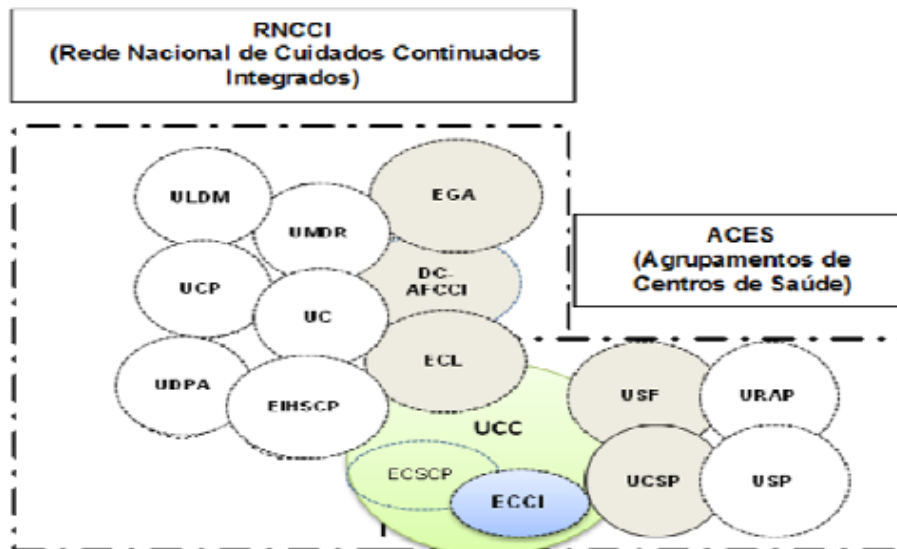
Figura 3 – Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Estrutura Orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)



**Fonte:** Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde – Criação do Agrupamento de Centros de Saúde (ACS)*. Lisboa. Acedido em [http://www.fnam.pt/images/ACS\\_MCSP.pdf](http://www.fnam.pt/images/ACS_MCSP.pdf)

Assim, a reforma dos CSP associada à antecipação do prazo para a concretização de um maior número de respostas da RNCCI, seria a resposta adequada ao acentuado envelhecimento da população. Desta forma, para compreendermos a interligação entre os CSP e a RNCCI apresentamos a Figura 4:

Figura 4 – Articulação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)



Fonte: ARSN

**Fonte:** Norte, A. R. de S. do. (2014). *Manual de procedimentos para implementação e desenvolvimento da ECCI*. Porto. Acedido em [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados Continuados Integ./Manual Procedimentos ECCI/Manual\\_Proced\\_Implement\\_Desenvol\\_ECCI\\_Jun2014.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Manual%20Procedimentos%20ECCI/Manual_Proced_Implement_Desenvol_ECCI_Jun2014.pdf)

Em suma, se o objetivo for que o idoso permaneça no seu domicílio com a melhor funcionalidade possível é necessária a aposta na maximização dos serviços comunitários de proximidade e na correta articulação CSP/Cuidados diferenciados com uma melhoria substancial dos cuidados de saúde no domicílio. Este objetivo só se torna tangível com o desenvolvimento das UCC onde se encontram as ECCI de uma forma uniforme por todo o território nacional, uma vez que são estas unidades que permitem uma resposta adequada às necessidades dos mais carenciados e dependentes, num esforço de solidariedade e respeito pela dignidade humana.

## 2.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - ECCI

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar das populações das sociedades ocidentais, nomeadamente da

portuguesa, determinam a criação de respostas adaptadas às atuais necessidades dos indivíduos tendo em conta os respectivos perfis clínicos, sociais e culturais.

Assim sendo, o predomínio de indivíduos com funcionalidade reduzida e muito reduzida, associada às múltiplas patologias, têm exibido um impacto considerável no SNS, com fortes repercussões ao nível da resposta assistencial das populações. Neste contexto, ganha relevo o conceito de cuidados continuados integrados definidos como o:

“Conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei nº101/2006, p.3857).

Nesta linha de pensamento todos constatamos, enquanto profissionais de saúde ou cidadãos, que as respostas tradicionais em cuidados de saúde e apoio social são ineficazes face às necessidades das pessoas que se encontram em situação de dependência e das suas famílias, indo de encontro ao referido por Petronilho (2012) face às necessidades supracitadas: as políticas de saúde colocam o enfoque dos cuidados na responsabilização, envolvimento e mestria da pessoa e família para a promoção do autocuidado e nos comportamentos de saúde adequados, definidos com a ajuda dos profissionais de saúde, de forma a capacitar a pessoa para gerir com eficácia e autonomia os seus processos de saúde-doença.

Desta forma, podemos referir que o sistema de cuidados à família como o conhecemos entrou em rutura. Esta encontra-se visível a variados níveis, tais como: económico; social e técnico; não só como consequência das diferentes políticas, mas também face à falta de estratégias de orientação e de educação das famílias no acesso aos serviços de saúde.

Com tudo isto, podemos afirmar que estão criadas as condições para a construção e implementação da RNCCI, aprovada no final de 2003, e constituída por entidades públicas, privadas e sociais, com a finalidade de prestar cuidados de saúde, centrados na pessoa e adaptados às suas necessidades, que visem a promoção, restauração e manutenção do bem-estar, conforto e qualidade de vida da pessoa em situação de dependência. Dispondo-se a garantir um regime de complementaridade e de estreita articulação entre todas as redes de cuidados de saúde bem como nos setores primários e hospitalares (Ministério da Saúde, 2004).

A sua criação formal está associada ao Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade social, pretendendo promover a continuidade da prestação de cuidados de saúde e o apoio social das pessoas com dependência funcional, com patologias crónicas e terminais, com potencial de reabilitação e ou manutenção das funcionalidades.

Assim, foi criada a RNCCI, com o objetivo de implementar um nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social. Até à sua criação, cada hospital encaminhava os seus doentes para instituições que pudessem recebê-los, não havendo qualquer diferenciação de cuidados.

Até ser criada a RNCCI, o apoio domiciliário a pessoas em situação de dependência, com necessidade de cuidados de saúde e apoio social, encontrava-se assegurado pelas respostas de Apoio Domiciliário Integrado e pelos Serviços de Apoio Domiciliário criados, suportadas no âmbito do Programa de Apoio Integrado a ambas, implementadas através de acordos de cooperação celebrados entre os centros distritais e pelas equipas dos antigos Centros de Saúde (MCSP, 2007).

Então neste processo dinâmico e sustentado de crescimento desde 2006, chegados a 2016 e reportando-nos a dados do 1º Semestre de 2015, a RNCCI tem 7311 camas em funcionamento, divididas da seguinte forma pelas diferentes tipologias, com exceção da ECCI que será alvo de uma análise mais detalhada no decorrer deste enquadramento, como é possível verificar na Figura 5:

Figura 5 – Número de camas em funcionamento a nível Nacional

Nº DE CAMAS CONTRATADAS EM FUNCIONAMENTO - 30.06.15						
TIPOLOGIAS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	TOTAL
Convalescença	147	232	167	135	69	750
Média Duração e Reabilitação	592	637	568	186	104	2.087
Longa Duração e Manutenção	1.328	1.177	978	425	314	4.222
Paliativos	41	69	113	19	10	252
<b>TOTAL</b>	<b>2.108</b>	<b>2.115</b>	<b>1.826</b>	<b>765</b>	<b>497</b>	<b>7.311</b>

**Fonte:** Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)

O âmbito dos cuidados continuados integrados, toma por foco a reabilitação, readaptação e a reintegração social, baseada na avaliação multidisciplinar, na promoção integrada da autonomia da pessoa e na capacitação do cuidador informal, visando a promoção e manutenção do conforto e qualidade de vida da pessoa, mesmo que em situações irrecuperáveis. Sendo assim, um processo ativo e contínuo que assenta nos paradigmas da recuperação global e da manutenção (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006).

De acordo com o artigo 4º do diploma supracitado, constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da sua idade, se encontrem em situação de dependência.

Como objetivos específicos apresentam-se:

- a) A melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- b) A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os apoios terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- c) O apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- d) A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- e) O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- f) A articulação e coordenação em rede dos cuidados continuados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- g) A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

A RNCCI baseia-se no respeito pelos seguintes princípios (artigo 6º):

- a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;

- b) Continuidade de cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da rede;
- d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados;
- f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede;
- i) Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

A RNCCI deve garantir à pessoa em situação de dependência um conjunto de direitos (artigo 7º):

- a) À dignidade;
- b) À preservação da identidade;
- c) À privacidade;
- d) À informação;
- e) À não discriminação;
- f) À integridade física e moral;
- g) Ao exercício da cidadania;
- h) Ao consentimento informado das intervenções efetuadas.



Desta forma, a prestação assistencial da RNCCI é, assim, assegurada por:

- a) Unidades de internamento (unidades de convalescença - UC, unidades de média duração e reabilitação - UMDR, unidades de longa duração e manutenção – ULDM e unidades de cuidados paliativos - UCP);
- b) Unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção da autonomia; equipas hospitalares, designadamente equipas de gestão de altas (EGA); e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos;
- c) Equipas domiciliárias: equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e ECCI (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006).

Desta forma, deixamos para última apresentação a unidade onde incide o nosso estudo, assim as ECCI's em conformidade com o Decreto-lei n.º 101/2006 (p.3862)

“a ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”.

A ECCI assegura, de acordo com o artigo 28.º, cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos profissionais ser programadas e regulares, tendo por base as necessidades clínicas detetadas pela equipa.

As equipas domiciliárias devem prestar ou assegurar:

- a) Cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e/ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência;
- b) Apoio na satisfação das necessidades básicas como alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas;
- c) Ajuda na interação utente/família, promovendo a colaboração do próprio e de outros conviventes ou voluntários organizados;

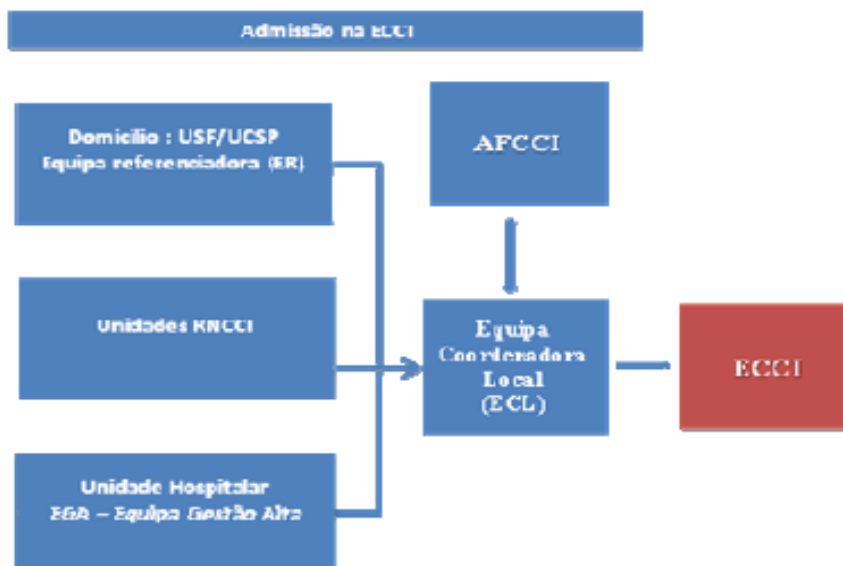
- d) Ajuda na aquisição de capacidades e competências dos utentes e suas famílias, promovendo a máxima autonomia possível e o autocuidado;
- e) Cuidados de fisioterapia;
- f) Apoio psicológico, social e ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- g) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais;
- i) Produção e tratamento de informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

As equipas de ECCI incorporam-se nas UCC, na sua atividade domiciliária, com os princípios definidos para as atividades da RNCCI e asseguram, em estreita articulação com as outras equipas dos ACeS, a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, e não abrangidas pela carteira básica de serviços da USF ou outra unidade funcional indo de encontro ao Decreto-Lei n.º 101/2006 (p.3862), as ECCI são:

“Equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários (...) fomentando a resposta integrada a situações de saúde e sociais da população e potencializar os recursos da comunidade, reforçando as capacidades e competências dos cuidadores, recorrendo a articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do centro de saúde e comunidade”.

Após percebermos e identificarmos as respostas da rede existentes e dando especial incidência à ECCI temos de esclarecer que o ingresso na RNCCI é efetuado através de proposta das EGA (hospitalar ou dos CSP) ou por transferência de outras tipologias da própria RNCCI. Desta forma, vamos utilizar a Figura 6 para que todo o processo de referenciação seja de mais fácil compreensão:

Figura 6 – Circuito de Referência para ECCI



**Fonte:** Norte, A. R. de S. do. (2014). *Manual de procedimentos para implementação e desenvolvimento da ECCI*. Porto. Acedido em [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados Continuados Integ./Manual Procedimentos ECCI/Manual\\_Proced\\_Implement\\_Desenvol\\_ECCI\\_Jun2014.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20Continuados%20Integ./Manual%20Procedimentos%20ECCI/Manual_Proced_Implement_Desenvol_ECCI_Jun2014.pdf)

Para melhor compreendermos a origem dos utentes vamos analisar a Figura 7 e perceber que apenas 37% dos utentes são referenciados pelas EGA dos CSP, quando são estes que mais próximos estão da população e do escrutínio das suas necessidades, não deixando estes números de ser enigmáticos:

Figura 7 – Referenciação das EGA CSP / Cuidados diferenciados nível Nacional até 1º semestre de 2015



**Fonte:** Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)

Quando referenciamos utentes para ECCI temos de ter presentes duas situações prementes, os critérios de referenciação, e podemos verificar os que são enunciados pela ARS do Norte, no Manual de Procedimentos para implementação e desenvolvimento da ECCI, (2014, p. 9) quando afirma,

considera-se critério de referenciação específicos para admissão nas ECCI: a situação de dependência em que o utente reúna condições no domicílio para lhe serem prestados os cuidados de que necessita (diretiva técnica nº1/UMCCI/2008 de 07/01/2008), desta forma entende-se população com critérios para ingressar em ECCI: pessoas portadoras de diversos tipos e níveis de dependência e que não se possam deslocar do seu domicílio; pessoas com necessidade de cuidados que excedam a carteira básica das USF/UCSP, as quais possuam situações de saúde que pela sua intensidade e complexidade de cuidados necessitam de intervenções sequenciais; necessidade de cuidados 7 dias por semana; necessidade de cuidados paliativos, incluindo compensação sintomática, possível de realizar no domicílio.

Mantendo esta linha de raciocínio, a outra permissa a ter em conta são os critérios de exclusão, mais uma vez seguindo o emanado pela ARS do Norte, no Manual de

Procedimentos para implementação e desenvolvimento da ECCL, (2014, p.9 e 10) quando refere

“consideram-se como critérios de exclusão, de referenciação para ECCL: utente com episódio de doença em fase aguda, que requeira internamento hospitalar; utente que necessita exclusivamente de apoio social; utente cujo objetivo seja estudo de diagnóstico; inexistência de cuidador”.

Após a análise da orgânica funcional da rede e como os utentes chegam até à mesma, atendendo ao perfil dos serviços da RNCCI, bem como ao perfil profissional dos diferentes intervenientes, é possível constatar que o enfermeiro é realmente o profissional de saúde adequado para responder aos objetivos e funções da RNCCI (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Isto porque é necessário mudar a forma como se prestam cuidados de saúde, mas também é necessária a motivação dos profissionais, de profissionais abertos à mudança e com perfil, habilidades e formações adequadas a este novo modelo de prestação de cuidados.

Desta forma, a promoção dos cuidados em contexto domiciliário passa pelo incremento de uma política de intervenção comunitária. Neste sentido, a visita domiciliária é um instrumento fundamental, para a abordagem aos problemas e necessidades dos utentes/famílias, tendo em conta um conjunto de pressupostos, tal como referido por Veríssimo (2004):

- a) Ser centrada no alvo dos cuidados;
- b) Ser perspectivada de uma forma holística;
- c) Ser personalizada;
- d) Promover a reabilitação, tendo em vista a reintegração na comunidade e a maior autonomia possível;
- e) Respeitar os princípios éticos e deontológicos.

Um estudo realizado por Elkan *et al* (2000, 2001) concluiu que, com a introdução da visita domiciliária, se verificava uma diminuição na mortalidade, melhoria da qualidade de vida no domicílio e diminuição da institucionalização. Aos profissionais de saúde é requerido que valorizem e desenvolvam a visita domiciliária, com carácter sistemático e de supervisão de cuidados, de forma a implementar, com os membros da família, um plano de intervenção terapêutico, promotor de saúde e que previna atempadamente potenciais complicações (Veríssimo, 2004).

Desta forma, as ECCI da RNCCI segundo a UMCCI (2011) contribuíram para a:

- a) Diminuição de internamentos desnecessários e do recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado;
- b) Diminuição do número de altas hospitalares tardias;
- c) Redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos;
- d) Aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação e promoção da autonomia;
- e) Disponibilização de apoio contínuo à pessoa em situação de fragilidade ou doença crónica;
- f) Recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós internamento hospitalar.

Para compreendermos de forma global o que são cuidados em ECCI, não basta apenas saber quais os pressupostos burocráticos que envolve a RNCCI, também é necessário conhecer os números apresentados e as características dos utentes internados. Deste modo, e recorrendo ao Relatório de Monitorização da RNCCI do 1º Semestre de 2015, no que diz respeito aos cuidados domiciliários, e nomeadamente às ECCI, existiam até ao final de 1º semestre de 2015 um total de 283 equipas a nível nacional (+3% em relação ao final de 2014), dividido da seguinte forma pelas diferentes Administrações Regionais de Saúde (ARS), tal como é possível verificar na Figura 8:

Figura 8 – Número de ECCI em funcionamento a nível Nacional

	Região	31.12.14	30.06.15	variação
ECCI	Norte	84	82	-2%
	Centro	61	72	18%
	LVT	60	60	0%
	Alentejo	37	37	0%
	Algarve	32	32	0%
	<b>TOTAL</b>	<b>274</b>	<b>283</b>	<b>3%</b>

**Fonte:** Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)

Este número de ECCI correspondendo a um total nacional de 6712 lugares (-0,8% em relação ao final de 2014) foi dividido da seguinte forma pelas diferentes ARS, como é possível observar na Figura 9:

Figura 9 – Número de lugares de ECCI a nível Nacional

Lugares de ECCI			
	2014	2015	Varição
Norte	1690	1673	-1,0%
Centro	1101	1064	-3,4%
LVT	2076	2076	0,0%
Alentejo	549	549	0,0%
Algarve	1350	1350	0,0%
<b>TOTAL</b>	<b>6766</b>	<b>6712</b>	<b>-0,8%</b>

**Fonte:** Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)

Relativamente à região centro, onde se inserem as duas ECCI em estudo (ECCI Seia e ECCI Norton de Matos) existem 72 ECCI num total de 1064 lugares. Na região centro, o número de equipas cresceu 18% (61 no final de 2014 para 72 em junho de 2015), mas o número de lugares diminuiu 3,4% (1101 no final de 2014 para 1064 no final do 1º semestre de 2015).

De referir que o desenvolvimento das respostas a nível domiciliário continua a ser uma prioridade, embora tenha de se ter em conta que as ECCI dependem dos recursos dos ACeS. Mais especificamente, nem sempre os recursos humanos alocados disponibilizam o número de horas de cuidados assistenciais necessários, de acordo com o número de lugares disponíveis. Posto isto, existe um desajuste acentuado que carece de uma monitorização por parte da RNCCI, de forma a existir uma adequação o mais rápido possível, tal como se pode verificar na Figura 10:

Figura 10 – Número de ECCI, lugares e capacidade média das ECCI por região

Nº de ECCI, Lugares e capacidade média das ECCI por região			
	Nº ECCI	Lugares	Nº médio Lugares
Norte	82	1673	20
Centro	72	1064	15
LVT	60	2076	35
Alentejo	37	549	15
Algarve	32	1350	42
<b>TOTAL</b>	<b>283</b>	<b>6712</b>	<b>24</b>

**Fonte:** Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)

Adicionalmente, temos de caracterizar a ECCI em termos de evolução da taxa de ocupação ao longo dos anos e por região; e não podemos ficar satisfeitos com os valores apresentados pela região centro onde foi realizado o nosso estudo, “o centro é a região que menos referencia os seus utentes para ECCI, conforme já referido em anos anteriores” (Monitorização da RNCCI, 2015, p.42), influenciando desta forma as taxas de ocupação de lugares como se pode atestar na Figura 11.

Figura 11 – Taxa de Ocupação de ECCI por região ao longo dos anos

ECCI	LVT	CENTRO	ALENTEJO	NORTE	ALGARVE
2012	51%	37%	70%	57%	60%
2013	67%	48%	88%	68%	78%
2014	68%	53%	79%	65%	68%
2015	70%	63%	75%	69%	65%

**Fonte:** Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)



Para finalizar a análise de ECCI temos que o tempo médio de ocupação de lugares em média cresceu de 142 para 175 dias, sendo na região centro de 214 dias, tal como podemos verificar na Figura 12:

Figura 12 – Tempo médio de ocupação de lugares por região em dias

Região	ECCI		
	Demora Média		Variação
	2014	2015	
Norte	101	107	6%
Centro	184	214	16%
LVT	146	178	22%
Alentejo	164	231	41%
Algarve	209	232	11%
Média	142	175	23%

**Fonte:** Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)

Tendo em conta as causas de referenciação para ECCI, não podemos deixar de referir que o motivo “reabilitação” encontra-se em 43% do total, tal como está indicado na Figura 13, sendo que aquando da referenciação existe o conhecimento por parte da EGA da real constituição das equipas em termos de diferenciação na prestação de cuidados, uma vez que nem todas as equipas têm os recursos necessários à prática de cuidados de reabilitação.

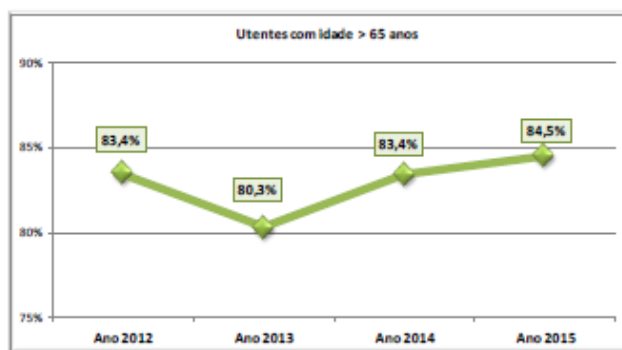
Figura 13 – Motivos de referenciação a nível nacional para as diferentes tipologias da RNCCI no decorrer do 1º Semestre de 2015

Motivos de Referenciação 2015						
	ECCI	UC	UCP	ULDM	UMDR	Nacional
<b>MOTIVOS</b>						
Dependencia AVD	89%	94%	75%	88%	95%	91%
Ensino utente/Cuidador informal	91%	92%	69%	84%	88%	89%
Reabilitação	43%	89%	4%	31%	75%	56%
Cuidados pós-cirúrgicos	18%	38%	3%	6%	18%	20%
Tratamento de Feridas/Ulceras de pressão	37%	3%	8%	6%	14%	18%
Doença Cardiovascular	10%	15%	2%	12%	18%	13%
Gestão regime terapêutico	11%	4%	52%	35%	6%	14%
Portadores de SNG/PEG	6%	2%	7%	18%	9%	8%
Ulceras de pressão múltiplas	14%	1%	3%	1%	9%	8%
Descanso do Cuidador	2%	0%	1%	34%	1%	7%
Manutenção de dispositivos	4%	1%	9%	11%	2%	4%

**Fonte:** Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)

Fazendo uma breve caracterização do utente da RNCCI onde se integra também a tipologia de ECCI, temos que a população da RNCCI no 1º semestre de 2015 com idade superior a 65 anos representa 84,5% do total, crescendo em relação aos últimos anos, tal como podemos verificar na Figura 14:

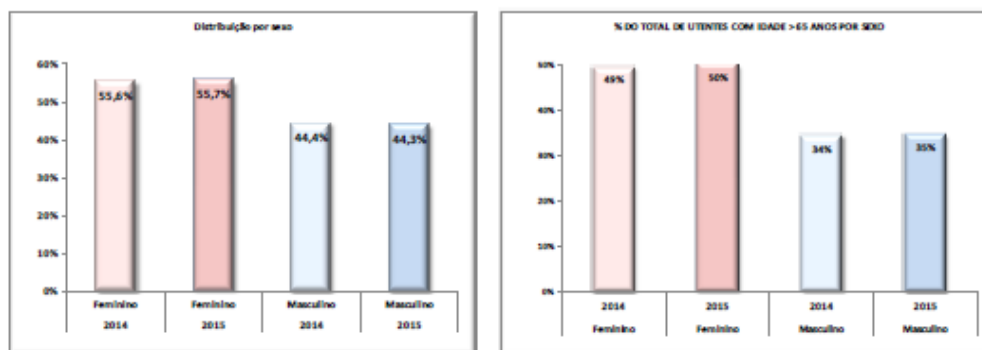
Figura 14 – Utentes com idade superior a 65 anos



**Fonte:** Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)

O sexo feminino representa 55,7% do total de utentes, valor sobreposto a anos anteriores (55,6% no ano de 2014). Para além disso, 50% dos utentes da RNCCI são do sexo feminino com idade superior a 65 anos, crescendo em relação a 2014, tal como se apresenta na Figura 15:

Figura 15 – Utentes com idade superior a 65 anos



**Fonte:** Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)

De acordo com o mesmo relatório, podemos referir que os utentes da RNCCI e da ECCI por inerência são “envelhecidos e maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevada incapacidade e dependência” (Monitorização da RNCCI, 2015, p.20), ou seja, esta população descrita necessita de melhores

acessibilidades aos cuidados de saúde, isto é, necessita de um novo paradigma de prestação de cuidados de saúde.

Em suma, tendo em conta o referido pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) na elaboração das orientações para as ECCI (2007, p.6) refere que

“apesar de ser contemplada a possibilidade de ter que se recorrer ao regime de internamento para prestação de cuidados, em consequência da sua intensidade, complexidade ou do contexto sócio familiar, estes deverão, preferencialmente, ser prestados em contexto domiciliário. O enfoque nos cuidados domiciliários, além de se ajustar às características das pessoas/famílias e cuidadores, conduz à implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas integradas e satisfaçam as necessidades específicas da população”.

### 3. Funcionalidade

A problemática da funcionalidade tem vindo a tomar um lugar de destaque, ainda que não seja sinónimo de doença e dependência, o aumento da população idosa leva a um acréscimo de pessoas com debilidades físicas e emocionais e, em muitos casos, dependentes de um cuidador principal. O próprio processo de envelhecimento potencia a limitação progressiva das capacidades do indivíduo, para satisfazer as necessidades básicas com independência e autonomia.

O avanço da idade é também um dos fatores que predispõe à dependência funcional, alguns deles comprovam que o sexo feminino, tal como refere Rosa, *et al* (2003, p.43) “está fortemente associado à ocorrência da dependência, sendo mais de duas vezes maior a chance para as mulheres em relação aos homens.”

Tal como é referido por Cunha (2007, citando Radwanski e Hoeman 2000, p.40) “viver mais tempo, aumenta, em (80%), as probabilidades de desenvolver uma ou mais doenças crónicas, assim como limitações físicas incapacitantes”. Esta visão vai de encontro ao referido por Pinto (2011, citando Loureiro, 2007, p.30), “o aumento da idade poderá conduzir a maiores necessidades de apoio, que poderá surgir de cuidadores informais e/ou formais, onde se incluem a família, amigos e diversos técnicos de instituições de saúde e de apoio social”, ou seja, em geral, o idoso perde a potencialidade para a realização das suas atividades, principalmente a ocupação diária, e devido às condições sociais, nomeadamente a falta de apoio da família, muitos idosos são institucionalizados.

Problemas de saúde como as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e neurológicas, apresentam maior incidência e prevalência à medida que aumenta a idade dos indivíduos, e o próprio processo natural de envelhecimento diminui a capacidade funcional do organismo. Esta situação leva-nos, segundo o estudo de Azeredo & Matos (2003), a concluir que quando os doentes perdem a sua autonomia são muitas vezes levados para instituições que cuidam deles, devido à sua dependência.

Tratando-se de uma etapa natural do ciclo vital, é desejável que constitua uma oportunidade de viver de forma saudável e autônoma e pelo maior tempo possível. Para que este objetivo se torne realidade, é necessário promover o envelhecimento bem-sucedido, ou seja, potencial ao máximo as capacidades, promovendo a independência.

Perante o disposto, de acordo com Ribeirinho (2005, p.126),

“a questão das capacidades físicas e psicomotoras para desempenhar as AVD são de crucial importância, e na maioria das vezes têm mais peso do que propriamente as condições de saúde física ou mental, dado que a habilidade para desempenhar estas actividades tem impacto directo sobre a independência, promovendo a mobilidade.”

O estudo realizado por Pavarini e Neri (2000), citado por Andrade (2009, p.31) refere que,

“13% dos idosos que têm entre 65 e 74 anos e 25% dos que estão entre os 75 e os 84 anos apresentam incapacidade moderada. Nos idosos acima dos 85 anos, a incapacidade é de quatro a cinco vezes maior do que aos 65 anos, subindo para 46% a percentagem dos indivíduos com incapacidade moderada.”

Para Dias (2008), como consequência do incremento do envelhecimento populacional, as enfermidades e incapacidades crónicas também aumentaram, 88% dos indivíduos com mais de 65 anos manifesta pelo menos uma morbilidade e 21% possui incapacidades crónicas. As mulheres são as mais atingidas, sendo que 35% a 50% entre os 70-80 anos apresenta limitação na deambulação e na realização de AVD.

Desta forma, e no sentido do apresentado por Pinto (2011, p.33 citando Araújo, 2007),

perante o crescimento de uma população envelhecida a avaliação da funcionalidade torna-se fundamental tanto na avaliação do estado de saúde, como na planificação dos cuidados. Revelando-se nos últimos anos no melhor modelo de diagnóstico e terapêutico, uma vez que permite identificar as capacidades e limitações de cada indivíduo.

Na diversa literatura consultada encontramos diferentes conceitos acerca da operacionalização do grau ou nível de dependência funcional, o que facilita a sua interpretação. Neste sentido, consideramos pertinente referir os conceitos apresentados na Carta Social (2009, p.15 do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, MTSS):

a) “Autónomo – Capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica.

- b) Parcialmente dependente – Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação.
- c) Dependente – Não pode praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal.
- d) Grande dependente – Acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave.”

A revisão da diferente literatura leva-nos a confirmar a teoria de que a capacidade funcional seja o melhor indicador de saúde, uma vez que a perda de função na pessoa idosa é o principal indício de doença, e habitualmente, a cada doença corresponde uma perda funcional específica, impossibilitando o desempenho de um determinado grupo de AVD, embora tenhamos de ter consciência que segundo Fontes, Fernandes & Botelho (2010, p.172),

“a compreensão e a explicação da incapacidade e da funcionalidade têm sido até hoje, recolhidas, formatadas e propostas em vários modelos conceptuais ou paradigmas do binómio saúde/doença, cujo exemplo major se observa na dialéctica modelo biomédico versus modelo social, sendo que tradicionalmente saúde e incapacidade se definem como conceitos exclusivos.”

Em 1989, a OMS definiu a incapacidade como a limitação ou ausência de capacidade para realizar uma atividade de forma considerada normal para qualquer indivíduo. Assim, assume-se que a capacidade funcional existe quando o indivíduo consegue manter as habilidades físicas e mentais necessárias ao exercício de uma vida independente e autónoma. Contrariamente e de acordo com a OMS (1989), citado por Pereira (2014, p.16), a incapacidade funcional “incide na restrição ou carência de habilidade para concretizar uma atividade de modo considerada normal para qualquer indivíduo”.

De acordo com Gonçalves (2011, p.35), a definição de incapacidade funcional,

“no domínio da saúde, a incapacidade resulta de qualquer restrição ou falta de capacidade para realizar uma actividade dentro dos moldes e limites considerados normais para um ser humano. Estas perturbações podem ser temporárias ou permanentes, reversíveis ou irreversíveis, progressivas ou regressivas. As incapacidades podem surgir como

consequência directa da deficiência ou como resposta do sujeito, reflectindo, então, perturbações a nível da pessoa.”

Após explanarmos o conceito de incapacidade temos de falar obrigatoriamente sobre um dos grandes objetivos do envelhecimento, a manutenção da funcionalidade. Assim sendo, a noção de funcionalidade, ou capacidade funcional, está relacionada com a autonomia na execução de tarefas de prática frequente e necessária a todos os indivíduos, como tarefas de cuidados pessoais e de adaptação ao meio em que se vive, que asseguram a possibilidade de se viver sozinho no domicílio (Botelho, 2005, citando Fillenbaum, 1986).

Seguindo esta linha de pensamento, Ribeirinho (2005) defende a capacidade funcional da pessoa idosa como fundamental, estando esta diretamente relacionada com a probabilidade do idoso ter capacidade em continuar a viver na sua própria casa e na sua comunidade, na qual o ambiente físico e social que o rodeia também acaba por exercer uma influência relevante na manifestação da dependência.

“A capacidade/dependência funcional são conceitos que fazem parte do Sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens da OMS, utilizados para definir a capacidade de realizar uma ou mais AVD sem auxílio” (Santos, 2011, p12). Este padrão de avaliação segundo Fontes, Fernandes & Botelho (2010, p.172)

“é a este paradigma conceptual que a CIF oferece a diferença, evitando o reducionismo dos modelos biomédico e social, ao promover uma perspectiva abrangente, integrativa e universal da funcionalidade e incapacidade, onde o indivíduo interage com o ambiente físico, social e atitudinal, onde estão perspectivadas as linhas da saúde biológica, individual e social.”

A avaliação da funcionalidade tem como objetivos identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e contribuir para a intervenção com vista à manutenção e/ou recuperação de capacidades (Botelho, 2005 citando Stuck e col., 1993).

Assim, quando nos referimos ao idoso, a avaliação da funcionalidade permite, segundo Santos (2012, p.16 citando Botelho, 2000) “a detecção de perturbações ainda incipientes, funcionais, físicas, mentais e sociais, pode apoiar a fundamentação das intervenções preventivas e possibilitar os cuidados geriátricos ainda na comunidade”. Tendo em conta a avaliação funcional no acompanhamento dos idosos, será possível contribuir para que o aumento da longevidade seja assistido pela “compressão” da incapacidade, ou seja, o aumento da esperança de vida ativa, próprio do envelhecimento bem-sucedido ou ativo (Botelho, 2005).



Deste modo, como instrumento de avaliação, surge a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma atualização da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens. Esta define a funcionalidade como um integrante da saúde, fundamentando o ambiente ora como facilitador, ora como barreira para a execução das atividades (Costa, 2010). Sendo que a CIF se denotava complexa e de difícil aplicação prática, a Direção-Geral da Saúde (DGS), ainda em 2010, através do Departamento da Qualidade na Saúde, criou um grupo de trabalho para a elaboração da proposta de uma Tabela Nacional de Funcionalidade (TNF) que sairia a público através do gabinete da qualidade da DGS em 2014 através da circular normativa nº 014/2014 de 01/09/2014.

O objetivo da TNF é quantificar a funcionalidade de forma consistente e rápida, através de uma nomenclatura/referencial comum, baseada especificamente nas componentes da CIF: “Atividades e Participação” e “Fatores Ambientais”.

A implementação do registo sistemático da funcionalidade do adulto em idade ativa permite, ao longo do tempo, medir a evolução da funcionalidade, como indicador de saúde, contribuindo, assim, para uma adequada alocação de recursos, monitorização de resultados, assim como para uma melhoria da equidade na atribuição de benefícios fiscais e de prestações sociais (Parrish, 2010).

Para Borges (2013, p.23) “a capacidade funcional é determinada pelas avaliações funcionais, de forma a permitir uma visão mais precisa quanto à severidade da doença e o impacto da comorbidade”. Esta avaliação do grau de incapacidade/dependência funcional permite a monitorização da evolução do doente no seu processo de reabilitação. Existem vários instrumentos de avaliação funcional, sendo os mais utilizados o Índice de Barthel e a Escala de Medição de Independência Funcional.

Associado à incapacidade funcional descrita também o ambiente físico tal como refere Andrade (2009, p.32 citando Pavarini e Neri, 2000) se torna de fundamental avaliação, dado que

“a existência de barreiras arquitetónicas (escadas, degraus, pisos escorregadios, iluminação deficiente) e ergonómicas (sofás excessivamente fundos, moles e baixos, armários e camas demasiado altas), constituem uma dificuldade que urge ultrapassar.”

Para ultrapassar os obstáculos na opinião de Cunha (2007), o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) é o profissional da equipa de saúde melhor colocado para esta função, não só pelos saberes técnico-científicos, mas também por ser um dos

técnicos de saúde que mais tempo permanece próximo do doente, habilitando-o para o autocuidado nas AVD, gerindo os obstáculos susceptíveis de provocar dependência, facultando uma melhor qualidade de vida.

Mantendo esta linha de pensamento, o EEER é o profissional mais capacitado para estabelecer estratégias de modo a ultrapassar os condicionalismos que afetam a funcionalidade, isto porque, tal como refere Carvalhais & Souza (2013, p.161, quando cita, Martins, 2003; Souza, 2004; Rice, 2004 e Wilkerson, 2004)

“a visita domiciliar permite ao enfermeiro um acesso próximo às vivências da pessoa doente e seus familiares, incluindo: condições ambientais e físicas (por exemplo, permite identificar barreiras arquitectónicas); fatores socioeconómicos, espirituais e culturais; recursos disponíveis, condições de higiene e segurança; dinâmica familiar (por exemplo, níveis de entreajuda). Este contexto desafia o enfermeiro a ser criativo, flexível e polivalente, uma vez que a própria casa é o lugar preferido pelos idosos e suas famílias para viver, mesmo na presença de problemas de saúde crónicos e/ou elevada dependência.”

Assim, o EEER que trabalha nos CSP e vai trabalhar o contexto funcionalidade tem de compreender na sua globalidade que, no sentido de ser possível alcançar uma velhice funcional, estão associadas três grandes premissas: a primeira é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perdas de autonomia; a segunda consiste na manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico e por último a terceira é a conservação de empenhamento social e de bem-estar (Fontaine, 2000).

Em suma, o envelhecimento funcional implica a manutenção do máximo de capacidade de vida autónoma, que se apoia claramente num estilo de vida saudável, sinalizado através da manutenção do exercício físico, da existência de relações sociais estáveis, alargadas e significativas (Fonseca 2005, citando Paúl, Cruz & Cerejo, 2001).

#### **4. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em Cuidados de Saúde Primário**

No que diz respeito ao âmbito da enfermagem de reabilitação, dita a história que a reabilitação surgiu em Portugal, em meados dos anos 50, pela necessidade de colmatar a lacuna existente no nosso país, no tratamento de pessoas com grandes défices motores. Desta forma surge, em 1965, o 1º curso de especialização em enfermagem de reabilitação, atendendo a todos os grupos etários com défices, focado na pessoa como um “todo” e na valorização da atividade da pessoa (Ordem Enfermeiros, 2003), evoluindo de forma gradual e sendo considerada atualmente uma

“especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas, ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.24).

Nestes últimos anos, com os avanços científicos e tecnológicos, o envelhecimento demográfico tem-se traduzido num crescente aumento do número de pessoas que vivem com incapacidades crónicas. Quando se perspetiva o regresso à comunidade são inúmeras as barreiras e falhas dos serviços de apoio, determinando novas necessidades em saúde e apoio social (Hoeman, 2000).

O âmbito da enfermagem de reabilitação tem início na prevenção primária, estendendo-se até à intervenção terciária na comunidade, nas várias transições do ciclo de vida da pessoa, como “um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estadio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida” (Hoeman, 2000, p.3), ou seja, a intervenção do EEER é efetivamente “um excelente exemplo do que significa a enfermagem holística” (Hoeman, 2000, p.3). Neste contexto, é importante elucidar que a reabilitação é uma ação baseada na abordagem holística e não na disfunção orgânica ou estrutural-anatómica, visando recuperar e habilitar a pessoa na sua magnitude física, psicológica, emocional, familiar e social (Faro, 2006).

A reabilitação abarca um corpo de conhecimentos e procedimentos especializados, com o objetivo de ajudar toda a pessoa portadora de doença aguda, crónica, com deficiência

ou sequelas, a atingir a sua máxima funcionalidade, autonomia e satisfação, preservando a sua autoestima (Regulamento nº 125/2011, 2011).

Seguindo o referido por Rocha (2008, p.6)

“é definida como um processo global, dinâmico e contínuo, dirigido à pessoa, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que se encontra inserida, que visa corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as aptidões e capacidades funcionais, tão rapidamente quanto possível, para o exercício de uma atividade considerada normal no âmbito do seu projeto de vida”

Assim sendo, a enfermagem de reabilitação constitui-se, como uma área de intervenção reconhecida, que promove a resposta mais adequada às reais necessidades e às novas exigências de cuidados da população.

Deste modo, a enfermagem de reabilitação demonstra a verdadeira preocupação pelo outro, é um olhar não apenas dirigido para a incapacidade da pessoa, mas sim para ajudar a pessoa a suportar a sua incapacidade, a aceitar a sua nova condição de vida, sem que esta se sinta minorizada (Hesbeen, 2002). “(...) É interessar-se pela pessoa e ajudá-la a viver, mesmo quando a ‘reparação’ do seu corpo, e o regresso à ‘normalidade’ deixa de ser possível, pelos meios técnico-científicos da medicina.” (Cordeiro, Marques & Martins 2006, p.4).

O EEER tem, assim, um papel fundamental no diagnóstico precoce de limitações/incapacidades, na prevenção de complicações secundárias, na tomada de decisões relativamente à promoção da saúde, tratamento e reabilitação. Tem como principal objetivo ajudar a pessoa a atingir o melhor nível de qualidade de vida, maximizando a sua funcionalidade e independência física, emocional e social. É também educador, conselheiro, advogado e consultor, mas é com a colaboração de uma equipa multidisciplinar que se consegue atingir cuidados eficientes e de máxima qualidade (Nuno, Ribeirinho & Silva, 2008).

Isto porque o EEER é detentor de um vasto leque de conhecimentos e competências especializadas na área da reabilitação, vocacionadas para a recuperação funcional motora, sensitiva, cognitiva, cardiorrespiratória, da comunicação, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Que visa, através da sua intervenção, recuperar e habilitar toda a pessoa vítima de doença aguda ou crónica que provoque défices funcionais do foro respiratório, ortopédico, músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico (Regulamento nº125/2011, 2011).

Assim sendo, a pessoa é o alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e tanto pode ser a pessoa que apresenta dependência, como a pessoa que cuida da mesma. Por este motivo pode afirmar-se que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação permitem na pessoa dependente o desenvolvimento de habilidades com o objetivo de realizar o seu autocuidado e com isto melhorar a sua funcionalidade. A sua recuperação interfere também na dinâmica familiar com a diminuição do trabalho da pessoa prestadora de cuidados. Também o facto de estes cuidados serem prestados no domicílio, incluindo estas pessoas, possibilita uma melhor recuperação e uma melhor aprendizagem, porque são realizados nas condições reais do seu dia-a-dia. Por isso, estes cuidados são abrangentes e levam à participação de toda a família da pessoa dependente, na assistência da sua doença e incapacidade (Ordem Enfermeiros, 2010).

Perante esta situação, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação têm um novo desafio nomeadamente, passar a ser prestados no domicílio de forma organizada, indo de encontro às necessidades dos indivíduos.

Nesta linha de raciocínio, as alterações organizacionais que ocorreram na última década com a reforma dos CSP e o aparecimento da RNCCI, faz com que os cuidados prestados no domicílio se desenvolvam, tal como refere Carvalhais & Souza (2013, p.161, quando cita Egry e Fonseca, 2000; Souza, 2004; Lima e col., 2010),

“em particular a visita domiciliar, emergem como uma resposta necessária para que o contexto privilegiado de vida (estar em sua casa) possa ser mantido. A visita domiciliar tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da enfermagem (...) colocando a família como o centro do cuidado. Nos primórdios tinha como finalidade minimizar a dor, mas posteriormente a ação dirigiu-se à promoção da saúde e qualidade de vida”.

A evolução dos cuidados domiciliários transformou-os, tal como refere Giacomozzi & Lacerda (2006, p.646), num

“componente do *continuum* dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura”.

De facto, esta remodelação no paradigma de cuidar no domicílio, assenta não só nas estruturas físicas, mas também na otimização de recursos existentes para melhorar a qualidade do serviço, diferenciação técnica, inovação e aprendizagem de todos os

profissionais, flexibilidade, competência, responsabilização, voluntariedade, planeamento, monitorização, consenso e qualidade de cuidados (Ribeiro, 2008).

Com o aparecimento das ECCI, os EEER foram alocados com o objetivo de ajudar a atingir o pretendido pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) na elaboração das orientações para as ECCI (2007, p.6) quando refere que,

“apesar de ser contemplada a possibilidade de ter que se recorrer ao regime de internamento para prestação de cuidados, em consequência da sua intensidade, complexidade ou do contexto sócio familiar, estes deverão, preferencialmente, ser prestados em contexto domiciliário. O enfoque nos cuidados domiciliários, além de se ajustar às características das pessoas/famílias e cuidadores, conduz à implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas integradas e satisfaçam as necessidades específicas da população”.

assim tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010) seria fundamental que estas equipas fossem dotadas de EEER, porque se dirigem essencialmente à recuperação, à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados, resultando ganhos em saúde significativos, nomeadamente: diminuição do nº de dias de internamento hospitalar; diminuição do nº de reinternamentos hospitalares; maior autonomia nas AVD; maior independência funcional; maior satisfação; e melhor qualidade de vida da pessoa (Rocha, 2008).

Esta forma de intervenção coaduna-se com a filosofia dos CSP, em que ao intervir na pessoa dependente e na sua família, ensinando e adaptando estas pessoas à incapacidade de que são alvo, ajudam a minorar e a prevenir outras complicações, sendo um dos alicerces da intervenção domiciliar. Como refere Carvalhido & Pontes (2009, p.144), “o domicílio é o local onde se encontra a família e é nela que os seus elementos se desenvolvem física e emocionalmente, mental e espiritualmente”, devendo considerar-se o ambiente familiar como um elemento integrante da pessoa em reabilitação, indo de encontro a Lacerda (2005) que afirma que, para a pessoa, o ambiente familiar melhora o processo de recuperação da pessoa dependente, evitando também a deslocação dos seus familiares para o hospital. Com isto, os hospitais têm mais vagas disponíveis e para a família, o atendimento no seu domicílio passa a ser mais personalizado.

Assim, segundo Rocha (2011), o EEER, pelos conhecimentos e competências especializados, pela presença próxima e sistemática junto da pessoa e pelo seu papel na equipa de saúde, é considerado como um profissional “pivô” para planear, conceber, implementar e gerir programas de reabilitação, adequados à prevenção e ao processo

personalizado, ou seja, permite que a pessoa e família sejam os protagonistas na reconstrução do seu percurso de vida e processo de saúde (que se encontra interrompido), mobilizando as suas próprias energias físicas, psicológicas e sociais, que serão facilitadoras ao seu processo de reabilitação e reintegração na comunidade (Faro, 2006).

Em suma, compete, também, ao EEER monitorizar a implementação e os resultados dos programas de reabilitação, avaliando e efetuando os ajustes necessários no processo da prestação de cuidados, que lhe permitem analisar a eficácia da sua intervenção, para poder transmitir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo as práticas mais seguras e eficazes, junto da pessoa, família, sociedade e na instituição (Rocha, 2011).

#### 4.1. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

Até aos dias de hoje, temos assistido a uma série de remodelações do SNS mais especificamente nos CSP. Neste contexto, é necessário compreender a realidade em que a prática de cuidados de reabilitação vive atualmente nos CSP, isto porque o objetivo é sempre o de melhorar o modelo de prestação de cuidados de reabilitação, tornando-o mais acessível e adequando-o às necessidades das pessoas.

Conforme relatado, a tutela dos cuidados, partilhada entre a Saúde e a Segurança Social, permite dar resposta às necessidades globais do utente e não da doença. O conceito geral deste aspeto é fomentar uma mudança de paradigma e cultura. Por este fato, é fundamental existir uma RNCCI, cujo objetivo não visa a cura, mas a reabilitação, a recuperação ou manutenção da autonomia, a qualidade de vida, o conforto e alívio do sofrimento.

O objetivo primordial é a criação de um serviço de proximidade, que vá de encontro às necessidades da pessoa com dependência e à família onde esta se encontra inserida. A rede está em todo País, em todos os concelhos e potencia os cuidados prestados nos hospitais e nos CSP.

Desta forma, de acordo com a OE (2009, p.16) “os enfermeiros da RNCCI devem assegurar o apoio e suporte emocional às famílias ou prestadores informais de cuidados capacitando-os para a integração do doente no seio da família”.

Como refere Augusto (2002), as pessoas que cuidam de pessoas dependentes, apesar da sua vontade para cuidarem no domicílio, fazem-no grande parte das vezes sem preparação adequada. A alta da pessoa dependente de um hospital para o seu domicílio é um processo, frequentemente causador de angústia, tanto para a pessoa doente como para a pessoa que vai cuidar dela, isto porque, “cuidar é muitas vezes inesperado, quase sempre indesejado e tanto mais difícil quanto menores os recursos” (Pereira, 2006,p. 542). Como refere o Referencial do Enfermeiro, elaborado pelo Conselho de Enfermagem (OE, 2009, p.23), ao nível da RNCCI, o EEER:

“concebe, implementa e monitoriza planos de Reabilitação baseados nos problemas de saúde reais e potenciais, decorrentes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa idosa e/ou alteração do estilo de vida resultante da deficiência/incapacidade ou doença crónica”

Este profissional tem autonomia para decidir a sua intervenção junto da pessoa dependente e da sua família, fazendo parte de uma equipa multidisciplinar, que em conjunto traçam um plano de intervenção com o objetivo de dar resposta às suas necessidades e preocupações, indo de acordo ao preconizado pela OE (2010, p.22)

“os Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação são fundamentais tanto nas unidades como nas equipas domiciliárias (Unidades de Cuidados na Comunidade por exemplo), já que estas estão vocacionadas para a prestação de cuidados às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física e funcional”

Com a incorporação dos EEER nos CSP em 2009 e, posteriormente, com o aparecimento das ECCI em 2010, estes profissionais foram alocados com o objetivo de serem um elo importante no atendimento e satisfação da pessoa dependente e da pessoa que cuida desta, na diminuição da sobrecarga do seu trabalho.

Este facto é reconhecido pelas alíneas *h)* e *i)* do Artigo 6.º do Capítulo II do Decreto-Lei n.º 101/2006 (p. 3858) que

“preconiza que se adote um novo paradigma de atuação: o dos cuidados integrados de reabilitação global e que o individuo e a família abandonem a posição de recetores passivos e adaptem a posição de participação ativos, que devem ser envolvidos tanto na tomada de decisão como na própria concretização dos cuidados”.

Desta forma, podemos afirmar que a prevenção, o ensino e o trabalho com a família são os alicerces dos CPS, bem como da intervenção domiciliar. Perante o descrito, está



patente que o ensino e treino dos familiares para a prestação de cuidados, bem como o apoio de natureza informativa e educativa para o autocuidado, são áreas de intervenção comuns às diversas unidades de RNCCI, prolongando-se no tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, acompanhamento e manutenção.

Ao ser abordado o autocuidado e a necessidade de apoio e ensino à pessoa com dependência ou da pessoa que lida com a dependência de um familiar, o recurso ao modelo teórico de enfermagem é essencial para apoiar a prestação de cuidados.

Na relação dos cuidados, a pessoa dependente e a sua família devem ser elementos ativos e envolvidos na tomada de decisão, bem como na própria concretização dos cuidados – autocuidado.

Assim, tal como Lessman, *et al* (2011, p.201) refere,

“a reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que procura no indivíduo a independência para a realização do autocuidado, a habilidade para realizá-lo é frequentemente a chave para a sua independência, para o retorno ao seu domicílio e para a vida comunitária”.

Esta mesma autora menciona que

“com esta prática assistencial foi possível compreender a importância das atividades de reabilitação e da consciencialização das famílias para tais cuidados. Quando o indivíduo reconhece suas potencialidades, sendo estimulado para as ações de autocuidado, torna-se mais ativo e participativo, refletindo positivamente na auto-imagem e autoestima” (Lessman, *et al*, 2011, p.201).

Podemos perceber na leitura das competências do EEER, uma proximidade ao pensamento de Dorothea Orem, pois o objetivo primordial é promover a autonomia, com a subsequente melhoria da qualidade de vida da pessoa e sua satisfação. Estes cuidados de enfermagem especializados, caracterizam-se pela recuperação e adaptação funcional da pessoa e dos seus envolventes ao seu contexto de vida ou à preparação do regresso a casa (OE, 2009).

Assim, a OE (2010, p.1) define enfermagem de Reabilitação como:

“especialidade multidisciplinar compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência”

com vista ao seu autocuidado conforme descreve o regulamento das competências do EEER aprovado na Assembleia do Colégio da Especialidade.

Hesbeen (2003) refere que a inovação da reabilitação reside no facto de esta especialização atribuir mais importância ao doente, ou seja, à pessoa dependente do que à sua doença. De forma mais específica, consiste em preparar a pessoa para ser capaz de realizar o seu autocuidado quer na sua dependência, quer na dependência de outrem. Em suma, é neste grupo de pessoas que os ganhos em saúde associados aos cuidados de Enfermagem Especializados têm significado e importância. Estes ganhos devem-se à adaptação e manutenção funcional das pessoas à sua nova condição de dependência, ou da pessoa que cuida, preparando-a com antecipação para agir na resolução dos problemas, o que só será possível através do treino das pessoas que cuidam (OE, 2010). Ou seja, os ganhos em saúde passam também pela qualidade dos cuidados prestados e pela satisfação dos utentes assistidos no seu domicílio.

## **2ª Parte – Estudo Empírico**

Nesta parte do trabalho efetuamos uma descrição detalhada de como o estudo foi realizado, ou seja, o que foi feito e como foi feito. A metodologia deve contemplar, de forma clara, todos os procedimentos executados ao longo do estudo.



## 5. Metodologia

A investigação é uma das fontes do conhecimento em enfermagem e contribui significativamente para ampliar e fundamentar a prática profissional.

A metodologia permite definir a abordagem mais adequada para o tratamento de determinados problemas. Não sendo a sua finalidade a obtenção de soluções, não deixa de ser, um importante contributo neste sentido, uma vez que constitui um processo racional e sistemático que integra os conhecimentos das diferentes disciplinas científicas e filosóficas.

Na opinião de Imperatori (1999), a metodologia consiste na descrição pormenorizada de todos os métodos e técnicas utilizadas num processo de investigação. Assim, neste capítulo, serão descritas e fundamentadas as opções metodológicas tomadas desde a reflexão sobre a problemática que envolve a funcionalidade e os cuidados no domicílio, até à análise e tratamento estatístico dos dados recolhidos.

### 5.1. Questão de Investigação

A escolha do tema “Funcionalidade e Intervenção do EEER em contexto de ECCI”, surge a partir de uma vivência profissional que sempre esteve ligada à RNCCI quer em contexto de internamento quer em contexto de domicílio, ou seja, a proximidade da problemática do cuidar no seio da família, a par da problemática mais atual, da necessidade de melhorar a qualidade de cuidados ao nível do domicílio.

Trabalhando eu nos sempre fundamentais, mas permanentemente ostracizados CSP, numa nova unidade funcional UCC (a única das novas unidades funcionais que pode ser coordenada por um enfermeiro, embora tenha de ser detentor de uma especialidade) que engloba a ECCI. Neste contexto, estou no centro do novo paradigma dos cuidados de saúde em Portugal, mas a minha experiência nos últimos 5 anos de profissão em visita domiciliária estruturada e programada, permitiu-me verificar que aquando das visitas encontrávamos pessoas (utentes e familiares) desenquadradas de qualquer contexto operacional de cuidados, sem qualquer identificação formal das suas necessidades e

sem qualquer tipo de articulação de níveis de cuidados. Senti também que a família era um potencial para o cuidar, não totalmente aproveitado.

Acreditando que os cuidados domiciliários terão de ser um dos grandes vetores de desenvolvimento das políticas de saúde, eclodiu um elevado interesse pessoal por esta temática e, por isso, formulámos as seguintes questões de investigação:

- Quais os níveis de funcionalidade apresentados pelos utentes internados no domicílio nas ECCI?
- Será que os utentes com intervenção sistematizada de cuidados de reabilitação apresentam-se mais funcionais que aqueles que o não têm?
- Que tipo de variáveis estão associadas à funcionalidade dos utentes?

De salientar que tanto na unidade funcional onde desenvolvo a minha atividade profissional (UCC Seia), como na unidade funcional onde desenvolvi o meu estágio de opção (UCC Norton de Matos), nunca foi realizado nenhum estudo sobre a temática proposta e, por isso, considerámo-lo pertinente e pioneiro com elevado interesse para ambas as instituições (Unidade Local de Saúde da Guarda – UCC Seia e Agrupamento de Centro de Saúde do Baixo Mondego – UCC Norton de Matos), que por curiosidade se situam sobre a alçada da mesma ARS, neste caso a do Centro.

## 5.2. Tipo de Estudo

Tendo por base os pressupostos teóricos de Fortin (2009), enquadrámos o presente estudo como descritivo do tipo não experimental, de carácter transversal comparativo e correlacional inserido no paradigma das metodologias quantitativas.

A nossa pesquisa é quantitativa, pois como refere Fortin (2009, p.20), é “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis”. Este paradigma de investigação emprega dados numéricos para adquirir informações, descrever e testar relações entre as variáveis em estudo, através da observação de acontecimentos e fenómenos objetivos, de modo a universalizar os resultados obtidos a partir de uma amostra (Fortin, 2009).

Neste estudo não existiu manipulação de variáveis, o que justifica o carácter não experimental do mesmo (Fortin, 2009).

No que concerne à durabilidade do estudo, este é do tipo transversal, pois os instrumentos de colheita de dados foram aplicados num determinado período de tempo (1 de junho de 2016 a 30 de setembro de 2016).

Como pretendemos descrever os níveis de funcionalidade (aplicação da TNF) de 2 grupos um experimental (utentes internados no domicílio em ECCI com visita estruturada de EEER na UCC Norton de Matos) e outro de controlo (utentes internados no domicílio em ECCI sem visita estruturada de EEER na UCC Seia) e estabelecer relação entre variáveis (sociodemográficas, clínicas, contexto), com vista à sua descrição, optámos por uma investigação comparativa correlacional (Fortin, 2009).

### 5.3. Objetivos do Estudo

O objetivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo precisando as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação. Inclui resultados finais quantificáveis, dentro de certos limites de tempo (Fortin, 2003).

Considerando a funcionalidade essencial na promoção do autocuidado, auxiliando a pessoa doente a retomar as suas AVD, torna-se então uma prioridade desenvolver as capacidades do utente, para que este possa atingir o máximo de funcionalidade, segurança e reintegração na comunidade num menor espaço de tempo, assim como objetivo principal temos:

- Identificar a funcionalidade apresentada pelos utentes internados no domicílio nas ECCI com e sem intervenção do enfermeiro de reabilitação e verificar a sua relação com as variáveis sócio demográficas, clínicas e de contexto.

De acordo com o objetivo geral definido, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar os utentes internados no domicílio nas ECCI do ponto de vista sociodemográfico, clínico e de contexto;
- Identificar a funcionalidade apresentada pelos utentes internados no domicílio nas ECCI através da aplicação da TNF;
- Reconhecer a influência da intervenção estruturada do EEER e a relação com a funcionalidade dos utentes internados no domicílio nas ECCI;

- Analisar correlações existentes entre as variáveis de contexto, sociodemográfico e clínico, enquanto determinantes da funcionalidade dos utentes internados no domicílio nas ECCI.

#### 5.4. Definição de Variáveis

Na perspetiva de Coutinho (2011, p. 64) a variável independente é aquela que “o investigador manipula, ou seja, é aquela em que os grupos em estudo diferem e cujo efeito o investigador vai determinar”. Esta variável é a que influencia a variável dependente. A mesma autora define variável dependente como “a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente”, ou seja, é aquela que é influenciada.

Fortin (2003) refere que as variáveis são a unidade de base de investigação, definindo-as como qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Estas podem ser classificadas em dependentes e independentes, de acordo com a relação que apresentam.

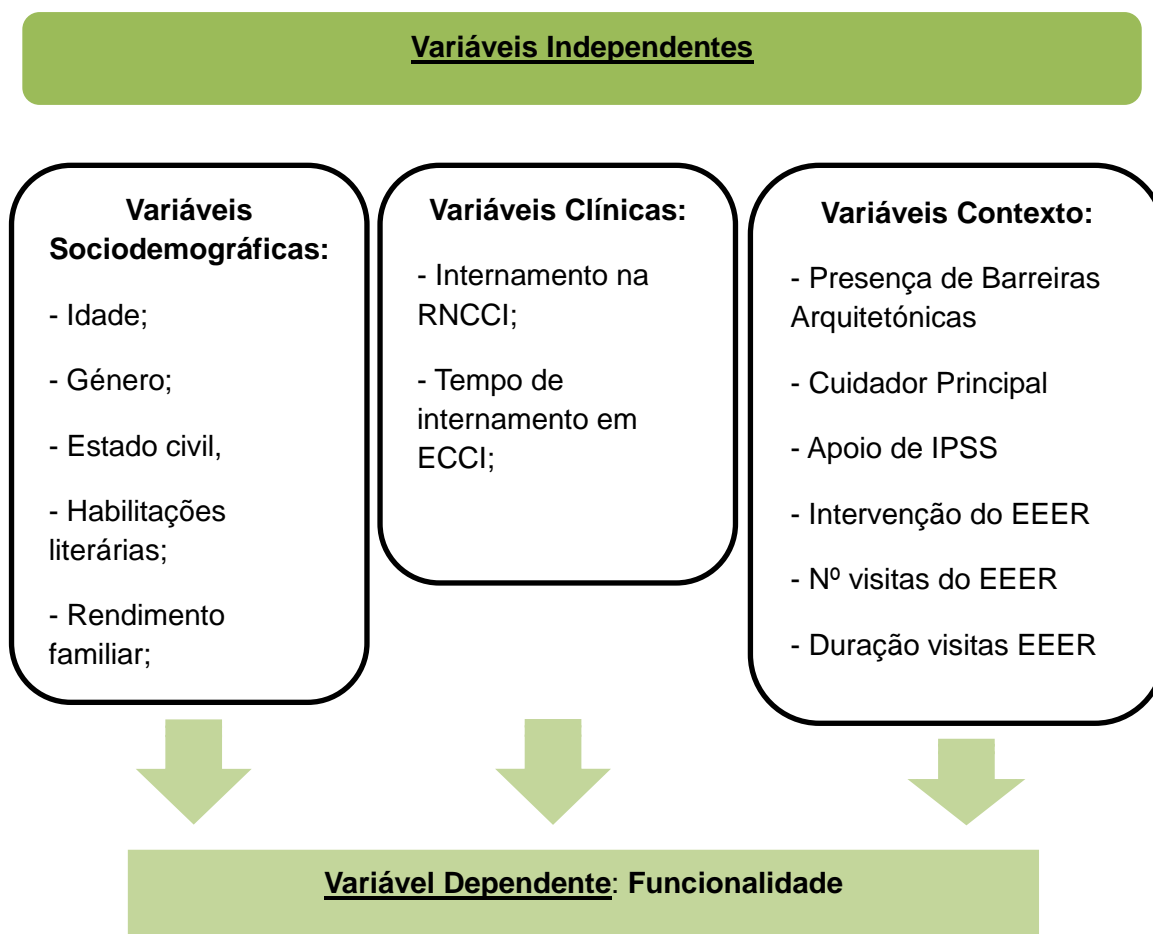
A variável dependente é aquela que representa o comportamento a medir, a observar, ou ainda os fenómenos ou acontecimentos que se pretendem estudar e explicar em função da influência das variáveis independentes, que atuam tanto ao nível da pessoa como do seu meio (Hout, 2002).

No presente estudo, a variável dependente corresponde à funcionalidade dos utentes internados nas ECCI. A Funcionalidade é muitas vezes influenciada por fatores considerados variáveis independentes. Assim, com base na fundamentação teórica, nas questões de investigação e objetivos do estudo foram selecionadas, as seguintes variáveis: sociodemográficas (idade, género, estado civil, área de residência, habilitações académicas e rendimentos mensais), clínicas (internamentos na RNCCI e tempo de internamento) e de contexto (presença de barreiras arquitetónicas, existência de cuidador informal, idade do cuidador, apoio de uma IPSS, intervenção do EEER, nº de visitas e duração das visitas)

O modelo conceptual que seguidamente apresentamos (Figura 16) mostra de forma esquemática as variáveis do estudo e a interação que possa existir entre elas.



Figura 16 - Modelo conceptual do estudo



### 5.5. Hipóteses

De acordo com Fortin (2003), as hipóteses são a formulação de uma previsão sobre a relação entre duas ou mais variáveis, permitindo ou não apoiar uma teoria. Assim, com base na revisão da literatura e de acordo com os objetivos expostos para este estudo formularam-se as seguintes hipóteses que pretendemos testar:

Hipótese (H1) – Existe associação entre variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, área de residência, habilitações académicas e rendimentos mensais) e funcionalidade dos utentes internados no domicílio em ECCI.

Hipótese (H2) – Existe associação entre as variáveis clínicas (internamentos na RNCCI e tempo de internamento) e a funcionalidade dos utentes internados no domicílio em ECCI.

Hipótese (H3) – Existe associação entre variáveis de contexto (presença de barreiras arquitetónicas, existência de cuidador informal, idade do cuidador, apoio de uma IPSS, intervenção do EEER, nº de visitas e duração das visitas) e a funcionalidade dos utentes internados no domicílio em ECCI.

## 5.6. População e Amostra

Para Fortin (2009, p. 42), a população é “(...) um conjunto de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” e amostra é “(...) a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo, que deve ser representativa desta população, ou seja, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população”. Mais recentemente, Coutinho (2011, p. 71) advoga que “a amostra é o conjunto de sujeitos (...) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características das da população de onde foi extraída”.

Seguindo a linha de raciocínio, na opinião de Fortin (2009) as pesquisas sociais abrangem normalmente um universo de elementos tão grande, que se torna impossível considerá-los na sua totalidade. Por isso, é frequente trabalhar com uma amostra, ou fracção de uma população sobre o qual se faz o estudo. Para esta investigação, recorreremos a uma amostra não probabilística por conveniência.

A população-alvo deste estudo corresponde ao total de utentes internados nos lugares de ECCI da UCC de Seia e na ECCI da UCC Norton de Matos (Coimbra), desde 1 de janeiro de 2015 até 31 de agosto 2016 e, para compreendermos melhor qual a realidade vamos ter em conta a Tabela 1.

Tabela 1- Comparação da população-alvo e histórico assistencial.

	<u>UCC Seia</u>	<u>UCC Norton de Matos (Coimbra)</u>
<b>Total de População assistencial inscrita</b>	24702*	32648**
<b>Nº de lugares de ECCI</b>	20***	10***
<b>Nº de utentes internados nos lugares de ECCI no período em Análise</b>	45***	30***

**Fonte:** Adaptado de \* Seia (2014), Diagnóstico Social – Plano de Desenvolvimento Social 2014/2016. Rede Social de Seia; Adaptado de \*\* Coimbra (2014). Relatório de Actividades de do ACeS do Baixo Mondego; \*\*\* Plataforma Informática da RNCCI

A população-alvo deste estudo corresponde a 75 utentes que estiveram internados no domicílio nos lugares das duas ECCI supracitadas no período entre janeiro de 2015 e 31 de agosto de 2016.

Da população de utentes, foi selecionada (por conveniência) uma amostra de 60 participantes (27 da ECCI da UCC Norton de Matos – Grupo Experimental e 33 da ECCI da UCC de Seia – Grupo de Controlo). A dimensão da amostra garante uma estimativa de erro  $\pm 5\%$ , para um nível de confiança de 95% (população finita).

A seleção da amostra foi efetuada de acordo com a aceitação dos indivíduos e os seguintes critérios de inclusão:

- Uteute que tenha estado internado no domicílio nos lugares das ECCI supracitadas pelo menos 30 dias;
- Uteute que tenha a capacidade de resposta presente e que queiram participar no estudo;

Foram também aplicados os seguintes critérios de exclusão:

- Uteute que tenha estado internado no domicílio nos lugares das ECCI supracitadas menos de 30 dias;

### 5.7. Procedimento e Questões Éticas

No dia 20 de abril de 2016 foi dirigido um pedido ao Sr. Presidente do Conselho de Administração da ULS da Guarda, no sentido de ser autorizada a aplicação do instrumento de colheita de dados, por forma a estudar os utentes que estão ou estiveram internados na ECCI, da UCC de Seia (Apêndice I). Tivemos autorização do conselho de administração através de ofício da Comissão de Ética da ULS Guarda a 16/05/2016 (Apêndice III).

No dia 26 de abril de 2016 foi dirigido um pedido ao Sr. Diretor do ACeS Baixo Mondego, no sentido de ser autorizada a aplicação do instrumento de colheita de dados, de forma a estudar os utentes que estão ou estiveram internados nos lugares na ECCI, da UCC de Seia (Apêndice II). Tivemos autorização do Diretor do AceS Baixo Mondego após receção de ofício da Comissão de Ética da ARS Centro a 16/07/2016 (Apêndice IV)

Assim, de forma a ser possível a recolha de dados, foi essencial a aplicação de um instrumento de colheita de dados (Apêndice VI) adequado aos objetivos do estudo, implicando para o efeito o cumprimento de certos procedimentos éticos, nomeadamente a proteção do direito dos utentes ao anonimato (Apêndice V – consentimento informado).

O instrumento de colheita de dados foi aplicado de 1 de junho de 2016 a 30 setembro de 2016 aquando da visita domiciliária assistencial, ou por agendamento com os utentes. O seu preenchimento foi efetuado pelos utentes (que apresentavam capacidades para o fazer), pelo cuidador informal, ou, em alguns casos, pelo autor do estudo, de forma a reduzir o mais possível o número de envios.

### 5.8. Instrumento de Colheita de Dados

Definido o tipo de estudo, bem como os objetivos a atingir, foi necessário procedermos à elaboração do instrumento de medida que melhor se coadunasse com o tipo de amostra que pretendíamos estudar.

A ordem pela qual o questionário se apresenta obedece à seguinte disposição: (1) um grupo de questões de caracterização sociodemográfica, (2) outro grupo de variáveis clínicas, construídas por nós, (3) grupo de questões de caracterização de contexto, identificadas por nós (4) por uma escala criada por outros investigadores, que foi testada

e traduzida para a população portuguesa, falamos então da Tabela Nacional da Funcionalidade (TNF), tal como podemos verificar na Tabela 2.

Tabela 2 – Resumo estrutural do instrumento de colheita de dados.

Domínios em estudo	Secção	Questões
Caracterização sociodemográfica	Secção A	1 a 7
Caracterização Clínica	Secção B	8 a 13
Caracterização de Contexto	Secção C	14 a 21
Tabela Nacional de Funcionalidade	Secção D	38 itens

### **Secção A – Caracterização sociodemográfica**

Nesta secção recolhemos informações pessoais da amostra como a idade, o género, o estado civil, as pessoas com quem vive (coabitação), residência, habilitações literárias e rendimento familiar. A caracterização é elaborada tendo por base a formulação de seis questões de resposta fechada e uma de resposta aberta, totalizando sete respostas.

### **Secção B – Caracterização clínica**

Esta secção é referente à informação clínica que tem por base o histórico de internamento na RNCCI, duração do internamento em dias, quais os responsáveis e os motivos da referenciação para ECCL, antecedentes de patologias diagnosticadas, e história de internamento hospitalar nos últimos 6 meses. Esta caracterização é baseada em cinco perguntas fechadas.

### **Secção C – Caracterização de Contexto**

A secção pretende saber se existem barreiras demográficas na habitação do utente, se apresenta cuidador informal e qual a sua idade, se solicita apoio a uma IPSS, se existe

intervenção do EEER e quantas visitas este realiza por semana, bem como o tempo que estas duram, por último queremos perceber qual a opinião da intervenção do EEER. Esta caracterização engloba 7 perguntas fechadas e uma de resposta aberta.

#### **Secção D – Tabela Nacional da Funcionalidade (TNF)**

A ideia de utilizar a TNF no meu instrumento de colheita de dados, surge do facto de no decorrer do meu trabalho nos CSP onde desenvolvemos a visita domiciliária em contexto ECCI, a utilizarmos desde o momento em que a DGS emanou a norma nº 14/2014 de 01 de setembro de 2014 com o assunto “Implementação Experimental da TNF”. Isto porque tal como vem citado na Norma (nº 014/2014, p.1)

“durante o período experimental, a implementação da TNF é assegurada pelas unidades de saúde nas seguintes situações: Rede de cuidados de saúde primários: Unidade de cuidados na comunidade, de cada agrupamento de centros de saúde, nos casos clínicos de dependência no domicílio;”

Desta forma, e respeitando as orientações emanadas pela norma, a equipa de ECCI da UCC de Seia, iniciou a avaliação da funcionalidade aos utentes em dois momentos distintos, a saber: “a) Momento de admissão na unidade de saúde; b) Momento de saída/alta da unidade de saúde.” (Norma nº 014/2014, p.2).

Seguindo as indicações da DGS “o registo da TNF é efetuado por médico ou enfermeiro na Plataforma de Dados da Saúde - Portal do Profissional, acessível através do aplicativo de processo clínico” (Norma nº 014/2014, p.2), ou no aplicativo informático da RNCCI através do *login* nominativo que cada profissional de saúde tem para aceder. Assim sendo, ao longo dos últimos anos fui trabalhando na aplicação da TNF nos diferentes utentes referenciados para a ECCI da UCC de Seia.

O objetivo da TNF é quantificar a funcionalidade de forma consistente e rápida do adulto em idade ativa com doença crónica, através de uma nomenclatura/referencial comum, baseada especificamente nas componentes da CIF: “Atividades e Participação” e “Fatores Ambientais”.

Assim, um dos aspetos inovadores desta TNF é o facto de se desenvolver um mecanismo de registo em saúde, centrado na pessoa e nas suas dimensões de funcionalidade, de forma a complementar os registos de doença, realizados por recurso à CIF.

A implementação do registo sistemático da funcionalidade do adulto em idade ativa permite, ao longo do tempo, medir a evolução da funcionalidade, como indicador de saúde, contribuindo, assim, para uma mais adequada e racional alocação de recursos, monitorização de resultados das intervenções de saúde e sociais, assim como para uma melhoria da equidade na atribuição de benefícios fiscais e de prestações sociais (Parrish, 2010).

Atualmente, em alguns países membros da OMS, como a Austrália, Holanda e Itália, a avaliação da funcionalidade integra os programas de saúde e de ação social, com o objetivo de ser utilizada não só como indicador de necessidades e ganhos em saúde mas, também, como indicador do desempenho dos serviços e avaliação do impacto da deficiência.

A sistematização da recolha da informação de saúde sobre a funcionalidade da população adulta, em idade ativa, com doença crónica, possibilitará, a longo prazo, a definição de políticas de saúde transversais aos diferentes sectores, isto porque de acordo com Jette (2003), a funcionalidade refere-se à capacidade da pessoa para realizar as AVD e para participar em várias situações da vida e da sociedade, incluindo, desta maneira, as dimensões física, emocional e cognitiva. Logo, a avaliação funcional refere-se ao processo de identificar e descrever, num contínuo, a funcionalidade da pessoa.

Na TNF as atividades identificadas para classificar a funcionalidade do utente com doença crónica têm como referência o qualificador desempenho (ver Figura 17), que pretende descrever o que a pessoa faz no seu ambiente de vida habitual.

Figura 17 – Escala de Qualificadores de Desempenho da TNF

Sem dificuldade	A maioria das vezes	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	É incapaz
0	1	2	3	4
0-4%	5-24%	25-49%	50-95%	96-100%

**Fonte:** Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2015). *Norma 014/2014 - Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade*. Lisboa: DGS. Acedido em file:///C:/Users/Duarte/Downloads/i021870.pdf

Esta escala pode, igualmente, ser apresentada ao utente com doença crónica, que está a ser avaliado, desde que o mesmo consiga responder às perguntas que lhe são dirigidas.

De seguida vamos analisar, uma por uma, todas as dimensões da TNF, iniciando esta análise pela dimensão Mobilidade e Autocuidados (Figura 18). De seguida vamos apresentar algumas perguntas-tipo, passíveis de serem questionadas aquando da avaliação da referida dimensão (Figura 19).

Figura 18 – Dimensão Mobilidade e Autocuidado da TNF

ATIVIDADES e PARTICIPAÇÃO		DESEMPENHO					FATOR AMBIENTAL		
		0	1	2	3	4	Total	Facilitador	Barreira
Mobilidade e Autocuidados	d230 Realizar a rotina diária								
	d410 Mudar a posição básica do corpo								
	d415 Manter a posição do corpo								
	d430 Levantar e transportar objetos								
	d450 Andar								
	d460 Deslopar-se por diferentes locais								
	d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)								
	d520 Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)								
	d540 Vestir-se								
	d620 Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)								
	d640 Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc.)								
	d660 Ajudar os outros								
d920 Recreação e lazer									

**Fonte:** Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2015). *Norma 014/2014 - Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade*. Lisboa: DGS. Acedido em file:///C:/Users/Duarte/Downloads/i021870.pdf



Figura 19 – Perguntas-tipo para a Dimensão Mobilidade e Autocuidado da TNF

MOBILIDADE E AUTO CUIDADOS	
d230	É capaz de realizar a sua rotina diária de forma autónoma?
d410	É capaz de se deitar e de se levantar da cama sozinha/o? É capaz de se ajoelhar e de se levantar do chão sozinha/o?
d415	É capaz de ficar em pé enquanto espera por um transporte, ou está numa fila? É capaz de ficar sentado enquanto come uma refeição, ou vê um programa de televisão?
d430	É capaz de levantar e transportar um garrafão de água, ou uma criança ao colo?
d450	É capaz de andar cerca de 1km por diferentes locais como, areia, relva, cascalho, contornando obstáculos?
d460	É capaz de se deslocar e subir/ descer os degraus necessários para circular dentro e fora de casa ?
d470	É capaz de utilizar transportes públicos? (Ex. Carro, comboio, barco, avião, autocarro)
d520	É capaz de cuidar /lavar/limpar a cara, os dentes, os cabelos e os genitais sozinho/a?
d540	É capaz de se vestir e calçar os sapatos sozinho/a?
d620	É capaz de planear a fazer as compras necessárias para o seu dia-a-dia sozinho/a? Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)
d640	É capaz de fazer as atividades domésticas da lida da casa, sozinha?
d660	É capaz de auxiliar um familiar (ex criança ou idoso) nas diversas atividades do dia a dia:, como alimentação, comunicação, deslocação
d920	É capaz de participar ativamente, em atividades de lazer que lhe sejam relevantes, de forma autónoma?(Ex. Ir a espetáculos, fazer desporto, fazer trabalhos manuais, confraternizar com os amigos)

**Fonte:** Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2015). *Norma 014/2014 - Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade*. Lisboa: DGS. Acedido em file:///C:/Users/Duarte/Downloads/i021870.pdf



Figura 21 – Perguntas-tipo para a Dimensão Competências Gerais da TNF

COMPETÊNCIAS GERAIS	
d220	É capaz de realizar duas tarefas ao mesmo tempo? Exemplos: Cozinhar e pôr a mesa; Falar ao telefone e tirar notas; Realizar uma atividade manual e falar ao mesmo tempo;
d360	É capaz de utilizar diferentes dispositivos de comunicação (ex. telefone, fax, PC, etc.)?
d475	É capaz de conduzir de forma autónoma um veículo num trajeto desconhecido?  (Ex. Carro, bicicleta)
d510	É capaz de fazer a sua higiene diário sozinho/a? Tomar banho, lavar-se?
d630	É capaz de preparar refeições para mais do que duas pessoas?
d825	É capaz de frequentar um programa de formação profissional para adquirir/desenvolver novas competências?  Sem a sua condição de saúde ser composta em causa.
d845	É capaz de concretizar, de forma autónoma, a maioria das etapas necessárias para adquirir emprego?  (Ex. Fazer currículo /Procurar/conseguir, manter/progredir, deixar.)
d850	É capaz de desempenhar todas as funções/ atividades previstas para a sua atividade laboral, sozinho/a?

**Fonte:** Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2015). *Norma 014/2014 - Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade*. Lisboa: DGS. Acedido em file:///C:/Users/Duarte/Downloads/i021870.pdf

Continuando a analisar as dimensões da TNF, passamos agora para a dimensão Competências Específicas (Figura 22). De seguida, vamos apresentar algumas perguntas-tipo, passíveis de serem questionadas aquando da avaliação da referida dimensão (Figura 23).







(e.g. as rampas com piso liso podem ser codificadas como um facilitador para uma pessoa em cadeira de rodas, mas como uma barreira para uma pessoa invisual).

Diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo com uma determinada condição de saúde. Um ambiente com barreiras, ou sem facilitadores, vai restringir o desempenho do indivíduo; outros ambientes mais facilitadores podem melhorá-lo. Seguidamente, tendo em conta a Tabela 3, apresenta-se a lista de fatores ambientais que devem ser identificados como facilitadores ou barreiras ao desempenho das “Atividades e Participação” apresentadas anteriormente.

Tabela 3 – Factores Ambientais da TNF

Fator Ambiental	Definição
<b>Produtos ou substâncias para consumo pessoal - e110</b>	Qualquer objeto ou substância natural ou fabricado pelo homem, reunido, tratado ou manufaturado para ser ingerido. Inclui: alimentos, bebidas, medicamentos e produtos alopáticos e naturopáticos. Ex: vitaminas e outros suplementos.
<b>Produtos e tecnologias para uso pessoal na vida diária - e115</b>	Equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas nas atividades diárias, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos, colocados na, sobre ou perto da pessoa que os utiliza (ex: roupas, tecidos, móveis, aparelhos, produtos de limpeza e ferramentas, dispositivos protésicos e ortopédicos). Exclui: prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340).
<b>Produtos e tecnologias destinados a facilitar - e120</b>	A mobilidade e o transporte pessoal em espaços interiores e exteriores. Equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas para se deslocarem dentro e fora de edifícios, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos, colocados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza.
<b>Produtos e tecnologias para a comunicação - e125</b>	Equipamentos, produtos e tecnologias utilizados pelas pessoas em atividades de transmissão e receção de informações, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos situados em, sobre ou perto da pessoa que os utiliza.
<b>Produtos e tecnologias para a educação - e130</b>	Equipamentos, produtos, processos, métodos e tecnologias utilizados para a aquisição de conhecimentos, de competências ou de saber fazer, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos.
<b>Produtos e tecnologias para o trabalho - e135</b>	Equipamentos, produtos e tecnologias, utilizadas no trabalho, para facilitar as atividades profissionais, incluem adaptados e especialmente concebidos.
<b>Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetónicas em prédios para uso público - e150</b>	Produtos e tecnologias, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos, que constituem o ambiente do indivíduo, no interior ou no exterior, feito pelo homem, planeado, projetado e

	construído para edifícios de utilização pública.
<b>Arquitetura, construção, materiais e tecnologias arquitetónicas em prédios para uso privado - e155</b>	Produtos e tecnologias, incluindo aqueles adaptados ou especialmente concebidos, que constituem o ambiente interior e exterior do indivíduo feito pelo homem, planeado, projetado e construído para uso privado.
<b>Clima - e225</b>	Temperatura (grau de calor ou frio), humidade, pressão atmosférica (ex: pressão relacionada com a altura acima do nível do mar), precipitação (chuva, orvalho, neve geada e granizo) vento e variações sazonais (mudanças naturais, regulares e previsíveis de uma estação para a seguinte) (naturais e modificáveis pelo homem).
<b>Família próxima - e310</b>	Cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, família de acolhimento, pais adotivos e avós.
<b>Amigos - e320</b>	Indivíduos com quem se estabelece relacionamento continuado caracterizado pela confiança e apoio mútuo, que não a família.
<b>Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade - e325</b>	Exclui: serviços prestados por associações e organizações (e5550).
<b>Pessoas em posição de autoridade - e330</b>	Indivíduos que têm a responsabilidade de tomar decisões por outros e que têm influência ou poder. Exemplo: professores, empregadores, supervisores, líderes religiosos, decisores, tutores ou curadores.
<b>Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais - e340</b>	Indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas atividades diárias e na manutenção do desempenho no trabalho, na educação ou em outras situações da vida, e que são pagos através de fundos públicos ou privados ou trabalham numa base de voluntariado
<b>Profissionais de saúde - e355</b>	Todos os prestadores de cuidados que trabalham no contexto do sistema de saúde. Ex: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, técnicos de audiometria, ortópticos, protésicos, profissionais na área médico-social e outros prestadores destes serviços.
<b>Outros profissionais - e360</b>	Todos os prestadores de cuidados que trabalham fora do sistema de saúde, mas que proporcionam serviços que têm impacto na saúde.
<b>Serviços, sistemas e políticas, relacionados com a área da comunicação - e535</b>	Serviços, sistemas e políticas para a transmissão e intercâmbio de informações.
<b>Serviços, sistemas e políticas, relacionados com os transportes - e540</b>	Serviços, sistemas e políticas que possibilitam a deslocação de pessoas e mercadorias de um local para outro por estrada ou outra via terrestre, por caminho-de-ferro, ar ou água, através de transporte público ou privado.
<b>Serviços, sistemas e políticas, relacionados com a segurança social - e570</b>	Serviços, sistemas e políticas que asseguram a atribuição de apoio económico às pessoas que, devido à idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, precisam de assistência pública financiada pela receita fiscal pública ou por esquemas de contribuição
<b>Serviços, sistemas e políticas, relacionados com o apoio social geral - e575</b>	Serviços, sistemas e políticas, orientados para dar apoio àqueles que necessitam de ajuda, em compras, trabalho doméstico, transporte, cuidados ao próprio e a outros, a fim de beneficiarem da melhor funcionalidade na sociedade quanto possível.
<b>Serviços, sistemas e políticas, relacionados com a saúde - e580</b>	Serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, oferta de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável.
<b>Serviços, sistemas e políticas, relacionados com a educação e a formação profissional - e585</b>	Para a aquisição, manutenção e melhoria do conhecimento, da especialização e de capacidades ou competências vocacionais ou artísticas; ver Classificação Internacional Standard da Educação (International Standard Classification of



**Serviços, sistemas e políticas, relacionados com o trabalho e o emprego - e590**

Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a procura e a identificação de trabalho adequado para as pessoas desempregadas ou à procura de outro emprego, ou para dar apoio a pessoas empregadas na obtenção de uma promoção.

**Fonte:** Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2015). *Norma 014/2014 - Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade*. Lisboa: DGS. Acedido em file:///C:/Users/Duarte/Downloads/i021870.pdf

Para finalizar a descrição da TNF temos a interpretação de resultados. Assim temos 2 momentos, que se dividem tendo em conta o Manual de Utilização da TNF (2014, p.54), da seguinte forma:

“análise de resultados por domínios (após a aplicação da tabela, efetua-se o somatório do valor do qualificador desempenho por cada domínio e deve aplicar-se a fórmula \*)” tal como vemos na figura 28 e análise global de resultados (após a aplicação da tabela efetua-se o somatório do valor do qualificador desempenho em todos os domínios e verifica-se em que intervalo se encontra o nível de funcionalidade), tal como vemos na figura 29”.

Figura 28 – Análise de resultados por domínios da TNF

Domínios de funcionalidades / Dimensões da escala	Valor total esperado por dimensão	Valor obtido por domínio(a)	Percentagem de funcionalidade relativa em cada domínio (b)
d1 - Mobilidade e autocuidado	52		
d2 - Competências gerais	32		
d3- Competências específicas	32		
d4 - Sociabilidade	24		
d5-Manipulação e manuseio	12		

\* a- valor obtido somando a classificação de todos o itens de uma dimensão.

b-  $100 \times (\text{valor obtido por dimensão}) / (\text{valor total esperado por dimensão})$ .

**Fonte:** Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2015). *Norma 014/2014 - Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade*. Lisboa: DGS. Acedido em file:///C:/Users/Duarte/Downloads/i021870.pdf

Figura 29 – Análise global de resultados da TNF

INTERVALO DE VALORES OBTIDOS	CLASSIFICAÇÃO SEMÂNTICA	CLASSE DE QUALIFICAÇÃO
0-6	FUNCIONALIDADE TOTAL	0-4%
7-36	FUNCIONALIDADE MÉDIA	5-24%
37-74	FUNCIONALIDADE REDUZIDA	25-49%
75-144	FUNCIONALIDADE MUITO REDUZIDA	50-95%
145-152	FUNCIONALIDADE AUSENTE	96-100%

**Fonte:** Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2015). *Norma 014/2014 - Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade*. Lisboa: DGS. Acedido em file:///C:/Users/Duarte/Downloads/i021870.pdf

Após apresentarmos todas as características específicas apresentadas pela TNF, sejam qualificadores de desempenho, dimensões, fatores ambientais e a análise por domínio e global dos resultados, podemos apresentar na sua versão final a TNF (Figura 30).

Figura 30 – Tabela Nacional da Funcionalidade

ATIVIDADES e PARTICIPAÇÃO		DESEMPENHO					FATOR AMBIENTAL		
		0	1	2	3	4	Total	Facilitador	Barreira
Mobilidade e Autocuidados	d230 Realizar a rotina diária								
	d410 Mudar a posição básica do corpo								
	d415 Manter a posição do corpo								
	d430 Levantar e transportar objetos								
	d450 Andar								
	d460 Deslocar-se por diferentes locais								
	d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)								
	d520 Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)								
	d540 Vestir-se								
	d620 Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)								
Competência Gerais	d640 Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc.)								
	d660 Ajudar os outros								
	d920 Recreação e lazer								
	d220 Realizar múltiplas tarefas								
	d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação								
	d475 Conduzir (bicicleta, moto, automóvel, animais, etc.)								
	d510 Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc.)								
	d630 Preparar refeições (cozinhar, etc.)								
	d825 Formação profissional								
	d845 Obter, manter e sair do emprego								
Competências Específicas	d850 Emprego remunerado								
	d166 Ler								
	d175 Resolver problemas								
	d330 Falar								
	d345 Escrever Mensagens								
	d530 Cuidados relacionados com o processo de excreção								
	d550 Comer +d560 Beber - alimentar-se								
	d570 Cuidar da saúde								
Sociabilidade	d860 Transações económicas básicas								
	d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas								
	d350 Conversação								
	d710 Interações interpessoais básicas								
	d760 Relações familiares								
Manipulação e Manuseio	d770 Relacionamentos íntimos								
	d910 Vida em comunidade								
	d440 Motricidade fina								
	d445 Utilização da mão e do braço								
	d465 Deslocar-se utilizando equipamentos								
<b>TOTAL</b>									

**Fonte:** Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2015). *Norma 014/2014 - Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade*. Lisboa: DGS. Acedido em file:///C:/Users/Duarte/Downloads/i021870.pdf

## 5.9. Tratamento Estatístico

Para Coutinho (2011) a estatística permite organizar os dados obtidos e que a função do tratamento estatístico é transformar dados em informação.

Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise à base de dados onde foram inseridos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. A primeira permite estruturar a informação numérica com vista à descrição global da amostra. Para tal, recorreremos a frequências absolutas e percentuais, a medidas de tendência central ou de localização como médias e a medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação (CV) e desvio padrão (DP) Almeida & Freire (2000). O coeficiente de variação compara a variabilidade de duas variáveis, que de acordo com Pestana & Gageiro (2005) deve ser analisada da seguinte forma:

- a) Dispersão Baixa  $\leq 15\%$
- b) Dispersão Moderada  $> 15\% \leq 30\%$
- c) Dispersão Elevada  $> 30\%$

Utilizámos ainda medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis), de acordo com as características das variáveis em estudo. A medida de simetria de Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP) Pestana & Gageiro (2003). Os mesmos autores apresentam os seguintes valores de referência:

- a)  $SK/EP \leq - 1.96$  – distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita;
- b)  $- 1.96 < SK/EP \leq 1.96$  – distribuição é simétrica;
- c)  $SK/EP > 1.96$  – distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também provém do coeficiente com o erro padrão (EP). Assim, para Pestana & Gageiro (2003), a distribuição pode ser:

- a)  $K/EP \leq - 1.96$  – distribuição é platicúrtica,
- b)  $- 1.96 < K/EP \leq 1.96$  – distribuição é mesocúrtica,
- c)  $K/EP > 1.96$  – a distribuição é leptocúrtica.

Na opinião de Pestana & Gageiro (2005), uma distribuição é normal quando é simétrica e mesocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a análise bivariada aplicou-se o teste da percentagem residual que proporciona as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de Qui Quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das subamostras não permitia o uso do referido teste.

No que diz respeito à estatística analítica ou inferencial, Samuels & Witmer (2003), defendem que aquela análise averigua a existência de relações entre as variáveis de uma amostra, que poderão ser universalizáveis à população. Nesse sentido utilizámos testes paramétricos e não paramétricos.

Os testes paramétricos impõem a averiguação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa apresentem uma distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras/populações (Maroco, 2007). Deste modo, impôs-se o estudo da normalidade da distribuição das variáveis, tendo sido utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2007).

A estatística não paramétrica foi utilizada quando as condições de aplicação dos paramétricos, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007), ou seja, apenas se recorreu a estes testes quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (Pestana & Gageiro, 2005). Os testes não paramétricos são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos, deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é muito menor.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

- a) O Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;
- b) A Análise de variância a um factor (ANOVA) ou o Teste Kruskal-Wallis, é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da

variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si, Pestana & Gageiro (2005):

- c) Regressão é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - Xs) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é, permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são predictoras da variável dependente.
- d) Quando se utilizou apenas uma variável dependente e uma independente, efectuou-se uma regressão linear simples. Por outro lado, quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efectuamos a regressão múltipla. Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y, melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação, maior a percentagem de erro na previsão.
- e) Teste de Qui Quadrado ( $\chi^2$ ) é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para  $p=0.05$  (Pestana & Gageiro, 2005).

É de referir que, ao longo de toda a análise estatística, consideramos um nível de significância (p) de 0.05, com um correspondente intervalo de confiança de 95%. Assim sendo, utilizamos os seguintes valores de significância, referenciados por Pestana & Gageiro, (2005) e Samuels & Witmer (2003):

- a)  $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- b)  $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- c)  $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa

d)  $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico da presente investigação foi efectuado através do programa *Statiscal Package Social Science* versão 20.0 para o *Windows* e *Word Microsoft*. Optámos por apresentar os resultados em tabelas com o objetivo de permitir uma melhor apresentação da informação contida nos dados. Findas estas considerações metodológicas, inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.





## 6. Apresentação dos Resultados

O presente capítulo tem por finalidade apresentar os resultados conseguidos nesta investigação.

A organização e sequência das informações resultantes da pesquisa terão em conta a ordem pela qual foi construído o instrumento de colheita de dados.

Os dados serão apresentados em quadros e tabelas, uma vez que facilitam uma melhor visualização, permitindo uma leitura mais clara e objetiva. As tabelas onde não apresentamos totais nas colunas referem-se a resultados onde eram permitidas respostas múltiplas. Também as fontes das tabelas serão omissas, uma vez que todos os dados resultaram da aplicação do instrumento de colheita de dados que seleccionámos para o efeito.

Começaremos por apresentar inicialmente os dados resultantes do tratamento estatístico descritivo e posteriormente será feita uma análise inferencial.

### 6.1. Análise Descritiva

O principal objetivo da estatística descritiva é a redução de dados. Pretende isolar as estruturas e padrões mais relevantes e estáveis patenteados pelo conjunto de dados objetos do estudo.

#### **Secção A – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes no Estudo**

Os resultados que seguidamente apresentamos visam proceder a uma caracterização sociodemográfica dos utentes participantes no estudo. Uma vez que temos duas subamostras iremos apresentar os resultados em tabelas sempre com grupo experimental que designaremos por GE, grupo de controlo que designaremos de GC e amostra total que designaremos por AT.

## Idade e grupos

A Tabela 4 permite constatar que a amostra utilizada neste estudo é constituída por 60 participantes, sendo 33 (55,0%) do GC e 27 (45,0%) do GE.

Constatamos ainda que a idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 18 e um máximo de 98 anos, correspondendo-lhe uma média de idades de 77,68 anos, um desvio padrão de 15,34 e um coeficiente de variação de 19,74%, o que indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função dos grupos, verificamos que a média de idades para o GC ( $\bar{x}=74,88$ ) é inferior à do GE ( $\bar{x}=81,11$ ), apresentando os dois grupos uma dispersão moderada em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou curtose (Kurtosis), levam-nos a concluir que a distribuição das idades, para GC, GE e AT é simétrica eleptocúrtica.

Tabela 4 – Estatísticas descritivas da idade e género dos Participantes

Idade Grupos	N	Min	Máx	$\bar{x}$	Dp	Sk/error	K/error	CV (%)
G. Controle	33	18	98	74,88	16,36	-3,56	3,93	21,84
G. Experimental	27	34	93	81,11	13,51	-5,35	7,06	16,65
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>18</b>	<b>98</b>	<b>77,68</b>	<b>15,34</b>	<b>-5,61</b>	<b>5,80</b>	<b>19,74</b>

## Grupos etários

De acordo com os dados da Tabela 5, a distribuição dos utentes da AT por grupos etários mostra, que o grupo com maior representatividade percentual (35,0%) se encontra no 3º escalão [76-85 anos], seguindo-se o quarto [ $\geq 86$  anos] com 26,7% e o segundo [51-75 anos], com 21,7%.

A análise da mesma variável em função dos grupos demonstra que os utentes do GC se situam maioritariamente (69,7%) entre os 51 e os 85 anos enquanto o GE (81,5%) se situa acima dos 85 anos, ou seja o GE possui maior idade do que o GC.

### **Género**

A distribuição dos utentes por género mostra que a AT é maioritariamente feminina (53,3%) pertencendo 46,7% ao género masculino. Esta tendência mantém-se em ambos os grupos, uma vez que as mulheres representam respetivamente no GC e GE (54,5% e 51,9%). Apesar disso, as diferenças estatísticas não são significativas ( $\chi^2=0,099$ ;  $p=0,753$ ).

### **Estado civil**

Os resultados relativos ao estado civil permitem-nos verificar que relativamente à AT o maior valor percentual (46,7%) dos participantes, integra a alternativa “casado/união de facto”, seguindo-se os viúvos (35,0%), os solteiros com 16,7% e apenas 1,7% são divorciados/separados.

Analisando o estado civil em função do grupo, constatamos que a distribuição se faz com algumas diferenças: no GC, a maioria dos utentes são casados (54,5%); enquanto no GE, 44,4% são viúvos. Contudo, as diferenças estatísticas não são significativas ( $\chi^2=3,55$ ;  $p=0,301$ ).

### **Zona de residência**

Os resultados relativos à zona de residência mostram que a AT é fundamentalmente rural (56,7%) e apenas 43,3% habita em zona urbana.

A análise por grupos revela que no GC a maioria dos utentes (77,8%) reside em zona rural, enquanto que no GE 70,4% habita em zona urbana, sendo as diferenças estatísticas altamente significativas ( $\chi^2=14,614$ ;  $p=0,000$ ).

### **Com quem vive**

Quanto à variável com quem vive, e de acordo com os dados constantes da Tabela 5, na AT o grupo percentual maior (46,7%) de indivíduos vive com o cônjuge, seguindo-se (25,0%) que vive com os filhos, 20,0% vive com outros familiares e amigos e apenas 8,3% vive só.

A tendência distributiva verificada na AT, mantém-se para o GC e GE, embora existam mais elementos (11,1%) no GE que vivem sozinhos quando comparados com o GC.

### **Habilitações Literárias**

Como podemos verificar, a maioria dos participantes da AT (51,6%) detêm como habilitação o 1º e 2º ciclos de escolaridade. Há ainda um grupo significativo de indivíduos (31,7%) que não sabem ler nem escrever, distribuindo-se os restantes elementos pelas outras alternativas de resposta.

Verificamos ainda que, existem diferenças nas habilitações académicas em função do grupo, uma vez que o GC recai em grande maioria (97,0%) na habilitação igual ou inferior ao 2º ciclo. Por sua vez, o GE possui 25,9% dos seus elementos com habilitação igual ou superior ao terceiro ciclo. Aliás veja-se que os únicos participantes com licenciatura e mestrado integram o GE, o que nos leva a afirmar que este grupo possui maior literacia.

### **Rendimentos Mensais**

Quanto à variável rendimentos, verificamos (na AT) que o maior grupo percentual (45,0%) dos participantes auferem um rendimento mensal que oscila entre 250–500€, seguindo-se os que auferem entre 500-1000€ (38,3%) e apenas 8,3% auferem valores inferiores a 250€ e superiores ou iguais a 1000 €.

Ao compararmos os dois grupos constatamos que as condições financeiras são semelhantes com uma tendência ligeira de valores mais elevados para o GE.

Tabela 5 – Resultados sociodemográficos dos elementos da Amostra

VARIÁVEIS \ GRUPOS	CONTROLO		EXPERIMENTAL		AMOSTRA TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>GRUPOS ETÁRIOS</b>						
18-50	2	6,1	2	7,4	4	6,7
51-75	10	30,3	3	11,1	13	21,7
76-85	13	39,4	8	29,6	21	26,7
≥ 86	8	24,2	14	51,9	22	35,0
<b>GENERO</b>						
Feminino	18	54,5	14	51,9	32	53,3
Masculino	15	45,5	13	48,1	28	46,7
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Solteiro	6	18,2	4	14,8	10	16,7
Casado/união de Facto	18	54,5	10	37,0	28	46,7
Viúvo	9	27,3	12	44,4	21	35,0
Divorciado/separado	-	-	1	3,7	1	1,7
<b>ZONA DE RESIDENCIA</b>						
Urbana	7	21,2	19	70,4	26	43,3
Rural	26	77,8	8	29,6	34	56,7
<b>COM QUEM VIVE</b>						
Só	2	6,1	3	11,1	5	8,3
Cônjuge	17	51,5	11	40,7	28	46,7
Filhos	7	21,2	8	29,6	15	25,0
Outros	7	21,2	5	18,5	12	20,0
<b>HABIL. LITERÁRIAS</b>						
Não sabe ler/nem escrever	13	39,4	6	22,2	19	31,7
< 4 anos escolaridade	1	3,0	1	3,7	2	3,3
1º ciclo	13	39,4	7	25,9	20	33,3
2º ciclo	5	15,2	6	22,2	11	18,3
3º ciclo	-	-	4	14,8	4	6,7
12º ano	1	3,0	-	-	1	1,7
Licenciatura/mestrado	-	-	3	11,1	3	5,0
<b>RENDIMENTO MENSAL</b>						
< 250 €	4	12,1	1	3,7	5	8,3
250 -500€	16	48,5	11	40,7	27	45,0
500-1000 €	13	39,4	10	37,0	23	38,3
≥1000€	-	-	5	18,5	5	8,3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

## **Secção B – Caracterização Clínica dos Participantes no Estudo**

Esta secção (que designamos de caracterização clínica) descreve os resultados que se referem ao internamento hospitalar e na RNCCI, ao período de internamento aos motivos e entidade responsável pela referenciação e ainda o historial de patologias.

### **Internamento hospitalar nos últimos 6 meses**

Questionados sobre internamentos nos últimos 6 meses, verificamos que a maioria (55,0%) dos participantes não os teve, ao contrário de 45,0% que responde “sim estive internado”.

A análise por grupos mostra que os internamentos no período referido estiveram mais presentes no GC (51,5%) do que no GE (37,0%).

### **Internamento na RNCCI**

Quisemos ainda saber se tinham estado internados na RNCCI nos últimos 6 meses: as respostas obtidas mostram que, relativamente à AT, a maioria (75,0%) dos participantes responde “sim” e apenas 25,0% responde “não”.

Centrando a nossa análise por grupos verificamos que os internamentos no período referido na RNCCI se efetivaram para percentagens elevadas em ambos os grupos GC (72,7%), GE (77,8%).

Junto dos que responderam “sim”, averiguamos (considerando a AT) que 65,0% esteve em ECCI, 6,5% em unidades de convalescença, 1,7% em unidades de média duração e 1,7% em unidades de longa duração.

A análise por grupos mostra algumas diferenças uma vez que todos os participantes (77,8%) do GE estiveram apenas em ECCI. Por seu lado, os utentes do GC distribuem-se pelas ECCI (54,5%), 12,1% em unidades de convalescença, 3,0% em unidades de média duração e 3,0% em unidades de longa duração.

### Tempo de Internamento em ECCI

Relativamente a esta variável, verificamos que na AT 40,0% esteve internado por períodos superiores a 181 dias, 25,0% entre 91 e 180 dias, 23,3% entre 31-60 dias, e 11,7% entre 61-90 dias.

Observando os grupos verificamos, que a maioria (78,8%), dos indivíduos do GC esteve internado por períodos superiores a 90 dias, e já os do GE (51,8%) por períodos menores, nomeadamente entre 31 e 90 dias.

Tabela 6 – Dados clínicos dos elementos da Amostra

VARIÁVEIS \ GRUPOS	CONTROLO		EXPERIMENTAL		AMOSTRA TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>INTERN. HOSPITALAR 6M</b>						
Sim	17	51,5	10	37,0	27	45,0
Não	16	48,5	17	67,0	33	55,0
					χ <sup>2</sup> =	
<b>INTERN. RNCCI</b>						
Sim	24	72,7	21	77,8	45	75,0
Não	9	27,3	6	22,2	15	25,0
					χ <sup>2</sup>	
<b>SE SIM ONDE</b>						
ECCI	18	54,5	21	77,8	39	65,0
Unid. convalescença	4	12,1	-	-	4	6,7
Unid. média duração	1	3,0	-	-	1	1,7
Unid. longa duração	1	3,0	-	-	1	1,7
Unid. paliativos	-	-	-	-	-	-
<b>TEMPO/INTERNAMENTO</b>						
31-60	6	18,2	8	29,6	14	23,3
61-90	1	3,0	6	22,2	7	11,7
91-180	6	18,2	9	33,3	15	25,0
≥ 181	20	60,6	4	14,8	24	40,0
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

### **Motivos da referenciação para as ECCI**

Ao procurarmos conhecer os motivos da referenciação para as ECCI encontrámos respostas múltiplas e por essa razão a tabela não tem totais ao nível das colunas. Verificámos que para a AT, os quatro principais motivos são a dependência dos utentes nas AVD (95,0%), a necessidade de reabilitação (55%), o tratamento de feridas (46,7%) e o ensino ao Utente e ao cuidador Informal (45,0%). Já os motivos menos apontados foram a desnutrição (1,7%), a DPCO (3,3%) e os cuidados paliativos (6,7%).

Comparando os dados dos grupos verificamos que os motivos são comuns à exceção da reabilitação que não é apontada pelo GC (21,2%) com a mesma frequência do GE (96,3%).

### **Equipa responsável pela referenciação**

Quisemos ainda conhecer a equipa responsável pela referenciação e constatámos nos três grupos que a principal responsabilidade (83,3%) coube à EGA do centro de saúde, seguindo-se outra unidade de RNCCI para a AT e GC sendo a EGA a segunda responsável para o GE.

No seguimento da questão anterior, e face à resposta "outra unidade" procurámos saber a proveniência: os resultados mostram que só houve respostas no GC, sendo as Unidades de convalescença (85,7%) e as Unidades de longa duração (14,3%) as únicas apontadas.

### **Patologias Anteriores**

Quisemos ainda conhecer as patologias que os utentes tinham tido anteriormente: os dados mostram que na AT o maior grupo percentual (68,3%) recai nas doenças osteoarticulares, seguindo-se as neurológicas (61,7%) e as cardíacas (58,3%). Embora com valores percentuais diferentes a tendência distributiva mantém-se nos outros dois grupos.



Tabela 7 – Dados clínicos dos elementos da Amostra (cont.)

VARIÁVEIS \ GRUPOS	CONTROLO		EXPERIMENTAL		AMOSTRA TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>MOTIVOS DE REFERENCIAÇÃO</b>						
Dependência nas AVD,s	31	93,9	26	96,3	57	95,0
Ensino utente/Cuid informal	26	78,8	1	3,7	27	45,0
Reabilitação	7	21,2	26	96,3	33	55,0
Tratamento feridas	23	69,7	5	18,5	28	46,7
Úlceras pressão	8	24,2	4	14,8	12	20,0
Dçã cardiovascular	7	21,2	1	3,7	8	13,3
Gestão de regime terapêutico	13	39,4	3	11,1	16	26,7
DPCO	2	6,1	-	-	2	3,3
Cuid.Paliativos	2	6,1	2	7,4	4	6,7
Deterioração cognitiva	2	6,1	4	14,8	6	10,0
Desnutrição	1	3,0	-	-	1	1,7
Outros	7	21,2	9	33,3	16	26,7
<b>EQ. RESP. PELA REFERENCIAÇÃO</b>						
EGA	1	3,0	3	11,1	4	6,7
E. gestão de altas do CS	26	78,8	24	88,9	50	83,3
Outra unidade da RNCCI	6	18,2	-	-	6	10,0
<b>SE OUTRA, PROVÉM:</b>						
Unid. Convalescença	6	85,7	-	-	6	85,7
Unid. Média duração	-	-	-	-	-	-
Unid. Longa duração	1	14,3	-	-	1	14,3
Unid. Paliativos	-	-	-	-	-	-
Outra ECCI	-	-	-	-	-	-
<b>PATOLOGIAS ANTERIORES</b>						
Cardíacas	21	63,6	14	51,9	35	58,3
Respiratórias	15	45,5	9	33,3	24	40,0
Metabólicas	11	33,3	6	22,2	17	28,3
Neurológicas	21	63,6	16	59,3	37	61,7
Osteoarticulares	25	75,8	16	59,3	41	68,3
Oncológicas	4	12,1	5	18,5	9	15,0
Oftalmológicas	2	6,1	1	3,7	3	5,0

### **Secção C – Caracterização do contexto residencial/familiar e de apoio social**

Os resultados que seguidamente apresentamos procuram dar a conhecer algumas características relacionadas com o contexto residencial dos utentes, aspetos relativos aos

seus cuidadores informais e ao apoio sentido por parte de instituições de solidariedade social e por fim informações sobre a intervenção (ou não) do EEER.

### **Presença de barreiras arquitetónicas**

A Tabela 5 mostra que no caso da AT 30,0% dos participantes não tem barreiras, 40% refere barreiras dentro de casa, e 26,7% aponta piso sem elevador.

No caso do GC, apenas 18,2% dos participantes diz não ter barreiras, 39,4% refere barreiras dentro de casa, e 36,4% aponta piso sem elevador. Já o GE, é aquele que refere menos barreiras (44,4%), 40,7% refere barreiras dentro de casa, e 14,8% aponta piso sem elevador.

### **Cuidador Informal**

Questionados sobre a existência do cuidador informal (CI) verificamos que a maioria (96,7%) dos participantes responde afirmativamente, e apenas 3,3% diz não o ter.

A análise por grupos mostra que todos os elementos do GE (100,0%) possuem CI ao contrário do GC onde 6,1% refere não o ter.

Quisemos ainda conhecer o género do “Cuidador Informal”, e verificámos que as respostas recaíram maioritariamente no género feminino (AT, 79,3%; GC, 77,4%; GE,81,5%).

### **Idade do Cuidador Informal**

Quanto a idade do CI constatámos que nos três grupos existiam pessoas já com alguma idade, uma vez que entre 60 a 70% destes cuidadores possuíam idades inferiores a 69 anos, porém há que registar que nos três grupos existem “Cuidador Informal” com idades superiores a 80 anos (AT, 22,4%; GC, 19,4%; GE, 25,9%).

### **Tem apoio de uma IPSS**

Os resultados relativos à pergunta “tem apoio de uma IPSS” mostram que a maioria (63,3%) da AT responde “não”, acontecendo o mesmo a 66,7% do GC e 59,3% do GE. Aliás apenas mais ou menos um terço dos utentes de cada grupo assumem ter o apoio referido.

Ainda na sequência desta questão e junto daqueles que responderam ter apoio, procurámos saber o tipo de apoio que é prestado. Trata-se de uma questão de resposta múltipla e daí os valores expressos na tabela: percebemos que o maior apoio se dá (nos três grupos) ao nível da higiene pessoal (86,4%) seguindo-se a alimentação (77,3%) e a higiene da habitação (40,9%).

### **Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação**

Questionados sobre a intervenção ou não do EEER verificamos que na AT a maioria (61,7%) dos participantes responde “não”, e apenas 38,3% responde afirmativamente.

A análise por grupos mostra que 85,2% os elementos do GE respondem afirmativamente ao contrário do GC onde todos respondem “não”.

### **Nº de visitas por semana**

Relativamente ao nº de visitas feitas pelo EEER (apenas presentes no GE), verificamos que 87,5% as teve duas vezes por semana, 12,5% três vezes por semana, ficando as restantes alternativas de resposta sem respostas.

### **Duração das visitas**

Considerando ainda a duração das visitas do EEER (apenas presentes no GE), verificamos que estas ocorrem maioritariamente (79,2%) por períodos que oscilaram entre 30 e 60 minutos.

Tabela 8 – Dados relativos ao contexto residencial/familiar e social dos Participantes

VARIÁVEIS \ GRUPOS	CONTROLO		EXPERIMENTAL		AMOSTRA TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
<b>PRESENÇA B. ARQUITETÓNICAS</b>						
Nenhuma	6	18,2	12	44,4	18	30,0
Piso sem elevador	12	36,4	4	14,8	16	26,7
Terreno irregular	2	6,1	-	-	2	3,3
Barreira dentro de casa	13	39,4	11	40,7	24	40,0
Outras	-	-	-	-	-	-
<b>TEM CUIDADOR INFORMAL</b>						
Sim	31	93,9	27	100	58	96,7
Não	2	6,1	-	-	2	3,3
<b>SE SIM</b>						
Género feminino	24	77,4	22	81,5	46	79,3
Género masculino	7	22,6	5	18,5	12	20,7
<b>IDADE DO C.INFORMAL</b>						
≤ 59anos	13	41,9	8	29,6	21	36,2
60-69anos	9	29,0	10	37,0	19	32,8
70-79anos	3	9,7	2	7,4	5	8,6
≥ 80anos	6	19,4	7	25,9	13	22,4
<b>APOIO IPSS</b>						
Sim	11	33,3	11	40,7	22	36,7
Não	22	66,7	16	59,3	38	63,3
<b>SE SIM, TIPO DE APOIO</b>						
Alimentação	9	81,8	8	72,7	17	77,3
Higiene pessoal	8	72,2	11	100	19	86,4
Higiene da habitação	7	63,6	2	18,2	9	40,9
<b>INTERV. ENFERM. REABILITAÇÃO</b>						
Sim	-	-	23	85,2	23	38,3
Não	33	100	4	14,8	37	61,7
<b>Nº DE VISITAS/SEMANA</b>						
2 x semana	-	-	32	87,5	21	87,5
3 x semana	-	-	3	12,5	3	12,5
4 x semana	-	-	-	-	-	-
≥5 x semana	-	-	-	-	-	-
<b>DURAÇÃO DAS VISITAS</b>						
≤30 minutos	-	-	4	16,7	4	16,7
30-45 minutos	-	-	9	37,5	9	37,5
45-60 minutos	-	-	10	41,7	10	41,7
≥60 minutos	-	-	1	4,2	1	4,2

### Opiniões sobre Enfermagem de Reabilitação

A questão que se segue foi apenas colocada ao GE. Assim e tendo por base as respostas dadas constatamos que os benefícios sentidos ao nível do ensino na execução de transferências são os mais destacados (33,3%), seguindo-se os que não responderam ou alegaram não ter dados para proceder a essa avaliação (25,9%). Verificamos também com igual valor percentual (18,5%) que são realçados os benefícios motores e psicológicos e os que dizem apenas que a intervenção do EERR é uma mais-valia. De referir que apenas um elemento destacou benefícios a nível respiratório (3,7%), através dos exercícios de cinesiterapia.

Tabela 9 – Opiniões dos Utentes/cuidadores sobre o Enfermeiro de Reabilitação

VARIÁVEIS	GRUPO	EXPERIMENTAL	
		N	%
<b>OPINIÃO SOBRE ER</b>			
Sem resposta		7	25,9
É uma mais-valia		5	18,5
Benefícios nas transferências		9	33,3
Benefícios motores e psicológicos		5	18,5
Benefícios respiratórios		1	3,7

### Secção D – Avaliação da Funcionalidade dos Participantes

O objetivo da TNF é quantificar a funcionalidade das pessoas de forma consistente e rápida, através de uma nomenclatura/referencial comum, baseada especificamente nas componentes da CIF: “Atividades e Participação” e “Fatores Ambientais”.

A opção pela utilização desta escala deve-se ao facto de ela permitir, ao longo do tempo, medir a evolução da funcionalidade, como indicador de saúde, contribuindo, assim, para uma mais adequada e racional alocação de recursos, monitorização de resultados das intervenções de saúde e sociais (DGS, 2014).

Para um conhecimento mais profundo da funcionalidade dos utentes faremos inicialmente uma apresentação descritiva das diferentes dimensões da TNF por itens de resposta, em função dos dois grupos (controle e experimental) e posteriormente os dados estatísticos por dimensão.

### **Mobilidade e autocuidados**

Como podemos constatar através dos dados da Tabela 10, as colunas com valores percentuais mais elevados correspondem às colunas 3 e 4 que significam “muita dificuldade” e “dificuldade máxima” na realização das atividades relativas à mobilidade e no autocuidado.

As atividades onde os percentuais são maiores são na aquisição de bens e serviços (87,9%), fazer trabalhos domésticos (84,8%), ajudar os outros (84,4%), levantar e transportar objetos e recreação/lazer (78,8%).

As atividades descritas são sensivelmente as mais descritas no GE, embora possamos verificar que existem maiores respostas nas colunas de menor dificuldade, o que significa que o GE é mais independente na mobilidade e autocuidados do que o GC.

Tabela 10 – Dados relativos à dimensão Mobilidade e Autocuidados

ITENS	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>GRUPOS/ATIVIDADES</b>										
<b>G. CONTROLO</b>										
Realizar a rotina diária	-	-	2	6,1	11	33,3	3	9,1	17	51,5
Mudar a posição básica do corpo	4	12,1	2	6,1	8	24,2	6	18,2	13	39,4
Manter a posição do corpo	6	18,2	4	12,1	7	21,2	4	12,1	12	36,4
Levantar e transportar objetos	-	-	1	3,0	1	3,0	5	15,2	26	78,8
Andar	1	3,0	4	12,1	4	12,1	1	3,0	23	69,7
Deslocar-se por diferentes locais	1	3,0	1	3,0	7	21,2	2	6,1	22	66,7
Utilizar transportes	2	6,1	-	-	4	12,1	5	15,2	22	66,7
Cuidar de partes do corpo	5	15,2	2	6,1	7	21,2	5	15,2	14	42,4
Vestir-se	4	12,1	3	9,1	8	24,2	6	18,2	12	36,4
Adquirir bens e serviços	1	3,0	-	-	3	9,1	-	-	29	87,9
Fazer trabalhos domésticos	-	-	-	-	1	3,0	4	12,1	28	84,8
Ajudar os outros	-	-	1	3,0	2	6,1	2	6,1	28	84,4
Recreação e lazer	-	-	-	-	3	9,1	4	12,1	26	78,8
<b>G. EXPERIMENTAL</b>										
Realizar a rotina diária	4	14,8	-	-	4	14,8	6	22,2	13	48,1
Mudar a posição básica do corpo	4	14,8	1	3,7	5	18,5	4	14,8	13	48,1
Manter a posição do corpo	2	7,4	4	14,8	4	14,8	5	18,5	12	44,4
Levantar e transportar objetos	1	3,7	-	-	3	11,1	3	11,1	20	74,1
Andar	1	3,7	9	33,3	2	7,4	5	18,5	10	37,0
Deslocar-se por diferentes locais	-	-	-	-	7	25,9	4	14,8	16	59,3
Utilizar transportes	-	-	2	7,4	2	7,4	6	22,2	17	63,0
Cuidar de partes do corpo	5	18,5	2	7,4	8	29,6	3	11,1	9	33,3
Vestir-se	3	11,1	2	7,4	5	18,5	6	22,2	11	40,7
Adquirir bens e serviços	-	-	-	-	2	7,4	1	3,7	24	88,9
Fazer trabalhos domésticos	-	-	-	-	2	7,4	2	7,4	23	85,2
Ajudar os outros	-	-	-	-	1	3,7	-	-	26	96,3
Recreação e lazer	-	-	2	7,4	2	7,4	1	3,7	22	81,5

### Fatores ambientais

Sabemos que diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo com uma determinada condição de saúde. Um ambiente com barreiras, ou sem facilitadores, vai restringir o desempenho do indivíduo; outros ambientes mais facilitadores podem melhorá-lo. Os quadros que passaremos a apresentar na sequência das tabelas mostram o conjunto de fatores ambientais que são avaliados pela TNF e que se aplicam aos nossos participantes nas diferentes dimensões.

Podemos verificar que os principais facilitadores são os produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte dentro e fora dos edifícios (F120), a proximidade da família (F310), o apoio dos amigos (indivíduos com quem se estabelece

relacionamento continuado caracterizado pela confiança e apoio mútuo, que não a família. - F320), os indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas AVD e que são remunerados (F340) e profissionais de saúde (F355).

Podemos ver também que a presença de barreiras, é menos referida que a ausência, ainda assim podemos considerar que as barreiras estão presentes em muitas atividades.

De facto, verificamos relativamente à dimensão Mobilidade e Autocuidados que o GC utiliza mais equipamentos, precisa da presença da família e amigos em maior número de tarefas, recorre em maior nº aos cuidadores formais (F340) e refere ter mais barreiras que os indivíduos do GE.



Quadro 1 – Dados relativos aos fatores ambientais da dimensão Mobilidade e Autocuidados

ITENS GRUPOS/ATIVIDADES	F 120		F 310		F 320		F 340		F 355		B SIM		B NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>G. CONTROLO</b>														
Realizar a rotina diária	2	6,1	22	66,7	-	-	9	27,3	-	-	-	-	33	100
Mudar a posição básica do corpo	-	-	20	87,0	-	-	3	13,0	-	-	-	-	33	100
Manter a posição do corpo	-	-	11	91,7	-	-	1	8,3	-	-	1	3,0	32	97,0
Levantar e transportar objetos	1	5,6	14	77,8	-	-	3	16,7	-	-	13	39,4	20	60,6
Andar	9	81,8	2	18,2	-	-	-	-	-	-	20	60,6	13	39,4
Deslocar-se por diferentes locais	9	100	-	-	-	-	-	-	-	-	18	54,5	15	45,5
Utilizar transportes	5	100	-	-	-	-	-	-	-	-	21	63,6	15	55,6
Cuidar de partes do corpo	-	-	16	66,7	-	-	8	33,3	-	-	-	-	33	100
Vestir-se	1	3,6	19	67,9	-	-	8	28,6	-	-	1	3,0	32	97,0
Adquirir bens e serviços	-	-	19	90,5	1	4,8	1	4,8	-	-	9	27,3	24	72,7
Fazer trabalhos domésticos	-	-	17	73,9	-	-	6	26,1	-	-	8	13,3	25	75,8
Ajudar os outros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	75,8	8	24,2
Recreação e lazer	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	25	75,8	8	24,2
<b>G. EXPERIMENTAL</b>														
Realizar a rotina diária	-	-	13	56,5	-	-	10	43,5	-	-	-	-	27	100
Mudar a posição básica do corpo	-	-	14	63,6	-	-	8	36,4	-	-	-	-	27	100
Manter a posição do corpo	-	-	12	63,2	-	-	7	36,8	-	-	-	-	27	100
Levantar e transportar objetos	-	-	12	92,3	-	-	1	7,7	-	-	12	44,4	15	55,6
Andar	-	-	-	-	-	-	-	-	15	100	9	33,3	18	66,7
Deslocar-se por diferentes locais	11	91,7	1	8,3	-	-	-	-	-	-	11	40,7	16	59,3
Utilizar transportes	6	100	-	-	-	-	-	-	-	-	15	55,6	12	44,4
Cuidar de partes do corpo	-	-	9	45,0	-	-	11	55,0	-	-	-	-	27	100
Vestir-se	1	4,2	11	45,8	-	-	12	50,0	-	-	-	-	27	100
Adquirir bens e serviços	-	-	24	96,0	-	-	1	4,0	-	-	-	-	27	100
Fazer trabalhos domésticos	-	-	19	86,4	-	-	3	13,6	-	-	-	-	27	100
Ajudar os outros	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	21	77,8	6	22,2
Recreação e lazer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	77,8	6	22,2

### Competências Gerais

Como podemos constatar através dos dados da tabela 11, também neste caso as colunas com valores percentuais mais elevados correspondem às colunas 3 e 4 que significam

“muita dificuldade” e “dificuldade máxima” na realização das atividades relativas as competências gerais.

As atividades onde os valores percentuais são maiores são no GC: formação profissional (100,0%), empregabilidade (100,0%) e emprego remunerado (97,0%).

No GE as dificuldades localizam-se nas mesmas atividades, contudo os valores percentuais são inferiores.

Tabela 11 – Dados relativos à dimensão Competências Gerais

ITENS GRUPOS/ATIVIDADES	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>G. CONTROLO</b>										
Realizar múltiplas tarefas	1	3,0	-	-	4	12,1	2	6,1	26	78,8
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	10	30,3	3	9,1	1	3,0	-	-	19	57,6
Conduzir (bicicleta, mota, automóvel)	3	9,1	-	-	-	-	1	3,0	29	87,9
Lavar-se (lavar mãos corpo, secar-se)	4	12,1	2	6,1	9	27,3	4	12,1	14	42,4
Preparar refeições	1	3,0	-	-	2	6,1	-	-	30	90,9
Formação profissional	-	-	-	-	-	-	-	-	33	100
Obter, manter e sair do emprego	-	-	-	-	-	-	-	-	33	100
Emprego remunerado	1	3,0	-	-	-	-	-	-	32	97,0
<b>G. EXPERIMENTAL</b>										
Realizar múltiplas tarefas	-	-	-	-	3	11,1	2	7,4	22	81,5
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	11	40,7	4	14,8	-	-	2	7,4	10	37,0
Conduzir (bicicleta, mota, automóvel)	-	-	1	3,7	1	3,7	-	-	25	92,6
Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se)	6	22,2	1	3,7	7	25,9	2	7,4	11	40,7
Preparar refeições	-	-	-	-	1	3,7	2	7,4	24	88,9
Formação profissional	-	-	-	-	-	-	1	3,7	26	96,3
Obter, manter e sair do emprego	-	-	-	-	-	-	1	3,7	26	96,3
Emprego remunerado	-	-	-	-	-	-	1	3,7	26	96,3

### Fatores ambientais relacionados com as Competências Gerais

Considerando a dimensão competências gerais verificamos que também aqui os fatores ambientais facilitadores no desempenho das atividades que são apontados se prendem fundamentalmente com o apoio e proximidade da família (F310) e dos cuidadores formais (F340) em ambos os grupos. Nestas atividades são referidas bastantes barreiras, o que não nos surpreende atendendo à media de idades das pessoas e o seu nível de dependência.

Quadro 2 – Dados relativos aos fatores ambientais das Competências Gerais

ITENS G./ATIVIDADES	F 120		F 310		F 320		F 340		F 355		B SIM		B NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>G. CONTROLO</b>														
Realizar múltiplas tarefas	-	-	3	100	-	-	-	-	-	-	24	72,7	9	27,3
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	-	-	3	100	-	-	-	-	-	-	15	45,5	18	54,5
Conduzir (bicicleta, mota, automóvel)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	84,8	5	15,2
Lavar-se (lavar mãos corpo, secar-se)	-	-	17	68,0	-	-	8	32,0	-	-	-	-	33	100
Preparar refeições	-	-	19	67,9	-	-	9	32,1	-	-	3	9,1	30	90,9
Formação profissional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	97,0	1	3,0
Obter, manter e sair do emprego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	97,0	1	3,0
Emprego remunerado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	97,0	1	3,0
<b>G. EXPERIMENTAL</b>														
Realizar múltiplas tarefas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	63,0	10	37,0
Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	-	-	11	40,7	16	59,3
Conduzir (bicicleta, mota, automóvel)	-	-	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	23	85,2	4	14,8
Lavar-se (lavar mãos corpo, secar-se)	-	-	8	38,1	-	-	13	61,9	-	-	1	3,8	26	96,2
Preparar refeições	-	-	15	68,2	-	-	7	31,8	-	-	-	-	27	100
Formação profissional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	92,6	2	7,4
Obter, manter e sair do emprego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	100	-	-
Emprego remunerado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	100	-	-

### Competências Específicas

A análise das competências específicas mostra uma distribuição mais equitativa pelas diferentes colunas o que significa que a funcionalidade dos utentes nestas atividades vai variando em graus distintos.

As atividades onde há mais dificuldade no GC são as transações económicas (87,9%), escrever mensagens (60,6%) e resolver problemas (57,6%). Contrariamente, aquelas em que as dificuldades são menores são ao nível do falar (66,7%), do comer e beber (48,5%) e da leitura (33,3%).

No GE, encontramos dificuldades semelhantes às do GC, porém os valores percentuais são mais baixos logo existe uma maior independência na realização das atividades.

Tabela 12 – Dados relativos à dimensão Competências específicas

ITENS GRUPOS/ATIVIDADES	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>G. CONTROLO</b>										
Ler	11	33,3	2	6,1	1	3,0	1	3,0	18	54,5
Resolver problemas	6	18,2	1	3,0	4	12,1	3	9,1	19	57,6
Falar	22	66,7	-	-	3	9,1	2	6,1	6	18,2
Escrever Mensagens	12	36,4	-	-	1	3,0	-	-	20	60,6
Cuidados relacionados com o processo de excreção	3	9,1	2	6,1	8	24,2	2	6,1	18	54,5
Comer, beber, alimentar-se	16	48,5	-	-	2	6,1	2	6,1	13	39,4
Cuidar da saúde	2	6,1	-	-	8	24,2	5	15,2	18	54,5
Transações económicas básicas	3	9,1	-	-	1	3,0	-	-	29	87,9
<b>G. EXPERIMENTAL</b>										
Ler	12	44,4	-	-	1	3,7	-	-	14	51,9
Resolver problemas	8	29,6	1	3,7	2	7,4	1	3,7	15	55,6
Falar	18	66,7	-	-	3	11,1	1	3,7	5	18,5
Escrever Mensagens	11	40,7	-	-	-	-	1	3,7	15	55,6
Cuidados relacionados com o processo de excreção	7	25,9	1	3,7	4	14,8	4	14,8	11	40,7
Comer, beber, alimentar-se	14	51,9	-	-	2	7,4	2	7,4	9	33,3
Cuidar da saúde	-	-	2	7,4	11	40,7	3	11,1	11	40,7
Transações económicas básicas	1	3,7	-	-	3	11,1	3	11,1	20	74,1

### Fatores ambientais relacionados com as Competências Específicas

Na dimensão competências específicas verificamos que, no caso do GC os fatores ambientais facilitadores no desempenho das actividades são, essencialmente o apoio e proximidade da família (F310) e dos profissionais de saúde (F355). Já o GE usufrui de maiores recursos para estas actividades, pois para além de família e profissionais de saúde destaca os cuidadores formais.

As barreiras são mais apontadas pelo GC do que o GE e ligam-se em grande parte ao ler, resolver problemas, falar, escrever mensagens e efetuar transações económicas.

Quadro 3 – Dados relativos aos fatores ambientais da dimensão Competências específicas

ITENS GRUPOS/ATIVIDADES	F 120		F 310		F 320		F 340		F 355		B SIM		B NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>G. CONTROLO</b>														
Ler	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	54,5	15	45,5
Resolver problemas	-	-	3	100	-	-	-	-	-	-	16	48,5	17	51,5
Falar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	24,2	25	75,8
Escrever Mensagens	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	57,6	14	42,4
Cuidados relacionados com excreção	-	-	5	22,7	-	-	3	13,6	14	63,6	2	6,1	31	93,9
Comer, beber, alimentar-se	-	-	14	87,5	-	-	-	-	2	12,5	-	-	33	100
Cuidar da saúde	-	-	1	3,1	-	-	-	-	31	96,9	1	3,0	32	97,0
Transações econ.básicas	-	-	17	100	-	-	-	-	-	-	10	30,3	23	69,7
<b>G. EXPERIMENTAL</b>														
Ler	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	48,1	14	51,9
Resolver problemas	-	-	2	100	-	-	-	-	-	-	11	40,7	16	59,3
Falar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	22,2	21	77,8
Escrever Mensagens	-	-	1	50,0	-	-	1	50,0	-	-	13	48,1	14	51,9
Cuidados relacionados com excreção	-	-	2	10,5	-	-	3	15,8	14	73,7	2	7,4	25	92,6
Comer, beber, alimentar-se	-	-	6	40,0	-	-	3	20,0	6	40,0	-	-	27	100
Cuidar da saúde	-	-	2	8,3	-	-	-	-	22	91,7	-	-	27	100
Transações económ.básicas	-	-	18	94,7	-	-	1	5,3	-	-	-	-	27	100

### Sociabilidade

A análise dos dados da Tabela 13, mostra que as atividades onde o GC apresenta maiores dificuldades na dimensão sociabilidade, estão associadas com os relacionamentos íntimos (97,0%), a vida em comunidade (63,6%) e lidar com o *stress* e exigências psicológicas (60,6%). As menores dificuldades são relatadas ao nível das relações familiares (69,7%), conversação (63,6%) e interações interpessoais básicas (51,5%).

Já no GE, as maiores dificuldades localizam-se também nos relacionamentos íntimos (100,0%), na vida em comunidade (81,5%), e em lidar com o *stress* e exigências psicológicas (70,4%), porém com valores percentuais mais elevados, o que significa maior dificuldade quando comparados com o GC. As menores dificuldades são relatadas na conversação (66,7%) e nas relações familiares (55,6%).

Tabela 13 – Dados relativos à dimensão Sociabilidade

ITENS	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>GRUPOS/ATIVIDADES</b>										
<b>G. CONTROLO</b>										
Lidar com o <i>stress</i> e exigências psicológicas	3	9,1	1	3,0	5	15,2	4	12,1	20	60,6
Conversaço	21	63,6	-	-	2	6,1	1	3,0	9	27,3
Interações interpessoais básicas	17	51,5	-	-	4	12,1	-	-	12	36,4
Relaço	23	69,7	-	-	-	-	2	6,1	8	24,2
Relacionamentos íntimos	-	-	-	-	-	-	1	3,0	32	97,0
Vida em comunidade	2	6,1	1	3,0	7	21,2	2	6,1	21	63,6
<b>G. EXPERIMENTAL</b>										
Lidar com o <i>stress</i> e exigências psicológicas	2	7,4	1	3,7	2	7,4	3	11,1	19	70,4
Conversaço	18	66,7	-	-	2	7,4	2	7,4	5	18,5
Interações interpessoais básicas	10	37,0	-	-	4	14,8	1	3,7	12	44,4
Relaço	15	55,6	1	3,7	2	7,4	1	3,7	8	29,6
Relacionamentos íntimos	-	-	-	-	-	-	-	-	27	100
Vida em comunidade	-	-	-	-	4	14,8	1	3,7	22	81,5

### Fatores ambientais relacionados com a dimensão Sociabilidade

A análise dos dados do Quadro 4 mostra que relativamente à sociabilidade, os inquiridos dos dois grupos apontam percentagens elevadas de barreiras sendo estas mais elevadas no GC. Os fatores facilitadores são menos referidos nesta dimensão, resumindo-se apenas à atividade “vida em comunidade” onde os equipamentos e tecnologias parecem ter um papel importante. Também a proximidade da família exerce um papel importante nas relações interpessoais.

Quadro 4 – Dados relativos aos fatores ambientais da dimensão Sociabilidade

ITENS GR./ATIVIDADES	F 120		F 310		F 320		F 340		F 355		B SIM		B NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>G. CONTROLO</b>														
Lidar com o stress e exigências psicológicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	51,5	16	48,5
Conversação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	27,3	24	72,7
Interações interpessoais básicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	30,3	23	69,7
Relações familiares	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	9	27,3	24	72,7
Relacionamentos íntimos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	57,6	14	42,4
Vida em comunidade	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-	-	-	9	27,3	24	72,7
<b>G. EXPERIMENTAL</b>														
Lidar com o stress e exigências psicológicas	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	12	44,4	15	55,6
Conversação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	22,2	21	77,8
Interações interpessoais básicas	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	11	40,7	16	59,3
Relações familiares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	25,9	20	74,1
Relacionamentos íntimos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	77,8	6	22,2
Vida em comunidade	5	100	-	-	-	-	-	-	-	-	8	29,6	19	70,4

### Manipulação e Manuseio

Por fim, relativamente a esta variável constatamos que as dificuldades na sua realização são menores que nas dimensões anteriores uma vez que encontramos valores percentuais elevados na coluna correspondente a “sem dificuldade”. Verificamos que a atividade onde o GC apresenta maior dificuldade é no deslocar-se utilizando equipamentos (48,5%) seguindo-se a motricidade fina (36,4%) e a utilização da mão e do braço (33,3%).

Observando o GE, vimos que os maiores valores percentuais surgem na coluna “sem dificuldade”, mais especificamente na motricidade fina (48,1%) e na utilização da mão e do braço (48,1%).

Há nesta dimensão uma clara melhoria nos utentes do GE.

Tabela 14 – Dados relativos à dimensão Manipulação e Manuseio

ITENS	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>G. CONTROLO</b>										
Motricidade fina	13	39,4	3	9,1	2	6,1	3	9,1	12	36,4
Utilização da mão e do braço	12	36,4	4	12,1	3	9,1	3	9,1	11	33,3
Deslocar-se utilizando equipamentos	5	15,2	1	3,0	9	27,3	2	6,1	16	48,5
<b>G. EXPERIMENTAL</b>										
Motricidade fina	13	48,1	2	7,4	3	11,1	-	-	9	33,3
Utilização da mão e do braço	13	48,1	2	7,4	4	14,8	-	-	8	29,6
Deslocar-se utilizando equipamentos	6	22,2	2	7,4	6	22,2	3	11,1	10	37,0

### Fatores ambientais relacionados com a dimensão Manipulação e Manuseio

A análise dos dados do Quadro 5 mostra que relativamente à manipulação e manuseio os inquiridos dos dois grupos apontam percentagens mais elevadas na inexistência de barreiras, contudo o GC refere-as sobretudo associadas ao deslocar-se com utilização de equipamentos. Os fatores facilitadores são muito menos referidos do que das dimensões anteriores, sendo destacados neste caso os produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte dentro e fora dos edifícios (F120).

Note-se que apenas um elemento do GE refere o profissional de saúde como facilitador da motricidade fina.

Quadro 5 – Dados relativos aos fatores ambientais da dimensão Manipulação e Manuseio

ITENS	F 120		F 310		F 320		F 340		F 355		B SIM		B NÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>G. CONTROLO</b>														
Motricidade fina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	27,3	24	72,7
Utilização da mão e do braço	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	7	21,2	26	78,8
Deslocar-se utilizando equipamentos	16	94,1	-	-	-	-	1	5,9	-	-	13	39,4	20	60,6
<b>G. EXPERIMENTAL</b>														
Motricidade fina	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	8	29,6	19	70,4
Utilização da mão e do braço	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	22,2	21	77,8
Deslocar-se utilizando equipamentos	9	100	-	-	-	-	-	-	-	-	7	25,9	20	74,1



### **Funcionalidade por dimensão**

A Tabela 15 mostra as diferentes dimensões da escala nos dois grupos em estudo com os valores esperados, valores obtidos, percentagem calculada e qualificador de desempenho. Assim podemos verificar que os nossos participantes globalmente apresentam muita dificuldade em desempenhar as atividades expressas na tabela. Excetua-se ao referido a atividade “manipulação e manuseio” onde o GE apresenta apenas alguma dificuldade contrariamente ao GC onde a dificuldade é elevada. Contudo, os valores percentuais mostram que o GE apresenta valores de maior funcionalidade embora as diferenças não sejam significativas.

De referir que ao nível da dimensão sociabilidade, o GC parece ter menos dificuldades que o GE (50,0%; 58,33%).

Tabela 15 – Dados relativos à funcionalidade por dimensões e valor global

DIMENSÕES	VALOR TOTAL ESPERADO POR DIMENSÃO	VALOR OBTIDO POR DOMÍNIO A*	% DE FUNCIONALIDADE E CADA DOMÍNIO B**	QUALIFICADOR DE DESEMPENHO
MOBILIDADE E AUTOCUIDADO	52			
G. Controlo		44	84,61	Muita dificuldade
G. experimental		42	80,76	
COMPETÊNCIAS GERAIS	32			
G. Controlo		29	90,62	Muita dificuldade
G. experimental		28	87,5	
COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	32			
G. Controlo		25	78,12	Muita dificuldade
G. experimental		20	62,50	
SOCIABILIDADE	24			
G. Controlo		12	50,00	Muita dificuldade
G. experimental		14	58,33	
MANIPULAÇÃO E MANUSEIO	12			
G. Controlo		6	50,00	Muita dificuldade
G. experimental		4	33,33	Alguma dificuldade
<b>FUNCIONALIDADE GLOBAL</b>	<b>152</b>			
G. Controlo		115	75,65	Muita dificuldade
G. experimental		112	73,68	

\* a– valor obtido somando a classificação de todos o itens de uma dimensão.

B\*\* –  $100 \times (\text{valor obtido por dimensão}) / (\text{valor total esperado por dimensão})$ .

De acordo com os valores classificativos da escala podemos constatar que para na AT (56,7%) dos utentes tem funcionalidade muito reduzida, 26,7% funcionalidade ausente, 15,0% funcionalidade reduzida e apenas um elemento do GC apresenta funcionalidade média. De referir que nenhum participante apresenta funcionalidade total.

A análise por grupo mostra que a funcionalidade ausente é superior no GC (30,3%) do que no GE (22,2%) equivalendo-se os diversos níveis em ambos os grupos.

Tabela 16 – Dados relativos à funcionalidade por dimensões e valor global

GRUPOS NIVEIS FUNCIONALIDADE	CONTROLE		EXPERIMENTAL		AMOSTRA TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Funcionalidade total (0-4%)	-	-	-	-	-	-
Funcionalidade média (5-24%)	1	3,1	-	-	1	1,6
Funcionalidade reduzida (25-49%)	4	12,1	5	18,5	9	15,0
Funcionalidade muito reduzida (50-95%)	18	54,5	16	59,3	34	56,7
Funcionalidade ausente (96-100%)	10	30,3	6	22,2	16	26,7

## 6.2. Análise Inferencial

Terminada esta etapa da análise descritiva dos dados, passaremos à apresentação e análise inferencial no sentido de procedermos à verificação de hipóteses formuladas.

Previamente à aplicação dos testes, foi verificada a igualdade da forma das distribuições das variáveis, pois corroboramos com Pestana & Gageiro (2005) ao afirmarem que se trata de um requisito fundamental prévio à sua aplicação.

A distribuição das diversas variáveis em estudo revela uma distribuição não normal, optando-se por isso pela utilização de testes não paramétricos (Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney).

Nas distribuições caracterizadas por grande heterogeneidade de forma e com um número baixo de casos em algumas categorias, optou-se pela recodificação de algumas variáveis independentes, o que aumentou, substancialmente, a homogeneidade das distribuições e a viabilização dos testes não paramétricos referidos. As variáveis recodificadas foram: a idade, estado civil, habilitações académicas, rendimentos mensais.

Assim foram enunciadas três hipóteses complexas que serão posteriormente desdobradas em hipóteses simples.

**H1 – Existe associação entre variáveis sociodemográficas (idade, género, estado civil, área de residência, habilitações académicas e rendimentos mensais) e funcionalidade dos utentes internados no domicílio em ECCI.**

### Idade

Para percebermos se existe associação entre idade e a independência funcional dos participantes no estudo efectuou-se o Teste Kruskal-Wallis. Para o efeito e no sentido de obter grupos com maior homogeneidade recodificámos esta variável em 4 escalões (cf. Tabela 17).

Os dados mostram, através dos valores das ordenações médias, que no GC os utentes com funcionalidade mais reduzida são os que têm idades entre os 18-50 anos e no GE entre os 51-75. Porém, as diferenças estatísticas não são significativas.

Assim, somos levados a rejeitar a hipótese formulada, ou seja, a inferir que neste estudo a idade não está associada à funcionalidade dos utentes da nossa amostra.

Tabela 17 – Teste Kruskal-Wallis entre idade e funcionalidade dos Utentes

idade \ grupos	18-50	51-75	76-85	≥ 86	$\chi^2$	P
	ord-media	ord-media	ord-media	ord-media		
<b>CONTROLO</b>	22,00	16,55	14,23	20,81	2,877	0,411
<b>EXPRIMENTAL</b>	13,25	21,83	12,06	13,54	3,477	0,324

## Género

Para verificarmos a influência do género na funcionalidade dos utentes, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a Tabela 18, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ) entre homens e mulheres dos dois grupos em estudo.

Pelos valores das ordenações médias, verificamos que são as mulheres nos dois grupos que apresentam médias mais elevadas logo menos funcionais, porém somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que o género neste grupo de utentes não influencia a sua funcionalidade no desenvolvimento das atividades.

Tabela 18 - Teste U de Mann-Whitney entre género e funcionalidade dos Utentes

grupos \ género	FEMININO	MASCULINO	U	P
	ord-media	ord-media		
CONTROLO	17,39	16,53	128,000	0,800
EXPRIMENTAL	16,07	11,77	62,000	0,159

## Estado civil

No sentido de perceber a influência do estado civil sobre os níveis de funcionalidade dos nossos Utentes, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney.

Centrando-nos nos valores ordenados das médias verificamos que são os participantes acompanhados no GC e os não acompanhados no GE os que apresentam médias mais elevadas o que significa que têm uma funcionalidade mais reduzida, porém as diferenças estatísticas mais uma vez não são significativas ( $p > 0,05$ ).

Perante estes dados somos levados, mais uma vez, a rejeitar a hipótese enunciada dizendo que o estado civil dos nossos utentes não está associado à sua funcionalidade.

Tabela 19 - Teste U de Mann-Whitney entre estado civil e funcionalidade dos Utentes

Estado civil GRUPOS	acompanhado	não acompanhado	U	P
	ord-media	ord-media		
CONTROLO	19,40	15,00	99,00	0,192
EXPRIMENTAL	13,94	14,10	84,000	0,960

### Zona de Residência

Para verificarmos a influência da zona de residência na funcionalidade dos utentes, utilizámos um Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a Tabela 20, verificamos que apenas existem diferenças estatísticas significativas ( $p=0.05$ ) no GE sendo os utentes do meio urbano os mais funcionais. No caso do GC não existem diferenças estatísticas significativas ( $p=0,757$ ).

Deste modo somos levados a rejeitar a hipótese formulada para ao GC e aceitá-la para o GE.

Tabela 20 - Teste U de Mann-Whitney entre zona de residência e funcionalidade dos Utentes

Zona residência grupos	urbana	rural	U	P
	ord-media	ord-media		
CONTROLO	16,00	17,27	84,000	0,757
EXPRIMENTAL	10,69	15,39	49,500	0,049*

## Habilitações Académicas

Para percebermos se existe associação entre Habilitações académicas e a funcionalidade dos participantes no estudo efectuou-se o Teste Kruskal-Wallis. Para o efeito e no sentido de obter grupos com maior homogeneidade recodificámos esta variável em 3 escalões (cf. Tabela 21).

Os dados dos valores das ordenações médias mostram que, no GC, os utentes com funcionalidade mais reduzida são os que não sabem ler nem escrever, sendo as diferenças estatísticas significativas ( $p=0,004$ ).

Já no GE, as diferenças estatísticas não são significativas ( $p=0,898$ ). Face a estes resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada para o GE, inferindo que as habilitações académicas não estão associadas à funcionalidade dos utentes, ao contrário do GC em que os utentes com maiores habilitações (12º ano e mais) são os mais funcionais.

Tabela 21 – Teste Kruskal-Wallis entre habilitações académicas e funcionalidade dos Utentes

grupos	escolaridade			$\chi^2$	P
	Não sabe ler ord-media	3 Ciclos ord-media	12º e Mais ord-media		
CONTROLO	23,42	13,39	2,00	10,825	0,004
EXPRIMENTAL	13,25	13,94	15,83	0,215	0,898

## Rendimentos

No sentido de perceber a associação entre rendimentos e níveis de funcionalidade dos nossos Utentes, utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney.

Os valores ordenados das médias mostram que são os participantes com rendimentos superiores a 500€ nos dois grupos os que apresentam funcionalidade mais reduzida, porém as diferenças estatísticas mais uma vez não são significativas ( $p>0,05$ ).

Perante estes dados somos levados mais uma vez a rejeitar a hipótese enunciada dizendo que os rendimentos dos nossos utentes não estão associados à sua funcionalidade.

Tabela 22 - Teste U de Mann-Whitney entre rendimentos e funcionalidade dos Utentes

rendimentos grupos	- 500€	+ 500€	U	P
	ord-media	ord-media		
CONTROLO	15,60	19,15	102,000	0,301
EXPRIMENTAL	13,96	14,03	89,500	0,980

**H2 – Existe associação entre as variáveis clínicas (internamentos na RNCCI e tempo de internamento) e a funcionalidade dos utentes internados no domicílio em ECCI.**

### Internamentos na RNCCI

Para testar esta hipótese efetuou-se o Teste U de Mann-Whitney. Os dados dos valores das ordenações médias mostram que no GC os utentes com funcionalidade mais reduzida são os que tiveram internamento na RNCCI nos últimos 6 meses, sendo as diferenças estatísticas significativas ( $p=0,011$ ).

Já no GE, as diferenças estatísticas não são significativas ( $p=0,280$ ). Face a estes resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada para o GE, inferindo que o internamento não está associado à funcionalidade dos utentes, ao contrário do GC em que os utentes que foram internados na RNCCI nos últimos 6 meses são os que tem funcionalidade mais reduzida.



Tabela 23 - Teste U de Mann-Whitney entre internamentos na RNCCI e funcionalidade dos Utentes

internamento \ GRUPOS	sim	não	U	P
	ord-media	ord-media		
CONTROLO	19,63	10,00	45,000	0,011
EXPRIMENTAL	14,88	10,92	44,500	0,280

### Tempo de Internamento

No sentido de perceber a associação entre tempo de internamento e níveis de funcionalidade dos nossos Utentes, utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney.

Os valores ordenados das médias mostram que são os participantes com internamentos  $\geq 90$  dias nos dois grupos os que apresentam funcionalidade mais reduzida, porém as diferenças estatísticas mais uma vez não são significativas ( $p > 0,05$ ).

Perante estes dados, somos levados mais uma vez a rejeitar a hipótese enunciada dizendo que o nº de dias de internamento, não está associado à sua funcionalidade.

Tabela 24 - Teste U de Mann-Whitney entre tempo de internamento e funcionalidade dos Utentes

tempo internamento \ GRUPOS	<90 dias	$\geq 90$ dias	U	P
	ord-media	ord-media		
CONTROLO	15,07	17,52	77,500	0,551
EXPRIMENTAL	13,21	15,69	74,000	0,409

**H3 – Existe associação entre variáveis de contexto (presença de barreiras arquitetónicas, ter cuidador informal, idade do cuidador, apoio de uma IPSS, intervenção do EEER, nº de visitas e duração das visitas) e a funcionalidade dos utentes internados no domicílio em ECCL.**

### **Barreiras arquitetónicas**

Para verificarmos se existe associação entre a existência de barreiras arquitetónicas e os níveis de funcionalidade dos nossos Utentes, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney.

Centrando-nos nos valores ordenados das médias verificamos que são os participantes dos dois grupos que referiram possuir barreiras arquitetónicas, os que apresentam médias mais elevadas o que significa que têm uma funcionalidade mais reduzida, porém as diferenças estatísticas mais uma vez não são significativas ( $p > 0,05$ ).

Perante estes dados somos levados a rejeitar a hipótese enunciada dizendo que as barreiras arquitetónicas dos nossos utentes não estão associadas à sua funcionalidade.

Tabela 25 - Teste U de Mann-Whitney entre existência de barreiras arquitetónicas e funcionalidade dos Utentes

GRUPOS	Barreiras	sim	não	U	P
		ord-media	ord-media		
CONTROLO		17,33	15,50	72,000	0,674
EXPRIMENTAL		14,53	13,33	82,000	0,696

### Existência de cuidador Informal

Quisemos verificar se o facto de o utente possuir um cuidador informal exercia alguma influência na sua funcionalidade em comparação com os que não tinham. Esta avaliação só foi feita nos utentes do GC uma vez que 100% do GE o possuía. Para o efeito utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney e os valores ordenados das médias mostram que são os participantes com cuidador informal, aqueles que têm uma funcionalidade mais reduzida, sendo as diferenças estatísticas significativas ( $p=0,044$ ).

Perante estes dados somos levados a aceitar a hipótese enunciada.

Tabela 26 - Teste U de Mann-Whitney entre ter cuidador informal e funcionalidade dos Utentes

GRUPOS	Cuidador	sim	não	U	P
		ord-media	ord-media		
CONTROLO		17,82	4,25	5,500	0,044

### Apoio de uma IPSS

Para verificarmos se existe associação entre o apoio de uma IPSS e os níveis de funcionalidade dos nossos Utentes, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney.

Os valores de p mostram que não existem diferenças estatísticas significativas ( $p>0,05$ ), contudo os valores ordenados das médias mostram que no caso do GC os que têm uma funcionalidade mais reduzida, são os que não tem apoio da IPSS, ao contrário do GE.

Perante estes dados somos levados a rejeitar a hipótese enunciada dizendo que o apoio das IPSS não esta associado à funcionalidade dos nossos utentes.

Tabela 27 - Teste U de Mann-Whitney entre ter apoio de uma IPSS e funcionalidade dos Utentes

GRUPOS \ apoio ipss	sim	não	U	P
	ord-media	ord-media		
CONTROLO	16,18	17,41	112,000	0,731
EXPRIMENTAL	14,91	13,38	78,000	0,621

### Número de visitas do EEER

Quisemos verificar se o nº de visitas do EEER exercia alguma influência na funcionalidade dos utentes. Esta avaliação só foi feita nos utentes do GE, e para o efeito utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Os valores ordenados das médias mostram que a funcionalidade é superior nos utentes que têm 3 visitas semanais, sendo as diferenças estatísticas significativas ( $p=0,046$ ).

Perante estes dados somos levados a aceitar a hipótese enunciada, afirmando que os utentes que mais visitas semanais têm do EEER são os que apresentam maior funcionalidade.

Tabela 28 - Teste U de Mann-Whitney entre nº de visitas do EEER e a funcionalidade dos Utentes

GRUPOS \ nº de visitas semanais	duas	tres	U	P
	ord-media	ord-media		
CONTROLO	-	-	-	-
EXPRIMENTAL	12,95	9,33	22,000	0,046

### Duração das visitas

No sentido de perceber a associação entre a duração das visitas e níveis de funcionalidade dos nossos utentes, utilizou-se mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney.

Os valores ordenados das médias mostram que são os participantes do GE com visitas do ER por períodos iguais ou inferiores a 30 minutos os que apresentam funcionalidade mais reduzida, porém as diferenças estatísticas não são significativas ( $p=0,178$ ).

Perante estes dados somos levados mais uma vez a rejeitar a hipótese enunciada dizendo que a duração das visitas do EEER não está associada à funcionalidade deste grupo de utentes.

Tabela 29 – Teste Kruskal-Wallis entre duração das visitas do EEER e funcionalidade dos Utentes

grupos \ duração visitas	≤ 30 Mn	30- 45mn	≥ 46 mn	$\chi^2$	P
	ord-media	ord-media	ord-media		
CONTROLO	-	-	-	-	-
EXPRIMENTAL	18,25	12,44	10,09	3,451	0,178

### Funcionalidade por grupo

Por fim, e no sentido de perceber se a funcionalidade entre grupos diferia de forma significativa utilizámos mais uma vez o Teste U de Mann-Whitney.

Os valores ordenados das médias mostram que são os participantes do GC, os que apresentam funcionalidade mais reduzida, quando comparados com o GE. Porém, as diferenças estatísticas não são significativas ( $p=0,823$ ).

Perante estes dados somos levados a rejeitar a hipótese enunciada.

**Tabela 30** - Teste U de Mann-Whitney entre grupos e funcionalidade dos Utentes

Variável \ GRUPOS	controle	experimental	U	P
	ord-media	ord-media		
<b>FUNCIONALIDADE</b>	30,95	29,94	430,500	0,823

## 7. Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados, torna-se relevante interpretar e refletir sobre os mesmos, de modo a reconhecer a sua importância com base no referencial teórico anteriormente apresentado. A interpretação de quaisquer resultados e dados não pode deixar de ser efetuada à luz dos contextos sociais, económicos e políticos do seu tempo. Os contextos de cada época são determinantes nos resultados, mas também na forma como estes devem ser interpretados.

Deste modo, a discussão dos resultados irá decorrer de acordo com as variáveis seleccionadas e as hipóteses estudadas, procurando a relação entre a funcionalidade (variável dependente) com as variáveis independentes (sociodemográficas, clínicas e de contexto), bem como as dificuldades manifestadas e/ou observadas no cuidador informal.

A nossa amostra global foi constituída por 60 participantes, pertencendo 33 ao grupo de controlo (55%), que corresponde aos participantes cuidados pela ECCI da UCC de Seia, e 27 participantes correspondem ao grupo experimental (45%), que corresponde aos participantes cuidados pela ECCI da UCC Norton de Matos em Coimbra. Considerando os dados demográficos da amostra global, observou-se que os participantes têm idades compreendidas entre 18 e os 98 anos, sendo a média de idade de 77,68 anos. O grupo mais representativo (35%, N=22) é o dos  $\geq 86$  anos, seguido pelo grupo dos 76 aos 85 anos com 26,7% (N=21).

Constatamos assim que há uma percentagem elevada de idosos, e muito idosos o que está em consonância com os dados do Relatório do 1º semestre de 2015 da RNCCI que refere que a população da RNCCI com idade superior a 65 anos representa 84,5% do total.

Tendo em conta o supracitado, segundo Lima (2003, p.700),

“o idoso consome mais serviços de saúde, os internamentos hospitalares são mais frequentes. Em geral, as doenças dos idosos são crónicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.”

Desta forma, o envelhecimento funcional implica a manutenção do máximo de capacidade de vida autónoma, que se apoia claramente num estilo de vida saudável, sinalizado através da manutenção do exercício físico, da existência de relações sociais estáveis, alargadas e significativas (Fonseca 2005, citando Paúl, Cruz & Cerejo, 2001). É neste contexto que os cuidados continuados domiciliários (ECCI) desenvolvidos pelas equipas dos CSP devem intervir, no sentido de permitir que os indivíduos permaneçam com a maior funcionalidade possível nos seus domicílios.

Apesar da elevada média de idades dos nossos participantes não encontramos relação estatística significativa, o que nos leva a inferir que neste estudo a idade não está associada à funcionalidade dos utentes.

Podemos ainda observar que a maioria da amostra é feminina com 53,3% (N=32), sendo maioritária nos grupos de controlo (54,5%, N=18) e no grupo experimental (51,9%, N=14). Estes dados vão de encontro ao Relatório do 1º semestre de 2015 da RNCCI referindo que o sexo feminino representa 55,7% do total de utentes, valor sobreponível a anos anteriores (55,6% no ano de 2014). Por outro lado, são dados que se devem à maior esperança de vida das mulheres, tal como referido pelo INE (2014, p.9), que nos diz que o “número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, são 82,79 anos para as mulheres e 76,91 anos para os homens”.

A análise inferencial mostrou-nos que, em ambos os grupos, são as mulheres que apresentam uma menor funcionalidade, sendo este resultado corroborado por esta afirmação é corroborada por Burnay (2011, p. 45), quando refere,

“num estudo populacional mais recente (Oliveira, et. al, 2008), identificam para a população feminina maior percentagem de casos desfavoráveis quanto à rede social, classe social, locomoção, quedas, saúde, estado emocional, e avaliação cognitiva. Contudo apresentavam-se com maior autonomia instrumental e que no sexo feminino o isolamento social é 1,55 vezes superior, em relação à população masculina.”

Não obstante o referido neste estudo apurou-se que o género não está associado à funcionalidade dos utentes.

Considerando a variável estado civil verificámos que 46,7% (N=28) da amostra total integra a alternativa “casado/união de facto”, seguindo-se os “viúvos” com 35% (N=21). A análise destas circunstâncias leva-nos a ter em conta que a rede social do idoso pode ser constituída por familiares (cônjuge, família alargada), amigos (amigos, confidentes),



vizinhos e redes formais de ajuda (serviços de apoio social, grupos de ajuda mútua, telefone, internet). Na opinião de Monteiro & Neto (2008, p.98) a

“rede social refere-se aos aspectos quantitativos e estruturais das relações humanas, enquanto que rede de suporte (apoio) social refere-se ao aspecto qualitativo do apoio percebido, incluindo o conteúdo e a avaliação das relações com outras pessoas significativas”.

Mantendo esta linha de raciocínio, os utentes vivem com o cônjuge em 46,7% (N=28) da amostra global, mas é de salientar que os restantes participantes fizeram uso da sua rede de suporte informal. Estes, encontram-se divididos da seguinte forma, 25% (N=15) dos utentes “vive com filhos”, ou seja, segundo Fernandes (2001, p.9)

“a família é o lugar primordial das trocas intergeracionais. É aí que as gerações se encontram e interagem de forma intensa. É o lugar do *don* da troca, da entreajuda incondicional. As solidariedades familiares são uma fonte inesgotável de entreajuda, apesar de se encontra rem expostas às perturbações sociodemográficas das sociedades modernas.”

e 20% (N=12) dos utentes “vive com outros familiares ou amigos”.

Segundo Pimentel (2005), o cenário ideal para qualquer idoso que pretenda viver de forma equilibrada e sem grandes discontinuidades é a permanência no meio familiar e social, pois o apoio dado pelos familiares e/ ou amigos é, geralmente, o mais adequado às necessidades de cada indivíduo.

Estes dados vão de encontro a um dos fundamentos da RNCCI que é a existência de um suporte informal que permita ao suporte formal ter um apoio de retaguarda no domicílio, ou seja, como refere Paúl (2005, p.283 citando Tennstedt & Mckinlay, 1989),

“o cuidado familiar prestado a idosos continua a ser de extrema importância para o bem-estar dos mais velhos, mesmo nas sociedades desenvolvidas actuais, onde continua a ser a família a assumir a imensa maioria das tarefas de apoio.”

A inexistência de suporte familiar em 8,3% (N=5) da amostra global, tendo especial ênfase no grupo experimental (meio predominantemente urbano) onde o valor ascende a 11,1% (N=3), é preocupante, isto porque, como refere Paúl (2005, p. 280), “a existência de redes sociais é um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos”, mas sabendo que as relações de comunidade e vizinhança tendem a perder importância, especialmente nas zonas urbanas, onde nem sempre há raízes comuns, onde os

indivíduos se cruzam sem se conhecerem e onde é difícil manter e reproduzir estilos de vida associados a formas de solidariedade baseadas no parentesco.

Podemos afirmar então que estamos perante uma amostra global que relativamente à zona de residência é fundamentalmente rural (56,7%, N=34).

A análise mostra que no grupo definido como experimental, os utentes residem maioritariamente numa zona residencial urbana (70,4%, N=19), sendo que podemos inferir que existem diferenças estatísticas significativas ( $p=0.05$ ), sendo os utentes do meio urbano os mais funcionais. Desta forma, aceitamos a hipótese, ou seja, existe associação entre a área de residência e a funcionalidade dos utentes internados no domicílio nas ECCI.

Este resultado vem demonstrar o que por muitos é referido há muito tempo, quem vive junto dos grandes centros populacionais tem uma maior capacidade de acesso aos cuidados de saúde, o que lhe permite alcançar uma maior funcionalidade ao longo do seu ciclo vital, embora esta situação viole o conceito de equidade em saúde, que segundo Furtado & Pereira (2010, p.4),

“pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente. Neste contexto, um aspeto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos”.

Como podemos verificar, a maioria dos participantes da amostra global (51,6%, N=31) detêm como habilitação o 1º e 2º ciclos de escolaridade. Há ainda um grupo significativo de indivíduos (31,7%, N=19) que não sabem ler nem escrever, estes dados encontram-se corroborados pelo Relatório do 1º semestre de 2015 da RNCCI (p.20) quando refere que

“o baixo nível de escolaridade agrava-se em relação a anos anteriores, com 49% sem instrução (cerca de 26% no ano de 2014) e 44% com escolaridade entre 1 a 6 anos (cerca de 65% no ano de 2014), representando assim a escolaridade menor que 6 anos 93% do total (90% no ano de 2014)”.

Analisando por grupo temos que os valores das ordenações médias mostram que no GC os utentes com funcionalidade mais reduzida são os que não sabem ler nem escrever, sendo as diferenças estatísticas significativas ( $p=0,004$ ).

Desta forma aceitamos a hipótese, ou seja, existe associação entre as habilitações académicas e a funcionalidade dos utentes internados no domicílio nas ECCI, estes dados são atestados por Furtado & Pereira (2010) quando referem que as características socioeconómicas do indivíduo condicionam a exposição a situações que podem comprometer o estado de saúde, afetam os estilos de vida e têm também influência no acesso aos cuidados de saúde.

Em suma, relativamente às variáveis sociodemográficas do nosso estudo podemos depreender que no GC temos idosos predominantemente a viver em meio rural, com baixa ou nenhuma literacia e um rendimento mensal que oscila entre os 250€ e os 500€ (45%, N=27), aspetos que somados constituem dificuldades para os utentes e as suas famílias na procura de cuidados de saúde diferenciadores e ajustados, o que provoca uma progressiva diminuição de funcionalidade ao longo do seu envelhecimento.

Antes de iniciarmos a análise das variáveis clínicas temos em primeiro lugar de compreender a importância da ECCI na RNCCI através da exposição dos seguintes dados “a tipologia para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foi ECCI com 28% (...) os cuidados domiciliários assumem-se como a principal tipologia de cuidados de referência, a nível nacional” (Relatório 1º Semestre, 2015, p.29).

Curiosamente “o Centro é a região que menos referencia os seus utentes para ECCI, conforme já referido em anos anteriores” (Relatório 1º Semestre, 2015, p.42), este dado é fundamental porque ambas as ECCI em estudo estão incluídas na ARS do Centro.

Partindo para a análise das variáveis clínicas, principiamos com o seguinte pressuposto “uma readmissão hospitalar é passível de ser definida como uma nova hospitalização ocorrida num período de 1, 2, 4 ou 12 meses após ter sido conferida alta” (Sousa-Pinto, 2013, p.711). Neste sentido, verificamos no nosso estudo que 45% (N=27) da amostra global estiveram internados nos últimos 6 meses numa unidade hospitalar, tendo especial ênfase nos participantes do GC cuidados pela ECCI da UCC Seia com 51,5% (N=17).

Muitos destes internamentos devem-se ao facto de muitos dos utentes acompanhados pela ECCI no domicílio apresentam, em determinadas alturas, necessidade de encaminhamento para os Serviços de Urgência e posterior reinternamento em serviços de agudos, sendo esta situação um dos grandes flagelos com que se deparam as equipas domiciliárias no terreno.

Tendo em conta o supracitado, estes dados vão de encontro ao referido por Sousa-Pinto, (2013, p.712), quando afirma

“de facto, entre 12% a 75% dos reinternamentos poderiam ser evitados com recurso à educação dos doentes, a uma correcta avaliação antes da decisão da alta, e à manutenção de cuidados no domicílio. Na verdade, a manutenção de cuidados domiciliários a longo-prazo aparenta desempenhar um papel deveras importante, no que concerne à prevenção de reinternamentos hospitalares.”

Na abordagem que Sousa-Pinto (2013) faz aos cuidados domiciliários referindo-se a estes como cuidados a longo-prazo percebemos que os tempos de internamento em ECCI vão ser prolongados tal como refere o nosso estudo, onde verificamos que 40% (N=24) dos participantes estiveram internados por um período superior a 180 dias. Estes dados são corroborados pelo referido no relatório do 1º semestre de 2015 da RNCCI onde refere que a demora média (número médio de dias de internamento) em ECCI é de 175 dias.

Esta demora média está intrinsecamente relacionada com o tipo de utentes que temos em ECCI, basta termos em atenção que os cuidados aos utentes em ECCI são direccionados

“(…) a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (...) reforçando as capacidades e competências dos cuidadores, recorrendo a articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do centro de saúde e comunidade” (Decreto-Lei N.º 101/2006, p.3862)

Então esta demora média prolongada está explicada pela forma como a ECCI vai intervir nos utentes, onde se realça a realização de ensinamentos aos cuidadores de forma a capacitá-los para o cuidar, abrangendo quase todas as áreas, desde os cuidados de higiene, aos posicionamentos, à alimentação, manutenção de sondas, entre outras intervenções, sendo este desiderato corroborado pela OE (2009, p.16) “os enfermeiros da RNCCI devem assegurar o apoio e suporte emocional às famílias ou prestadores informais de cuidados capacitando-os para a integração do doente no seio da família”.

Não podemos descurar que a grande maioria das famílias desconhece tudo o que envolve o cuidado ao idoso pois é confrontada pela primeira vez com situações de perda de funcionalidade, isto porque, “cuidar é muitas vezes inesperado, quase sempre indesejado e tanto mais difícil quanto menores os recursos” (Pereira, 2006, p.542).

Posto isto, a família necessita de criar uma rede de apoio formal que permita debelar as inúmeras dificuldades que vão aparecer no caminho do cuidar: assim 65% (N=39) dos participantes da amostra global estiveram internados nos lugares de ECCI nos últimos 6 meses, indo de encontro do enunciado por Carvalhais & Souza (2013, p.161, quando cita Egly e Fonseca, 2000; Souza, 2004; Lima e col., 2010),

“em particular a visita domiciliar, emergem como uma resposta necessária para que o contexto privilegiado de vida (estar em sua casa) possa ser mantido. A visita domiciliar tem sido um dos instrumentos historicamente utilizados no âmbito da enfermagem (...) colocando a família como o centro do cuidado. Nos primórdios tinha como finalidade minimizar a dor, mas posteriormente a ação dirigiu-se à promoção da saúde e qualidade de vida.”

Esta linha de argumentação, vai de encontro ao referido por Monteiro (2013, p.41), quando afirma,

“os cuidados prestados no domicílio paralelamente a possibilitarem a manutenção da pessoa no espaço físico que deseja, são menos onerosos, sendo mais efetivos e equitativos no sistema de saúde, como referem os estudos desenvolvidos por Rehem e Trad (2005), Lopes (2007) e Guedes et al (2008). Por outro lado, de acordo com OMS (2008), este tipo de cuidados representam uma resposta aos atuais desafios epidemiológicos, sociais e económicos.”

Tendo em conta que as equipas de ECCI dos CSP são neste momento uma das mais relevantes respostas a nível nacional no que diz respeito à satisfação de cuidados à população, nomeadamente à pessoa idosa, porque incorporaram um conjunto de novos profissionais na prestação de cuidados, tal como refere a OE (2010, p.22)

“os Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação são fundamentais tanto nas unidades como nas equipas domiciliárias (Unidades de Cuidados na Comunidade por exemplo), já que estas estão vocacionadas para a prestação de cuidados às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física e funcional”

O nosso estudo demonstra que no GC, os utentes internados na RNCCI nos últimos 6 meses são os que têm funcionalidade mais reduzida, sendo que podemos inferir que existem diferenças estatísticas significativas ( $p=0,011$ ). Desta forma, aceitamos a

hipótese, ou seja, existe associação entre o internamento na RNCCI nos últimos 6 meses e a funcionalidade.

Estes resultados podem ser justificados com a ausência de EEER nas visitas domiciliárias da ECCI do GC e pelas características dos utentes que são referenciados para esta, utentes que apresentam um elevado grau de dependência em AVD (93,9%, N=31) possivelmente provocadas por dois grandes grupos de patologia crónica, doenças osteoarticulares (75,8%, N=25) e neurológicas (63,6%, N=21). Estas situações habitualmente levam à instalação do ciclo da imobilidade, o que provoca o aparecimento de feridas e posterior necessidade de referenciação pelo motivo de tratamentos de feridas (69,7%, N=23).

Os dados supracitados indicam que a ECCI do GC encontra nas suas visitas domiciliárias utentes muito fragilizados e já com uma perda funcional acentuada.

Para perceber as diferenças entre grupos, temos de analisar os motivos de referenciação, por isso temos que no GE para tratamentos de feridas apenas foram referenciados 18,5% (N=5) sendo o motivo Reabilitação o mais utilizado com 96,3% (N=26), isto porque na visita domiciliária da ECCI da UCC Norton de Matos está sempre um EEER.

Focando-nos especificamente sobre o motivo de referenciação reabilitação, temos que no GE os 96,3% (N=26) de participantes referenciados pelo motivo supracitado é muito superior aos dados avançados pelo Relatório do 1º semestre de 2015 da RNCCI (p.21), quando este afirma que “em ECCI, em 43% dos casos são referenciados por necessidade de reabilitação”.

Desta forma, também temos de referir que mesmo não existindo EEER os utentes do GC em 21,2% (N=7) são referenciados para reabilitação, devendo-se este facto ao desconhecimento por parte das EGA hospitalares/CSP das capacidades instaladas nas ECCI, apontamento que também é feito no Relatório do 1º semestre de 2015 da RNCCI (p.21)

“conforme realçado em anos anteriores, a percentagem de utentes referenciados para ECCI, com o motivo de referenciação “necessidade de reabilitação” (...) implica a existência de profissionais adequados e de alocação de tempo adequado, nas ECCI, para a intervenção nestes utentes, que as regiões devem monitorizar.”

Analisados os motivos da referenciação, constatamos que no nosso estudo os utentes da amostra global chegam às ECCI em 83,3% (N=50) através da EGA dos CSP, o que contraria totalmente os números nacionais da RNCCI quando estes referem que “63% dos utentes foram referenciados pelos Hospitais e 37% pelos CSP” (Relatório 1º Semestre, 2015, p.10).

Antes de principiarmos a análise das variáveis de contexto parece-nos fundamental considerar alguns pressupostos inerentes ao próprio contexto que passam por: “a própria casa, é o lugar preferido pelos idosos e suas famílias para viver, mesmo na presença de problemas de saúde crónicos e/ou elevada dependência.” (Carvalhais & Souza, 2013, p.161, citando Wilkerson, 2004) indo de encontro ao referido por Costa (2012, p.. 21 citando Vasconcelos, 1998) que num inquérito realizado em 1998, sobre os valores entre as gerações, demonstra que 87% dos inquiridos afirmam que os “filhos devem cuidar dos familiares idosos nas suas casas.”

Assim faz sentido que os cuidados no domicílio permitam ao EEER, tal como refere Carvalhais & Souza (2013, p.161, quando cita, Martins, 2003; Souza, 2004; Rice, 2004 e Wilkerson, 2004) “um acesso próximo às vivências da pessoa doente e seus familiares, incluindo: condições ambientais e físicas (por exemplo, permite identificar barreiras arquitectónicas)”, barreiras que no nosso estudo foram identificadas em 70% (N=36) da amostra global, “este contexto desafia o enfermeiro a ser criativo, flexível e polivalente” (Carvalhais & Souza, 2013, p.161).

Tal como contextualizado, a intervenção de ECCI requer como um dos pressupostos angulares a existência de uma cadeia de apoio informal no domicílio, e a definição de uma figura designada por cuidador informal, que segundo Pereira (2006) é aquele que mais tempo passa em contacto com o idoso dependente, normalmente o mais envolvido do ponto de vista emocional.

A opinião supracitada vem de encontro ao referido por Figueiredo (2006), quando afirma ao assumir o papel de cuidador familiar, estão sempre associadas motivações, que constituem uma certa complexidade, porque envolvem uma mistura de razões. É um domínio influenciado pelas tradições, pelos padrões e normas sociais vigentes em cada cultura, pela própria concepção de vida, pela história de cada indivíduo.

Desta forma, os dados do nosso estudo indicam que 96,7% (N=58) da amostra global refere ter Cuidador Informal, e que desses as mulheres ainda representem 79% (N=46) do total de Cuidadores existentes, embora tal como refere Fernandes (2001, p.11),

“predomínio de cuidados instrumentais e de acompanhamento, maioritariamente protagonizados pela componente feminina do grupo familiar (...) apesar das alterações estruturais dos últimos anos, que colocaram as mulheres na senda da vida pública, elas continuam a garantir o apoio familiar que antes lhes havia sido destinado ao mesmo tempo que concorrem a uma actividade profissional.”

A situação supracitada fez com que a família tivesse de se adequar e arranjar novas estratégias para fomentar os cuidados inerentes ao envelhecimento e a perda de funcionalidade intrínseca, isto porque “cuidar faz parte da história, experiência e valores da família. A função assistencial tem estado intimamente vinculada à família, até ao ponto de ser considerada como uma tarefa directamente sua.” (Lage, 2005, p.203).

Analisando por grupo, temos que no GC os valores ordenados das médias mostram que são os participantes com cuidador informal, aqueles que têm uma funcionalidade mais reduzida, sendo as diferenças estatísticas significativas ( $p=0,044$ ).

Desta forma aceitamos a hipótese para o GC, ou seja, existe associação entre a existência de um Cuidador Principal e a funcionalidade dos utentes internados no domicílio nas ECCI, estes dados são atestados por Marques (2007), os cuidadores são pessoas que se ocupam de alguém com incapacidades funcionais e graves perdas de autonomia. Logo, se partimos desta premissa perceberemos a necessidade que estes utentes apresentam de ter cuidador que assegure uma boa parte da sua funcionalidade no domicílio.

Continuando a análise das redes de apoio que os participantes no nosso estudo seleccionam, temos que a escolha da rede de suporte por parte do idoso depende muito da sua rede social, isto porque partimos sempre da permissa que tal como refere Berger & Mailloux Poirier (1995, p.6) “a velhice é um período importante da vida, com as suas vantagens e com os seus inconvenientes.” De facto, relativamente aos participantes do nosso estudo, 36,7% (N=22) escolhem a ajuda de serviços de apoio social (IPSS com Serviço de Apoio Domiciliários - SAD) existentes na comunidade principalmente nas tarefas relativas à higiene pessoal (86,4%, N=19) e alimentação (77,3%, N=17).

Em suma, quando falamos da rede de apoio do cuidado domiciliário é necessário ter presente que as redes de suporte são diferentes das redes sociais, pois, visam uma ajuda concreta aos mais velhos. A rede de suporte formal é composta por organismos de ajuda governamentais e serviços benévolos, como por exemplo as ECCI dos CSP, enquanto a rede de suporte informal (ou rede natural de ajuda) é composta pelo



companheiro, parentes, amigos, filhos, vizinhos, ou seja, pelo Cuidador informal (Berger & Mailloux Poirier, 1995).

Após verificarmos a existência de redes de suporte informal e a sua influência na manutenção da funcionalidade, vamos agora centrar a análise nas redes de suporte formal onde vamos destacar a intervenção do EEER, que apenas será realizada no GE, (grupo onde existe visita domiciliária estruturada do EEER), sendo que destes 85,2%, (N=23) respondeu que foi alvo da sua intervenção.

Analisando por grupo, temos que no GE os valores ordenados das médias mostram que são os participantes que têm como periodicidade 3 visitas semanais do EEER (12,5%, N=3), aqueles que têm uma funcionalidade superior, sendo as diferenças estatísticas significativas ( $p=0,046$ ).

Desta forma aceitamos a hipótese enunciada para o GE, ou seja, existe associação entre os utentes com maior periodicidade de visitas semanais do EEER e a funcionalidade dos utentes internados no domicílio nas ECCI. Estes dados reforçam os de Rocha (2011), quando afirma que compete ao EEER monitorizar a implementação e os resultados dos programas de reabilitação, avaliando e efetuando os ajustamentos necessários no processo da prestação de cuidados, que lhe permitem analisar a eficácia da sua intervenção, para poder transmitir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo as práticas mais seguras e eficazes, junto da pessoa, família, sociedade e na instituição.

Quando falamos que o EEER tem as competências para ajustar a sua intervenção sem dúvida que estamos a falar da periodicidade das visitas, onde a maioria são realizadas 2 vezes por semana (87,5%, N=24) e a duração das mesmas, duram em média 45 a 60 minutos (41,7%, N=10). Estes resultados mostram que na verdade o EEER tem de percorrer um caminho de autonomia dentro dos CSP e das respetivas ECCI na procura constante da adequação da periodicidade das visitas e do tempo necessário à implementação do plano de reabilitação. Só assim se permite que a enfermagem de reabilitação dê o salto qualitativo necessário no novo paradigma de cuidados que se desenha.

Seguindo esta linha de pensamento e perante esta situação, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação têm um novo desafio, passam a ser prestados no domicílio de forma organizada, indo de encontro às necessidades da pessoa que deles necessita. Tal como refere Hesbeen (2002), a novidade da reabilitação reside no facto desta especialização atribuir mais importância ao doente, ou seja, à pessoa dependente do que à sua doença.

Fundamentalmente, procura-se preparar a pessoa para ser capaz de realizar o seu autocuidado, tendo em conta que enfermagem de reabilitação é uma

“especialidade multidisciplinar compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência” (OE 2010, p.1)

Na visão de Rocha (2011), o EEER, pelos conhecimentos e competências especializadas, pela presença próxima e sistemática junto da pessoa e pelo seu papel na equipa de saúde, é considerado como um profissional “pivô” para planear, conceber, implementar e gerir programas de reabilitação, adequados à prevenção e ao processo personalizado, ou seja, permite que a pessoa e família sejam os protagonistas na reconstrução do seu percurso de vida e processo de saúde.

Ficámos surpreendidos quando perguntámos aos participantes do GE qual a sua opinião sobre o EEER: verificámos que a resposta mais comum (com 33,3%) foram “Benefícios nas transferências”, o que mostra uma visão redutora da intervenção deste profissional de saúde.

Para compreender esta resposta temos de saber que a presença de EEER nos CSP era insípida até 2009 sendo a partir daí realizado um trabalho de estruturação e crescimento da sua intervenção em associação com as ECCI. É conveniente realçar que, inicialmente, a visita domiciliária tinha como finalidade, tal como refere Carvalhais & Souza (2013 (2013, p.161, quando cita Egry e Fonseca, 2000; Souza, 2004; Lima e col., 2010), “minimizar a dor, mas posteriormente a ação dirigiu-se à promoção da saúde e qualidade de vida”. O sucesso dos cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde, a pessoa dependente e a família.

Em suma, cabe em particular ao EEER, como agente transformador no campo da saúde, agrupar, reconhecer e valorizar esta interação tendo uma atitude de comprometimento com a filosofia da RNCCI e o novo paradigma existente nos CSP, ou seja, tal como refere Giacomozzi & Lacerda (2006, p.646), num

“componente do continuum dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o

nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura.”

Por fim, a análise da funcionalidade dos nossos participantes, avaliada através da TNF, mostra-nos que quando decompomos a funcionalidade por GE e GC verificamos que não existem diferenças estatísticas significativas nos valores de funcionalidade, embora os valores ordenados das médias indiquem que são os participantes que não têm visita domiciliária estruturada de EEER aqueles que apresentam funcionalidade mais reduzida.

Quando analisamos a dimensão da TNF “Mobilidade e Autocuidados” o GC é menos funcional nesta dimensão, necessitando também de utilizar mais equipamentos, uma maior presença da família e amigos num maior número de tarefas, referindo a necessidade de um maior número aos cuidadores formais e apresentando um maior número de barreiras na satisfação dos seus autocuidados.

Esta situação é explicada porque não tendo visita domiciliária de EEER o GC não tem contacto com os cuidados focados no autocuidado, dado que este tal como refere Theuerkauf, (2000, p.173)

“é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”.

Quando falamos na TNF na dimensão “competências específicas” as barreiras são mais apontadas pelo GC e estão em grande parte no ler, resolver problemas, falar, escrever mensagens e transações económicas. Assim, estas atividades necessitam do apoio próximo, que é definido na TNF como agentes facilitadores da funcionalidade.

No nosso estudo, os facilitadores mais mencionados são: produtos e tecnologias destinados a facilitar a mobilidade e o transporte dentro e fora dos edifícios (F120); proximidade da família (F310); apoio dos amigos (indivíduos com quem se estabelece relacionamento continuado caracterizado pela confiança e apoio mútuo, que não a família) (F320); indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas actividades diárias e que são remuneradas (F340) e profissionais de saúde (F355).

Para finalizar, podemos constatar que quando analisamos a TNF na “funcionalidade por dimensões e valor global” 56,7% (N=34) dos utentes tem “funcionalidade muito reduzida”. Mais especificamente, quando verificamos a descrição por grupo, é possível atestar que

a “funcionalidade ausente” é superior no GC 30,3% (N=10), o que pode ser explicado pela ausência de uma intervenção estruturada de EEER.

Em suma, a reabilitação, é o testemunho de um espírito particular do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo deixam de ser possíveis. A reabilitação intervém para maximizar a funcionalidade, a independência física, emocional e social, dirigindo a sua ação para a prevenção e tratamento, contextualizando o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva mais social e menos biológica (Hesbeen, 2001).

## 8. Conclusões

No capítulo anterior foram apresentados e discutidos os resultados encontrados ao longo do estudo, no entanto não queremos terminar, sem antes tecermos algumas considerações e sistematizarmos algumas ideias que consideramos importantes.

O envelhecimento das populações demonstra que o objetivo do prolongamento dos anos de vida foi atingido. Embora esse prolongamento faça aumentar a probabilidade da perda de funcionalidade e, assim, emergem novas necessidades de cuidados, com novos desafios a colocarem-se ao utente/cuidador, aos sistemas de saúde, que ainda não se organizaram para darem respostas a estas novas exigências.

Desta forma, o tema a que nos propusemos estudar foi “funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Enfermagem de Reabilitação”. Assim sendo, o contributo que a Enfermagem de Reabilitação pode dar no contexto dos CSP é segundo a OE (2010) permitir à pessoa o desenvolvimento de habilidades e capacidades funcionais, a recuperação e o desenvolvimento da autonomia, a reintegração familiar e social, sem nunca excluir do seu contexto sociofamiliar.

Quando falamos de Enfermagem de Reabilitação falamos de competência técnica, indo de encontro ao referido por Santos (2009), que no seu estudo demonstrou que os seus participantes atribuíram sentimentos de confiança, tranquilidade, gratidão, satisfação e valorização à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação que estão relacionados com as suas competências profissionais, na informação transmitida, na ajuda disponibilizada e na eficácia do programa terapêutico estabelecido.

A mudança ocorrida no SNS, levou a alterações nos CSP que originaram, por sua vez, o aparecimento de novas unidades funcionais, entre elas as UCC, que proporcionaram a integração de novos profissionais, sendo um deles o EEER. Assim, este profissional começou a desenvolver as suas competências em visita domiciliária estruturada sendo colocado nas ECCI, fazendo estas parte da carteira prioritária de serviços de todas as UCC.

Para além das conclusões decorrentes da leitura e análise da bibliografia consultada, devemos dar, neste momento, ênfase especial às conclusões a que a investigação nos levou. Deste modo, os parágrafos seguintes procuram sintetizar os resultados decorrentes da investigação no terreno.

Dos 60 sujeitos da amostra concluiu-se que, no que se refere aos dados demográficos, observou-se que os participantes têm idades compreendidas entre os 18 e os 98 anos, sendo a média de idade de 77,68 anos. O grupo mais representativo (35%, N=22) é o dos  $\geq 86$  anos, sendo o género mais representado o feminino 53,3% (N=32).

Os elementos da amostra vivem maioritariamente na alternativa “casado/união de facto” com 46,7% (N=28) em zonas de residência fundamentalmente rurais (56,7%, N=34) com uma baixa escolaridade, 51,6% (N=31) detendo como habilitação o 1º e 2º ciclo de escolaridade, existindo ainda um grupo significativo de indivíduos (31,7%, N=19) que não sabem ler nem escrever. Apresentam um rendimento mensal que na sua maioria oscila entre os 250€ e os 500€ (45%, N=27).

No que respeita à caracterização clínica constou-se que 65% (N=39) dos participantes da amostra tiveram internados nos lugares de ECCL nos últimos 6 meses, chegando à ECCL através da EGA dos CSP em 83,3% (N=50), fundamentalmente por dependência em AVD (95%, N=57) e reabilitação (55%, N=33), com antecedentes clínicos de doenças osteoarticulares (68,3%, N=41) e neurológicas (61,7%, N=37). Desta forma, a demora média de internamento nos lugares de ECCL é superior a 180 dias (40%, N=24).

É importante salientar que 45% (N=27) da amostra global esteve internada nos últimos 6 meses numa unidade hospitalar.

Quando falamos das variáveis de contexto verificamos que quando efectuamos a visita domiciliária, 70% (N=36) das habitações visitadas apresentam barreiras arquitetónicas, 96,7% (N=58) dos participantes referem ter Cuidador Informal, e que desses as mulheres ainda representem 79% (N=46) do total de Cuidadores existentes, mas mesmo assim 36,7% (N=22) recorrem à ajuda de serviços de apoio social (IPSS com Serviço de Apoio Domiciliários - SAD) existentes na comunidade associados principalmente aos serviços de higiene pessoal (86,4%, N=19) e na alimentação (77,3%, N=17).

Quando falamos especificamente do EEER, este efetua na maioria visitas domiciliárias com uma periodicidade de 2 vezes por semana (87,5%, N=24), com uma duração entre 45 a 60 minutos (41,7%, N=10), sendo a opinião dos utentes sobre o EEER que este lhes trouxe “Benefícios nas transferências” (33,3%, N=9).

Verificámos que relativamente à funcionalidade 56,7% (N=34) dos participantes tem funcionalidade muito reduzida, 26,7% (N=16) funcionalidade ausente e 15,0% (N=9) funcionalidade reduzida. A análise por grupo mostra que a “funcionalidade ausente” é superior no GC 30,3% (N=10) quando comparado com o GE.

Da análise dos dados concluiu-se que neste estudo existe associações estatisticamente significativas quando avaliamos algumas das variáveis independentes com a funcionalidade, tais como, no grupo experimental, os utentes da zona residencial urbana ( $p=0,05$ ) e os que tem 3 visitas domiciliárias semanais de EEER ( $p=0,046$ ) tem uma funcionalidade superior. No grupo controlo, os utentes que não sabem ler nem escrever ( $p=0,004$ ), que estiveram internados nos últimos 6 meses na RNCCI ( $p=0,011$ ) e que tem Cuidador Informal ( $p=0,044$ ) tem uma funcionalidade reduzida.

Os dados supracitados levam-nos a inferir que a população que reside junto dos grandes centros populacionais tem acesso a cuidados de saúde diferenciados, como por exemplo a visita domiciliária do EEER, e talvez por isso apresente funcionalidade superior.

É também nossa convicção que a existência de uma visita estruturada de EEER e a implementação de um plano de reabilitação adequado massificado em todo o país seria um investimento que permitiria aos utentes permanecerem nos seus domicílios com uma maior funcionalidade, facilitando a integração social do utente da família e consequentemente com na comunidade. De facto, estes profissionais devem assegurar o apoio e suporte emocional às famílias ou às pessoas prestadoras de cuidados, capacitando-os para a integração da pessoa dependente no seio da família.

Com os dados que têm sido apresentados pelos diferentes estudos e também corroborados pelo nosso, torna-se incompreensível que ECCI devidamente estruturadas não tenham na sua equipa nuclear pelo menos um EEER, uma vez que é visível que a sua inexistência vai comprometer a continuidade dos cuidados de reabilitação pretendidos, causando mais reinternamentos hospitalares, que tanto custam aos utentes, famílias e ao próprio SNS.

O facto supracitado acontece na ECCI onde eu desenvolvo a minha atividade como profissional de enfermagem, mas espero que o aumento do nº de EEER a exercer nos CSP permita a inclusão de pelo menos um na equipa, pois como podemos verificar existe um caminho a realizar na prevenção da doença e promoção da saúde, na prevenção de complicações e na maximização das capacidades dos utentes.

Acredito que cabe ao EEER ser a ponte entre os cuidados de saúde diferenciados e os CSP, isto porque com o envelhecimento da população, associado às patologias crónicas e a progressiva perda de funcionalidade, os utentes necessitam de cuidados especializados e diferenciados quer no domicílio quer a nível hospitalar. É este acompanhamento por parte do EEER que vai permitir à família ter um apoio fundamental na responsabilidade do cuidar.

Para que a premissa supracitada fosse implementada sugeriria a criação de um núcleo de EEER na ULS Guarda, onde enfermeiros dos CSP e dos cuidados diferenciados pudessem criar, numa fase inicial, um mecanismo de comunicação interpares que, posteriormente, evoluiria no sentido de avaliação do trabalho efetuado.

Isto iria permitir que se superasse a frágil coordenação e articulação existente atualmente na instituição na área da reabilitação, que muitas vezes provoca uma resposta que nem sempre é atempada e adequada, às necessidades dos utentes que se encontram em situação de perda de funcionalidade no seu domicílio.

Desta forma, sugiro que deveria ser instituído de forma regular a avaliação da funcionalidade, ou seja, uma avaliação sistemática das consequências funcionais da doença, que incluem as habilidades e o potencial para o desempenho de atividades, de forma independente e o envolvimento ou participação deste na sociedade.

Esta avaliação deveria ser imputada às competências do EEER que trabalha em ECCI e ser aplicada a todos os utentes internados nas diferentes tipologias da RNCCI, permitindo desta forma a criação de um instrumento avaliativo, que permitisse medir a funcionalidade dos utentes antes, durante e após a instituição do plano de reabilitação.

Para este desiderato necessitaríamos que as UCC tivessem as suas carteiras de serviços prioritárias, onde se encontra a ECCI, adequadas na alocação das horas dos profissionais de saúde e isso é uma realidade que não acontece atualmente impedindo que os utentes permaneçam no seu domicílio potenciando desta forma a sua institucionalização.

Em suma, perante o descrito e perante um novo paradigma que emerge da reforma dos CSP a enfermagem de reabilitação, citando a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.26) "...pode ser uma estratégia de assistência na configuração deste novo paradigma de prestação de cuidados de saúde."

Não poderíamos terminar sem assumir que este estudo contém limitações, primeiramente a pouca bibliografia existente acerca do tipo de atuação do EEER em ECCI, não podendo deixar de referir que esta intervenção é uma realidade apenas desde 2009. Outra das nossas limitações foi o tamanho da nossa amostra, sendo que sofremos de uma característica dos cuidados de saúde da região Centro, que é a região de Portugal onde menos se referencia para ECCI e onde se situam a ECCI Seia e a ECCI Norton de Matos.

Temos também a limitação da TNF, onde a indicação para a sua aplicação estava entre os 18-64 anos na população internada na RNCCI mas a realidade diz-nos que a maioria



dos utentes tem uma média de idades muitíssimo superior aos 64 anos, o que faz com que a sua aplicação nem sempre se adequa aos participantes dos estudos.

Embora tenha de referir que com os meus 8 anos de profissão sempre ligado à RNCCI nas suas diferentes tipologias (internamento/visitação domiciliária) acredito que a TNF corretamente interpretada e utilizada em todos os utentes da RNCCI seria um excelente instrumento para percebermos, entre outras coisas, o défice de horas de cuidados de enfermagem de reabilitação que existem nas diferentes tipologias da RNCCI, devido à baixa funcionalidade apresentada pelos utentes internados e as necessidades evidenciadas.

Terminado este estudo incutimos a continuidade da produção de conhecimento na área da ECCI e da RNCCI, dada a sua pertinência sugerindo um aumento da amostra e a inclusão de outras variáveis. Fica a convicção de que foram atingidos os objetivos inicialmente propostos.

Espero que este estudo seja um ponto de partida, num caminho que antevejo longo mas necessário, no sentido da existência de uma reflexão que obrigatoriamente terá de ser feita nas instituições de saúde, no meu caso a ULS Guarda, para que exista a percepção da importância dos EEER nos CSP e que a estes lhes sejam dadas oportunidades que permitam uma prática de enfermagem de reabilitação de qualidade nos domicílios do litoral, mas especialmente no interior do nosso país.



### Lista de Referências Bibliográficas

- Portugal, Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2015). *Monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI)*. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio\\_Monitorizacao\\_RNCCI\\_1\\_Semestre-2015.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI_1_Semestre-2015.pdf)
- Andrade, F. M. M. (2009). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho). Acedido em <http://hdl.handle.net/1822/10460>
- Augusto, M. B. D. J., Rodrigues, C. M. A., Rodrigues, C. J., Vidal, Rodrigues, E. C. S., Oliveira, M. F. De, ... Ribeiro, I. C. G. (2002). *Cuidados continuados: Família, centro de saúde e hospital como parceiros de cuidar*. (Formasau, Ed.) (1<sup>a</sup>). Coimbra.
- Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista Da Faculdade de Medicina de Lisboa*, 8(4), 199–204.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Borges, S. P. (2013). *Fatores determinantes na independência funcional em doentes pós AVC: Estudo comparativo* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1968>
- Botelho, A. (2005). *A funcionalidade dos idosos. Envelhecer em Portugal*. (C. Editores, Ed.). Lisboa.

- Burnay, R. M. P. P. (2011). *A passagem à reforma: Um estudo exploratório sobre mulheres profissionalizadas na sociedade portuguesa* (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Acedido em <https://run.unl.pt/handle/10362/5638>
- Carvalhais, M., & Souza, L. (2013). Qualidade dos cuidados domiciliários. *Saúde E Soc.*, 22, 160–172. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/15.pdf>
- Carvalhido, T., & Pontes, M. (2009). Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde Do Porto*, 6, 140–150. Acedido em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140-150\\_FCS\\_06\\_-23.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1278/2/140-150_FCS_06_-23.pdf)
- Carvalho, M. I. L. B. de. (2005). Uma abordagem do serviço social à política de cuidados na velhice em Portugal. *Centro Português De Investigação Em História E Trabalho Social*, pp. 1–27. Acedido em <http://www.cpihts.com/PDF02/Uma Abordagem do Servico Social Política de Cuidados na Velhice em Portugal Maria Irene Lopes de Carvalho.pdf>
- Carvalho, M. I. L. B. de. (2009, November). Modelos de política de cuidados na velhice em Portugal e em alguns países europeus. *Revista Kairós Gerontologia*, 12(2), 119–133. Acedido em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/4418/2990>
- Costa, A. (2012). *A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso* (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Acedido em <https://run.unl.pt/handle/10362/8479>
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. (Almedina, Ed.). Lisboa.
- Cunha, C. (2007). *A importância da enfermagem de reabilitação no cuidar de idosos*. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2666/1/Independência Funcional e Regresso ao Domicilio.pdf>

- Dias, C. (2008). *O papel do enfermeiro especialista em reabilitação na promoção da mobilidade na pessoa Idosa*.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde. (2015). *Norma 014/2014 - Implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade*. Lisboa: DGS. Acedido em file:///C:/Users/Duarte/Downloads/i021870.pdf
- Elkan, R., Kendrick, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., ... Brummell, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 323, 719–25. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7315.719>
- Faro, A. C. e M. e. (2006). Enfermagem em reabilitação: Ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P.*, 40(1), 128–133. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100019>
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social - Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas E Práticas*, 36, 2–14. <https://doi.org/ISSN 0873-6529>
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología social. Una introducción*. (Piramide, Ed.). Madrid.
- Figueiredo, D. (2006). *Cuidados familiares: Cuidar e ser cuidado na família. Envelhecer em família – Cuidados familiares na velhice*. (Ambar, Ed.). Porto.
- Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal, psicologia, saúde e prestação de cuidados: O envelhecimento bem-sucedido*. (C. Editores, Ed.). Lisboa.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. (Universidade Católica Portuguesa, Ed.). Lisboa.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. (Climepsi, Ed.). Lisboa.
- Fontes, A. P., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2010). Funcionalidade e incapacidade: Aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação

Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70008-0](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70008-0)

Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. (Lusociência, Ed.) (3ª). Loures.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusociência, Ed.). Loures.

Freitas, C. de F., Queiroz, T. A., & Sousa, J. A. V. de S. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 44(2), 407–412. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200024>

Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde - Intervenções*. *Ensp-Unl*. Lisboa. Acedido em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/EA1.pdf>

Giacomozzi, C. M., & Lacerda, M. R. (2006). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(4), 645–653. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400013>

Gomes, B. (2008). *Enfermagem de reabilitação. Um contributo para a satisfação do utente* (Tese de doutoramento, Universidade do Porto). Acedido em <http://hdl.handle.net/10216/7275>

Gonçalves, C. S. A. (2011). *Uma crise acidental na família - O doente com AVC*. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1629>

Gonçalves, V. (2009). *O conhecimento da doença e Alzheimer e do acidente vascular cerebral apresentado por pessoas com mais de 60 anos*. Mestrado em Ciências da Educação - Universidade de Lisboa. Universidade de Lisboa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10451/956>

Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006, 6 de junho). Criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social [Portugal]. *Diário da República*, 1(109). Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei\\_101\\_2006-1.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Decreto-Lei_101_2006-1.pdf)

*Diário da República*, 2(38) (2008, 22 de fevereiro) [Portugal]. Acedido em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.º-282008.-DR-38-SÉRIE-I-de-2008-02-22.pdf>

Decreto-Lei n.º 104/98. (2014, 21 de abril). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto [Portugal]. *Diário da República*, 1(180). Acedido em [https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Ordem+dos+Enfermeiros.+\(2009\).+Código+Deontológico+\(inserido+no+Estatuto+da+OE+como+anexo+pela+lei+nº+111%2F2009+de+16+de+Setembro+2009\).+](https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Ordem+dos+Enfermeiros.+(2009).+Código+Deontológico+(inserido+no+Estatuto+da+OE+como+anexo+pela+lei+nº+111%2F2009+de+16+de+Setembro+2009).+)

*Diário da República*, 2(35) (2011, 18 de fevereiro) [Portugal]. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_125\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf)

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. (Lusociência, Ed.). Loures.

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. (Lusociência, Ed.). Loures.

Hout, R. (2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. (Instituto Piaget, Ed.) (04–2002nd ed.). Lisboa.

Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. (Edinova, Ed.). Lisboa.

- Jette, A. M., Haley, S. M., & Kooyoomjian, J. T. (2003). Are the ICF activity and participation dimensions distinct? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(3), 145–149. <https://doi.org/10.1080/16501970310010501>
- Lage, I. (2005). *Cuidados familiares a idosos*. (Climepsi, Ed.). Lisboa.
- Lemos, J. A. (2012). *Avaliação das dificuldades dos informais de idosos dependentes*. Instituto Politécnico de Bragança. Acedido em [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8088/1/Jacinta Almeida Lemos.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8088/1/Jacinta%20Almeida%20Lemos.pdf)
- Lessmann, J. C., Conto, F. De, Ramos, G., Borenstein, M. S., & Meirelles, B. H. S. (2011). Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram acidente vascular encefálico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 198–202. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100030>
- Lima-costa, M. F. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Caderno Saúde Pública*, 19(3), 700–701. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (E. Sílabo, Ed.)
- Marques, S. C. L. (2007). *Os cuidadores informais de doentes com acidente vascular cerebral*. (Formasau, Ed.). Coimbra.
- Martins, R. (2004). *Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu*. Universidade de Extremadura.
- Miguel, L. S., & Sá, A. B. de. (2010). Cuidados de saúde primários em 2011-2016: Reforçar, expandir. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*, (Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016), 40. Acedido em <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/08/CSP1.pdf>
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *Carta social - Rede de serviços e equipamentos sociais*. Lisboa. Acedido em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2009.pdf>



- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Proposta para a reconfiguração dos centros de saúde – Criação do Agrupamento de Centros de Saúde (ACS)*. Lisboa. Acedido em [http://www.fnam.pt/images/ACS\\_MCSP.pdf](http://www.fnam.pt/images/ACS_MCSP.pdf)
- Monteiro, A. I. C. (2013). *Cuidados aos utentes no domicílio: A visão dos enfermeiros sobre a realidade da prática*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em [file:///C:/Users/Duarte/Downloads/D2011\\_10001522017\\_2914033\\_1\(1\).pdf](file:///C:/Users/Duarte/Downloads/D2011_10001522017_2914033_1(1).pdf)
- Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade: Da solidão aos motivos para a sua frequência*. (Livpsic, Ed.). Porto.
- Norte, A. R. de S. do. (2014). *Manual de procedimentos para implementação e desenvolvimento da ECCI*. Porto. Acedido em [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/CuidadosContinuadosInteg/ManualProcedimentosECCI/Manual\\_Proced\\_Implement\\_Desenvol\\_ECCI\\_Jun2014.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/CuidadosContinuadosInteg/ManualProcedimentosECCI/Manual_Proced_Implement_Desenvol_ECCI_Jun2014.pdf)
- Nuno, A. M. A. T., Ribeirinho, C. S. F., & Silva, M. de F. R. (2008, September). À procura de uma nova vida. *Sinais Vitais*, 57–61. <https://doi.org/0872-8844>.
- Ordem dos enfermeiros. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem pessoa em situação crítica, Ordem dos Enfermeiros § (2010). Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). História da enfermagem de reabilitação. *Revista Ordem Dos Enfermeiros*, 12–13.
- Parrish, R. G. (2010, July). Measuring population health outcomes. *Preventing Chronic Disease*, 7(4), A71. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.1.42>
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente*. (Edições Almedina, Ed.) (1ª ed). Coimbra.

- Paúl, M. C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. Porto. Acedido em <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>
- Pereira, M. (2006). *A família e as pessoas com demência: Vivências e necessidades dos cuidadores*. (Edições Psiquiatria Clínica, Ed.). Coimbra.
- Pereira, M. . (2002). *O doente oncológico e a sua família*. (C. Editores, Ed.). Lisboa.
- Pereira, M. da C. M. (2014). *Tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/17235>
- Pereira, S. (2014). Nível de independência e autonomia no auto-cuidado da pessoa idosa após AVC: Cuidados continuados de convalescença. Acedido em <http://oatd.org/oatd/record?record=oai%5C:repositorio.esenfc.pt%5C:4517>
- Pereira, S. R. D. (2015). *Cuidar de idosos dependentes: A sobrecarga dos cuidados familiares* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20778/1/Tese Mestrado Sofia Pereira.pdf>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. (Sílabo, Ed.) Lisboa.
- Petronilho, F. (2012). *O autocuidado: Conceito central da enfermagem*. (F.-F. e Saúde, Ed.) (1ª Edição). Coimbra. Acedido em <http://www.esse.uminho.pt/Uploads/NIE/Autocuidado - Conceito central da Enfermagem.pdf>
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família*. (Quarteto, Ed.) (2ª ed). Coimbra.
- Pinto, M. E. M. P. (2011). Independência funcional e regresso ao domicílio: Variável chave para a enfermagem de reabilitação. Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1617/1/PINTO Elsa Maria Esteves Monteiro Independência Funcional e Regresso ao Domicilio.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1617/1/PINTO%20Elsa%20Maria%20Esteves%20Monteiro%20Independência%20Funcional%20e%20Regresso%20ao%20Domicilio.pdf)

- Portugal, G. de. (2014). *Destaque: Informação a comunicação social*. Lisboa. Acedido em [www:URL:www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look...att](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look...att)
- Ribeirinho, C. M. da C. (2005). *Concepções e práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio*. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. Acedido em <http://www.cpihts.com/PDF02/Concepções Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicilio Carla Ribeirinho.pdf>
- Ribeiro, O. de P., Carvalho, F., Ferreira, L. M., & Ferreira, P. J. (2008, November). Qualidade dos cuidados de saúde. *Revista Millenium*, 8, 0–20. Acedido em [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade\\_dos\\_cuidados\\_de\\_saude.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_cuidados_de_saude.pdf)
- Ribeiro, P. C. P. S. V., & Costa, M. A. M. (2012). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: Contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 149–158. Acedido em [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000200016&lang=pt](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200016&lang=pt)
- Rocha, B. (2008). Enfermagem de reabilitação: Dos cuidados gerais aos cuidados específicos (pp. 2–22). Porto. Acedido em <http://www.slideshare.net/belmirorocha/enfermagem-de-reabilitao-241628>
- Rocha, B. (2011). Gestão em enfermagem: O papel do enfermeiro especialista de reabilitação. *Associação Portuguesa Do Enfermeiros de Reabilitação*. Acedido em <http://www.hospitaldofuturo.com/profiles/blogs/gestao-em-enfermagem-o-papel>
- Rosa, T. E. da C., Benício, M. H. D., Latorre, M. do R. D., Oliveira, D., & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública Estado São Paulo*, 37(1), 40–48. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>
- Samuel, M., L., & A., W. J. (2003). *Statistics for the life Sciences*. (P. Education, Ed.) (3<sup>a</sup> Edition). New Jersey.

- Santos, C. A. M. dos S. (2011). *Rede nacional para os cuidados continuados integrados - O Idoso, a alta e a capacidade funcional*. Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/12011>
- Santos, M. (2009, February). Sentimentos do familiar cuidador face à intervenção do enfermeiro de reabilitação. *Revista Investigação Em Enfermagem*.
- Santos, V. M. G. dos. (2012). *Atitudes, conhecimentos e práticas dos médicos de família face aos rastreios de autonomia funcional* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho). Acedido em <http://hdl.handle.net/10362/9418>
- Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. (2002). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas.
- Sousa-pinto, B., Gomes, A. R., Oliveira, A., Ivo, C., Costa, G., Ramos, J., ... Freitas, A. (2013). Reinternamentos hospitalares em Portugal na última década. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 711–720. Acedido em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2178/3813>
- Tavares, D. M. dos S., & Dias, F. A. (2012). Capacidade funcional, morbididades e qualidade de vida de idosos. *Texto E Contexto Enfermagem*, 21(1), 112–120. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>
- Theuerkauf, A. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo - autocuidado e actividades da vida diária*. (Lusociência, Ed.). Loures.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). (2011). *Manual do prestador - Recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa. Acedido em [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man\\_Prestador\\_UMCCI-RNCCI.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf)
- Veríssimo, C. (2004). Os cuidadores familiares/informais. Cuidar do doente idoso e dependente em domicílio. *Pensar Em Enfermagem*.

## APÊNDICES



**APÊNDICE I – Pedido de Autorização a ULS Guarda para realizar colheita de dados**





Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da  
Unidade Local de Saúde da Guarda  
Prof. Dr. Carlos Rodrigues

Seia, 20 de Abril de 2016

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de questionários há população internada, no domicílio, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de Seia, para realização de estudo de investigação.

No âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ano letivo 2015/2016, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viseu, estamos a desenvolver um estudo intitulado **"Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação"**

Neste sentido vimos solicitar a Vossa Excelência, autorização para a aplicação de questionários aos utentes internados na Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade de Seia. Destas apenas pretendemos estudar os utentes que estão ou estiveram internados nos lugares da Equipa de Cuidados Continuados integrados (ECCI ) desde 1 Janeiro de 2015 a 31 de Agosto de 2016, no sentido de avaliar a sua Funcionalidade através da aplicação da Tabela Nacional da Funcionalidade.

O estudo é realizado pelo Enfermeiro Duarte José Draque Marvanejo sob orientação e colaboração da Professora Doutora Rosa Martins. Este estudo é inovador na instituição, pois poderemos constatar a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na melhoria da funcionalidade nos utentes que se encontram internados no domicílio nos lugares das Equipa de Cuidados Continuados integrados (ECCI )

Os objetivos deste estudo são: identificar o impacto das intervenções dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação para promover a funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e analisar a influência de variáveis de contexto, sociodemográfico e clínico, enquanto determinantes na funcionalidade dos utentes internados no domicílio nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Trata-se de um estudo descritivo do tipo não experimental, de carácter transversal comparativo e correlacional inserido no paradigma das metodologias quantitativas.

A realização do estudo supracitado irá decorrer durante o ano de 2016, perspectivando-se o início da colheita de dados logo após aprovação da comissão de ética. A aplicação do instrumento de colheita de dados irá decorrer no domicílios dos utentes, que previamente serão contactados no sentido de demonstrarem a sua disponibilidade ou não para participar. De salientar que a minha actividade profissional é desenvolvida em contexto domiciliário uma vez que faço parte da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de Seia, conhecendo desta forma todos os utentes e famílias a contactar.

Os dados recolhidos com o respetivo questionário são absolutamente confidenciais e anónimos e serão utilizados apenas para realização do estudo em causa.

Em anexo segue o Instrumento de Colheita de Dados, o Consentimento informado, o Pré-projecto bem como o Cronograma.

Pede deferimento

Com os melhores cumprimentos.

Duarte José Draque Marvanejo

---

Contacto: Rua da Pedreira Nº20, 1ºEsquerdo 6270-418 Seia

Telemóvel: 968966375 – email: [duartemarvanejo@hotmail.com](mailto:duartemarvanejo@hotmail.com)

**APÊNDICE II – Pedido de Autorização a ARS Centro para realizar colheita de dados**



Exmo. Sr. Director Executivo do

ACES Baixo Mondego

Dr. António Morais

Seia, 26 de Abril de 2016

**Assunto:** Pedido de autorização para aplicação de questionários há população internada, no domicílio, na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde Norton de Matos, para realização de estudo de investigação.

No âmbito do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ano letivo 2015/2016, a decorrer na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viseu, estamos a desenvolver um estudo intitulado **"Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação"**

Neste sentido vimos solicitar a Vossa Excelência, autorização para a aplicação de questionários aos utentes internados na Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos. Destas apenas pretendemos estudar os utentes que estão ou estiveram internados nos lugares da Equipa de Cuidados Continuados integrados (ECCI ), no sentido de avaliar a sua Funcionalidade através da aplicação da Tabela Nacional da Funcionalidade.

O estudo é realizado pelo Enfermeiro Duarte José Draque Marvanejo sob orientação e colaboração da Professora Doutora Rosa Martins. Os objetivos deste estudo são: identificar o impacto das intervenções dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação para promover a funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e analisar a influência de variáveis de contexto, sociodemográfico e clínico, enquanto determinantes na funcionalidade dos utentes internados no domicílio nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Trata-se de um estudo descritivo do tipo não experimental, de carácter transversal comparativo e correlacional inserido no paradigma das metodologias quantitativas.

utentes, que previamente serão contactados, por alguém da equipa Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) no sentido de demonstrarem a sua disponibilidade ou não para participar. De salientar que o meu estágio de opção vai decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade Norton de Matos onde está inserida a Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Os dados recolhidos com o respetivo questionário são absolutamente confidenciais e anónimos e serão utilizados apenas para realização do estudo em causa.

Em anexo segue o Instrumento de Colheita de Dados, o Consentimento informado, o Pré-projecto bem como o Cronograma.

Pede deferimento

Com os melhores cumprimentos.

Duarte José Draque Marvanejo

---

Contacto: Rua da Pedreira N°20, 1ºEsquerdo 6270-416 Seia

Telemóvel: 968966375 – email: duartemarvanejo@hotmail.com

**APÊNDICE III – Autorização da Comissão de Ética da ULS Guarda**







saída 04123\*16:05:24 12/1

Ex.º Senhor

Enfermeiro Duarte José Draque Marvanejo

Rua da Pedreira n.º 20, 1.º Esquerdo

6270-416 Seia

Sua referência

Sua comunicação de:

Nossa referência

Data:

**ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de estudo subordinado ao tema "Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação"**

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V.Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ULS da Guarda, nada temos a opor à realização do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

O Diretor Clínico

(Dr. Luís Gil Barreiros)

LGB/IM

ULSG Imp.002.00



**APÊNDICE IV – Autorização da Comissão de Ética da ARS Centro**



## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p><b>PARECER FINAL:</b></p> <p>Parecer <b>favorável</b>, no entanto, condicionado à apresentação do resultado final.</p>	<p><b>DESPACHO:</b></p> <p><i>Henrique</i> 16.07.15 <i>[Signature]</i></p> <p>Dr. José Manuel Azenha Terezo Presidente do Conselho Directivo da A.R.S. Centro, I.P.</p>
---	---

**ASSUNTO:**

49/2016 - Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O investigador espera demonstrar que a visita estruturada de enfermagem de reabilitação que ocorre na equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde Norton de Matos faça com que os utentes que permaneçam no domicílio internados nos lugares apresentem um maior grau de funcionalidade e desta forma de qualidade de vida em comparação com os utentes da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de Seia onde não existe visita estruturada de enfermagem de reabilitação.

Projeto bem estruturado e instruído com toda a documentação necessária.

Coimbra, 12 de julho de 2016

O Relator  
*Carla Barbosa*  
(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES  
*Fontes Ribeiro*  
(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)



**APÊNDICE V – Declaração de Consentimento Informado**







INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

Relatório Final

ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem de Reabilitação

INVESTIGADOR ORIENTADOR: Professora Doutora Rosa Martins

INVESTIGADOR COLABORADOR: Duarte José Draque Marvanejo

CURSO: V Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

---

Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO  
INFORMADO  
AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:**

---

Viseu, Abril 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Vº Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema: **"Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação"**

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado (a) autorizo a participação neste estudo:

\_\_\_\_\_ (localidade), \_\_/\_\_/\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do Participante: \_\_\_\_\_

**Se não for o próprio a assinar:**

Nome: \_\_\_\_\_

BI/CD n.º: \_\_\_\_\_, data/validade \_\_/\_\_/\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a informação adequada e me certifiquei que a mesma foi entendida:

Nome do Investigador: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



## **APÊNDICE VI – Instrumento de Colheita de Dados**





INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

Relatório Final

ÁREA CIENTÍFICA: Enfermagem de Reabilitação

INVESTIGADOR ORIENTADOR: Professor Doutor Rosa Martins

INVESTIGADOR COLABORADOR: Duarte José Draque Marvanejo

CURSO: V Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

---

Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

## **INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

Viseu, Abril 2016



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

### ÁREA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI): intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

#### Nota de Esclarecimento

Vimos por este meio solicitar a sua colaboração e autorização para participar neste estudo. Antes de começar a responder às questões que integram este instrumento de pesquisa, pretendemos informá-lo que:

- ✓ O estudo tem como objectivos principais:
  - > Identificar o impacto das intervenções dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação para promover a funcionalidade dos utentes internados no domicílio em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI);
  - > Analisar a influência de variáveis de contexto, sociodemográficas e clínicas, enquanto determinantes na funcionalidade do Doente utentes internados nas Equipas de Cuidados Continuados Domiciliários (ECCI);
- ✓ As suas respostas serão apenas utilizadas pela equipa que realiza o estudo, de acordo com o objectivo da presente investigação;
- ✓ Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- ✓ Será garantida a confidencialidade dos dados, pelo que não é necessário escrever o seu nome no questionário.

Agradecemos com elevada estima, certos da sua inestimável colaboração

P<sup>1</sup>a Equipa de  
Investigação

Prof.  
Doutora

Rosa Martins

Enf. Duarte  
Marvão



**Seção A – Caracterização sociodemográfica**

**Assinale com uma cruz (X) a hipótese que corresponde à sua situação sociodemográfica**

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Género:

Feminino

Masculino

3. Estado civil:

Solteiro (a)

Casado (a)

União de facto

Viúvo (a)

Divorciado (a) /separado (a)

4. Com quem Vive:

Só

Cônjuge

Filhos

Outros

5. Residência:

Urbano

Rural

6. Habilitações literárias:

Não sabe ler nem escrever

« a 4 anos de escolaridade

1º Ciclo

2º Ciclo

3º Ciclo

12º Ano

Outros \_\_\_\_\_

7. Rendimento familiar:

« 250 euros

251 - 500 Euros

501 - 1000 Euros

»1000 Euros

**Seção B – Variáveis Clínicas**

Assinale com uma cruz (X) as hipóteses que correspondem à sua situação Clínica

**8. Internamento Hospitalar nos últimos 6 meses**

- Sim  
 Não

**9. Internamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) nos últimos 6 meses**

- Sim  
 Não

Se sim, onde:

- Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI)   
Unidade de Convalescença   
Unidade de Média Duração/Reabilitação   
Unidade de Longa Duração/Manutenção   
Unidade de Paliativos

**10. Tempo de Internamento em Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI) em dias:**

- 31 - 80   
81 - 90   
91 - 180   
» 181

**11. Motivos de Referenciação para a Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI):**

- Dependência actividades vida diárias (AVD)   
Ensino ao utente/Cuidador Informal   
Reabilitação   
Tratamento de Feridas / úlceras de Pressão   
Úlceras de Pressão Múltiplas   
Doença Cardiovascular   
Gestão Regime Terapêutico   
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)   
Cuidados Paliativos   
Deterioração Cognitiva   
Desnutrição   
Outros \_\_\_\_\_

**12. Equipa Responsável pela Referenciação para a Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI):**

- Equipa de Gestão de Altas Hospitalar (EGA)   
Equipa de Gestão de Altas Centro Saúde   
Outra Unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

Se outra Unidade, é proveniente de:

- Unidade Convalescença   
Unidade Média Duração/ Reabilitação   
Unidade Longa Duração/Manutenção   
Unidade de Paliativos   
Outra ECCI

**13. Antecedentes (Patologias)**

- Cardíacas   
 Respiratórias   
 Metabólicas   
 Neurológicas   
 Osteoarticular   
 Oncológicas   
 Oftalmológica

**Seção C – Caracterização de Contexto**

Assinale-se com uma cruz as hipóteses que correspondem à situação

**14. Presença de Barreiras Arquitectónicas no domicílio:**

- Nenhuma  
 Piso alto sem elevador/escadas  
 Terreno irregular  
 Barreira dentro de casa  
 Outra: Qual ? \_\_\_\_\_

**15. Tem cuidador Informal:**

- Sim  
 Não

**Se sim, o género é:**

- Feminino   
 Masculino

**16. Idade do cuidador informal**

- ≤59 Anos   
 60-64 Anos   
 65-69 Anos   
 70-74 Anos   
 75-79 Anos   
 80-84 Anos   
 ≥85 Anos

**17. Apoio de uma instituição de solidariedade social:**Sim Não **Se sim, tipo de apoio recebe:**Alimentação Higiene da habitação Higiene pessoal **18. Teve intervenção do Enfermeiro de Reabilitação:**Sim Não **19. Número de visitas/semana do Enfermeiro Especialista de Reabilitação:**2x/semana 3x/semana 4x/semana 5x/semana ≥ 5x/semana **20. Duração das visitas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação em minutos:**≤ 30min ≤ 45min ≤ 60min ≥ 60min **21. Refira qual a sua opinião sobre o Enfermeiro Especialista em Reabilitação?**

---

---

---

---

ATIVIDADES e PARTICIPAÇÃO		DESEMPENHO						FATOR AMBIENTAL	
		0	1	2	3	4	Total	Facilitador	Barreira
Mobilidade e Autocuidados	d230 Realizar a rotina diária								
	d410 Mudar a posição básica do corpo								
	d415 Manter a posição do corpo								
	d430 Levantar e transportar objetos								
	d450 Andar								
	d460 Deslocar-se por diferentes locais								
	d470 Utilizar transportes (carro, autocarro, comboio)								
	d520 Cuidar de partes do corpo (lavar os dentes, pentear)								
	d540 Vestir-se								
	d620 Adquirir bens e serviços (fazer compras, etc.)								
	d640 Fazer trabalhos domésticos (limpar a casa, etc.)								
	d660 Ajudar os outros								
	d920 Recreação e lazer								
Competência Gerais	d220 Realizar múltiplas tarefas								
	d360 Utilização de dispositivos e técnicas de comunicação								
	d475 Conduzir (bicicleta, moto, automóvel, animais, etc.)								
	d510 Lavar-se (lavar as mãos e o corpo, secar-se, etc.)								
	d630 Preparar refeições (cozinhar, etc.)								
	d825 Formação profissional								
	d845 Obter, manter e sair do emprego								
	d850 Emprego remunerado								
Competências Específicas	d166 Ler								
	d175 Resolver problemas								
	d330 Falar								
	d345 Escrever Mensagens								
	d530 Cuidados relacionados com o processo de excreção								
	d550 Comer +d560 Beber - alimentar-se								
	d570 Cuidar da saúde								
	d860 Transações económicas básicas								
Sociabilidade	d240 Lidar com o stress e outras exigências psicológicas								
	d350 Conversação								
	d710 Interações interpessoais básicas								
	d760 Relações familiares								
	d770 Relacionamentos íntimos								
	d910 Vida em comunidade								
Manipulação e Manuseio	d440 Motricidade fina								
	d445 Utilização da mão e do braço								
	d465 Deslocar-se utilizando equipamentos								
<b>TOTAL</b>									