



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ELSA SOFIA PEREIRA ANTUNES FOLGADO

**A EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DA PESSOA
INTERNADA NUM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO**

Coimbra, 2019



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

VI CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ELSA SOFIA PEREIRA ANTUNES FOLGADO

**A EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NA INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DA PESSOA
INTERNADA NUM HOSPITAL DA REGIÃO CENTRO**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação.

Orientador: Professor Manuel Mariz

Coorientador: Professor Doutor António Fernando Amaral

Coimbra, 2019

“Saber viver é ter consciência de sua própria realidade”

Edu Soares

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Manuel Mariz e ao Professor Doutor António Fernando Amaral, pelo tempo despendido, pela ajuda incondicional, pela competência e pelo apoio científico ministrado ao longo deste percurso...

Aos meus filhos, Fábio e Bruna e ao meu marido Jorge, pelo apoio incondicional, amor e carinho que me deram nesta fase difícil e por nunca me terem deixado desistir...

Aos meus pais, Maria do Rosário e Fernando, por me terem dado estímulo para continuar a estudar e sempre me apoiarem nas decisões que tomei ao longo da vida...

Ao meu irmão, cunhada e sogros, pelo apoio e carinho que sempre me transmitiram nas decisões que tomei...

Às minhas colegas de curso, Rita Sousa e Milene, pelo companheirismo e amizade...

Aos meus colegas de serviço, pelo tempo que despenderam na recolha de dados e pelo apoio que me deram para nunca desistir... em especial, **Dulce Vilela, Isabel Costa e Tiago Cunha**, por me terem ajudado a ultrapassar algumas etapas difíceis ...

Aos meus amigos, pelo tempo que deixamos de nos divertir e passear...

Às pessoas internadas e seus familiares, que deram o seu contributo ao partilharem as suas vidas e manifestaram vontade em participar...

Muito mais haveria para dizer neste processo que chega ao fim. Mas quero agradecer a todos, com um muito obrigado, porque sem vocês isto não teria sido possível.

Elsa Folgado

LISTA DE SIGLAS

APA - American psychological association

AVC – Acidente vascular cerebral

AIVD – Atividades instrumentais de vida diária

AVD - Atividades de vida diária

E_DELIRIO – Escala do delírio

EHAVD – Escala hierárquica das atividades de vida diária

InterRai (AC) PT – InterRai – cuidados agudos – versão portuguesa

OMS – Organização mundial de saúde

SPSS - Statistical package for the social science

ULSCB – Unidade local de saúde de Castelo Branco

VCE_AV D – Versão curta das atividades de vida diária

RESUMO

Em Portugal, o envelhecimento da população tem contribuído para uma maior dependência de cuidados nos serviços de saúde. Quando uma pessoa é hospitalizada num serviço de internamento, a sua independência funcional pode ficar comprometida, dado que para além da doença e comorbilidades, existem fatores que condicionam o seu estado funcional. Neste sentido, torna-se essencial determinar se a presença e a intervenção de um enfermeiro de reabilitação nos serviços de internamento, corrobora para a melhoria na independência funcional das pessoas internadas em termos de AVD. Desta forma, foi efetuado um estudo para determinar a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação que tem como objetivos: avaliar a evolução na independência funcional da pessoa internada, em termos de AVD entre a admissão e a alta e determinar se nos serviços de internamento onde existe enfermeiro de reabilitação os resultados são melhores no que respeita à independência funcional e às AVD. Estudo quantitativo, do tipo descritivo-correlacional e longitudinal, que avalia as pessoas em dois momentos distintos, admissão e alta hospitalar.

A amostra foi de 430 pessoas internadas nos serviços de medicina, cirurgia, pneumologia e ortopedia num hospital da região centro, entre abril e junho de 2018, tendo sido utilizado na recolha de dados o interRai (AC) PT, validado para a população portuguesa por Amaral, Ferreira & Gray em 2014. Na recolha de dados também foi utilizada uma grelha construída pelo investigador com as intervenções de enfermagem de reabilitação, que foi respondida pelos enfermeiros dos serviços, conseguindo-se uma amostra com 87 participantes.

Os resultados obtidos foram que das 430 pessoas que compõem a amostra, 51,9% são do sexo masculino (n=223) e 48,1% são do sexo feminino (n=207). Em termos de AVD e AIVD através da aplicação do teste de Wilcoxon, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a admissão e a alta, que nos indicam que as pessoas são mais independentes em termos funcionais na admissão do que na alta. Com o teste qui-quadrado de Pearson verificámos que o resultado obtido na evolução da escala hierárquica das atividades de vida diária não é independente do facto de existir ou

não enfermeiro de reabilitação no serviço. Na amostra que foi respondida por 87 enfermeiros, verificámos que há intervenções de reabilitação no âmbito da reeducação funcional motora e respiratória que são realizadas por enfermeiros e por enfermeiros com a especialidade de enfermagem de reabilitação e que apenas um serviço tem enfermeiro de reabilitação a exercer competências na área em tempo integral. Como conclusão, parece-nos ser importante que os serviços de internamento tenham pelo menos um enfermeiro com a especialidade de reabilitação que intervenha junto da pessoa por forma a manter a sua independência funcional entre a admissão e a alta.

Palavras-Chave: Independência funcional, AVD e Enfermeiro com a especialidade de reabilitação

ABSTRACT

In Portugal, the ageing population has contributed to a greater dependency on the health care services. At the time of hospitalization, one's functional independence can be compromised due to the main disease as well as existing multimorbidities. In this sense, it is essential to determine if the presence and intervention of a rehabilitation nurse on inpatient services results in the improvement of the functional independence of hospitalized patients in terms of Activities of Daily Living (ADL). Our study aims to determine the effectiveness of rehabilitation nursing care by: assessing the evolution in the functional independence of the inpatients in terms of ADL between admission and hospital discharge and whether the presence of a rehabilitation nurse affects this evolution. We carried out a quantitative study of descriptive correlational and longitudinal type evaluating patients at two different times: admission and hospital discharge.

A total of 430 patients hospitalized in internal medicine, surgery, pneumology and orthopedy wards at an hospital in central Portugal between April and June 2018 were accessed. We used the data collection tool InterRai-AC-PT, validated for the Portuguese population by Amaral, Ferreira & Gray in 2014. The authors constructed an evaluation grid of rehabilitation interventions, filled by 87 ward nurses.

Of the 430 patients, 51,9% (n=223) were male. In terms of ALD and Instrumental activities of daily living (IADL), the Wilcoxon Test found statistically significant differences between admission and hospital discharge i.e. patients are more functionally independent in admission than in hospital discharge. When the Pearson's chi-squared test was carried out, the result obtained in the evolution of hierarchical scale of activities of daily life concluded the presence of a rehabilitation nurse improves the outcome whereas the absence of one is not detrimental. In the grid answered by 87 nurses, we found that interventions of rehabilitation of respiratory and motor functional re-education are performed by both nurses with and without specialty of rehabilitation and only one service had a full-time dedicated rehabilitation nurse. In conclusion, it is important that inpatient services should have at least one a full-time dedicated

rehabilitation specialized nurse in order to improve the patient's functional independence between admission and hospital discharge.

Keyword: functional Independence, activities of daily living and rehabilitation nurse.

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Género.....	57
Tabela 2 -Estado Civil.....	57
Tabela 3 -Língua Materna.....	57
Tabela 4 –Enfermaria.....	58
Tabela 5 –Proveniência.....	58
Tabela 6 - Formas de coabitação.....	59
Tabela 7 - Episódio desencadeador da admissão.....	59
Tabela 8 - Período desde a última hospitalização.....	59
Tabela 9 -Tempo passado no serviço de urgência.....	60
Tabela 10 – Cirurgia.....	60
Tabela 11 - Capacidades cognitivas para tomar decisões do dia-a-dia.....	61
Tabela 12 -Capacidade de memorizar/recordar. Boa memória de curto prazo.....	61
Tabela 13 - Capacidade de memorizar/recordar. Boa memória processual.....	62
Tabela 14 - Capacidade de memorizar/recordar. Boa memória situacional.....	62
Tabela 15 - Perturbações periódicas do pensamento ou consciência-Facilmente distraído.....	62
Tabela 16 - Perturbações periódicas do pensamento ou consciência - Momentos de discurso desorganizado	63
Tabela 17 - Perturbações periódicas do pensamento ou consciência - Função mental varia ao longo do dia.....	63
Tabela 18 - Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual.....	64
Tabela 19 – Comunicação e visão - Fazer-se entender.....	64

Tabela 20 – Comunicação e visão - Capacidade para compreender os outros.....	65
Tabela 21 – Comunicação e visão – Audição e visão.....	65
Tabela 22 – Ânimo auto-reportado - Com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gosta.....	66
Tabela 23 – Ânimo auto-reportado - Ansioso, impaciente ou inquieto.....	66
Tabela 24 – Ânimo auto-reportado - Triste, deprimido ou desesperado.....	67
Tabela 25 – Sintomas de comportamento.....	67
Tabela 26 – Auto-desempenho nas atividades de vida diária – Tomar banho.....	68
Tabela 27 – Auto-desempenho nas atividades de vida diária – Higiene pessoal...	68
Tabela 28 – Auto-desempenho nas atividades de vida diária – Caminhar.....	69
Tabela 29 – Auto-desempenho nas atividades de vida diária – Transferência para a sanita.....	70
Tabela 30 – Auto-desempenho nas atividades de vida diária – Uso da casa de banho.....	70
Tabela 31 – Auto-desempenho nas atividades de vida diária – Mobilidade na cama.....	71
Tabela 32 – Auto-desempenho nas atividades de vida diária – Alimentação.....	72
Tabela 33 - Locomoção/Caminhar - Principal modo de locomoção.....	72
Tabela 34 - Locomoção/Caminhar - Caminhada de quatro metros temporizada...	73
Tabela 35 – Acamado.....	73
Tabela 36 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Preparação das refeições.....	74
Tabela 37 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Tarefas domésticas.....	74
Tabela 38 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Gerir as finanças pessoais.....	75
Tabela 39 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Gerir a medicação.....	75
Tabela 40 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Uso do telefone.....	76

Tabela 41 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade – Escadas.....	76
Tabela 42 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade – Compras e transporte...	77
Tabela 43 – Continência – Continência urinária.....	78
Tabela 44 – Continência – Aparelho de recolha de urina.....	78
Tabela 45 – Continência – Continência fecal.....	79
Tabela 46 – Continência – Uso de pensos, fraldas.....	79
Tabela 47 – Condições de Saúde – Quedas.....	80
Tabela 48 – Condições de Saúde – Frequência do problema.....	80
Tabela 49 – Condições de Saúde – Dispneia e fadiga.....	81
Tabela 50 – Condições de Saúde – Sintomas de dor.....	82
Tabela 51 – Enfermeiro com a especialidade de reabilitação.....	83
Tabela 52 - Intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas pelos enfermeiros com a especialidade de reabilitação.....	84
Tabela 53 - Intervenções de enfermagem de reabilitação da reeducação funcional motora que os enfermeiros realizam com maior frequência nos serviços.....	85
Tabela 54 – Intervenções de enfermagem de reabilitação da reeducação funcional respiratória que os enfermeiros realizam com maior frequência nos serviços.....	86
Tabela 55 – Postos dos testes de Wilcoxon nas EHAVD entre a admissão e a alta.....	87
Tabela 56 – Postos dos testes de Wilcoxon na incapacidade entre a admissão e a alta.....	87
Tabela 57 – Postos dos testes de Wilcoxon na VCE_AV D entre a admissão e a alta.....	88
Tabela 58 – Postos dos testes de Wilcoxon na E_DELÍRIO entre a admissão e a alta.....	88

Tabela 59 - Número de pessoas que constituem a amostra e que estavam internadas na enfermaria.....	89
Tabela 60 – Tabulação cruzada entre serviço e evolução do estado.....	90
Tabela 61 – Tempo de internamento, média e desvio padrão.....	90
Tabela 62 - Tabulação cruzada entre a evolução na escala curta das AVD e a existência de enfermeiro de reabilitação (mesmo quando não exclusivo).....	92
Tabela 63 – Estatística entre a evolução EHAVD entre a admissão e a alta.....	92
Tabela 64 - Resultados do teste da correlação de Pearson na alta.....	93

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1- Competências do enfermeiro de reabilitação segundo regulamento n.º 125/2011 da Ordem dos Enfermeiros.....	34

SUMÁRIO	Pág.
INTRODUÇÃO	21
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1 - A ENFERMAGEM.....	25
1.1.1- Qualidade nos cuidados de enfermagem	26
1.1.2- Efetividade dos cuidados de enfermagem	28
1.1.3- A intervenção do enfermeiro de reabilitação	31
1. 2– A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DA PESSOA.....	35
1.2.1-Fatores que influenciam a independência funcional	35
1.2.2 - Estado funcional e as AVD	40
1.2.3- O autocuidado	43
2- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	47
2.1- CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	47
2.2 – CONTEXTO DO ESTUDO.....	48
2.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	49
2.4- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	50
2.4.1- O InterRai cuidados agudos versão portuguesa	51
2.4.2 – Grelha de intervenções de enfermagem de reabilitação	54
2.5- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	55
2.6 – ANÁLISE DOS DADOS.....	55
3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	57
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
5 – LIMITAÇÕES	109

CONCLUSÃO..... 111

BIBLIOGRAFIA..... 117

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I - Instrumento de recolha de dados - Formulário InterRai (AC) PT

ANEXO II - Autorização do conselho de administração da ULSCB para aplicação do instrumento de recolha de dados

APÊNDICE I - Instrumento de recolha de dados – Grelha com as intervenções de enfermagem de reabilitação

APÊNDICE II – Termo de consentimento livre e informado para participação no estudo

INTRODUÇÃO

Em Portugal, assim como no resto da Europa e noutros países em desenvolvimento, tem-se assistido a um aumento da esperança média de vida e a um conseqüente envelhecimento da população que se traduz no aumento do número de pessoas com problemas de saúde e dependências. Esta dependência encontra-se relacionada com a facto da pessoa com mais de 65 anos apresentar pelo menos uma doença crónica e vários problemas de saúde associados (Sequeira, 2010).

No nosso país, há mais de 75 mil reinternamentos por ano e cerca de metade envolvem pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, constatando-se que 290 mil internamentos por ano são superiores a 7 dias (Carvalhais & Sousa, 2011). Os internamentos são assim geradores de dependência porque promovem o aparecimento de um défice que limita a atividade em termos de independência funcional, que se traduz num aumento das necessidades da pessoa em cuidados de saúde.

É assim essencial que os cuidados de saúde ministrados pelos profissionais sejam de qualidade, mas para avaliar essa qualidade é necessário medir e quantificar a qualidade em saúde, pelo que se torna necessário determinar a efetividade dos cuidados de enfermagem, que não é mais do que a representação dos resultados em saúde em termos de cuidados prestados à população pelos enfermeiros (Amaral, 2010).

Quando uma pessoa é hospitalizada num serviço de internamento, a sua independência funcional pode ficar comprometida, dado que para além da doença e comorbilidades, existem fatores que condicionam o seu estado funcional. Neste sentido, seria importante determinar se a presença e a intervenção de um enfermeiro de reabilitação nos serviços de internamento, corrobora para a melhoria na independência funcional das pessoas internadas em termos de atividades de vida diária (AVD). A efetividade dos cuidados de enfermagem pretende demonstrar se foram ou não efetivas as intervenções dos enfermeiros em relação ao autocuidado e independência funcional, ou se houve um retrocesso em todo o processo, culminando num estado de dependência (Andrade, Araújo, Andrade, Soares, & Cianca, 2010).

O estado funcional é um importante componente de independência, pelo que nos parece ser importante haver nos serviços de internamento um enfermeiro de reabilitação que avalie a pessoa em termos de potencial para o autocuidado e determine quais as necessidades básicas afetadas em AVD (Andrade, Araújo, Andrade, Soares, & Cianca, 2010).

Foi baseado nesta realidade que surgiu a pertinência do estudo, a escolha do tema e o problema a investigar, surgindo a dúvida e a questão central: Qual é a evolução na independência funcional da pessoa internada em termos de atividades de vida diária, entre o momento de admissão e o momento de alta?

Perante a questão de investigação e o interesse em estudar esta problemática, traçamos como objetivos: Avaliar a evolução na independência funcional da pessoa internada, em termos de AVD entre a admissão e a alta e determinar se nos serviços de internamento onde existe enfermeiro de reabilitação os resultados são melhores no que respeita à independência funcional e às AVD.

Para dar resposta ao problema e tendo em conta os objetivos do estudo, foram definidas as hipóteses de investigação:

- Hipótese 1- Existe diferença na evolução da independência funcional da pessoa internada em termos de AVD, entre a admissão e a alta;
- Hipótese 2 - Existe diferença na evolução da independência funcional da pessoa internada em termos de AIVD, entre a admissão e a alta;
- Hipótese 3- Nos serviços de internamento onde existe enfermeiro de reabilitação os resultados são melhores no que respeita à independência funcional e às AVD.

Este estudo enquadra-se no domínio da investigação quantitativa, do tipo descritivo e correlacional, com medições repetidas. Foi efetuado numa amostra de 430 pessoas internadas entre abril e junho de 2018 nos serviços de medicina, cirurgia, pneumologia e ortopedia num hospital da região centro. O instrumento de recolha de dados utilizado foi o interRai – cuidados agudos – versão portuguesa (interRai (AC) PT), validado por Amaral, Ferreira e Gray em 2014 e uma grelha construída pelo investigador onde constam as intervenções de enfermagem de reabilitação, que foi aplicada aos enfermeiros dos serviços em estudo, tendo-se conseguido uma amostra de 87 participantes.

Os resultados obtidos indicam-nos que em todas as AVD e AIVD as pessoas inquiridas apresentaram diminuição da independência funcional da pré-admissão para a alta. No entanto, verifica-se que em algumas AVD os resultados são melhores da admissão para a alta, mas esses valores nunca se equiparam aos da pré-admissão. Que existem diferenças estatisticamente significativas nos testes de wilcoxon entre a admissão e a alta, que nos indicam que a pessoa internada era mais independente em termos de AVD e AIVD na admissão do que na alta. E que com a aplicação do teste de qui-quadrado de Pearson, parece existir uma relação entre o estado funcional e o enfermeiro com a especialidade de reabilitação, verificando-se que os resultados são melhores em termos de evolução na independência funcional quando no serviço existe enfermeiro com a especialidade de reabilitação.

O presente estudo para além da introdução e conclusão, foi organizado em cinco partes centrais. A primeira parte descreve o quadro de referência que irá suportar toda a investigação, centrando-se nos temas: A enfermagem e a independência funcional da pessoa. No tema a enfermagem, faz-se referência à qualidade/efetividade dos cuidados de enfermagem e à intervenção do enfermeiro de reabilitação e no tema a independência funcional da pessoa dá-se ênfase aos fatores que influenciam a independência funcional, ao estado funcional e as AVD e ao autocuidado. A segunda parte irá descrever todo o percurso metodológico efetuado para dar resposta ao tema e questão central da investigação e inclui as considerações metodológicas, o contexto do estudo, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados e as considerações éticas. Na terceira parte é contemplada a apresentação e análise dos resultados, na quarta parte a discussão dos resultados e na quinta parte faz-se referência às limitações do estudo que irão servir de orientações para futuras apresentações.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1- A ENFERMAGEM

A enfermagem moderna teve início com Florence Ningthingale na guerra da Crimeia quando esta se deparou com a necessidade de prestar cuidados às vítimas da guerra organizando a assistência de enfermagem num hospital militar. Apesar das dificuldades sentidas desafiou os preconceitos contra as mulheres e elevou a condição de todas as enfermeiras. Foi Florence Ningthingale que após a guerra da Crimeia fundou uma escola de treino para enfermeiras e escreveu livros sobre o atendimento e o ensino de enfermagem (Lillis, Taylor, Lynn, & Lemone, 2014). Florence Ningthingale cujos cuidados aos pacientes eram prestados no “campo de batalha”, nos chamados “hospitais de campanha” com poucas ou nenhuma condições em termos de recursos materiais, técnicos e humanos, sentiu necessidade de modificar o modo de cuidar das pessoas que tratavam de pessoas e que não tinham qualquer formação e se limitavam apenas a “cuidar” o melhor que sabiam. Desde essa altura, cresceu a necessidade dos cuidados serem cada vez mais estruturados e organizados, para que fossem adequados às necessidades da pessoa e tivessem uma visão holística do ser humano (Lesneski, 2006).

Foi nesta perspectiva a de uma estruturação e organização dos cuidados de enfermagem que imerge Jacqueline Fawcett, responsável pelos modelos conceituais de desenvolvimento da teoria de enfermagem e que tem abordado de forma sistemática a estrutura hierárquica contemporânea do conhecimento em enfermagem (Fawcett & King, 1997). Foi com Jacqueline Fawcett que surgiram os primeiros conceitos centrais de interesse na enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, os quais têm sido conceptualizados de maneira diferente ao longo da história da enfermagem (Fawcett, 1997). Estes conceitos podem ser empíricos ou abstratos e dependem da forma como são percebidos no mundo real (Hickman, 2000).

A enfermagem atualmente é uma ciência e uma arte, é a arte do cuidar que tem em conta a pessoa no seu todo baseada no modelo holístico e não dissociada em partes, que tem implícitos não só conhecimentos técnicos e científicos mas também, a relação interpessoal nos cuidados de enfermagem (Ferreira, Pontes, & Ferreira, 2009). Assim, a

enfermagem como ciência tem um corpo de conhecimentos próprio e crescente, que tem em conta intervenções técnicas e interpessoais na prestação de cuidados à pessoa. Por outro lado é uma arte porque exige de quem executa cuidados a competência suficiente para de forma criativa executar estratégias individualizadas que visem atingir o estado de saúde (Lillis, Taylor, Lynn, & Lemone, 2014).

Em Portugal, o exercício da profissão de enfermagem reporta a finais do século XIX, verificando-se que a partir da 2.^a metade do século XX, foram operadas modificações nas competências exigidas aos enfermeiros ao nível da formação académica e profissional que se traduzem no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No desenvolvimento desta prática profissional, o foco de atenção da enfermagem é a pessoa que recebe o cuidado tendo em conta a sua dimensão física, emocional, social e espiritual. Nesta perspetiva, a enfermagem na atualidade já não se preocupa só com o atendimento na doença, tem em conta nos seus conceitos e definições a prevenção da doença e a promoção e manutenção da saúde nas pessoas, famílias e comunidades. Assim, a prática de enfermagem passa a ter quatro objetivos: promover a saúde, prevenir a doença, restaurar a saúde e enfrentar a incapacidade e a doença. Para que estes objetivos sejam atingidos, o enfermeiro tem que ser portador de conhecimentos, habilidades e pensamento crítico para dar resposta às solicitações da pessoa que precisa de cuidados e isso só é possível com a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos que adquire ao longo do seu processo de formação (Lillis, Taylor, Lynn, & Lemone, 2014).

Hoje em dia, são exigidas aos enfermeiros competências na arte do cuidar, cognitivas, técnicas, interpessoais e ético/legais, para que se possam prestar cuidados de enfermagem com qualidade. Aos enfermeiros está a ser exigido de forma contínua a identificação de novas ideias e formas de inovar e a promoção da qualidade dos cuidados que se prestam de forma a aprofundar a autonomia profissional (Oliveira, 2007).

1.1.1- Qualidade nos cuidados de enfermagem

Atualmente, os serviços de saúde são confrontados com mudanças crescentes que exigem da parte dos profissionais um desempenho adequado às expetativas criadas em redor de determinada situação. Neste sentido, é extremamente importante que as

instituições de saúde criem e promovam uma “cultura da qualidade” que possa envolver os profissionais de saúde de forma a dar resposta aos desafios com que se deparam a nível social, tecnológico, político e económico (Serrano, 2013).

Para que uma instituição de saúde consiga promover uma cultura da qualidade é preciso que haja envolvimento dos órgãos de gestão, de forma a ensinar, motivar e apoiar os profissionais, que sejam implementados indicadores de qualidade e produtividade e haja educação/sensibilização dos profissionais para esses indicadores (Serrano, 2013). Mas para que uma instituição de saúde funcione de forma adequada terá que definir a sua missão de acordo com o estudo da cultura em que a instituição está inserida, para conhecimento das crenças, valores e necessidades da população que dá resposta em termos de cuidados de saúde (Pontes, 1997). Para que em prol desta, as equipas dos diversos serviços possam adequar os seus objetivos e as estratégias por forma a dar resposta às exigências que lhe são formuladas.

Em 2001, a ordem dos enfermeiros que é responsável pela construção de instrumentos que regularizam a profissão de enfermagem, definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem implícitos à profissão baseados nos enunciados descritivos e nos conceitos: saúde, pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem. Assim, os enunciados descritivos foram estruturados de acordo com estes conceitos e têm em conta: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Os enfermeiros na atualidade representam uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde, contribuindo para o acesso da população a cuidados de saúde com qualidade, nomeadamente a nível dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Assim, os enfermeiros são profissionais que trabalham em organizações complexas, têm motivações próprias e são influenciados pelo contexto organizacional, indutor de diferentes níveis de satisfação profissional, que poderá ter repercussões na qualidade de cuidados prestados às pessoas que irão usufruir desses cuidados (Carmo, 2007). Atualmente devido ao aumento das necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem que se traduz no nível de dependência associado à gravidade das doenças e à estrutura demográfica da população, tem-se verificado através da evidência científica

escassez no número de enfermeiros que é um dos fatores que corrobora para a sua insatisfação profissional (Amaral, 2014). A percepção que a pessoa tem acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem é determinante na avaliação dos cuidados de saúde (Carvalhais & Sousa, 2007).

Em Portugal, os enfermeiros são o grupo profissional na área da saúde que produz mais informação clínica devido à proximidade e à relação interpessoal que tem com as pessoas a quem prestam cuidados. Nesse sentido, torna-se imprescindível mensurar essa informação para que seja visível a atuação dos enfermeiros em termos de ganhos para a saúde e seja visualizada a qualidade dos cuidados prestados (Petronilho F. A., 2008). A evolução na quantidade e qualidade da informação em saúde faz com que haja a especialização cada vez maior dos profissionais, em que o trabalho em equipa e a partilha de informação torna necessária a implementação dos sistemas de informação que promovam a eficiência e efetividade no tratamento dos dados no âmbito dos cuidados de saúde (Oliveira, 2007). Mas para avaliar essa qualidade é necessário medir e quantificar a qualidade em saúde, pelo que hoje os profissionais de saúde têm que prestar contas sobre o que fazem, explicar as razões de fazerem o que fazem, o que a população beneficia com o que fazem e por fim determinar os custos de todas estas ações. Neste sentido torna-se essencial medir os resultados em enfermagem, através da demonstração da efetividade da profissão, por forma a demonstrar a sua contribuição para a saúde das pessoas (Amaral, 2010).

1.1.2- Efetividade dos cuidados de enfermagem

A efetividade dos cuidados de enfermagem representa os resultados em saúde em termos de cuidados prestados à população pelos enfermeiros. O conceito de resultados em saúde e nomeadamente de resultados em enfermagem é um conceito que apesar de não ser novo começa a emergir com maior frequência dado a necessidade que as profissões têm em demonstrar a sua efetividade. Este conceito é complexo e está normalmente associado ao estado da pessoa, resultante de um tratamento ou de uma intervenção e envolve a medição de resultados (Amaral, 2010). Esta medição de resultados por vezes de difícil operacionalização, encontra-se relacionada com um conjunto de componentes:

1) Determinação da medida: Mortalidade, estado funcional, capacidade de se autocuidar, satisfação, eficiência ou a combinação de todas estas medidas;

2) Definição do momento que se considera ser o final: Intervenções de carácter preventivo podem não conseguir resultados num curto e médio prazo, enquanto que outras podem produzir um efeito imediato. Verifica-se que em algumas intervenções podem coexistir momentos de medida diferentes com o intuito de se determinar a sua verdadeira eficácia;

3) Definição do tratamento ou da intervenção: Neste parâmetro tem-se em conta as intervenções de enfermagem que são da responsabilidade do enfermeiro, efetuadas de forma autónoma e aquelas que apesar de serem efetuadas pelos enfermeiros são prescritas por outros profissionais (Amaral, 2014).

Apesar de haver controvérsia no meio científico acerca do melhor modelo para avaliação da qualidade, continua a ser o apresentado por Donabedian, cuja origem se reporta a 1966, o quadro conceptual mais utilizado para avaliação da qualidade dos serviços de saúde (Gomes, Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012). Nesse sentido, Donabedian para identificar os fatores da organização que interferem com a qualidade dos cuidados de saúde propôs um modelo de análise baseado em 3 componentes: estrutura, processo e resultados, pondo em evidência o processo de cuidar e as consequências na saúde e bem-estar das pessoas, como sendo influenciadas pelo saber técnico e pela tecnologia (Januário, 2013). Esta abordagem da qualidade questiona a avaliação da qualidade apenas assente nos resultados, que considera ser importante mas que não garante a qualidade, dado que os resultados nem sempre são possíveis de medir, podendo em alguns casos haver uma interpretação contraditória (Donabedian, 2005).

Portanto para haver uma avaliação da qualidade tem que se ter em conta primeiramente a componente processo, ou seja, a forma como os cuidados são prestados do ponto de vista técnico e relacional (observação direta desse cuidado). Esta componente é utilizada pelo enfermeiro para identificar as necessidades de assistência e os recursos necessários para se poder estabelecer um plano de cuidados adequado à pessoa por forma a atingir os resultados esperados (Lillis, Taylor, Lynn, & Lemone, 2014). Na componente processo de cuidados estão incluídos os métodos de prestação de cuidados, a competência técnica dos prestadores, a coordenação de cuidados, a acessibilidade, entre outros (Donabedian, 2005).

No entanto, verifica-se que apesar dos primeiros estudos realizados com aplicação do modelo de Donabedian incidirem mais sobre a estrutura hospitalar e o processo de cuidados, atualmente em estudos mais recentes as instituições de saúde valorizam mais

a componente resultados, custos, demora média de internamento, mortalidade e satisfação dos doentes. A enfermagem é uma profissão auto-regulada baseada em competências profissionais, pelo que os profissionais devem ter sempre presente que as suas decisões têm importantes implicações nos outcomes das pessoas que cuidam, tendo um papel ativo em matéria de cuidados de saúde (Pinto, 2006).

No que diz respeito à avaliação do processo e resultados neste modelo, a configuração e instrumentos de que são produto as duas estruturas relacionam-se com a adequação das instalações, equipamentos e pessoal, qualificação das equipas de profissionais, organização e estrutura administrativa (Donabedian, 2005). Por outro lado, quando os estudos se centram nos cuidados de enfermagem estes vão dirigidos maioritariamente à satisfação dos enfermeiros (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998; Amaral, 2010).

Muitos outros modelos se seguiram para avaliação da efetividade dos cuidados de enfermagem, no entanto todos eles assentam no processo, estrutura e resultados de Donabedian, havendo algumas diferenças no que diz respeito à introdução de variáveis em 3 dimensões diferentes. Um dos modelos de referência que estuda os resultados dos cuidados de enfermagem e mede a sua efetividade é o modelo da efetividade dos cuidados de enfermagem que associa os resultados aos três domínios de intervenção da enfermagem: domínio independente, domínio interdependente e domínio dependente. Neste modelo, a componente estrutura integra as variáveis: enfermeiro (nível de experiência, formação e competências), doente (características pessoais e de saúde/doença) e organização, que interferem no processo e nos resultados (composição da equipa, carga de trabalho, ambiente de trabalho). Na componente processo estão implícitos os domínios: independente, dependente e interdependente. No domínio independente que diz respeito às intervenções autónomas dos enfermeiros, são as intervenções que vão dar resposta às necessidades das pessoas doentes não havendo prescrição de terceiros, no domínio dependente subjugam-se a administração de terapêutica e nas intervenções interdependentes tem-se em conta as funções e atividades partilhadas com outros membros da equipa interdisciplinar. Por fim, no que diz respeito à componente resultados esta assenta em seis categorias: prevenção de complicações, controlo de sintomas, conhecimento da doença e do tratamento, capacidades funcionais e de autocuidado, satisfação no atendimento e custos (Irvine, Sidani, Keatings, & Doidged, 2002 como referido por Amaral, 2014).

No modelo apresentado a qualidade só pode ser medida através da relação, entre a estrutura e o processo, na medida que as variáveis de estrutura influenciam o processo e as de processo afetam os resultados. Assim, a título de exemplo na medida que existe uma relação direta entre as variáveis que compõem a componente estrutura, processo e resultado, verifica-se que as características das pessoas influenciam o processo de intervenção dos enfermeiros, o que irá proporcionar mudanças na obtenção dos resultados. Neste modelo verifica-se a existência de relações entre os diferentes papéis que os enfermeiros desempenham nos cuidados de saúde e os resultados que são esperados pelos cuidados de enfermagem (Amaral, 2014; Doran, 2011).

As profissões que trabalham diretamente na área da saúde, têm implícito que o processo de cuidar é multidimensional e multiprofissional, tem dimensões curativas e preventivas, no entanto existem restrições financeiras em todo este processo, sendo essencial que cada uma das profissões traga à evidência o seu contributo para os resultados (Januário, 2013).

A qualidade não é um atributo abstrato, assenta em pilares de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, sendo a mensuração dos dados produzidos em indicadores de qualidade o espelho da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Existem assim, vários estudos que corroboram para a existência de ganhos em saúde diretamente associados aos cuidados de enfermagem (Amaral, 2010).

1.1.3 – A intervenção do enfermeiro de reabilitação

O grande impulso profissional e científico da reabilitação é recente, dado que data da segunda guerra mundial, no pós-guerra quando um dos desafios era a reconstrução, quando eram solicitadas às nações todos os recursos e potenciais disponíveis (Hesbeen, 2003).

Em Portugal, foi criado o 1º hospital especializado em reabilitação em 1964- Centro de medicina de reabilitação- para dar resposta aos feridos da guerra colonial prestando cuidados a muitos soldados que apresentavam incapacidades físicas e elevados níveis de dependências. Foi em 1965, que foi criado o 1º curso de especialização em enfermagem de reabilitação, com a duração de 11 meses, com o intuito de preparar os enfermeiros com competências específicas na área da reabilitação. Este curso pretendia que os enfermeiros aprofundassem conhecimentos científicos, técnicos, intelectuais e

psicológicos de forma a ministrar cuidados 24 h através de um programa de reabilitação, com o intuito de diminuir o tempo de internamento da pessoa, promovendo o seu regresso precoce ao domicílio, o que iria diminuir os encargos financeiros e sociais com a pessoa internada (Cruz, 2008). Mas apesar do enfermeiro de reabilitação ser uma mais-valia para as instituições de saúde, houve um retrocesso em todo este processo deixando de ser ministrado este curso durante vários anos, surgindo novamente apenas em 2005.

A reabilitação para Hesbeen (2003) “é o testemunho de um espírito particular; o do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo- regresso do mesmo à normalidade- deixam de ser possíveis” (p.11). Reabilitar em enfermagem tornou-se imperioso, em resultado da evolução dos tempos, dado que se assiste atualmente em Portugal a um envelhecimento da população, havendo uma maior dependência de cuidados por parte das pessoas internadas em instituições de saúde (Mendes & Ribeiro, 2007).

Hoje em dia, a reabilitação é identificada como um importante componente no processo saúde/doença e no cuidado de pessoas com incapacidades que resultam do aumento significativo de doenças crónico-degenerativas e lesões neurológicas. A enfermagem de reabilitação cuida das pessoas tanto na fase aguda da doença como na fase crónica. As suas ações visam a recuperação e adaptação às limitações e atendimento às necessidades de cada pessoa e família, dando ênfase às funcionais, motoras, psicossociais e espirituais. O que se pretende com a enfermagem de reabilitação é que promova a independência da pessoa em relação aos limites físicos, cognitivos e comportamentais impostos pela incapacidade gerada pela doença (Andrade, Araújo, Andrade, Soares, & Cianca, 2010).

Os enfermeiros de reabilitação têm um papel crucial na identificação de situações de risco, fazendo uma análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas, podendo para tal recorrer a técnicas diferenciadas decorrentes de uma intervenção planeada, que vise a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade da pessoa (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014). A enfermagem de reabilitação deve avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado como foi referido no capítulo anterior no modelo de Donabedian. Nesse sentido, ao enfermeiro de reabilitação compete implementar programas de melhoria contínua, planeados em função da estrutura para a

prestação de cuidados de reabilitação, que sejam executados no sentido da melhoria do processo de reabilitação e avaliados tendo em conta os resultados, atuando sempre que necessário na sua reformulação (Gomes, Rocha, Martins, & Gonçalves, 2014).

O enfermeiro de reabilitação tem competência para adequar a necessidade de cuidados nesta área aos diferentes contextos da prática clínica: unidades de internamento de agudos e de reabilitação, equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015). No que concerne às unidades de internamento de agudos, a prática do enfermeiro especialista em cuidados de reabilitação pode ser determinante na prevenção de complicações, no desenvolvimento da independência funcional e na qualidade de vida da pessoa e família. O enfermeiro de reabilitação, pode intervir de forma ativa nas disfunções do foro neurológico, respiratório, cardíaco, ortopédico, traumatológico, podendo estar presente em unidades de AVC (Acidente Vascular Cerebral), serviços de medicina, cardiologia, pneumologia, neurologia, neurocirurgia e em serviços que haja grande número de pessoas idosas e/ou dependentes. Para a realização dos programas de reabilitação é necessário a promoção de um ambiente confortável e a prestação de cuidados eficazes baseados na ética profissional (Lima A. M., 2014).

Algumas das competências do enfermeiro de reabilitação são no âmbito do ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar quer a pessoa que precisa de cuidados nas atividades de vida diária com o objetivo de alcançar o nível máximo de independência, quer os seus familiares cuidadores no processo de reabilitação de forma a promover o autocuidado (Santos, Pedro, Lopes, & Azevedo, 2009).

No processo de formação o enfermeiro de reabilitação tem que ter implícito um conjunto de competências específicas para cuidar de pessoas com incapacidades que vão de encontro ao desenvolvimento de capacidades para a prática – saber fazer.

A competência é a capacidade pessoal de realizar uma função ou tarefa segundo critérios estabelecidos associados à pessoa ou grupo profissional, que exige que o outro a quem é prestado o cuidado reconheça efetivamente que a pessoa que cuida tem competência para prestar esse cuidado (Gomes B. P., 2008). Em 2004, foi efetuado um estudo que faz referência à tomada de decisão competente, que é mais do que a simples aplicação de conhecimentos teóricos ou da performance técnica, requer uma integração do conhecimento, da competência, da experiência e de uma relação de proximidade com

a pessoa que precisa de cuidados, de forma a se poder fazer uma análise profunda da situação (Pinto, 2006).

Assim, o enfermeiro com a especialidade em enfermagem de reabilitação pode ser responsável pela conceção, implementação e monitorização de planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo em conta os problemas reais e potenciais das pessoas. O conjunto de conhecimentos e a experiência acrescida permitem-lhe decidir no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias e reabilitação de forma a maximizar o potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	Unidades de competência
Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> -Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; -Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; - Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; -Avalia os resultados das intervenções implementadas.
Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.	<ul style="list-style-type: none"> -Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; -Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.
Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.	<ul style="list-style-type: none"> -Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório; -Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.

Quadro 1- Competências do enfermeiro de reabilitação segundo regulamento n.º 125/2011 da Ordem dos Enfermeiros.

O enfermeiro de reabilitação ao estar integrado numa equipa multidisciplinar, colabora de forma efetiva com os outros profissionais de forma a planear, executar e partilhar o processo de enfermagem que está orientado para as necessidades da pessoa, com o objetivo de alcançar níveis de excelência no processo de reabilitação (Lima A. M., 2014).

1. 2 – A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DA PESSOA

Em Portugal, a população idosa duplicou representando cerca de 16,7% da população total, verificando-se que as pessoas internadas nos hospitais são maioritariamente idosos, ou seja homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (Sequeira, 2010). Apesar do avanço médico e científico para aumentar os anos de vida das pessoas, esta longevidade nem sempre está presente numa vida salutar, autónoma e com qualidade (Ribeiro, 2012). Em consequência do aumento da esperança média de vida dos últimos anos surge a necessidade de se envelhecer com saúde, havendo uma maior preocupação na manutenção da capacidade funcional da pessoa (Gonçalves, Silva, Mazo, Benedetti, & Santos, 2010).

Em Portugal, o aumento da esperança média de vida, o aumento exponencial da doença/incapacidade e a existência de elevada percentagem de pessoas idosas nos serviços de saúde, tem contribuído para que 48% das pessoas que têm alta num hospital central sejam idosas. O avançar da idade implica assim, um maior risco de doença e dependência, verificando-se que as pessoas com mais de 65 anos têm pelo menos uma doença crónica. O termo dependência significa, estado em que as pessoas por perda de autonomia física, psíquica ou intelectual têm necessidade de ajuda na realização das atividades do quotidiano, nomeadamente nos cuidados pessoais (Sequeira, 2010). A presença de uma doença crónica pode conduzir a situações de incapacidade física e/ou cognitiva e à perda da independência e/ou autonomia (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007). Neste sentido, é relevante distinguirmos os conceitos de independência e autonomia, a autonomia consiste na capacidade que a pessoa tem de gerir a sua própria vida e tomar decisões no que diz respeito à sua saúde, tendo em conta preferências e expectativas. A independência consiste na capacidade que a pessoa apresenta para realizar de forma autónoma as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) sem ajuda de terceiros (Sequeira, 2010). No entanto, quando a pessoa é hospitalizada, os conceitos de autonomia/independência ficam comprometidos dado que o internamento é por si só, gerador de dependência (Januário, 2013).

1.2.1 - Fatores que influenciam a independência funcional

Na hospitalização o principal objetivo é a manutenção da função para a promoção da saúde e da independência da pessoa, de tal forma que conhecer os fatores relacionados

com as alterações funcionais é fundamental, dado que irá contribuir para a orientação na prevenção e na eficácia dos tratamentos instituídos. Existem inúmeros fatores que influenciam a independência funcional da pessoa internada nomeadamente: a hospitalização, a idade avançada, a doença, as comorbilidades, a imobilidade no leito ou a permanência no leito por tempo prolongado, os procedimentos médicos e cirúrgicos, as infeções hospitalares, o uso de medicamentos, a desnutrição e as quedas devido aos riscos provocados pelo ambiente (Menezes, Oliveira, & Menezes, 2010).

A hospitalização é assim, um processo complexo e difícil de aceitar que está associado a uma situação de doença em que existe rutura no ambiente e rotinas da pessoa (Lima, Silva, & Gentile, 2007). O ambiente hospitalar é stressante, barulhento, com normas e rotinas próprias, pelo que a pessoa perde a sua identidade, privacidade e perceção de liberdade. Quando a pessoa é hospitalizada, como não conhece os profissionais fica insegura, com medo e receio do que irá vivenciar em contexto de internamento, sendo esta premissa mais evidente quando existe dependência nos cuidados de saúde (Passos & Sadiguský, 2011). Dado que a hospitalização é um fator que condiciona a independência funcional da pessoa internada, as pessoas que são independentes em termos funcionais no momento de admissão, podem não o ser no momento da alta, podendo a deteriorização funcional agravar-se ainda no pós alta (Cabete, 2004).

Num estudo realizado com pessoas internadas num serviço de medicina, verificou-se que a hospitalização pode ser responsável pelo aparecimento de alterações no estado de saúde da pessoa. Os resultados do estudo evidenciam que no momento de admissão existem alterações negativas significativas em relação ao momento que antecedeu a hospitalização, acrescentando que no momento da alta existem alterações positivas relativamente à admissão, contudo perdas significativas relativamente à pré-admissão. Portanto, o internamento por si só traz dependência à pessoa, independentemente da causa que lhe deu origem (Januário, 2013).

Noutros estudos constata-se que durante o processo de hospitalização as pessoas internadas apresentam alterações funcionais. A incidência deste comprometimento é mais evidente na realização das AVD e AIVD ultrapassando os 50% em idosos com idade superior a 85 anos. Para além disso, concluiu-se que em alguns desses estudos as alterações funcionais são mais evidentes ao nível motor e nas atividades de autocuidado como tomar banho, vestir-se e mover-se (Menezes, Oliveira, & Menezes, 2010).

Num outro estudo sobre a trajetória funcional das pessoas hospitalizadas, verificou-se que nos serviços de medicina mais de metade das pessoas idosas apresentaram declínio funcional durante a hospitalização, 50% com 85 ou mais anos tiveram pelo menos uma nova incapacidade nas AVD no momento da alta. Os dados revelaram que no momento da alta, 58,4% das pessoas mantiveram ou melhoraram a sua trajetória funcional e 41,6% evidenciaram pior status funcional relativamente à admissão. No entanto, no momento da alta, 54,5% apresentaram declínio funcional durante a hospitalização, havendo algumas pessoas que não conseguiram recuperar a funcionalidade prévia que apresentavam na pré-admissão após a alta hospitalar (Tavares, Grácio, & Nunes, 2018).

A doença que motivou o internamento da pessoa é outro dos fatores que cursa com alterações funcionais, dado que no momento de admissão a doença aguda pode ter associadas comorbilidades ou seja doenças crónicas. Nos serviços de medicina e pneumologia, as infeções respiratórias e suas complicações são as principais causas de hospitalização e mortalidade nas pessoas com mais de 60 anos. A existência de doenças crónicas associadas do foro respiratório, cardíaco, metabólico e neurológico contribui de forma efetiva para a diminuição de defesas no organismo, precipitando o aparecimento de infeções e alterações no estado funcional com diminuição na capacidade de independência (Menoita, 2014). A hospitalização por uma doença aguda ou crónico-degenerativa associada à ocorrência de duas ou mais doenças concomitantes (pluripatogenia) traduz um aumento do número de dias de internamento e uma progressiva perda de autonomia da pessoa internada, podendo a perda da independência ser mais evidente no doente idoso (Sthal, Bert, & Palhares, 2011).

É de realçar que a literatura sobre independência funcional raramente se tem centrado nas pessoas com perturbações mentais. No entanto, segundo a literatura a dependência pode intensificar o aparecimento de perturbação mental e a perturbação mental pode precipitar o aparecimento de dependência. Num estudo realizado no serviço de psicogeriatría a 157 pessoas com idade superior ou igual a 65 anos verificou-se que: 44,7% eram independentes, 36,8% eram dependentes ligeiros, 13,2% eram dependentes moderados e 5,3% eram dependentes severos. As pessoas independentes e com dependência ligeira viviam sozinhas ou com familiares (cônjuge), requerendo algum apoio comunitário dado que eram portadores de alguma perturbação mental (depressão). As pessoas com dependência moderada ou severa com demência e com comprometimento cognitivo viviam com familiares ou em instituições. Neste estudo,

verificou-se que a deteriorização nas AVD é mais precoce e significativa do que nas AIVD (Brandão, Gonçalves, Sá-Couto, & Sousa, 2015).

O internamento hospitalar pode ser acometido de determinados procedimentos de diagnóstico/tratamento e intervenções cirúrgicas que causam stress físico ou psíquico às pessoas internadas, representando uma ameaça à sua integridade física. Estes procedimentos representam um stress adicional à doença e aos sintomas, podendo dar origem a situações de confusão, hipotermia, infeção, desequilíbrios hidroeletrólíticos e morte (Cabete, 2004).

Os procedimentos cirúrgicos a que as pessoas são submetidas durante o internamento potenciam a dor, reduzem a capacidade de mobilização e podem provocar complicações pulmonares. Nos serviços de cirurgia e ortopedia, a pessoa no pós-operatório apresenta risco elevado para complicações pulmonares, devido ao aumento de secreções, o que poderá ser responsável pela mobilização inadequada de secreções e provocar uma limitação na expansão pulmonar. Existem ainda outros fatores do foro cirúrgico, que interferem diretamente no aparecimento destas complicações, nomeadamente a dor, a analgesia e a anestesia geral. A dor no local da incisão cirúrgica contribui de forma efetiva para a imobilidade da área e para a restrição de uma inspiração profunda e eficaz, o que se traduz no pós-operatório pela imobilidade da pessoa no leito e por uma tosse ineficaz capaz de mobilizar secreções (Isaías, Sousa, & Dias, 2014).

Num estudo efetuado para avaliar a correlação da dor e independência funcional no período pré e pós-operatório de pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, verificou-se que quanto maior foi a intensidade da dor, menor foi a independência funcional da pessoa. Os resultados evidenciaram que a dor não estava presente no período pré-operatório, mas foi manifestada no período pós-operatório em todas as pessoas submetidas a cirurgia mesmo que em diferentes níveis de intensidade, o que comprometeu quer a realização de exercícios, quer a independência funcional (Chiapinotto, Dallazen, Bodnar, & Winkelman, 2017).

Por outro lado, no que diz respeito à anestesia, verificou-se que as pessoas submetidas a um tempo de anestesia geral mais prolongado apresentavam maior probabilidade de complicações respiratórias pós-operatórias, do que aquelas cuja anestesia fosse loco-regional ou com tempo de anestesia geral mais curto (Isaías, Sousa, & Dias, 2014).

Num outro estudo, que avaliava a independência funcional dos pacientes cirúrgicos em AVD e AIVD e pretendia estabelecer uma correlação entre esse desempenho e o seu estado nutricional, verificou-se que onde existia maior dependência funcional era nas AIVD. Isto deve-se ao facto do paciente cirúrgico estar desnutrido e das AIVD precisarem para a sua realização de maior integridade física e cognitiva, verificando-se um declínio funcional inicialmente neste domínio e à posteriori vindo a afetar as atividades relacionadas com o autocuidado (Preto, Lopes, Mendes, Novo, & Barreira, 2018).

O repouso no leito por um período de tempo prolongado afeta diretamente todos os sistemas orgânicos de uma forma global e holística, nomeadamente os sistemas: cardiovascular, respiratório, geniturinário, gastrointestinal, nervoso central, metabólico e músculo-esquelético. Assim, uma pessoa que é incapaz de mover uma parte do corpo ou a totalidade em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento, pode permanecer no leito por um período de tempo mais ou menos longo, podendo surgir complicações decorrentes dessa imobilidade em cada um dos sistemas orgânicos. O levantar da pessoa deve ser precoce, para diminuir o risco de dependência e de complicações pulmonares (Lima A. M., 2014). A imobilidade prolongada da pessoa é sinónimo de dependência funcional, dado que se traduz pela formação anormal de ligações cruzadas entre as fibras de colagénio, levando à diminuição da capacidade de alongamento das estruturas, sejam músculo, fáscia ou ligamento. Estas modificações traduzem-se na perda progressiva de resiliência das estruturas e num aumento da sua rigidez, pelo que existe uma diminuição na flexibilidade dos movimentos o que pode originar uma maior prevalência de lesões, dificuldade em andar e em realizar de forma autónoma as atividades de vida diária (Ribeiro, 2012).

Num estudo consultado, verificou-se que o repouso prolongado no leito irá condicionar a capacidade funcional da pessoa e promover o aumento do número de dias de internamento (Carvalhais & Sousa, 2011).

A presença de patologias crónicas é o principal fator associado à polimedicação, havendo uma correlação entre o número de doenças e o número de fármacos consumidos. Alguns medicamentos (sedativos, antidepressivos e analgésicos) podem interferir na capacidade cognitiva (sonolência, obnubilação e confusão) e ser preditores de alterações no estado funcional (quedas), sendo responsáveis pelo aumento dos dias de internamento. As quedas aumentam o risco de lesões e têm um impacto negativo na

vida das pessoas dado que podem ser acometidas de hospitalização, institucionalização ou morte. Cerca de 28% a 35% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos sofrem uma queda por ano; verificando-se um aumento para 32% a 42% nas pessoas com idade igual ou superior a 70 anos (World Health Organization, 2007).

As quedas não se verificam apenas na pré-admissão, podem ocorrer na admissão e durante o internamento, pelo que quando a pessoa é hospitalizada deverá ser efetuada a avaliação do risco de queda ou a avaliação da pessoa em risco. Segundo um estudo sobre escalas de avaliação do risco de quedas, a avaliação deverá ser efetuada: na admissão, de 3 em 3 dias durante o período de internamento, quando a pessoa é transferida para uma unidade/serviço diferente, quando existe uma mudança na sua condição de saúde e depois de uma queda. No entanto, sempre que existe uma queda esta tem que ser notificada, sendo o acidente mais notificado em meio hospitalar dado que a sua ocorrência pode ser responsável por fraturas e outros danos mais graves na pessoa, pelo que é essencial investir num programa de prevenção de quedas em meio hospitalar (Dias & Ferreira, 2014).

Num estudo sobre a influência da hospitalização na admissão, alta e pós-alta, verificou-se que na admissão quem vive sozinho é mais independente mas apresenta maior risco de queda, no entanto na alta quem vive sozinho mantém-se mais independente. Por outro lado, quem vive em família é mais dependente nas três fases e é quem apresenta maior risco de queda na alta e pós-alta (Santos, Sousa, & Sá-Couto, 2016).

1.2.2 - Estado funcional e as atividades de vida diária (AVD)

O estado funcional tem assim muitas implicações na dimensão comportamental (AVD), psicológica (ex.: humor), cognitiva (ex.: concentração e atenção) e social (Doran, 2011). Na dimensão comportamental, a pessoa internada apresenta incapacidade de realizar as atividades habituais de vida diária devido à fraqueza, redução da força muscular e diminuição da capacidade de realizar exercício físico. Em relação à dimensão psicológica a pessoa apresenta alterações no humor devido à hospitalização e na cognitiva dado que a pessoa apresenta privação sensorial e psicossocial devido à imobilidade no leito e à diminuição da estimulação cognitiva pode apresentar uma grande variedade de alterações a nível do sistema nervoso (confusão, desorientação, ansiedade, depressão e alteração do padrão de sono). Estas alterações contribuem para a perda das funções mentais superiores, promovendo o que se pode denominar de desuso

cognitivo (Lima A. M., 2014). Na dimensão social, em que estão contempladas as atividades relacionadas com os papéis desempenhados nas diferentes fases do desenvolvimento, a pessoa internada a nível da representação social fica alheia do seu papel (Doran, 2011).

A capacidade funcional pode ser avaliada tendo em conta dois domínios: AVD e AIVD. As AVD estão relacionadas com o autocuidado e as AIVD indicam a capacidade que a pessoa apresenta para ter uma vida independente na comunidade. As AIVD são atividades que contemplam o preparar das refeições, lavar roupa, cuidar da casa, fazer compras, usar o telefone, usar o transporte, controlar o dinheiro e os medicamentos. Tanto as AVD como as AIVD surgem como algo essencial à sobrevivência da pessoa pois permitem-lhe estar interventiva na gestão do quotidiano, nos cuidados à sua saúde e na realização das tarefas domésticas (Ferreira O. G., 2012).

Mas quando se faz referência às “atividades de vida”, tem que se abordar indubitavelmente o modelo de enfermagem de Nancy Roper que se preocupa com a vida e é baseado nas AVD. Este modelo tem em conta cinco componentes essenciais: as AVD, a duração da vida, a individualidade da pessoa, a sua independência/dependência e os fatores que influenciam as AVD, estando a pessoa em constante interação com o meio ambiente (Fonseca, Coroado, & Pissarro, 2017). As atividades de vida que fazem parte deste modelo são 12: ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal/vestuário, controle da temperatura, mobilidade, trabalho/lazer, expressão da sexualidade, sono e morte. Na componente AVD, verifica-se que quando existe alteração e/ou modificação numa das atividades, isso irá comprometer o desempenho da pessoa nas restantes. O comportamento individual em termos de desempenho em cada atividade de vida depende da fase da vida em que a pessoa se encontra nomeadamente: latência, infância, adolescência, idade adulta e velhice. Estas fases da vida são caracterizadas por um desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social que influencia o modo como a pessoa realiza as suas atividades de vida diária, sendo importante para a pessoa manter o máximo de independência possível de acordo com as circunstâncias e as suas possibilidades (Bezerra, Pagliuca, & Galvão, 2009). A independência na realização das AVD é de grande importância para a pessoa que precisa de cuidados, pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência

pode alterar toda a dinâmica e papéis familiares, interferindo nas relações e no bem-estar da pessoa e familiares (Andrade, Araújo, Andrade, Soares, & Cianca, 2010).

Este é um modelo que tem implícito na sua essência o cuidar, dado que a enfermagem ajuda a pessoa a ser capaz de realizar as atividades de vida, tendo em conta a etapa da vida onde se encontra e a sua independência/dependência. Deriva do conceito de enfermagem de Virgínia Henderson e tem implícito no cuidar o processo de enfermagem que é intencional, sistemático, dinâmico, interativo e flexível, elaborado a partir de uma vasta base de conhecimentos. O processo de enfermagem tem cinco componentes: apreciação, identificação do problema, planeamento, execução e avaliação. Na fase de apreciação que corresponde à avaliação inicial é efetuado o levantamento de dados junto da pessoa, com o intuito de recolher informações pertinentes com o objetivo de se registarem dados de saúde e biográficos da pessoa e os dados das atividades de vida (Bezerra, Pagliuca, & Galvão, 2009). Assim, o enfermeiro deve estar consciente da individualidade da pessoa, determinando as prioridades dos problemas reais/potenciais, por forma a estabelecer diagnósticos de enfermagem e prescrever um plano de atuação adequado à situação. Os diagnósticos de enfermagem podem ser reais, potenciais e de alto risco, sendo identificadas as atividades de vida que necessitam de intervenção de forma a reduzir, eliminar ou prevenir as alterações. Após executado determinado plano de ação será efetuada uma avaliação através da análise dos resultados de modo a identificar problemas que surgiram durante a implementação das intervenções e se a pessoa conseguiu atingir determinado objetivo, nomeadamente a independência na realização de determinada AVD ou se novas formas de intervenção terão que ser planeadas. A enfermagem é assim, uma profissão que tem como objetivo ajudar as pessoas a lidar com as limitações e a prevenir que problemas potenciais se tornem reais ao nível das AVD, aliviando ou prevenindo o seu reaparecimento (Fonseca, Coroado, & Pissarro, 2017).

A relação interpessoal torna-se imprescindível em todo este processo, porque será facilitadora de todas as ações fomentadas pela equipa de enfermagem e pelo enfermeiro de reabilitação sendo um elo de ligação entre a pessoa e o prestador de cuidados de enfermagem (Passos & Sadigusky, 2011).

As limitações funcionais que decorrem do processo de envelhecimento comprometem a execução das AVD, nomeadamente o deambular, o controle/equilíbrio postural, a independência na alimentação e higiene pessoal. A avaliação da capacidade funcional

representa uma forma de quantificar se a pessoa tem ou não capacidade de realizar de forma independente atividades imprescindíveis de autocuidado (Gonçalves, Silva, Mazo, Benedetti, & Santos, 2010). Neste contexto, verifica-se que o estado funcional é um importante componente de independência, pelo que parece ser importante nos serviços de internamento em que se verifiquem dependências físicas existir um enfermeiro de reabilitação. O Enfermeiro de reabilitação avalia funcionalmente a pessoa com o intuito de determinar as potencialidades para o autocuidado, determinando as necessidades básicas afetadas em termos de AVD (higiene, alimentação, vestir, despir, banho, uso do sanitário, eliminação intestinal e vesical, mobilidade e transferência). Para além disso, determina quais as intervenções de enfermagem de reabilitação que melhor se adequam às necessidades da pessoa e à sua condição de saúde, tendo em conta a sua capacidade e o seu potencial (Andrade, Araújo, Andrade, Soares, & Cianca, 2010).

Num estudo sobre a pessoa hospitalizada- trajetória funcional, os hospitais e os profissionais devem ter implícito no cuidar, intervenções ou modelos de cuidado, direcionados para a manutenção ou recuperação da funcionalidade durante a hospitalização e promover de forma efetiva a reabilitação pós-alta (Tavares, Grácio, & Nunes, 2018).

1.2.3- O conceito de autocuidado

A contextualização de determinados conceitos e fenómenos deve ter por base uma teoria científica. A teoria científica é assim reflexo da realidade ou uma forma da sua representação, sendo definida como um conjunto de proposições sistematizadas, verificadas ou não que vão explicar determinado fenómeno (Vitor & Lopes, 2010).

Assim, no que diz respeito à enfermagem foram desenvolvidas várias teorias e modelos conceptuais, que deram resposta a determinados problemas e que foram determinantes na prática dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Um dos modelos que deu ênfase à enfermagem foi o modelo do autocuidado desenvolvido por Dorothea Orem, baseado na premissa de que as pessoas podem cuidar de si próprias, tendo sido desenvolvido a partir de 1959 e assenta em 3 teorias: a teoria do autocuidado, a teoria do défice no autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Lutz & Davis, 2011).

A inter-relação que existe entre estas teorias foi fundamental para o desenvolvimento da teoria geral do défice de autocuidado, dado que a teoria dos sistemas de enfermagem

contém a teoria do déficit no autocuidado e esta, por sua vez, a teoria do autocuidado. Quando a pessoa já não é capaz de realizar o seu próprio autocuidado surge o déficit, que irá fomentar o desenvolvimento de um conjunto de ações e intervenções dos enfermeiros classificadas de compensatórias, parcialmente compensatórias e de apoio educativo que visam a promoção do autocuidado e o restabelecimento da sua autonomia (Vitor & Lopes, 2010). Segundo Orem, nas intervenções totalmente compensatórias, os enfermeiros substituem a pessoa no autocuidado; nas parcialmente compensatórias, a pessoa apenas precisa dos enfermeiros para a ajudar naquilo que não é capaz de realizar sozinha; e nas de apoio-educativo, a pessoa é capaz de realizar o autocuidado embora necessite dos enfermeiros para a ensinar e supervisionar na realização das ações (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

Atualmente, um dos enunciados descritivos da qualidade dos cuidados de enfermagem da ordem dos enfermeiros encontra-se relacionado com o bem-estar e o autocuidado. Este enunciado visa a procura permanente da excelência no exercício profissional, pelo que o enfermeiro maximiza o bem-estar das pessoas que cuida e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais a pessoa é dependente (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Assim, o autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas quando têm capacidade conseguem realizar de forma autónoma ou que por sua vez, quando não são capazes por um processo de dependência, será outra pessoa a executar com o intuito de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. A capacidade e o potencial que a pessoa tem para realizar determinada atividade é imprescindível na realização do autocuidado e nas AVD. O autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que têm como objetivo a preservação da vida e o bem-estar pessoal, podendo abranger todos os aspetos vivenciais, não se restringindo às AVD e às instrumentais (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

O conceito de autocuidado tem evoluído ao longo dos tempos e está associado a autonomia, independência e responsabilidade pessoal, sendo um fenómeno complexo e multidimensional. No entanto, a prevalência de doenças crónicas, o envelhecimento da população, a mudança para o paradigma dos cuidados orientados para a promoção da saúde, a contenção de custos/recursos limitados em termos de economia e o maior consumo de informação por parte das pessoas, são fatores que têm contribuído para a

importância do autocuidado como foco de atenção no domínio da saúde (Petronilho F. A., 2012).

2 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A fase metodológica é de extrema importância num estudo de investigação, porque é nesta fase que serão definidos os objetivos e a questão de investigação resultantes do quadro teórico, assim como as estratégias e métodos adotados que irão permitir a aquisição de informações precisas, objetivas e passíveis de interpretação, com o intuito de se obter resposta ao tema e à questão de investigação (Fortin, 2009). Nesta fase também se fará referência às considerações metodológicas, contexto do estudo, população/amostra, como se procederá a recolha dos dados, considerações éticas e o modo como se irá proceder a análise, apresentação e tratamento dos resultados.

O desenho de investigação ou a estratégia de investigação põe em evidência a metodologia que irá ser adotada, sendo um fator determinante para ajuizar a sua aplicabilidade científica. A metodologia analisa e descreve os métodos, distanciando-se da prática por forma a poder tecer considerações teóricas que vão de encontro ao seu potencial na produção do conhecimento científico (Coutinho, 2013).

2.1-CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Assim, após conhecido o quadro teórico que sustém o presente estudo, considerou-se importante estruturar a questão de investigação, que é uma indagação específica a que o investigador deseja responder para abordar e dar resposta ao problema (Polit, Beck, & Hungler, 2004). Neste sentido, foi estruturada a seguinte questão de investigação: Qual é a evolução na independência funcional das pessoas internadas em termos de AVD, entre o momento de admissão e o momento da alta?

Para dar resposta à questão de investigação foram definidas pelo investigador para este estudo as hipóteses de investigação:

- Hipótese 1- Existe diferença na evolução da independência funcional da pessoa internada em termos de AVD, entre a admissão e a alta;
- Hipótese 2- Existe diferença na evolução da independência funcional da pessoa internada em termos de AIVD, entre a admissão e a alta;

- Hipótese 3- Nos serviços de internamento onde existe enfermeiro de reabilitação os resultados são melhores no que respeita à independência funcional e às atividades de vida diária.

Perante a questão de investigação e o interesse em estudar esta problemática, traçamos como objetivos:

- Avaliar a evolução na independência funcional da pessoa internada, em termos de AVD entre a admissão e a alta;
- Determinar se nos serviços de internamento onde existe enfermeiro de reabilitação os resultados são melhores no que respeita à independência funcional e às AVD.

O tema da presente investigação, o problema, a questão de investigação e os objetivos definidos, levaram-nos a enveredar por um estudo de natureza **quantitativa, descritivo-correlacional, não experimental**. Este tipo de estudo centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis, em que as variáveis podem ser medidas, comparadas e/ou relacionadas ao longo do processo de investigação (Coutinho, 2013). Quanto à classificação segundo o alcance temporal, este estudo é longitudinal, dado que pretende abranger um período alargado no tempo em que os mesmos sujeitos são avaliados em duas ou mais vezes (Coutinho, 2013). O instrumento de recolha de dados, interRai (AC) PT, será aplicado às pessoas internadas em 2 momentos distintos, admissão e alta hospitalar, pelo que este tipo de investigação exige que a recolha de dados seja efetuada no terreno, com os participantes do estudo, o que pode acarretar vantagens e limitações para o investigador. As principais vantagens deste tipo de estudo são a objetividade, economia, organização e a aquisição de dados diretos, que permitem a avaliação de todo o grupo estudado (Fortin, 2009). Por outro lado, as limitações neste tipo de estudo encontram-se relacionadas com o tempo necessário para a recolha de dados, a dificuldade do investigador manter uma atitude neutra, as correlações entre as variáveis serem frágeis o que compromete a relevância do estudo; os resultados que se obtêm não serem passíveis de generalizações (Coutinho, 2013).

2.2 – CONTEXTO DO ESTUDO

A investigação decorreu num hospital da região centro entre abril e junho 2018, nos serviços de internamento: medicina interna, pneumologia, cirurgia geral e ortopedia. O estudo decorreu nestes serviços dado que apresentam um elevado número de pessoas idosas suscetíveis de apresentarem alterações na independência funcional e nas AVD,

devido à hospitalização e à imobilidade no leito. Os serviços de medicina/pneumologia pela sua natureza são contextos de cuidados que se caracterizam por apresentarem uma grande prevalência de pessoas com doenças agudas e crônicas incapacitantes, geradoras de dependência. Por outro lado, os serviços de cirurgia/ortopedia devido aos procedimentos cirúrgicos em que a dor é incapacitante, potenciam a permanência das pessoas no leito, provocando alterações na independência funcional. É importante referir que o serviço de medicina interna tem 44 camas, o serviço de cirurgia geral tem 42 camas, o serviço de ortopedia 33 camas e o de pneumologia apenas 6 camas.

Em termos de especificidades é importante realçar que apenas o serviço de ortopedia tem enfermeiro com a especialidade de reabilitação diariamente no turno da manhã a exercer competências na área da reabilitação, exceto fins de semanas e feriados. Nos serviços de medicina interna e cirurgia geral existem enfermeiros com a especialidade de reabilitação, que realizam intervenções de enfermagem na área da reabilitação às pessoas internadas que lhes estão distribuídas diariamente para a prestação de cuidados gerais. No serviço de pneumologia não existem enfermeiros com a especialidade de enfermagem de reabilitação.

2.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população e a amostra fornecem informações precisas sobre as características dos sujeitos a ser estudados, permitindo uma eventual generalização dos resultados (Fortin, 2009). A seleção da amostra ou a técnica de amostragem utilizada neste estudo foi a amostragem não probabilística do tipo consecutivo ou criterial. Esta amostragem do tipo consecutivo ou criterial, consiste na seleção da amostra de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos, até que o tamanho da amostra seja alcançado ou o período em estudo chegue ao fim (Coutinho, 2013).

Com esta técnica de amostragem foi possível incluir todas as pessoas internadas nos serviços de pneumologia, medicina, cirurgia geral e ortopedia dum hospital da região centro, no período em estudo, que aceitaram participar de forma voluntária e às quais o investigador conseguiu aplicar o instrumento de recolha de dados no momento de admissão e no momento da alta. A todas as pessoas inquiridas ou familiares foi pedida autorização para a sua participação no estudo através de uma declaração de consentimento. Esta autorização foi precedida de um esclarecimento sobre o estudo e os

seus objetivos, sendo assegurada a não existência de quaisquer custos ou prejuízos e a confidencialidade dos dados para os participantes.

Para tal, foram considerados elegíveis como critérios de inclusão para participar no estudo, todas as pessoas internadas nos serviços selecionados de ambos os géneros com idade superior a 18 anos e cujo período de internamento fosse igual ou superior a 3 dias. Quando a pessoa não apresentou capacidade intelectual e cognitiva para dar resposta às questões que lhe foram colocadas o instrumento de recolha de dados foi respondido por um familiar ou cuidador formal. A amostra conseguida neste estudo foi de 430 participantes.

Para além disso, também foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística por conveniência, dado que foram usados grupos intactos já constituídos (Coutinho, 2013). Os grupos já constituídos foram as equipas de enfermagem dos serviços de pneumologia, medicina, cirurgia geral e ortopedia. Aos enfermeiros destes serviços foi solicitado que de forma voluntária preenchessem uma grelha construída pelo investigador com as intervenções de reabilitação que tivessem aplicado às pessoas internadas nos serviços durante o período em estudo. A amostra conseguida foi de 87 participantes.

2.4- INSTRUMENTO DE RECOLHA DOS DADOS

Todo e qualquer plano de investigação de cariz quantitativo, qualitativo ou misto, implica que a recolha de dados seja o mais original possível por parte do investigador (Coutinho, 2013). No caso deste estudo de investigação foram aplicados como instrumento de recolha de dados, uma grelha construída pelo investigador com as intervenções de reabilitação e o interRai (AC) PT (Amaral, Ferreira, & Gray, 2014).

Antes de se proceder à aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foram efetuadas reuniões com o enfermeiro diretor e enfermeiros chefes dos serviços, para explicação do propósito do estudo e apresentação dos instrumentos de recolha de dados, tendo sido referenciado que os dados colhidos podiam ser disponibilizados, para futuras apresentações e trabalhos.

Dado que a prestação de cuidados de enfermagem exige aos enfermeiros um número vasto de intervenções, que nos serviços existe escassez do número de enfermeiros e o número de pessoas internadas é elevado, apenas foi solicitado aos enfermeiros do

serviço de cirurgia geral (serviço onde o investigador exerce funções) colaboração no preenchimento dos instrumentos de recolha de dados. Para isso, foi efetuada uma ação de formação em serviço que se realizou no dia 20/02/2018, onde foram expostos os objetivos do estudo e a forma de aplicação dos instrumentos de recolha de dados. Nos serviços de medicina, pneumologia e ortopedia apenas o investigador procedeu a essa recolha de dados.

2.4.1- O interRai cuidados agudos versão portuguesa

O InterRai (AC) PT, é constituído por 16 secções em que cada uma delas possui um conjunto de itens, que serão analisados como variáveis: identificação; admissão e história inicial; datas de avaliação; cognição; comunicação, visão e audição; comportamento e ânimo; estado funcional; continência; diagnósticos; condições de saúde; estado nutricional e oral; estado da pele; tratamentos e procedimentos; potencial da alta; alta; informação da avaliação. De acordo com o manual, tendo em conta as secções do instrumento é possível produzir, através de somatórios ou de algoritmos que combinam itens, um conjunto de escalas que medem: desempenho cognitivo; comunicação; dor; AIVD; delírio; escala hierárquica das atividades de vida diária; versão curta desta escala; escala curta de classificação da depressão; índice de massa corporal (Amaral, Ferreira, & Gray, 2014).

Escala do desempenho cognitivo (DES COG), construída tendo em conta, o algoritmo que origina um conjunto de 6 níveis de desempenho, do nível 0 (pessoa independente) ao nível 6 (incapacidade muito grave). Este algoritmo combina as variáveis “capacidades cognitivas para tomar decisões no dia-a-dia”, “capacidade para memorizar/recordar - boa memória de curto prazo”, “capacidade para memorizar/recordar - boa memória processual”, “fazer-se entender” e “auto desempenho nas atividades de vida diária – alimentação”. Escala da comunicação (COMUNIC) avalia a capacidade que as pessoas têm para comunicar e foi estruturada tendo em conta o somatório das variáveis “fazer-se entender” e “capacidade para compreender os outros”. O somatório destas duas variáveis deu origem a um conjunto de oito níveis de capacidade para comunicar de 0 (independente) a 8 (incapacidade muito grave). Escala da dor (DOR) avalia a dor que a pessoa refere e foi estruturada através de um algoritmo que faz a combinação dos diferentes códigos das variáveis “sintomas de dor - frequência com que a pessoa se queixa ou mostra sinais de dor” e

“sintomas de dor - nível mais elevado de intensidade da dor atual”. Este algoritmo tem em conta um intervalo de 0 (sem dor) a 4 (dor diária insuportável) com valores intermédios 1 (dor não diária), 2 (dor diária mas não severa) e 3 (dor diária severa). Escala das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) construída através da recodificação e somatório das variáveis auto desempenho nas AIVD e capacidade na “preparação das refeições”, “tarefas domésticas”, “gerir as finanças pessoais”, “gerir a medicação”, “uso do telefone”, “escadas”, “compras” e “transporte”. Nesta escala a classificação situa-se num intervalo de 0 a 48, cujos valores mais altos representam maior dependência e os valores mais baixos independência ou fraca dependência na realização das AIVD. Escala do Delírio (E_DELÍRIO) avalia a presença de sintomas de delírio e foi construída de acordo com a recodificação e somatório das variáveis “perturbações periódicas do pensamento ou consciência - facilmente distraído”, “perturbações periódicas do pensamento ou consciência - momentos de discurso desorganizado”, “perturbações periódicas do pensamento ou consciência - função mental varia ao longo do dia” e “alteração aguda do estado mental em relação ao habitual”. Na recodificação e somatório destas variáveis existe um intervalo de 0 a 4, cujos valores mais altos indicam alta probabilidade de delírio. Escala hierárquica das atividades de vida diária (EHAVD), avalia o nível de dependência das pessoas na realização de atividades do dia-a-dia, como usar o wc, caminhar ou comer, e foi estruturada tendo em conta um algoritmo que combina as variáveis “auto desempenho na higiene pessoal”, “auto desempenho no caminhar”, “auto desempenho no uso da casa de banho”, “auto desempenho na alimentação”. A construção desta escala é baseada no conceito de perda “precoce”, “média” e “tardia” no desempenho das AVD. As variáveis são recodificadas de acordo com o desempenho na higiene pessoal recodificado correspondendo este à variável “perda precoce”, o desempenho a andar recodificado corresponde à variável “perda média”, o desempenho na alimentação recodificado corresponde à variável “perda tardia” e o desempenho no uso do wc recodificado corresponde à variável “uso do wc”. Todo este processo dá origem a uma classificação com sete níveis de desempenho distintos: “Independente”, “com supervisão”, “incapacidade diminuta”, “assistência alargada – 1”, “assistência alargada – 2”, “dependente”, “dependência total”. Versão curta da escala das atividades de vida diária (VCE_AV D), esta tem em conta as variáveis: “auto desempenho na higiene pessoal”, “auto desempenho no caminhar”, “auto desempenho no uso da casa de banho” e “auto

desempenho na alimentação” que são recodificadas e somadas dando origem a um intervalo de 0 a 16, cujos valores mais altos representam maior dependência e os mais baixos menor dependência na realização das AVD. Esta escala é a mais adequada na avaliação da função na globalidade enquanto a escala hierárquica tem mais interesse quando se deseja conhecer exatamente o padrão de desempenho de uma pessoa. Escala curta de classificação da depressão (DEPRESS) tem em conta a presença de sintomas de depressão e foi estruturada tendo em conta a recodificação e somatório das variáveis “ânimo auto reportado - com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gosta”, “ânimo auto reportado - ansioso, impaciente ou inquieto” e “ânimo auto reportado - triste, deprimido ou desesperado”. O somatório destas variáveis recodificadas origina um intervalo de 0 (sem sintomas de depressão) a 3 “todos os sintomas presentes nos últimos 3 dias/24 horas) com os valores intermédios 1 (“um sintoma presente algumas vezes”, 2 (pelo menos 2 sintomas presentes nos últimos 3 dias/24 horas). Índice de massa corporal (IMC) relaciona o peso e a altura da pessoa é uma medida nutricional que dá origem a um valor que se for alto representa obesidade e se for baixo representa fraqueza e potencial desnutrição. A fórmula para calcular o IMC é $(\text{Peso}/\text{altura}^2)$ (Amaral, Ferreira, & Gray, 2014).

Dado que as escalas mencionadas ao longo deste instrumento de recolha de dados, fazem menção a variáveis qualitativas, será a atribuição de dados mensuráveis que irá permitir a operacionalização destas variáveis. Desta forma, são as variáveis abstratas que possibilitam que o investigador faça observações com rigor científico, facultando exatamente o que vai ser observado ou medido (Coutinho, 2013).

A recolha de dados no serviço de cirurgia geral (serviço piloto) teve início a 09 de Abril de 2018 e terminou a 09 de Junho de 2018, com o intuito de se avaliar quais as dificuldades que iriam surgir com a aplicação do interRai (AC) PT e o investigador pudesse dar apoio aos enfermeiros de cirurgia geral que aplicassem o instrumento de recolha de dados. Nos serviços de medicina interna, pneumologia e ortopedia a recolha de dados decorreu de 17 de abril a 17 de junho de 2018. Este instrumento de recolha de dados, foi preenchido pelos enfermeiros e/ou pelo investigador no serviço de cirurgia geral e nos restantes serviços apenas pelo investigador e foi aplicado às pessoas internadas e/ou familiar de referência, no momento de admissão e na alta. Nem sempre foi fácil a sua aplicação, dado que exigiu por parte do investigador um esforço acrescido, para diariamente se deslocar aos serviços fora do horário laboral, sendo por

vezes o número de pessoas admitidas e que tinham alta superior a 10, o que por vezes se tornava insustentável de gerir.

A aplicação do interRai (AC) PT possibilita a avaliação de todo o episódio de internamento da pessoa, pelo que a avaliação da situação anterior à doença permite não só, estabelecer uma ligação com o estado atual, como também pode servir de referência para a reabilitação da pessoa e para o seu tratamento. No entanto, um dos fatores limitativos no preenchimento do interRai (AC) PT é o tempo de demora em cada questionário (em média 15 minutos), dado que o tempo para os cuidados é escasso, a disponibilidade dos enfermeiros para o seu preenchimento é pouca, o que pode ter repercussões no tamanho da amostra (Amaral, Ferreira, & Gray, 2014).

Quem procedeu à recolha dos instrumentos de recolha de dados já preenchidos, foi o investigador, que teve o cuidado de verificar se estavam preenchidos os dois momentos de avaliação para serem considerados no estudo.

2.4.2 – Grelha de intervenções de enfermagem de reabilitação

No que respeita ao instrumento de recolha de dados, grelha construída pelo investigador (Apêndice I) foi efetuado o pré-teste. O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra da população alvo, com intuito de verificar os defeitos do questionário e fazer as correções necessárias (Fortin, 2009). Esta grelha com as intervenções de reabilitação foi inicialmente testada no serviço de cirurgia geral e à posteriori após correção de algumas incongruências, foi preenchida pelos enfermeiros dos serviços de pneumologia, medicina interna, cirurgia geral e ortopedia no período em estudo e a sua recolha foi efetuada pelo investigador.

Nesta grelha de intervenções de enfermagem de reabilitação, foram na generalidade efetuadas questões fechadas dicotómicas, entre sim ou não e algumas abertas. No caso de uma questão dicotómica, a pessoa tem que escolher entre duas respostas, sim ou não, numa questão aberta a pessoa responde como quiser, permitindo este tipo de questão a recolha de informação mais detalhada (Fortin, 2009). Esta grelha de intervenções tem como pergunta inicial: É enfermeiro com a especialidade de reabilitação? Sim ou Não e posteriormente divide-se em 2 grandes grupos com diversas áreas de intervenção. O primeiro grupo faz referência à reeducação funcional motora e tem como focos de atenção: o andar, o equilíbrio corporal, o levantar-se, o mobilizar-se, o posicionar-se e o transferir-se. O segundo grupo faz referência à reeducação funcional respiratória e tem

como focos de atenção: a ventilação, o expetorar e a gestão de atividades de reeducação ao esforço. Estes 2 grupos, nos diversos focos de atenção contemplam uma série de intervenções de reabilitação adstritas ao enfermeiro com a especialidade de reabilitação. A grelha de intervenções de enfermagem de reabilitação tem na sua composição variáveis qualitativas, que permitem determinar pela resposta de sim ou não quantos são os enfermeiros com a especialidade de reabilitação, em que serviço exercem funções e quais são as intervenções de reabilitação que são realizadas pelos enfermeiros nos serviços.

2.5- CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação surge como uma área de intervenção, como um dever e simultaneamente como um direito dos enfermeiros, em que devem ser respeitados os princípios da não-maleficência, beneficência e justiça (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Um estudo de investigação implica responsabilidade pessoal e profissional por forma a assegurar que o desenho do estudo seja sólido do ponto de vista ético e moral.

O investigador requereu o consentimento informado junto dos participantes do estudo (Apêndice II). A participação no estudo deve ser voluntária, podendo as pessoas desistir a qualquer momento, devendo ser assegurada a confidencialidade dos dados (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Para o presente estudo, foi efetuado um pedido de permissão aos autores da validação para aplicação do instrumento de recolha de dados, interRai (AC) PT (Anexo I) e foi elaborado um pedido de autorização ao conselho de administração da instituição hospitalar onde decorreu o estudo (Anexo II), com o intuito de se fazer a recolha de dados através da aplicação do instrumento de recolha de dados, nos serviços de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia e pneumologia.

2.6 – ANÁLISE DOS DADOS

Numa investigação, após os dados serem recolhidos precisam de ser organizados e analisados e como na maioria das vezes têm valores numéricos é essencial que se proceda à sua análise estatística, ou seja, transformar os dados em informação. Qualquer que seja a natureza dos dados, o objetivo será o de organizar e descrever os dados de forma clara; identificar nos dados o que é típico e atípico em relação a um fenómeno ou

situação; enunciar diferenças, relações e/ou padrões e encontrar soluções para o problema e testar hipóteses (Coutinho, 2013).

Assim, terminada a recolha de dados, foram reunidos os questionários para se fazer uma primeira análise e eliminar os que estavam incompletos, para posteriormente se proceder à sua introdução e codificação. Dos 430 (100%) questionários aplicados do interRai (AC) PT nenhum foi eliminado, dado que estavam preenchidos os dois momentos de avaliação e cumpriam os critérios de inclusão. Os questionários respondidos pelos enfermeiros (87) também foram todos considerados e validados para entrar no estudo, dado que a pergunta central e os dois outros grupos estavam devidamente preenchidos.

Para a análise dos dados, foi utilizado o sistema informático Statistical Package for the Social Science (SPSS), que permitiu a sua organização por forma a obter resultados/informação, com recurso à estatística descritiva e inferencial. A **estatística descritiva** permitiu descrever a amostra, procedendo-se à análise univariada tendo em conta apenas uma variável de forma isolada, com recurso a tabelas de frequências absolutas, relativas e percentagens, medidas de tendência central (médias) e as de dispersão (desvio padrão). Este tipo de estatística, permite obter uma primeira leitura dos dados, capaz de dar uma ideia sobre a dispersão, forma e estrutura da distribuição das variáveis implícitas no estudo (Coutinho, 2013).

Na **estatística inferencial**, para avaliar relações entre variáveis e verificar as hipóteses levantadas, foram utilizados os testes não-paramétricos: Wilcoxon e qui-quadrado de Pearson. O teste de Wilcoxon é um teste não paramétrico que faz a comparação dos valores médios de amostras emparelhadas, estuda o comportamento de variáveis contínuas e analisa eventuais diferenças. O teste de qui-quadrado de Pearson permite testar se existe hipótese de haver uma associação entre as variáveis.

3 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, iremos apresentar os dados do instrumento de recolha de dados, interRai (AC) PT e grelha de intervenções do enfermeiro de reabilitação através de tabelas, assim como, os resultados das inferências estatísticas que vieram testar as hipóteses.

Pela análise da tabela 1, verificámos que a amostra é constituída por 430 pessoas, das quais 51,9% são do género masculino (n=223) e 48,1% são do género feminino (n=207).

Tabela 1 - Género

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Masculino	223	51,9	51,9	51,9
Feminino	207	48,1	48,1	100,0
Total	430	100,0	100,0	

Em relação ao estado civil (tabela 2) verificou-se que 55,3% das pessoas inquiridas eram casadas (n=238), 30,7% eram viúvas (n=132), 9,1% eram solteiras (n=39), 2,3% divorciadas (n=10), 1,4% viviam com parceiro (n=6) e 1,2% eram separadas (n=5).

Tabela 2 -Estado Civil

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Solteiro	39	9,1	9,1	9,1
Casado	238	55,3	55,3	64,4
Parceiro (a) / outro significativo	6	1,4	1,4	65,8
Viúvo	132	30,7	30,7	96,5
Separado	5	1,2	1,2	97,7
Divorciado	10	2,3	2,3	100,0
Total	430	100,0	100,0	

Através da tabela 3, constatamos que em 427 (99,3%) das 430 pessoas inquiridas a língua materna era o “português” e apenas em 3 (0,7%) era “outra” língua.

Tabela 3 -Língua Materna

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Português	427	99,3	99,3	99,3
Outra	3	0,7	0,7	100,0
Total	430	100,0	100,0	

Pela análise da tabela 4, podemos verificar que 41,9% das pessoas inquiridas estavam internadas nos serviços de cirurgia homens e mulheres (n= 97 + 83), 31,6% nos serviços

de medicina homens e mulheres (n=74 + 62), 23,5% no serviço de ortopedia (n=101) e 3% no serviço de pneumologia (n=13).

Tabela 4 -Enfermaria

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Medicina Homens	74	17,2	17,2	17,2
Medicina Mulheres	62	14,4	14,4	31,6
Cirurgia Homens	97	22,6	22,6	54,2
Cirurgia Mulheres	83	19,3	19,3	73,5
Ortopedia	101	23,5	23,5	97,0
Pneumologia	13	3,0	3,0	100,0
Total	430	100,0	100,0	

Em relação à proveniência das pessoas inquiridas, conforme análise da tabela 5 podemos verificar que 80,5% provêm de “moradia/apartamento/quarto arrendado” (n=346), 13,7% provêm do “lar” (n=59) e 3,5% provêm da “unidade de cuidados continuados” que ocupa o 3º lugar (n=15). A restante percentagem 0,5% provêm de “hospital ou unidade psiquiátrica”/“hospital de agudos” (n=2) e 0,2% vêm de “casas assistidas ou semi-independente”/ “centro para pessoas com incapacidades físicas” (n=1). De salientar que apenas 0,9% (n=4) das pessoas inquiridas provêm de “outro” local.

Tabela 5 -Proveniência

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado	346	80,5	80,5	80,5
Lar	59	13,7	13,7	94,2
Casas assistidas ou semi-independente	1	0,2	0,2	94,4
Centro para pessoas com incapacidades físicas	1	0,2	0,2	94,7
Hospital ou unidade psiquiátrica	2	0,5	0,5	95,1
Unidade de cuidados continuados	15	3,5	3,5	98,6
Hospital de agudos	2	0,5	0,5	99,1
Outro	4	0,9	0,9	100,0
Total	430	100,0	100,0	

No que respeita às formas de coabitação, verificámos através da análise da tabela 6 que as pessoas inquiridas vivem: 40,2% “apenas com cônjuge/parceiro” (n=173), 16,7% “sozinho” (n=72), 16,5% “com não-familiares” (n=71), 12,6% “com cônjuge/parceiro e outro (s)” (n=54), 9,8% “com filhos (sem cônjuge/parceiro)” (n=42), 2,1% “com pais ou tutores” (n=9), 1,2% “com irmãos” (n=5) e 0,9% “com outros familiares sem ser cônjuge ou filhos” (n=4).

Tabela 6 - Formas de coabitação

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Sozinho	72	16,7	16,7	16,7
Apenas com cônjuge/parceiro	173	40,2	40,2	57,0
Com cônjuge/parceiro e outro (s)	54	12,6	12,6	69,5
Com filhos (sem cônjuge/parceiro)	42	9,8	9,8	79,3
Com pais ou tutores	9	2,1	2,1	81,4
Com irmãos	5	1,2	1,2	82,6
Com outros familiares (sem ser cônjuge ou filhos)	4	0,9	0,9	83,5
Com não-familiares	71	16,5	16,5	100,0
Total	430	100,0	100,0	

Pela análise da tabela 7, verificámos que o episódio desencadeador da admissão, teve início nas pessoas inquiridas “nos últimos 7 dias” em 57% (n=245), “há mais de 60 dias” em 34,7% (n=149), “há 31-60 dias”/ “há 15-30 dias”/ “há 8-14 dias” respetivamente em 3,7% (n=16), 2,6% (n=11) e 2,1% (n=9).

Tabela 7 - Episódio desencadeador da admissão

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Nos últimos 7 dias	245	57,0	57,0	57,0
Há 8-14 dias	9	2,1	2,1	59,1
Há 15-30 dias	11	2,6	2,6	61,6
Há 31-60 dias	16	3,7	3,7	65,3
Há mais de 60 dias	149	34,7	34,7	100,0
Total	430	100,0	100,0	

Em relação ao período desde a última hospitalização, verifica-se através da tabela 8 que em 79,8% das pessoas inquiridas “não houve hospitalização nos últimos 90 dias” (n=343). Para além disso, também podemos constatar que em 8,4% das pessoas inquiridas, houve hospitalização “há 31-90 dias” (n=36), 4,7% encontravam-se “atualmente no hospital” (n=20), em 4,4% houve hospitalização “há 15-30 dias” (n=19), 1,9% estiveram hospitalizadas “nos últimos 7 dias” (n=8) e em 0,9% houve hospitalização “há 8-14 dias” (n=4).

Tabela 8 - Período desde a última hospitalização

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Não houve hospitalização nos últimos 90 dias	343	79,8	79,8	79,8
Há 31-90 dias	36	8,4	8,4	88,1
Há 15-30 dias	19	4,4	4,4	92,6
Há 8-14 dias	4	0,9	0,9	93,5
Nos últimos 7 dias	8	1,9	1,9	95,3
Atualmente no hospital	20	4,7	4,7	100,0
Total	430	100,0	100,0	

O tempo passado no serviço de urgência é sempre um dos fatores de stress quando a pessoa é acometida por uma situação de doença. Por isso, através da tabela 9, podemos verificar que das pessoas inquiridas, 62,1% passaram na urgência “0-8 horas” (n=267), 26,5% “não foi admitido através do serviço de urgência” (n=114), 8,4% “8-24 horas” (n=36), 2,6% “24-48 horas (n=11) e 0,5% “mais de 48 horas” (n=2).

Tabela 9 -Tempo passado no serviço de urgência

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Não foi admitido através do serviço de urgência	114	26,5	26,5	26,5
0-8 horas	267	62,1	62,1	88,6
8-24 horas	36	8,4	8,4	97,0
24-48 horas	11	2,6	2,6	99,5
Mais de 48 horas	2	0,5	0,5	100,0
Total	430	100,0	100,0	

Das 430 pessoas inquiridas, conforme análise da tabela 10, podemos constatar que 66,7% não foram submetidas a cirurgia (n=287) e 33,3% foram submetidas a uma cirurgia (n=143).

Tabela 10 - Cirurgia

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Não	287	66,7	66,7	66,7
Sim	143	33,3	33,3	100,0
Total	430	100,0	100,0	

Em relação às capacidades cognitivas para tomar decisões no dia-a-dia, podemos verificar na tabela 11 que 51,2% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão (n=220), observando-se uma regressão para 47,2% na admissão (n=203) e para 44,9% na alta (n=193). Para além disso, 22,1% apresentavam “independência modificada” na pré-admissão (n=95), diminuindo para 21,6% na admissão (n=93) e 20,2% na alta (n=87). De realçar ainda que das pessoas inquiridas 7,4% “morreu” (n=32) e 0,7% apresentam-se “sem consciência perceptível, coma” na alta (n=3), o que influencia conforme podemos observar na tabela 11, a uma diminuição na percentagem de “incapacidade moderada” na admissão para a alta de 7,9% para 7,4% e na “incapacidade grave” na admissão para a alta de 5,6% para 4,2%.

Tabela 11 - Capacidades cognitivas para tomar decisões do dia-a-dia

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Independente	220	51,2	203	47,2	193	44,9
	Independência modificada	95	22,1	93	21,6	87	20,2
	Incapacidade mínima	71	16,5	62	14,4	65	15,1
	Incapacidade moderada	23	5,3	34	7,9	32	7,4
	Incapacidade grave	20	4,7	24	5,6	18	4,2
	Sem consciência perceptível, coma	1	0,2	8	1,9	3	0,7
	Total	430	100,0	424	98,6	398	92,6
Omisso	Não sabe ou não responde			6	1,4		
	Morreu					32	7,4
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

No que diz respeito à capacidade para memorizar / recordar, como podemos observar na tabela 12, 41,9% das pessoas inquiridas na pré-admissão apresentavam boa memória de curto prazo (n=180), vindo esse valor a decrescer na admissão para 39,3% (n=169) e na alta para 38,1% (n=164). No entanto, a grande maioria (57,9%) já apresenta alterações de memória a curto prazo na pré-admissão (n=249), verificando-se uma ligeira diminuição para 57,7% na admissão (n=248) e para 53,7% na alta (n=231). Este facto deve-se principalmente a que 7,7% das pessoas inquiridas “morreu” (n=33), o que originou essa ligeira diminuição nos “problemas de memória” na admissão e na alta.

Tabela 12 -Capacidade de memorizar/recordar. Boa memória de curto prazo

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Sim, a memória OK	180	41,9	169	39,3	164	38,1
	Problemas de memória	249	57,9	248	57,7	231	53,7
	Total	429	99,8	417	97,0	395	91,9
Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	7	1,6	1	0,2
	Morreu					33	7,7
	Não se aplica (Coma)			6	1,4	1	0,2
	Total	1	0,2	13	3,0	35	8,1
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Da análise da tabela 13, podemos constatar que 51,2% das pessoas inquiridas apresentavam alterações na memória processual na pré-admissão (n=220), vindo esse valor a decrescer de forma ligeira para 50,9% na admissão (n=219) e para 47,9% na alta (n=206). Isto deve-se ao facto, tal como na memória de curto prazo a que 7,7% das pessoas inquiridas “morreu” (n=33).

Tabela 13 - Capacidade de memorizar/recordar. Boa memória processual

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Sim, a memória OK	209	48,6	198	46,0	189	44,0
	Problemas de memória	220	51,2	219	50,9	206	47,9
	Total	429	99,8	417	97,0	395	91,9
Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	7	1,6	1	0,2
	Morreu					33	7,7
	Não se aplica (Coma)			6	1,4	1	0,2
	Total	1	0,2	13	3,0	35	8,1
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

A boa memória situacional é essencial para que as pessoas internadas se situem no espaço, no entanto através da observação da tabela 14, verificamos que mais de metade das pessoas inquiridas num total de 50,5% tem problemas na pré-admissão (n=217), tendo um ligeiro aumento para 50,7% na admissão (n=218) e um decréscimo para 47,9% na alta (n=206).

Tabela 14 - Capacidade de memorizar/recordar. Boa memória situacional

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Sim, a memória OK	212	49,3	199	46,3	189	44,0
	Problemas de memória	217	50,5	218	50,7	206	47,9
	Total	429	99,8	417	97,0	395	91,9
Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	7	1,6	1	0,2
	Morreu					33	7,7
	Não se aplica (Coma)			6	1,4	1	0,2
	Total	1	0,2	13	3,0	35	8,1
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Em relação às perturbações periódicas do pensamento ou consciência, através da tabela 15, podemos constatar que no parâmetro facilmente distraído 58,4% das pessoas inquiridas apresentam “comportamento não presente” na admissão (n=251), diminuindo esse valor para 55,3% na alta (n=238), o que nos indica que houve uma mudança de comportamento no internamento.

Tabela 15 - Perturbações periódicas do pensamento ou consciência - Facilmente distraído

		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Comportamento não presente	251	58,4	238	55,3
	Comportamento presente, consistente com o funcionamento normal	129	30,0	130	30,2
	Comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal	38	8,8	27	6,3
	Total	418	97,2	395	91,9
Omisso	Não sabe ou não responde	7	1,6	1	0,2
	Morreu			33	7,7
	Não se aplica (Coma)	5	1,2	1	0,2
	Total	12	2,8	35	8,1
Total		430	100,0	430	100,0

No que respeito às perturbações periódicas do pensamento ou consciência, em relação ao parâmetro momentos de discurso desorganizado, podemos verificar na tabela 16, que 67,4% das pessoas inquiridas na admissão apresentavam “comportamento não presente” (n=290), vindo esse valor a diminuir para 64,7% na alta (n=278), sugestivo de alterações no discurso durante o internamento.

Tabela 16 - Perturbações periódicas do pensamento ou consciência - Momentos de discurso desorganizado

		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Comportamento não presente	290	67,4	278	64,7
	Comportamento presente, consistente com o funcionamento normal	92	21,4	90	20,9
	Comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal	36	8,4	27	6,3
	Total	418	97,2	395	91,9
Omisso	Não sabe ou não responde	7	1,6	1	0,2
	Morreu			33	7,7
	Não se aplica (Coma)	5	1,2	1	0,2
	Total	12	2,8	35	8,1
Total		430	100,0	430	100,0

No que diz respeito à função mental varia ao longo do dia, como podemos observar na tabela 17, constatamos que das pessoas inquiridas 68,4% apresentam “comportamento não presente” na admissão (n=294), diminuindo para 65,6% na alta (n=282), sugestivo de alterações mentais que se agravaram durante o internamento.

Tabela 17 - Perturbações periódicas do pensamento ou consciência - Função mental varia ao longo do dia

		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Comportamento não presente	294	68,4	282	65,6
	Comportamento presente, consistente com o funcionamento normal	89	20,7	86	20,0
	Comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal	35	8,1	27	6,3
	Total	418	97,2	395	91,9
Omisso	Não sabe ou não responde	7	1,6	1	0,2
	Morreu			33	7,7
	Não se aplica (Coma)	5	1,2	1	0,2
	Total	12	2,8	35	8,1
Total		430	100,0	430	100,0

Por outro lado, verificamos que nos parâmetros facilmente distraído, momentos de discurso desorganizado, função mental varia ao longo do dia, que as pessoas inquiridas a nível do “comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal” apresentaram respetivamente variação da admissão (8,8%; 8,4%; 8,1%) para a alta com decréscimo dos valores para 6,3% em ambas as situações. Esta variação pode dever-se ao facto de na alta 8,1% das pessoas inquiridas estarem omissas (n=35).

Através da análise da tabela 18, verificámos que 9,5% das pessoas inquiridas apresentavam alteração aguda do estado mental em relação ao habitual no momento de admissão (n=41), havendo uma diminuição no momento da alta para 7% (n=30).

Tabela 18 - Alteração aguda do estado mental em relação ao habitual

		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Não	379	88,1	366	85,1
	Sim	41	9,5	30	7,0
	Total	420	97,7	396	92,1
Omisso	Não sabe ou não responde	5	1,2	1	0,2
	Morreu			32	7,4
	Não se aplica (Coma)	5	1,2	1	0,2
	Total	10	2,3	34	7,9
Total		430	100,0	430	100,0

Os resultados obtidos através da tabela 19 em relação à variável comunicação e visão revelam-nos que em relação ao fazer-se entender, 55,1% das pessoas inquiridas na pré-admissão conseguem transmitir uma mensagem, de forma a que os outros a entendam (n=237), diminuindo esse valor para 51,6% na admissão (n=222) e para 50,2% na alta (n=216).

Tabela 19 – Comunicação e visão - Fazer-se entender

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Compreendido	237	55,1	222	51,6	216	50,2
	Compreendido geralmente	104	24,2	103	24,0	89	20,7
	Compreendido frequentemente	60	14,0	49	11,4	52	12,1
	Compreendido algumas vezes	20	4,7	33	7,7	32	7,4
	Compreendido raramente ou nunca	8	1,9	9	2,1	6	1,4
	Total	429	99,8	416	96,7	395	91,9
Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	7	1,6	1	0,2
	Morreu					33	7,7
	Não se aplica (Coma)			7	1,6	1	0,2
Total		430	100	430	100,0	430	100,0

No que diz respeito à capacidade de compreender os outros verificamos pela tabela 20, que das pessoas inquiridas 53,7% compreende o que lhe é transmitido na pré-admissão (n=231), diminuindo para 50% na admissão (n=215) e para 48,6% na alta (n=209). Desta forma, isto é sugestivo de que as pessoas na pré-admissão têm mais capacidade de se fazer entender e de compreender os outros do que na admissão, havendo ainda uma diminuição dessa capacidade quando têm alta.

Tabela 20 – Comunicação e visão - Capacidade para compreender os outros

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Compreendido	231	53,7	215	50,0	209	48,6
	Compreendido geralmente	109	25,3	108	25,1	95	22,1
	Compreendido frequentemente	60	14,0	50	11,6	52	12,1
	Compreendido algumas vezes	21	4,9	34	7,9	34	7,9
	Compreendido raramente ou nunca	8	1,9	9	2,1	5	1,2
	Total	429	99,8	416	96,7	395	91,9
Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	7	1,6	1	0,2
	Morreu					33	7,7
	Não se aplica (Coma)			7	1,6	1	0,2
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Para além disso, em termos de visão verificamos pela análise da tabela 21, que na pré-admissão as pessoas inquiridas apresentavam: 47,4% “dificuldade mínima” (n=204), 23,5% “dificuldade moderada” (n=101), 0,7% “dificuldade grave” (n=3) e 0,2% sem visão (n=1), o que irá influenciar todo o processo relacional. No que diz respeito à audição, verifica-se que na pré-admissão, tal como a visão, as pessoas inquiridas já apresentavam: 27,9% “dificuldade mínima” (n=120), 20,5% “dificuldade moderada” (n=88) e 2,6% “dificuldade grave” (n=11) o que irá dificultar todo o processo de comunicação durante o internamento.

Tabela 21 – Comunicação e visão – Audição e Visão

			Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)	
			N	%	N	%
Visão	Válido	Adequada	120	27,9	118	27,4
		Dificuldade mínima	204	47,4	198	46,0
		Dificuldade moderada	101	23,5	96	22,3
		Dificuldade grave	3	0,7	3	0,7
		Sem visão	1	0,2	1	0,2
		Total	429	99,8	416	96,7
	Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	7	1,6
	Não se aplica (Coma)			7	1,6	
Total			430	100,0	430	100,0
Audição	Válido	Adequada	210	48,8	209	48,6
		Dificuldade mínima	120	27,9	116	27,0
		Dificuldade moderada	88	20,5	80	18,6
		Dificuldade grave	11	2,6	11	2,6
		Total	429	99,8	416	96,7
	Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	7	1,6
		Não se aplica (Coma)			7	1,6
Total			430	100,0	430	100,0

Pela análise da tabela 22, obtivemos como resultados em relação ao ânimo auto-reportado que 60% das pessoas inquiridas não se sentiram com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gostam (n=258), diminuindo para 56,7% na admissão (n=244) e voltando ao valor inicial de 60% na alta (n=258). Em

contrapartida, 38,4% referiram sentir-se dessa forma na pré-admissão e na admissão (n=165), vindo esse valor a diminuir para 27,7% na alta (n= 119).

Tabela 22 – Ânimo auto-reportado - Com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gosta

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Não nos últimos 3 dias do período pré-admissão/últimas 24 horas	258	60,0	244	56,7	258	60,0
	Não nos últimos 3 dias/24 horas, mas sente-se assim frequentemente	4	0,9	4	0,9	13	3,0
	Sim, sentiu-se dessa maneira nos últimos 3 dias/24 horas	165	38,4	165	38,4	119	27,7
	A pessoa não pode (quer) responder	3	0,7	10	2,3	6	1,4
	Total	430	100,0	423	98,4	396	92,1
Omisso	Morreu					33	7,7
	Não se aplica (Coma)			7	1,6	1	0,2
	Total			7	1,6	34	7,9
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Por outro lado, verifica-se na tabela 23 que 54,7% das pessoas inquiridas sentiram-se ansiosas, impacientes e deprimidas na pré-admissão e na admissão (n=235) diminuindo de forma significativa esse valor para 37,2% na alta (n=160). Pelo contrário, constatamos que 42,8% das pessoas inquiridas não se sentiram ansiosas, impacientes e deprimidas na pré-admissão (n=184), diminuindo esse valor para 39,5% na admissão (n=170) e aumentando para 49,3% na alta (n=212), o que significa que se sentiam confiantes no regresso a casa, no momento da alta.

Tabela 23 – Ânimo auto-reportado - Ansioso, impaciente ou inquieto

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Não nos últimos 3 dias do período pré-admissão/últimas 24 horas	184	42,8	170	39,5	212	49,3
	Não nos últimos 3 dias/24 horas, mas sente-se assim frequentemente	8	1,9	8	1,9	17	4,0
	Sim, sentiu-se dessa maneira nos últimos 3 dias/24 horas	235	54,7	235	54,7	160	37,2
	A pessoa não pode (quer) responder	3	0,7	10	2,3	6	1,4
	Total	430	100,0	423	98,4	395	91,9
Omisso	Morreu					33	7,7
	Não se aplica (Coma)			7	1,6	1	0,2
	Sistema					1	0,2
	Total			7	1,6	35	8,1
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Quanto às pessoas inquiridas se sentirem tristes deprimidas ou desesperadas, conforme se verifica na tabela 24, 57,7% não se sentiram assim na pré-admissão (n=248), diminuindo ligeiramente esse valor para 53,5% na admissão (n=230) e voltando a

subir para 61,4% na alta (n=264). No entanto, o contrário também se verifica, mas com menor abrangência dado que 40,9% das pessoas referem sentir-se tristes, deprimidas ou desesperadas na pré-admissão (n=176), aumentando ligeiramente para 42,1% na admissão e diminuindo esse valor de forma significativa para 26,3% na alta (n=113).

Tabela 24 – Ânimo auto-reportado - Triste, deprimido ou desesperado

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Não nos últimos 3 dias do período pré-admissão/últimas 24 horas	248	57,7	230	53,5	264	61,4
	Não nos últimos 3 dias/24 horas, mas sente-se assim frequentemente	3	0,7	2	0,5	13	3,0
	Sim, sentiu-se dessa maneira nos últimos 3 dias/24 horas	176	40,9	181	42,1	113	26,3
	A pessoa não pode (quer) responder	3	0,7	10	2,3	6	1,4
	Total	430	100,0	423	98,4	396	92,1
Omisso	Morreu					33	7,7
	Não se aplica (Coma)			7	1,6	1	0,2
	Total			7	1,6	34	7,9
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Em relação aos sintomas de comportamento, observamos na tabela 25, que os resultados obtidos nos indicam que 0,9% das pessoas inquiridas sentiram “presença de um ou mais dos seguintes sintomas: abuso verbal, abuso físico, resistência aos cuidados, comportamento socialmente inapropriado ou disruptivo” na pré-admissão (n=4) havendo um aumento significativo para 4% na admissão (n=17) e um decréscimo na alta para 1,2% (n=5).

Tabela 25 – Sintomas de comportamento

			Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
			N	%	N	%	N	%
Nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS, presença de um ou mais dos seguintes sintomas: abuso verbal, abuso físico, resistência aos cuidados, comportamento socialmente inapropriado ou disruptivo.	Válido	Não	425	98,8	402	93,5	391	90,9
		Sim	4	0,9	17	4,0	5	1,2
		Total	429	99,8	419	97,4	396	92,1
	Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	5	1,2	1	0,2
		Morreu					32	7,4
		Não se aplica (Coma)			6	1,4	1	0,2
Total			430	100,0	430	100,0	430	100,0

Na tabela 26, podemos verificar na atividade vida diária “tomar banho” que 58,8% das pessoas inquiridas na pré-admissão eram independentes (n=253), vindo esse valor a diminuir para 24,2% (n=104) na alta. Em relação à assistência limitada, alargada e máxima com uma percentagem respetivamente de 7%, 10,5%, e 0,9%, na pré-admissão, constata-se que as pessoas inquiridas apresentavam menores necessidades nesta atividade do que na alta, dado que houve um aumento para 17,4% na assistência

limitada, 19,5% na assistência alargada e 2,1% na assistência máxima. Para além disso, constatamos que 18,6% (n=80) das pessoas inquiridas apresentavam dependência total na atividade tomar banho na pré-admissão, havendo um ligeiro aumento para 19,1% na alta (n=82).

Tabela 26 – Auto-desempenho nas atividades da vida diária (AVD) – Tomar banho

		Pré Admissão (pa)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Independente	253	58,8	104	24,2
	Independente, ajuda apenas na preparação	10	2,3	11	2,6
	Supervisão	8	1,9	32	7,4
	Assistência limitada	30	7,0	75	17,4
	Assistência alargada	45	10,5	84	19,5
	Assistência máxima	4	0,9	9	2,1
	Dependência total	80	18,6	82	19,1
	Total	430	100,0	397	92,3
Omisso	Morreu			33	7,7
Total		430	100,0	430	100,0

Em relação à atividade “higiene pessoal”, verifica-se na tabela 27, que 64,2% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão, vindo esse valor a diminuir para 37,2% na admissão e para 33,7% na alta. Para além disso, em termos de higiene pessoal verifica-se que das pessoas inquiridas 10,9% precisavam de assistência limitada na pré-admissão, havendo um aumento para 21,4% na admissão e uma ligeira diminuição para 19,1% na alta. Na assistência alargada e máxima com 3% e 0,2% respetivamente na pré-admissão, houve um aumento para 7,9% e 1,2% na admissão e um ligeiro decréscimo para 6% e 0,5% na alta. Na pré-admissão, 12,1% das pessoas inquiridas (n=52) apresentavam dependência total na higiene pessoal, vindo esse valor a aumentar para 19,5% na admissão (n=84) e a diminuir para 10% na alta (n=43).

Tabela 27 – Auto-desempenho nas atividades da vida diária (AVD) – Higiene pessoal

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Independente	276	64,2	160	37,2	145	33,7
	Independente, ajuda apenas na preparação	5	1,2	6	1,4	18	4,2
	Supervisão	36	8,4	48	11,2	81	18,8
	Assistência limitada	47	10,9	92	21,4	82	19,1
	Assistência alargada	13	3,0	34	7,9	26	6,0
	Assistência máxima	1	0,2	5	1,2	2	0,5
	Dependência total	52	12,1	84	19,5	43	10,0
	Total	430	100,0	429	99,8	397	92,3
Omisso	Não se aplica (Coma)			1	0,2		
	Morreu					33	7,7
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Na atividade “caminhar” podemos constatar pela análise da tabela 28 que 69,1% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão, vindo a diminuir esse valor

para 33,3% na admissão e para 30,9% na alta. Na pré-admissão, verificamos respectivamente que 5,6% e 0,7% das pessoas inquiridas necessitavam de assistência limitada e máxima, vindo esse valor a aumentar para 7,4% e 1,2% na admissão e para 19,1% e 2,3% na alta. Para além disso, 1,9% das pessoas inquiridas apresentavam dependência total na atividade caminhar na pré-admissão, vindo esse valor a aumentar para 3,5% na admissão e para 7,7% na alta. De realçar que em 10,9% das pessoas não houve atividade no caminhar na pré-admissão, aumentando esse valor para 40,7% na admissão e diminuindo para 5,3% na alta.

Tabela 28 – Auto-desempenho nas atividades da vida diária (AVD) – Caminhar

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Independente	297	69,1	143	33,3	133	30,9
	Independente, ajuda apenas na preparação	7	1,6	5	1,2	7	1,6
	Supervisão	31	7,2	42	9,8	57	13,3
	Assistência limitada	24	5,6	32	7,4	82	19,1
	Assistência alargada	13	3,0	12	2,8	52	12,1
	Assistência máxima	3	0,7	5	1,2	10	2,3
	Dependência total	8	1,9	15	3,5	33	7,7
	Não houve atividade	47	10,9	175	40,7	23	5,3
	Total	430	100,0	429	99,8	397	92,3
Omisso	Não se aplica (Coma)			1	0,2		
	Morreu					33	7,7
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Na atividade “transferência para a sanita” verificamos na tabela 29 que 68,4% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão, diminuindo esse valor para 32,3% na admissão e para 29,8% na alta. É de salientar que apenas 4,2% das pessoas inquiridas precisavam de supervisão na “transferência para a sanita” na pré-admissão, vindo esse valor a aumentar para 7,7% na admissão e para 12,6% na alta. Por outro lado, verifica-se que 8,6% e 6% das pessoas inquiridas precisavam de assistência limitada e alargada respectivamente na pré-admissão, havendo um aumento para 9,1% e 10,7% na admissão e 18,6% e 15,8% na alta. Na atividade “transferência para a sanita”, não houve atividade para 2,6% das pessoas inquiridas na pré-admissão, apresentando um aumento acentuado para 24% na admissão e uma diminuição para 1,9% na alta.

Tabela 29 – Auto-desempenho nas atividades da vida diária (AVD) – Transferência para a sanita

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Independente	294	68,4	139	32,3	128	29,8
	Independente, ajuda apenas na preparação	3	0,7	2	0,5	3	0,7
	Supervisão	18	4,2	33	7,7	54	12,6
	Assistência limitada	37	8,6	39	9,1	80	18,6
	Assistência alargada	26	6,0	46	10,7	68	15,8
	Assistência máxima	2	0,5	7	1,6	7	1,6
	Dependência total	39	9,1	60	14,0	49	11,4
	Não houve atividade	11	2,6	103	24,0	8	1,9
	Total	430	100	429	99,8	397	92,3
Omisso	Não se aplica (Coma)			1	0,2	1	0,2
	Morreu					32	7,4
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

No auto-desempenho da atividade de vida diária “uso da cada de banho”, verificamos na tabela 30 que 67,9% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão, vindo esse valor a diminuir para 32,1% na admissão e para 29,3% na alta. Importa referir que na pré-admissão apenas 4,4% das pessoas inquiridas precisavam de supervisão no “uso da cada de banho” mas esse valor aumentou para 8,1% na admissão e para 12,1% na alta. Para além disso, podemos constatar que em termos de assistência, aquela em que houve maiores alterações foi na assistência limitada com 8,1% na pré-admissão, para 7,9% na admissão e 18,8% na alta. No entanto, é importante salientar que nesta atividade as pessoas inquiridas apresentavam na pré-admissão 10,9% de dependência total, vindo esse valor a aumentar de forma acentuada para 33,5% na admissão e a diminuir de forma acentuada para 12,8% na alta.

Tabela 30 – Auto-desempenho nas atividades da vida diária (AVD) – Uso da casa de banho

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Independente	292	67,9	138	32,1	126	29,3
	Independente, ajuda apenas na preparação	4	0,9	3	0,7	4	0,9
	Supervisão	19	4,4	35	8,1	52	12,1
	Assistência limitada	35	8,1	34	7,9	81	18,8
	Assistência alargada	25	5,8	49	11,4	68	15,8
	Assistência máxima	3	0,7	7	1,6	7	1,6
	Dependência total	47	10,9	144	33,5	55	12,8
	Não houve atividade	5	1,2	19	4,4	4	0,9
	Total	430	100,0	429	99,8	397	92,3
Omisso	Não se aplica (Coma)			1	0,2		
	Morreu					33	7,7
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Em relação à atividade “mobilidade na cama”, podemos verificar através da análise da tabela 31, que 78,4% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão, vindo esse valor a diminuir para 49,5% na admissão e a aumentar de forma discreta para 52,8% na alta. É de salientar que 3,5% das pessoas inquiridas necessitavam apenas de supervisão na atividade “mobilidade na cama” na pré-admissão, vindo esse valor a aumentar para 8,6% na admissão e para 14,2% na alta. Para além disso, verifica-se que das pessoas inquiridas 4,4% precisavam de assistência limitada e 9,8% apresentavam dependência total na atividade “mobilidade na cama” na pré-admissão, vindo esse valor a aumentar respetivamente para 15,6% e 17% na admissão e a diminuir para 11,4% e 7,4% na alta.

Tabela 31 – Auto-desempenho nas atividades da vida diária (AVD) – Mobilidade na cama

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Independente	337	78,4	213	49,5	227	52,8
	Independente, ajuda apenas na preparação	2	0,5	1	0,2	5	1,2
	Supervisão	15	3,5	37	8,6	61	14,2
	Assistência limitada	19	4,4	67	15,6	49	11,4
	Assistência alargada	13	3,0	32	7,4	19	4,4
	Assistência máxima	2	0,5	6	1,4	3	0,7
	Dependência total	42	9,8	73	17,0	32	7,4
	Não houve atividade					1	0,2
	Total	430	100	429	99,8	397	92,3
Omisso	Não se aplica (Coma)			1	0,2		
	Morreu					33	7,7
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Pela análise da tabela 32, podemos constatar que 83,3% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão na atividade “alimentação”, vindo esse valor a diminuir de forma acentuada para 61,4% na admissão e a aumentar de forma ligeira para 66% na alta. De salientar que na atividade “alimentação”, apenas 4,4% das pessoas inquiridas precisavam de supervisão na pré-admissão vindo esse valor a aumentar para 10% na admissão e a manter-se constante na alta. Outro aspeto a ter em consideração é que na atividade “alimentação” 3% e 6,3% precisavam de assistência limitada e apresentavam dependência total respetivamente na pré-admissão, vindo esse valor a aumentar para 10,9% e 10,5% na admissão e a diminuir de forma discreta para 6,5 e 5,1% na alta.

É importante referir no auto-desempenho nas atividades da vida diária (AVD), que em todas as atividades mencionadas não devemos menosprezar que 7,7% das pessoas

internadas (n=33) foram omissas no momento da alta.

Tabela 32– Auto-desempenho nas atividades da vida diária (AVD) - Alimentação

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Independente	358	83,3	264	61,4	284	66,0
	Independente, ajuda apenas na preparação	3	0,7	11	2,6	7	1,6
	Supervisão	19	4,4	43	10,0	43	10,0
	Assistência limitada	13	3,0	47	10,9	28	6,5
	Assistência alargada	8	1,9	10	2,3	9	2,1
	Assistência máxima					1	0,2
	Dependência total	27	6,3	45	10,5	22	5,1
	Não houve atividade	2	0,5	9	2,1	3	0,7
	Total	430	100	429	99,8	397	92,3
Omisso	Não se aplica (Coma)			1	0,2		
	Morreu					33	7,7
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Pela análise da tabela 33, “locomoção/caminhar” constatamos que 56,5% das pessoas inquiridas (n=243) têm como principal modo de locomoção o “caminhar, sem aparelho de suporte” na pré-admissão, diminuindo para 34,9% na admissão e alta (n=150). Por outro lado, 31,2% das pessoas inquiridas têm como principal modo de locomoção o “caminhar, usa aparelho de suporte” na pré-admissão, vindo esse valor a diminuir para 19,3% na admissão (n=83) e a aumentar para 41,6% na alta (n=179). É de interesse referir que 8,6% das pessoas inquiridas na pré-admissão são acamadas (n=37) quanto ao principal modo de locomoção, vindo esse valor a aumentar de forma significativa para 35,1% na admissão (n=151) e a diminuir novamente para 11,9% na alta (n=51).

Tabela 33 - Locomoção/Caminhar - Principal modo de locomoção

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Caminhar, sem aparelho de suporte	243	56,5	150	34,9	150	34,9
	Caminhar, usa aparelho de suporte	134	31,2	83	19,3	179	41,6
	Cadeira de rodas, scooter eléctrica	16	3,7	45	10,5	17	4,0
	Acamado	37	8,6	151	35,1	51	11,9
	Total	430	100,0	429	99,8	397	92,3
Omisso	Não se aplica (Coma)			1	0,2		
	Morreu					33	7,7
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Em relação à caminhada de quatro metros temporizada, conforme podemos observar na tabela 34, 13,5% das pessoas inquiridas demoraram menos de 30 segundos a percorrer o percurso (n=58), 32,6% demoraram 30 ou mais segundos para andar 4 metros (n= 140),

15,8% parou antes de terminar o teste (n=68), 9,8% recusou-se a fazer o teste (n=42) e em 20,7% não foi testado (n=89).

Importa ainda referir que 7,7% das pessoas internadas em relação ao principal modo de locomoção e à caminhada de quatro metros temporizada (n=33) foram omissas, por terem morrido.

Tabela 34 - Locomoção/Caminhar - Caminhada de quatro metros temporizada

		Alta (at)	
		N	%
Válido	Menos de 30 segundos	58	13,5
	30 ou mais segundos para andar 4 metros	140	32,6
	Parou antes de terminar o teste	68	15,8
	Recusou-se a fazer o teste	42	9,8
	Não foi testado	89	20,7
	Total	397	92,3
Omisso	Morreu	33	7,7
Total		430	100,0

Em relação à variável acamado, como podemos constatar pela análise da tabela 35, 58,8% das pessoas inquiridas não eram acamadas na admissão (n=253), aumentando esse valor para 74,7% na alta (n=321). Pelo contrário, verificou-se que 41,2% das pessoas inquiridas eram acamadas na admissão (n=177), vindo esse valor a diminuir de forma significativa para 17,9% na alta (n=77).

Tabela 35 - Acamado

		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Não	253	58,8	321	74,7
	Sim	177	41,2	77	17,9
	Total	430	100,0	398	92,6
Omisso	Morreu			31	7,2
	Sistema			1	0,2
Total		430	100,0	430	100,0

Em relação ao auto desempenho das AIVD e capacidade, na tabela 36, são comparados os resultados entre a pré admissão e a alta. No que diz respeito à preparação das refeições, constatamos que 40,2% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão (n=173), diminuindo esse valor de forma significativa para 18,4% na alta (n=79). Outro parâmetro que apresenta alterações significativas prende-se com a assistência limitada na preparação das refeições dado que passa de 1,6% na pré-admissão (n=7) para 11,6% na alta (n=50). Para além disso, verifica-se que 55,8% das pessoas inquiridas apresentam dependência total na preparação das refeições na pré-admissão (n=240), havendo um ligeiro aumento para 59,1% na alta (n=254).

Tabela 36 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Preparação das refeições

		Pré Admissão (pa)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Independente	173	40,2	79	18,4
	Independente, ajuda apenas na preparação	3	0,7	2	0,5
	Supervisão	2	0,5	1	0,2
	Assistência limitada	7	1,6	50	11,6
	Assistência alargada	2	0,5	7	1,6
	Assistência máxima	3	0,7	3	0,7
	Dependência total	240	55,8	254	59,1
	Total	430	100,0	396	92,1
Omisso	Morreu			33	7,7
	Não se aplica (Coma)			1	0,2
Total		430	100,0	430	100,0

No parâmetro tarefas domésticas, constatamos através da análise da tabela 37 que 42,6% das pessoas inquiridas são independentes na pré-admissão (n=183), vindo esse valor a diminuir de forma significativa para 16,7% na alta (n=72). Por outro lado, detetamos tal como na preparação das refeições, que apenas 1,2% das pessoas inquiridas precisavam de assistência limitada nas tarefas domésticas na pré-admissão (n=5), aumentando de forma significativa para 11,4% na alta (n=49). Para além disso, constatamos ainda que 54,2% das pessoas inquiridas apresentavam dependência total na pré-admissão (n=233) aumentando esse valor para 61,6% na alta (n=265).

Tabela 37 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Tarefas domésticas

		Pré Admissão (pa)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Independente	183	42,6	72	16,7
	Independente, ajuda apenas na preparação	2	0,5	2	0,5
	Supervisão	1	0,2	1	0,2
	Assistência limitada	5	1,2	49	11,4
	Assistência alargada	2	0,5	2	0,5
	Assistência máxima	4	0,9	5	1,2
	Dependência total	233	54,2	265	61,6
	Total	430	100,0	396	92,1
Omisso	Morreu			33	7,7
	Não se aplica (Coma)			1	0,2
Total		430	100,0	430	100,0

Em relação ao parâmetro “gerir as finanças pessoais” verificamos na tabela 38 que 65,6% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão (n=282), havendo um decréscimo para 55,1% na alta (n=237). Esta variação de 10,5% encontra-se distribuída equitativamente pela assistência limitada, alargada e máxima e pelos casos omissos (morte) que representam um total de 7,7% (n=33) na alta. Em termos de dependência total houve uma variação de 0,2% da pré-admissão (n=124) para a alta (n=123).

Tabela 38 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Gerir as finanças pessoais

		Pré Admissão (pa)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Independente	282	65,6	237	55,1
	Supervisão	2	0,5	4	0,9
	Assistência limitada	19	4,4	23	5,3
	Assistência alargada	2	0,5	6	1,4
	Assistência máxima	1	0,2	3	0,7
	Dependência total	124	28,8	123	28,6
	Total	430	100,0	396	92,1
Omisso	Não sabe ou não responde			1	0,2
	Morreu			32	7,4
	Não se aplica (Coma)			1	0,2
Total		430	100,0	430	100,0

Na gestão da medicação, através da tabela 39 constatamos que 66% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão (n=284), passando a 47,7% na alta (n=205). Por outro lado, 28,4% das pessoas inquiridas apresentavam dependência total na pré-admissão (n=122), aumentando esse valor para 30,2% na alta (n=130).

Tabela 39 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Gerir a medicação

		Pré Admissão (pa)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Independente	284	66,0	205	47,7
	Independente, ajuda apenas na preparação			2	0,5
	Supervisão	5	1,2	15	3,5
	Assistência limitada	16	3,7	38	8,8
	Assistência alargada	2	0,5	4	0,9
	Assistência máxima	1	0,2	2	0,5
	Dependência total	122	28,4	130	30,2
	Total	430	100,0	396	92,1
Omisso	Morreu			33	7,7
	Não se aplica (Coma)			1	0,2
Total		430	100,0	430	100,0

No uso do telefone, conforme podemos observar pela análise da tabela 40, 71,9% das pessoas inquiridas eram independentes nesta atividade na pré-admissão (n=309), havendo um decréscimo para 59,5% na alta (n=256), em contrapartida verifica-se que 9,1% apresentavam dependência total na pré-admissão (n=39), aumentando esse valor para 11,4% na alta (n=49).

Tabela 40 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Uso do telefone

		Pré Admissão (pa)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Independente	309	71,9	256	59,5
	Independente, ajuda apenas na preparação	2	0,5	22	5,1
	Supervisão	14	3,3	65	15,1
	Assistência limitada	39	9,1	2	0,5
	Assistência alargada	2	0,5		
	Assistência máxima			1	0,2
	Dependência total	39	9,1	49	11,4
	Não houve atividade	25	5,8		
	Total	430	100,0	395	91,9
Omisso	Não sabe não responde			1	0,2
	Morreu			33	7,7
	Não se aplica (Coma)			1	0,2
Total	430	100,0	430	100,0	

Na atividade subir escadas, pela análise da tabela 41 constatamos que 57,2% das pessoas inquiridas referiam ser independentes na pré-admissão (n=246), havendo um decréscimo acentuado para 29,3% na alta (n=126). Pelo contrário, verifica-se que 4,4% apresentavam dependência total nesta atividade na pré-admissão (n=19) havendo um aumento significativo para 22,6% na alta (n=97).

Tabela 41 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade - Escadas

		Pré Admissão (pa)		Alta (at)	
		N	%	N	%
Válido	Independente	246	57,2	126	29,3
	Independente, ajuda apenas na preparação	2	0,5	2	0,5
	Supervisão	29	6,7	36	8,4
	Assistência limitada	30	7,0	109	25,3
	Assistência alargada	3	0,7	21	4,9
	Assistência máxima	2	0,5	5	1,2
	Dependência total	19	4,4	97	22,6
	Não houve atividade	99	23,0		
	Total	430	100,0	396	92,1
Omisso	Morreu			33	7,7
	Não se aplica (Coma)			1	0,2
Total	430	100,0	430	100,0	

Em relação às compras e transporte a tendência é a mesma, conforme se verifica na tabela 42, 57,7% das pessoas inquiridas eram independentes na atividade compras na pré-admissão (n=248), vindo esse número a diminuir para 25,8% na alta (n=111). Em contrapartida, 8,6% (n=37) apresentavam dependência total nas compras na pré-admissão, havendo um aumento significativo para 39,8% no momento da alta (n=171). Ainda na tabela 43, verificamos na atividade transporte que 61,2% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão (n=263), vindo esse valor a diminuir para 33% aquando da alta (n=142). Por outro lado, importa ainda referir que 16,7% das

peças inquiridas na atividade transporte apresentavam dependência total na pré-admissão (n=72), aumentando o valor para 19,5% na alta (n=84).

Tabela 42 - Auto-desempenho nas AIVD e capacidade – Compras e transporte

			Pré Admissão (pa)		Alta (at)	
			N	%	N	%
Compras	Válido	Independente	248	57,7	111	25,8
		Supervisão	3	0,7	15	3,5
		Assistência limitada	21	4,9	84	19,5
		Assistência alargada			8	1,9
		Assistência máxima	4	0,9	6	1,4
		Dependência total	37	8,6	171	39,8
		Não houve atividade	117	27,2	1	0,2
		Total	430	100,0	396	92,1
	Omisso	Morreu			33	7,7
		Não se aplica (Coma)			1	0,2
Total			430	100,0	430	100,0
Transporte	Válido	Independente	263	61,2	142	33,0
		Independente, ajuda apenas na preparação	2	0,5	2	0,5
		Supervisão	9	2,1	26	6,0
		Assistência limitada	72	16,7	119	27,7
		Assistência alargada	5	1,2	19	4,4
		Assistência máxima	2	0,5	4	0,9
		Dependência total	72	16,7	84	19,5
		Não houve atividade	5	1,2		
	Total	430	100,0	396	92,1	
	Omisso	Morreu			33	7,7
Não se aplica (Coma)				1	0,2	
Total			430	100,0	430	100,0

Em relação à continência, através da tabela 43 verificamos que na variável continência urinária 74,4% das pessoas inquiridas são continentes na pré-admissão (n=320), diminuindo esse valor para 55,1% na admissão (n=237) e voltando a aumentar para 61,6% na alta (n=265). É de realçar que apenas 3,7% apresentam “controlo com cateter ou ostomia” na pré-admissão (n=16), no entanto existe um aumento significativo para 22,3% na admissão (n=96), o que pode estar relacionado com patologia/cirurgia, controle de diurese, controle de exsudado em feridas, entre outros fatores, diminuindo posteriormente para 6,3% na alta (n=27). Importa ainda referir que 8,6% são incontinentes na pré-admissão (n=37) havendo uma diminuição para 7% na admissão (n=30) e para 6% na alta (n=26). Esta variação de 2,6% da pré-admissão para a alta em termos de incontinência pode estar relacionada com o controlo com cateter ou ostomia ou com os casos omissos que representam num total 7,7% e não com a melhoria do estado de saúde da pessoa neste parâmetro.

Tabela 43 – Continência – Continência urinária

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Continente	320	74,4	237	55,1	265	61,6
	Controlo com cateter ou ostomia	16	3,7	96	22,3	27	6,3
	Raramente incontinente	34	7,9	37	8,6	50	11,6
	Algumas vezes incontinente	11	2,6	16	3,7	19	4,4
	Frequentemente incontinente	11	2,6	12	2,8	9	2,1
	Incontinente	37	8,6	30	7,0	26	6,0
	Não aconteceu	1	0,2	2	0,5	1	0,2
	Total	430	100,0	430	100,0	397	92,3
Omisso	Não sabe ou não responde					2	0,5
	Morreu					31	7,2
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Em relação ao aparelho de recolha de urina, constatamos na análise da tabela 44, que 96,3% não usavam “nenhum” (n=414); 0,2% usavam “preservativo de urina”(n=1); 3,3% têm “cateter permanente” (n=14) e 0,2% têm “cistostomia, nefrostomia, ureterostomia” (n=1) na pré-admissão. Os valores atrás mencionados têm alterações significativas, dado que os que não usam aparelho de recolha de urina passam para 77,4% (n=333) na admissão e para 86,3% na alta (n=371), verificando-se que os valores não se conseguem equiparar com os da pré-admissão. Por outro lado, as pessoas inquiridas que têm cateter permanente passam para 21,6% na admissão (n=93) e para 5,6% na alta (n=24).

Tabela 44 – Continência – Aparelho de recolha de urina

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Nenhum	414	96,3	333	77,4	371	86,3
	Preservativo de urina	1	0,2	2	0,5		
	Cateter permanente	14	3,3	93	21,6	24	5,6
	Cistostomia, nefrostomia, ureterostomia	1	0,2	2	0,5	2	0,5
	Total	430	100,0	430	100,0	397	92,3
Omisso	Não sabe ou não responde					1	0,2
	Morreu					32	7,4
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Quanto à variável continência fecal, observamos na tabela 45 que 79,3% das pessoas inquiridas referem ser continentes na pré-admissão (n=341), diminuindo essa continência para 64,4% na admissão (n=277) e aumentando ligeiramente para 66,7% na alta (n=287). Em relação ao controlo com ostomia, apenas 0,7% dessas pessoas têm ostomia na pré-admissão (n=3), havendo um aumento para 0,9% na admissão (n=4) e para 1,2% na alta (n=5).

Tabela 45 – Continência – Continência fecal

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Continente	341	79,3	277	64,4	287	66,7
	Controlo com cateter ou ostomia	3	0,7	4	0,9	5	1,2
	Raramente incontinente	27	6,3	48	11,2	40	9,3
	Algumas vezes incontinente	11	2,6	24	5,6	21	4,9
	Frequentemente incontinente	9	2,1	16	3,7	10	2,3
	Incontinente	38	8,8	48	11,2	32	7,4
	Não aconteceu			13	3,0	2	0,5
	Total	429	99,8	430	100,0	397	92,3
Omisso	Sistema	1	0,2				
	Morreu					33	7,7
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

No que diz respeito ao uso de pensos e fraldas, verificamos através da tabela 46 que das pessoas inquiridas 74,7% não usavam (n=321) e 25,3% usavam (n=109) na pré-admissão, sofrendo estes valores alterações respetivamente para 58,4% (n=251) e 41,6% (n=179) na admissão com o agravamento do estado de saúde. No entanto, na alta, houve uma melhoria em relação às pessoas que não usam pensos e fraldas para 60,9% (n=262) e às que usam para 31,4% (n=135) não atingindo os valores da pré-admissão.

Tabela 46 – Continência – Uso de pensos, fraldas

		Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
		N	%	N	%	N	%
Válido	Não	321	74,7	251	58,4	262	60,9
	Sim	109	25,3	179	41,6	135	31,4
	Total	430	100,0	430	100,0	397	92,3
Omisso	Morreu					33	7,7
Total		430	100,0	430	100,0	430	100,0

Os resultados da variável condições de saúde em relação às quedas, relatados na tabela 47, indicam-nos que das pessoas inquiridas na admissão 64,9% não tiveram “nenhuma queda nos últimos 90 dias” (n=279); 5,6% não tiveram “nenhuma queda nos últimos 30 dias, mas caíram há 31-90 dias” (n=24); 28,1% tiveram “uma queda nos últimos 30 dias” (n=121) e 0,9% tiveram “duas ou mais quedas nos últimos 30 dias” (n=4). As quedas influenciam assim, a mobilidade das pessoas, dado que trazem limitações ao seu estado funcional, sendo de valorizar que no momento da alta apenas 1,4% tiveram “quedas recentes” durante o internamento (n=6).

Tabela 47 – Condições de Saúde - Quedas

			Admissão (ad)		Alta (at)	
			N	%	N	%
Quedas	Válido	Nenhuma queda nos últimos 90 dias	279	64,9		
		Nenhuma queda nos últimos 30 dias, mas caiu há 31-90 dias	24	5,6		
		Uma queda nos últimos 30 dias	121	28,1		
		Duas ou mais quedas nos últimos 30 dias	4	0,9		
		Total	428	99,5		
	Omisso	Não sabe ou não responde	2	0,5		
Total			430	100,0		
Quedas recentes	Válido	Não			391	90,9
		Sim			6	1,4
		Total			397	92,3
	Omisso	Morreu			33	7,7
	Total					430

Na tabela 48, constatamos em relação à variável equilíbrio avaliado na admissão e alta, uma diminuição na “dificuldade ou incapacidade de se levantar sem ajuda” de 59,8% (n=257) para 51,9% (n=223), assim como na “dificuldade ou incapacidade de se virar e olhar na direção oposta quando está em pé” de 47,4% (n=204) para 39,3% (n=169). Em relação à situação gastrointestinal – náusea, as pessoas inquiridas referem que 10,9% apresentaram este sintoma na admissão (n=47), diminuindo esse valor para 4,4% na alta (n=19).

Tabela 48 – Condições de Saúde – Frequência do problema

				Admissão (ad)		Alta (at)	
				N	%	N	%
Equilíbrio	Tem dificuldade ou é incapaz de se levantar sem ajuda	Válido	Não presente	169	39,3	173	40,2
			Presente	257	59,8	223	51,9
			Total	426	99,1	396	92,1
		Omisso	Não sabe ou não responde	4	0,9	1	0,2
			Morreu			33	7,7
			Total	430	100,0	430	100,0
	Tem dificuldade ou é incapaz de se virar e olhar na direção oposta quando está em pé	Válido	Não presente	222	51,6	227	52,8
			Presente	204	47,4	169	39,3
			Total	426	99,1	396	92,1
		Omisso	Não sabe ou não responde	4	0,9	1	0,2
Morreu					33	7,7	
Total			430	100,0	430	100,0	
Situação Gastrointestinal	Náusea	Válido	Não presente	379	88,1	377	87,7
			Presente	47	10,9	19	4,4
			Total	426	99,1	396	92,1
		Omisso	Não sabe ou não responde	4	0,9	1	0,2
			Morreu			33	7,7
			Total	430	100,0	430	100,0

Na tabela 49 estão inscritos os resultados da variável condições de saúde para os sintomas dispneia e fadiga, verificando-se na pré-admissão que 72,3% das pessoas

inquiridas têm ausência de dispneia (n=311) e 24,7% (n=106) não apresentaram fadiga na realização das atividades, vindo esse valor a diminuir para 66,3% (n=285) e 17,4% (n=75) em ambas as situações na admissão. De salientar que da admissão para a alta, houve um ligeiro aumento para a “ausência do sintoma” de dispneia para 72,6% (n=312) e uma diminuição do valor “nenhuma fadiga” para 14,7% (n=63). Em relação à fadiga, 6,3% (n=27) das pessoas inquiridas são incapazes de começar uma atividade diária na pré-admissão, aumentando para 10,2% na admissão (n=44) e diminuindo para 7% na alta (n=30).

Tabela 49 – Condições de Saúde – Dispneia e fadiga

			Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
			N	%	N	%	N	%
Dispneia (Falta de ar)	Válido	Ausência de sintoma	311	72,3	285	66,3	312	72,6
		Ausência em repouso mas presente durante a realização de atividades moderadas	45	10,5	50	11,6	65	15,1
		Ausência em repouso mas presente durante a realização de atividades diárias normais	48	11,2	46	10,7	16	3,7
		Presente em repouso	26	6,0	46	10,7	4	0,9
		Total	430	100,0	427	99,3	397	92,3
	Omisso	Não sabe ou não responde			3	0,7		
		Morreu					33	7,7
Total			430	100,0	430	100,0	430	100,0
Fadiga. Incapacidade para realizar atividades diárias normais	Válido	Nenhuma	106	24,7	75	17,4	63	14,7
		Mínima	89	20,7	86	20,0	82	19,1
		Moderada	164	38,1	153	35,6	167	38,8
		Grave	43	10,0	64	14,9	54	12,6
		Incapaz de começar qualquer atividade diária	27	6,3	44	10,2	30	7,0
		Total	429	99,8	422	98,1	396	92,1
	Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	8	1,9	1	0,2
		Morreu					33	7,7
Total			430	100,0	430	100,0	430	100,0

Ao compararmos os resultados dos sintomas de dor na pré admissão, admissão e alta na tabela 50, verificamos que as pessoas inquiridas quanto à frequência com que se queixam ou mostram sinais de dor referem que a dor foi manifestada nos últimos 3 dias/24 h em 68,8% na pré-admissão, em 70,9% na admissão e em 57,9% na alta. Isto indica-nos que houve um agravamento da pré-admissão para a admissão e uma melhoria da admissão para a alta.

Quanto à intensidade, 5,6% das pessoas inquiridas consideram a dor “fraca” (n=24); 17,9% “moderada” (n=77); 38,6% “forte” (n=166) e 7,9% “horrrível” (n=34) na pré-admissão. É de realçar que tanto a dor “forte” como a dor “horrrível” apresentam uma diminuição acentuada da pré-admissão para a admissão, com valores respetivamente de

10,9% e 0,7% e da admissão para a alta na dor “forte” para valores de 1,4% (n=6), mantendo a dor “horrorível” o valor 0,7% (n=3). No entanto, a dor fraca é aquela que apresenta um aumento mais significativo de 5,6% na pré-admissão (n=24) para 21,4% na admissão (n=92) e para 44,9% na alta (n=193), provavelmente associada a determinadas cirurgias.

Quanto à persistência da dor é de realçar que a dor constante é aquela que é mais referida pelas pessoas inquiridas com 57,2% na pré-admissão (n=246), diminuindo para 30,2% na admissão (n=130) e 2,6% na alta (n=11).

Tabela 50 – Condições de Saúde – Sintomas de dor

			Pré Admissão (pa)		Admissão (ad)		Alta (at)	
			N	%	N	%	N	%
Frequência com que a pessoa se queixa ou mostra sinais de dor	Válido	Sem dor	123	28,6	101	23,5	89	20,7
		Presente mas não manifestada nos últimos 3 dias/24 horas	10	2,3	16	3,7	59	13,7
		Manifestada nos últimos 3 dias/24 horas	296	68,8	305	70,9	249	57,9
		Total	429	99,8	422	98,1	397	92,3
	Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	8	1,9		
		Morreu					33	7,7
Total			430	100,0	430	100,0	430	100,0
Nível mais elevado de intensidade da dor atual	Válido	Sem dor	128	29,8	111	25,8	118	27,4
		Fraca	24	5,6	92	21,4	193	44,9
		Moderada	77	17,9	169	39,3	77	17,9
		Forte	166	38,6	47	10,9	6	1,4
		Momentos em que a dor é horrível e lancinante	34	7,9	3	0,7	3	0,7
		Total	429	99,8	422	98,1	397	92,3
	Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	8	1,9		
		Morreu					33	7,7
Total			430	100,0	430	100,0	430	100,0
Persistência da dor	Válido	Sem dor	125	29,1	108	25,1	98	22,8
		Único episódio nos últimos 3 dias/24 horas	3	0,7	9	2,1	121	28,1
		Intermitente	55	12,8	175	40,7	167	38,8
		Constante	246	57,2	130	30,2	11	2,6
		Total	429	99,8	422	98,1	397	92,3
	Omisso	Não sabe ou não responde	1	0,2	8	1,9		
		Morreu					33	7,7
Total			430	100,0	430	100,0	430	100,0

Para além dos resultados apresentados pelo interRai (AC) PT, na recolha de dados também consideramos uma grelha onde constam as intervenções de enfermagem de reabilitação, que foi aplicada aos enfermeiros dos serviços em estudo. Pela análise da tabela 51, verificamos que dos 87 enfermeiros que participaram no preenchimento da grelha, 9,2% tinham a especialidade de reabilitação (n=8), 77% não tinham a especialidade (n=67) e 13,8% não responderam à pergunta.

Tabela 51 - Enfermeiro com a especialidade de reabilitação

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	67	77,0	77,0	77,0
Sim	8	9,2	9,2	86,2
Não respondeu	12	13,8	13,8	100,0
Total	87	100,0	100,0	

Para uma melhor compreensão das intervenções de reabilitação realizadas nos serviços durante o período em estudo, numa primeira fase iremos fazer referência às intervenções realizadas pelos enfermeiros com a especialidade de reabilitação e numa segunda fase às intervenções realizadas pelos enfermeiros. É de realçar que o termo enfermeiros engloba os enfermeiros generalistas e os enfermeiros com a especialidade de reabilitação.

Numa primeira fase para sermos mais específicos, iremos fazer referência às intervenções de reabilitação que os 8 enfermeiros com a especialidade de reabilitação realizaram nos serviços a nível da reeducação funcional motora e respiratória. Pela análise da tabela 52, verificamos que essas intervenções foram no âmbito do foco mobilizar-se, ventilação, expetorar e na gestão de atividades de reeducação ao esforço. Estas intervenções foram realizadas tendo em conta a doença, as necessidades afetadas em termos de AVD, o potencial e a capacidade da pessoa para realizar determinada atividade e técnica. Assim, a nível da reeducação funcional motora as intervenções de reabilitação que 75% dos enfermeiros com a especialidade de reabilitação (n=6) realizaram nos serviços às pessoas inquiridas foram, no foco mobilizar-se: “exercícios de mobilização ativa, passiva / ativo-assistidos e rolamentos na cama”.

A nível da reeducação funcional respiratória, conforme podemos verificar na tabela 52, as intervenções de reabilitação que 75% dos enfermeiros com a especialidade de reabilitação (n=6) realizaram foram, no foco – ventilação: “ensino e controle da respiração” e “posições de descanso e relaxamento”; no foco – expetorar: “executar drenagem postural” e “instruir técnica de expiração forçada”. Importa ainda referir que foram realizadas intervenções de reabilitação que 87,5% e 100% dos enfermeiros com a especialidade de reabilitação realizaram respetivamente nos serviços, nomeadamente no âmbito do foco ventilação “ensinar exercícios de readaptação ao esforço” (n=7) e “correção postural” (n=8).

No entanto, existem outras intervenções de reabilitação que os enfermeiros com a especialidade de reabilitação podem realizar conforme a situação clínica da pessoa e que são igualmente importantes apesar de não estarem mencionadas na tabela 52.

Tabela 52 - Intervenções de enfermagem de reabilitação realizadas pelos enfermeiros com a especialidade de reabilitação

	Foco	Intervenções de enfermagem de reabilitação	N (8)	% (100)	
	Reeducação funcional motora e respiratória	Mobilizar-se	Incentivar a mobilizar-se	Exercícios de mobilização ativa	6
Exercícios isométricos das nádegas e das coxas				5	62,5
Exercícios de mobilização resistidos				4	50
Mobilizar a pessoa na cama			Executar exercícios de mobilização passiva	6	75
			Executar exercícios de mobilização ativo assistidos	6	75
			Rolamentos na cama	6	75
Ventilação		Otimizar a ventilação	Incentivar a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios	5	62,5
			Ensino e controle da respiração	6	75
			Executar aberturas costais globais	5	62,5
			Executar aberturas costais seletivas	4	50
			Executar exercícios de expansão torácica	4	50
			Executar reeducação abdominodiafragmática superior, inferior, anterior e posterior	4	50
		Executar técnica de posicionamento	Posições de descanso e relaxamento	6	75
			Correção postural	8	100
Expetorar		Desprendimento	Instruir ciclo ativo das técnicas respiratórias	4	50
		Mobilização	Executar manobras de compressão, percussão e vibração	5	62,5
			Executar drenagem postural	6	75
			Executar drenagem postural modificada	4	50
	Eliminação/remoção de secreções	Instruir técnica de expiração forçada	6	75	
Gestão atividades de reeducação ao esforço	Ensinar exercícios de readaptação ao esforço	7	87,5		

Numa segunda fase, iremos fazer referência às intervenções de reabilitação que os enfermeiros dos serviços (n=87) realizaram durante o período em estudo. Na tabela 53, constatamos que existem intervenções de enfermagem de reabilitação, no âmbito da reeducação funcional motora que são realizadas com maior frequência pelos enfermeiros nos serviços, salientando-se no foco andar: 96,6% “incentivar a andar” (n=87); 90,8% “assistir a andar” (n=79); 97,7% “providenciar dispositivo adaptativo para andar” (n=85), no foco levantar-se: 97,7% “assistir no levantar-se” (n=85), no foco posicionar-se: 97,7% para as intervenções “incentivar e assistir a posicionar-se” (n=85).

Tabela 53 – Intervenções de enfermagem de reabilitação da reeducação funcional motora que os enfermeiros realizam com maior frequência nos serviços

	Foco	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Realizadas pelos enfermeiros				
			Sim		Não		
			N (87)	% (100)	N (87)	% (100)	
Reeducação funcional motora	Andar	Incentivar a andar	84	96,6	3	3,4	
		Assistir a andar	79	90,8	8	9,2	
		Providenciar dispositivo adaptativo para andar	andariço	85	97,7	2	2,3
			canadianas	46	52,9	41	47,1
		Instruir a andar	49	56,3	38	43,7	
	Equilíbrio corporal	Treino de equilíbrio sentado estático	49	56,3	38	43,7	
		Treino de equilíbrio de pé estático	45	51,7	42	48,3	
	Levantar-se	Assistir no levantar-se	85	97,7	2	2,3	
		Providenciar dispositivos para levantar-se	67	77,0	20	23,0	
		Levantar (1º levante)	57	65,5	30	34,5	
		Levantar a pessoa	Cadeirão	79	90,8	8	9,2
			Cadeira de rodas	72	82,8	15	17,2
			Cadeira do banho	75	86,2	12	13,8
		Executar técnica de 1º levante	73	83,9	14	16,1	
	Mobilizar-se	Assistir a mobilizar-se	75	86,2	12	13,8	
		Providenciar dispositivo para mobilizar-se	Tripé da cama	44	50,6	43	49,4
			Andariço	79	90,8	8	9,2
			Canadianas	46	52,9	41	47,1
			Cadeira de rodas	61	70,1	26	29,9
		Instruir a mobilizar-se	57	65,5	30	34,5	
		Mobilizar a pessoa na cama	Executar exercícios de mobilização passiva	52	59,8	35	40,2
	Executar exercícios de mobilização ativo assistidos		44	50,6	43	49,4	
	Posicionar-se	Incentivar a posicionar-se	85	97,7	2	2,3	
		Assistir a posicionar-se	85	97,7	2	2,3	
		Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	64	73,6	23	26,4	
		Instruir a posicionar-se com dispositivo	49	56,3	38	43,7	
		Posicionar	Alternância de decúbitos de 2/2 horas	74	85,1	13	14,9
Sentado com a cama em posição de cadeirão			77	88,5	10	11,5	
Sentado na cama			75	86,2	12	13,8	
Posicionar para a refeição		84	96,6	3	3,4		
Transferir-se	Transferir para o cadeirão	83	95,4	4	4,6		
	Transferir para a cadeira de rodas	79	90,8	8	9,2		
	Transferir para a cama	83	95,4	4	4,6		

Na tabela 54, podemos verificar que as intervenções de enfermagem de reabilitação no âmbito da reeducação funcional respiratória que são realizadas com maior frequência pelos enfermeiros nos serviços, nomeadamente no foco ventilação: 96,6% “vigiar a respiração” (n=84) e 93,1% “gerir oxigenoterapia” (n=81), no foco expetorar: 92% desprendimento – “executar inaloterapia e/ou aerossolterapia” (n=80); 94,3% na eliminação/remoção de secreções – “aspirar secreções” (n=82); 96,6% “incentivar a tossir” (n=84) e 94,3% “incentivar a expetorar e vigiar expetoração” (n=82).

Tabela 54 – Intervenções de enfermagem de reabilitação da reeducação funcional respiratória que os enfermeiros realizam com maior frequência nos serviços

	Foco	Intervenções de enfermagem de reabilitação	Realizadas pelos enfermeiros				
			Sim		Não		
			N (87)	% (100)	N (87)	% (100)	
Reeducação funcional respiratória	Ventilação	Observar o tórax	61	70,1	26	29,9	
		Vigiar a respiração	84	96,6	3	3,4	
		Vigiar a ventilação	47	54,0	40	46,0	
		Otimizar a ventilação	Enseino e controle da respiração	60	69,0	27	31,0
		Executar técnica de posicionamento	Posição de descanso e relaxamento	44	50,6	43	49,4
			Correção postural	54	62,1	33	37,9
		Gerir oxigenoterapia		81	93,1	6	6,9
		Incentivar uso de dispositivos respiratórios		51	58,6	36	41,4
		Expertorar	Desprendimento	Executar inaloterapia e/ou aerosolterapia	80	92,0	7
	Mobilização		Ensinar sobre a técnica da tosse	46	52,9	41	47,1
	Eliminação/remoção de secreções		Aspirar secreções	82	94,3	5	5,7
	Assistir a tossir			68	78,2	19	21,8
	Avaliar reflexo da tosse			71	81,6	16	18,4
	Estimular reflexo da tosse			60	69,0	27	31,0
	Incentivar a tossir			84	96,6	3	3,4
	Incentivar a expertorar			82	94,3	5	5,7
	Vigiar expertoração			82	94,3	5	5,7

Após ter sido terminada a apresentação descritiva dos dados, vamos de seguida analisar os resultados obtidos para verificação das hipóteses em estudo.

Hipótese 1 – Existe diferença na evolução da independência funcional da pessoa internada em termos de AVD, entre a admissão e a alta;

Hipótese 2 - Existe diferença na evolução da independência funcional da pessoa internada em termos de AIVD, entre a admissão e a alta.

Para testarmos estas duas hipóteses, teremos que ter em conta os resultados obtidos nas escalas:

- Escala hierárquica das AVD (EHAVD) entre a admissão e a alta;
- Incapacidade entre a admissão e a alta;
- Versão curta da escala das atividades de vida diária entre a admissão e a alta;
- Escala do delírio entre a admissão e a alta.

Para verificarmos a hipótese 1, existe diferença na independência funcional das pessoas internadas em termos de AVD entre a admissão e a alta, aplicámos o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, tendo em conta os valores obtidos na escala hierárquica das AVD entre a admissão e a alta. Pela análise da tabela 55, verificamos que o valor dos postos negativos na alta (n=151) é superior ao valor dos postos positivos na

admissão (n=52), o que nos indica que as pessoas em termos funcionais nas AVD apresentam alterações mais acentuadas na alta do que na admissão. O resultado do teste Wilcoxon para amostras emparelhadas foi de $Z = -6,870$ e $p = 0,000$, o que vem confirmar que existe diferença estatisticamente significativa nos valores da escala hierárquica das AVD entre a admissão e a alta. Neste caso, dado que $p < 0,05$, será a hipótese $EHAVD_AT < EHAVD_AD$ que nos indica, que as pessoas na admissão, são mais independentes a nível funcional nas AVD do que na alta, confirmando-se a hipótese 1.

Tabela 55 – Postos dos testes de Wilcoxon nas EHAVD entre a admissão e a alta

		N	Posto Médio	Soma de Postos
EHAVD_AT - EHAVD_AD	Postos Negativos	151	106,14	16027,00
	Postos Positivos	52	89,98	4679,00
	Empates	194		
	Total	397		

Para além disso, também podemos verificar através da tabela 56, em termos de incapacidade na admissão e na alta, que o valor dos postos negativos (n=16) e dos postos positivos (n=11), não apresentam diferenças muito significativas. Desta forma, através do resultado do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas constatamos que $Z = -0,639$ e $p = 0,523$, o que nos vem indicar dado que $p > 0,05$ que não existe diferença estatisticamente significativa na incapacidade das pessoas entre a admissão e a alta. O que nos sugere que apesar das pessoas entre a admissão e a alta não apresentarem diferenças estatisticamente significativas em termos de incapacidade, as AVD ficam comprometidas durante o internamento.

Tabela 56 – Postos dos testes de Wilcoxon na Incapacidade entre a admissão e a alta

		N	Posto Médio	Soma de Postos
INCAP_AT - INCAP_AD	Postos Negativos	16	13,44	215,00
	Postos Positivos	11	14,82	163,00
	Empates	365		
	Total	392		

Para testarmos a hipótese 2, existe diferença na evolução da independência funcional da pessoa internada em termos de AIVD entre a admissão e a alta, aplicámos o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas, tendo em conta os valores obtidos pela versão curta das AIVD entre a admissão e a alta. Através da análise da tabela 57, verificamos que os postos negativos (n=161) na alta apresentam um valor maior do que os postos positivos (n=67) na admissão, o que nos indica que existem diferenças estatisticamente

significativas entre a admissão e a alta na versão curta das atividades de vida diária. Assim, o resultado do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas foi de $Z=-6,425$ e $p=0,000$, o que nos confirma dado que $p<0,05$ que existe diferença entre os dois momentos, ou seja $VCE_AVD_AT < VCE_AVD_AD$ as pessoas inquiridas são mais independentes na admissão do que na alta, o que vem confirmar a hipótese 2.

Tabela 57 – Postos dos testes de Wilcoxon na VCE_AV D entre a admissão e a alta

		N	Posto Médio	Soma de Postos
VCE_AV D_AT - VCE_AV D_AD	Postos Negativos	161	120,77	19443,50
	Postos Positivos	67	99,44	6662,50
	Empates	169		
	Total	397		

Mas para além disso, importa ainda verificarmos se durante a admissão e a alta houve alterações em termos de delírio que motivassem o aparecimento destas diferenças em termos de AIVD. Assim, pela análise da tabela 59 verificamos que na escala do delírio entre a admissão e a alta, o valor dos postos negativos ($n=14$) na alta e dos postos positivos ($n=9$) na admissão, não apresentou diferenças muito significativas. O resultado do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas foi de $Z = -1,764$ e $p = 0,078$, o que nos indica dado que $p>0,05$ que não existe diferença estatisticamente significativa na escala do delírio entre a admissão e a alta.

Tabela 58 – Postos dos testes de Wilcoxon na E_DELÍRIO entre a admissão e a alta

		N	Posto Médio	Soma de Postos
E_DELÍRIO_AT - E_DELÍRIO_AD	Postos Negativos	14	13,86	194,00
	Postos Positivos	9	9,11	82,00
	Empates	369		
	Total	392		

Para verificarmos a hipótese 3, nos serviços de internamento onde existe enfermeiro de reabilitação os resultados são melhores no que respeita à independência funcional e às atividades de vida diária, teremos que ter em conta a evolução do estado funcional entre a admissão e a alta. Pela tabela 59, verificamos que das 430 pessoas que constituem a amostra, 33 não responderam á totalidade das perguntas, considerando-se por isso casos omissos. Assim optámos por retirar todos esses casos, tendo a amostra final sido constituída por 397 pessoas.

Tabela 59 - Número de pessoas que constituem a amostra e que estavam internadas na enfermaria

	Número de pessoas que constituem a amostra					
	Válidos		Omissos		Total	
	N	Percentagem	N	Percentagem	N	Percentagem
Enfermaria	397	92,3%	33	7,7%	430	100,0%

Para verificar a evolução na independência funcional entre a admissão e alta calculou-se a diferença entre os valores obtidos na alta e na admissão, em cada uma das escalas. De seguida operacionalizou-se a variável diferença de modo a obtermos uma classificação de melhoria do estado, manutenção do estado ou de degradação do estado (piorou). Na tabela 60, apresentam-se os dados relativos á evolução do estado funcional por serviço.

Na tabela 60, verifica-se que das 397 pessoas inquiridas e que ficaram internadas, 54 estavam internadas na medicina homens, 55 na medicina mulheres, 95 na cirurgia homens, 79 na cirurgia mulheres, 101 na ortopedia e 13 na pneumologia. Para além disso, podemos constatar que 151 melhoraram, 52 pioraram e 194 mantiveram o estado funcional.

Deste modo, pela análise da tabela 60 podemos verificar que no serviço de medicina homens/mulheres, a contagem esperada era que das pessoas internadas respetivamente, 20,5/20,9 melhorassem, 7,1/7,2 piorassem e 26,4/26,9 mantivessem o estado e o que se verificou respetivamente é que 24/35 melhoraram, 4/2 pioraram e 26/18 mantiveram o estado funcional. Na cirurgia homens/mulheres a contagem esperada era respetivamente que 36,1/30 melhorassem, 12,4/10,3 piorassem e 46,4/38,6 mantivessem o estado e o que se verificou é que 22/16 melhoraram, 16/8 pioraram e 57/55 mantiveram o estado funcional. Por sua vez na ortopedia/pneumologia, a contagem esperada era respetivamente que 38,4/4,9 melhorassem, 13,2/1,7 piorassem e 49,4/6,4 mantivessem o estado e o que se verificou é que 51/3 melhoraram, 21/1 pioraram e 29/9 mantiveram o estado funcional.

Verifica-se que os resultados, em termos de evolução não são independentes do serviço onde a pessoa se encontra internada. Nos serviços de medicina e ortopedia esperava-se um resultado em termos de evolução positiva menor do que foi observado. Já nos serviços de cirurgia e pneumologia aconteceu o inverso, a contagem esperada era superior à observada, a nível dos que melhoraram e pioraram o seu estado.

Tabela 60 – Tabulação cruzada entre serviço e evolução do estado

Serviço		Evolução Estado codificada			Total
		melhorou	piorou	manteve	
Medicina Homens	Contagem	24	4	26	54
	Contagem Esperada	20,5	7,1	26,4	54,0
	% Enfermaria	44,4%	7,4%	48,1%	100,0%
	% Evolução estado codificada	15,9%	7,7%	13,4%	13,6%
Medicina Mulheres	Contagem	35	2	18	55
	Contagem Esperada	20,9	7,2	26,9	55,0
	% Enfermaria	63,6%	3,6%	32,7%	100,0%
	% Evolução estado codificada	23,2%	3,8%	9,3%	13,9%
Cirurgia Homens	Contagem	22	16	57	95
	Contagem Esperada codificada	36,1	12,4	46,4	95,0
	% Enfermaria	23,2%	16,8%	60,0%	100,0%
	% Evolução estado codificada	14,6%	30,8%	29,4%	23,9%
Cirurgia Mulheres	Contagem	16	8	55	79
	Contagem Esperada	30,0	10,3	38,6	79,0
	% Enfermaria	20,3%	10,1%	69,6%	100,0%
	% Evolução estado codificada	10,6%	15,4%	28,4%	19,9%
Ortopedia	Contagem	51	21	29	101
	Contagem Esperada	38,4	13,2	49,4	101,0
	% Enfermaria	50,5%	20,8%	28,7%	100,0%
	% Evolução estado codificada	33,8%	40,4%	14,9%	25,4%
Pneumologia	Contagem	3	1	9	13
	Contagem Esperada	4,9	1,7	6,4	13,0
	% Enfermaria	23,1%	7,7%	69,2%	100,0%
	% Evolução estado codificada	2,0%	1,9%	4,6%	3,3%
Total	Contagem	151	52	194	397
	Contagem Esperada	151,0	52,0	194,0	397,0
	% Enfermaria	38,0%	13,1%	48,9%	100,0%
	% Evolução estado codificada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Segundo análise da tabela 61, a média do tempo de internamento das 430 pessoas inquiridas e internadas que participaram no estudo foi de 10,69 dias, sendo o desvio padrão de 11,1, o que representa dado que o valor do desvio padrão é elevado que o tempo de internamento não é homogêneo, correspondendo o valor mínimo a 3 dias e o máximo a 100 dias.

Tabela 61 – Tempo de internamento, média e desvio padrão

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo internamento	430	3,00	100,00	10,6953	11,10189

Em relação á tipologia dos enfermeiros considerou-se na categoria “existência de enfermeiro de reabilitação com responsabilidade expressa nesta área ” e categorizámos o serviço em “possui” quando existia um enfermeiro de reabilitação presente na enfermaria diariamente e o “não possui (exclusivo)” que contempla o enfermeiro de reabilitação que não executa cuidados de reabilitação exclusivamente, tem adstritos os cuidados gerais às pessoas que lhe estão distribuídas e o serviço que não tem enfermeiro de reabilitação. Pela análise da tabela 62, podemos verificar que 101 das pessoas

inquiridas e que se encontravam internadas foram atendidas por um enfermeiro de reabilitação que esteve presente diariamente, enquanto 296 não possuíam enfermeiro de reabilitação em exclusivo. Para além disso, constata-se que em relação à evolução na escala curta das AVD que 161 melhoraram, 67 pioraram e 189 mantiveram o seu estado funcional.

Na tabela 62 verifica-se que das 161 pessoas que melhoraram o seu estado funcional, 56 “possuíam” enfermeiro de reabilitação e 105 “não possuíam” enfermeiro de reabilitação (exclusivo). Para além disso, também podemos constatar que a contagem esperada das pessoas que melhoraram e “possuíam” enfermeiro de reabilitação foi inferior (41) à observada (56). Por outro lado, a contagem esperada das pessoas que melhoraram e “não possuíam” enfermeiro de reabilitação (exclusivo), foi superior (120) à contagem observada (105). Das 67 pessoas que pioraram o seu estado funcional, 25 “possuíam” enfermeiro de reabilitação e 42 “não possuíam” (exclusivo). A contagem esperada das pessoas que pioraram e “possuíam” enfermeiro de reabilitação foi inferior (17) à observada (25) e das que pioraram e “não possuíam” enfermeiro de reabilitação (exclusivo) foi superior (50) à contagem observada (42). Por outro lado, das 189 pessoas que mantiveram o estado funcional, 20 “possuíam” enfermeiro de reabilitação e 149 “não possuíam” (exclusivo). A contagem esperada dos que mantiveram o estado funcional e “possuíam” enfermeiro de reabilitação foi superior (43) à observada (20), enquanto que nas pessoas que “não possuíam” enfermeiro de reabilitação (exclusivo), a contagem esperada foi inferior (126) à observada (149).

Tabela 62 - Tabulação cruzada entre a evolução na escala curta das AVD e a existência de enfermeiro de reabilitação (mesmo quando não exclusivo)

			Existência de enfermeiro de reabilitação (mesmo quando não é exclusivo)		Total
			possui	não possui (exclusivo)	
Evolução na escala curta das AVD	melhorou	Contagem	56	105	161
		Contagem Esperada	41,0	120,0	161,0
		% em Evolução na escala curta das AVD	34,8%	65,2%	100,0%
		% em Existência de enfermeiro de reabilitação (mesmo quando não é exclusivo)	55,4%	35,5%	40,6%
	piorou	Contagem	25	42	67
		Contagem Esperada	17,0	50,0	67,0
		% em Evolução na escala curta das AVD	37,3%	62,7%	100,0%
		% em Existência de enfermeiro de reabilitação (mesmo quando não é exclusivo)	24,8%	14,2%	16,9%
	manteve	Contagem	20	149	169
		Contagem Esperada	43,0	126,0	169,0
		% em Evolução na escala curta das AVD	11,8%	88,2%	100,0%
		% em Existência de enfermeiro de reabilitação (mesmo quando não é exclusivo)	19,8%	50,3%	42,6%
Total	Contagem	101	296	397	
	Contagem Esperada	101,0	296,0	397,0	
	% em Evolução na escala curta das AVD	25,4%	74,6%	100,0%	
	% em Existência de enfermeiro de reabilitação (mesmo quando não é exclusivo)	100,0%	100,0%	100,0%	

Pela análise da tabela 63, verifica-se que o valor da significância do teste qui-quadrado de Pearson é de $p=0.000$, o que nos permite concluir que o resultado obtido na evolução da escala hierárquica das atividades de vida diária não é independente do facto de existir ou não enfermeiro de reabilitação no serviço.

Tabela 63 – Estatística entre a evolução EHAVD entre a admissão e a alta

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	28,881	2	0,000
Razão de verossimilhança	30,836	2	0,000
Associação Linear por Linear	23,064	1	0,000
Nº de Casos Válidos	397		

Na tabela 64, constata-se que não existe uma associação estatisticamente significativa na correlação de Pearson entre o tempo de internamento e a escala de delirium na alta e a escala de delirium na alta e o tempo de internamento. Nas restantes correlações de Pearson dado que $p<0,05$, existem associações estatisticamente significativas entre a

escala hierárquica das AVD, a versão curta da escala das AVD, o tempo de internamento, a Escala do delírio e a escala das AIVD, na alta.

Tabela 64 - Resultados do teste da correlação de Pearson na alta

		EHAVD _AT	VCE_AVD _AT	tempo_inter namento	E_DELÍRIO _AT	E_AIVD_A T
EHAVD_AT	Correlação de Pearson	1	0,965	0,109	0,308	0,827
	Sig. (bilateral)		0,000	0,029	0,000	0,000
	N	397	397	397	395	394
VCE_AVD_AT	Correlação de Pearson	0,965	1	0,115	0,358	0,842
	Sig. (bilateral)	0,000		0,022	0,000	0,000
	N	397	397	397	395	394
tempo_inter namento	Correlação de Pearson	0,109	0,115	1	0,077	0,154
	Sig. (bilateral)	0,029	0,022		0,124	0,002
	N	397	397	430	395	394
E_DELÍRIO_AT	Correlação de Pearson	0,308	0,358	0,077	1	0,354
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,124		0,000
	N	395	395	395	395	393
E_AIVD_AT	Correlação de Pearson	0,827	0,842	0,154	0,354	1
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000	0,002	0,000	
	N	394	394	394	393	394

Logo como o resultado obtido na evolução da escala hierárquica das atividades de vida diária não é independente do facto de existir ou não enfermeiro de reabilitação e existe uma associação entre a versão curta da escala das AVD e a escala hierárquica das atividades de vida diária então confirma-se a hipótese 3.

4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após terminada a apresentação e análise dos dados, iremos dar início à discussão dos resultados, contrapondo os resultados obtidos com aqueles que já se encontram descritos na literatura consultada. A interpretação dos resultados é uma etapa difícil, que exige ao investigador um pensamento crítico (Fortin, 2009).

Os resultados obtidos provêm da aplicação do instrumento de recolha de dados a 430 pessoas inquiridas nos meses de abril a junho 2018, sendo 51,9% do género masculino e 48,1% do género feminino. As pessoas inquiridas foram internadas nos seguintes serviços: 41,9% cirurgia homens e mulheres, 31,6% medicina homens e mulheres, 23,5% ortopedia e 3% na pneumologia. Das pessoas inquiridas 55,3% eram casadas, 80,5% provinham moradia/apartamento próprio/quarto arrendado e 40,2% viviam apenas com o cônjuge/parceiro. Em relação ao episódio desencadeador da admissão, este em 57% das pessoas inquiridas teve início “nos últimos 7 dias”, verificando-se que em 79,8% “não houve hospitalização nos últimos 90 dias”, 62,1% passaram na urgência “0-8 horas” até serem internadas no respetivo serviço e 33,3% foram submetidas a uma cirurgia.

Em relação aos resultados relativos à variável cognição, verifica-se a nível das capacidades cognitivas para tomar decisões no dia-a-dia, que 51,2% das pessoas inquiridas eram independentes na pré-admissão, observando-se uma regressão para 47,2% na admissão e para 44,9% na alta. Esta tendência é sugestiva de que as pessoas inquiridas na pré-admissão eram mais independentes em termos cognitivos, do que na admissão e alta, havendo uma alteração na capacidade cognitiva com o internamento. Esta tendência de resultados, inclui também uma diminuição na capacidade de memorizar/recordar da pré-admissão, para a admissão e alta, no que diz respeito à memória de curto prazo, processual e situacional, mas a variação é mínima e muitas vezes relacionada com os casos de morte na alta, que correspondem a 7,7% da amostra (n=33). Quanto às perturbações periódicas do pensamento ou consciência e à alteração aguda do estado mental em relação ao habitual, avaliadas em relação à variável cognição, entre a admissão e a alta, os resultados evidenciaram alterações mínimas. Para

além disso, verifica-se que nos parâmetros facilmente distraído, momentos de discurso desorganizado, função mental varia ao longo do dia, que as pessoas inquiridas a nível do “comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal” apresentaram variação da admissão (8,8%; 8,4%; 8,1%) para a alta com decréscimo dos valores para 6,3% em ambas as situações. Esta variação pode dever-se ao facto de 8,1% das pessoas inquiridas na alta estarem omissas (n=35).

Segundo a literatura, que vem de encontro aos resultados obtidos, o internamento é gerador de mudanças cognitivas que podem agravar-se com o tempo e comprometer a capacidade da pessoa viver de forma independente e autónoma, impossibilitando-a de participar nas decisões relativas ao seu tratamento e hospitalização. Segundo um estudo sobre o declínio funcional e cognitivo, realizado a 51 idosos hospitalizados num serviço de medicina, concluiu-se que a hospitalização é um fator de alto risco para o declínio da aptidão física e função cognitiva das pessoas internadas (Mendes, Rodrigues, Preto, & Novo, 2016). As perturbações mentais e comportamentais vão inferir na capacidade de pensar e agir das pessoas e nos comportamentos motivados pela angústia pessoal e pela deteriorização funcional, sendo acometidas por elevada morbidade e mortalidade (Brandão, Gonçalves, Sá-Couto, & Sousa, 2015). Para alguns autores, o declínio cognitivo ligeiro, que é considerado um estado intermédio entre o envelhecimento cognitivo normal e a demência leve, é muitas vezes responsável pelo aumento do risco de desenvolvimento de demência, sendo essencial a manutenção da saúde cognitiva. A saúde cognitiva é essencial tanto na prevenção do compromisso cognitivo, como no atraso da instalação do quadro demencial, que são responsáveis pela dependência e pela (in)capacidade da pessoa idosa em se autocuidar (Apóstolo, Cardoso, Marta, & Amaral, 2011). O compromisso cognitivo é uma condição de risco, pelo que é exigido aos profissionais de saúde uma atenção redobrada a nível desta área (Gil, et al., 2018). Desta forma, seria importante que o enfermeiro com a especialidade de enfermagem de reabilitação avaliasse na pessoa o risco de alteração da funcionalidade a nível cognitivo, de forma a conceber e a implementar planos de intervenção direcionados para a redução do risco, monitorizando a sua implementação e os resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os resultados em termos da variável comunicação e visão, no que diz respeito ao fazer-se entender e à capacidade de compreender os outros, apresentam uma variação de 3,5% e 3,7% respetivamente da pré-admissão para a admissão e de 1,4% da admissão para a

alta, não apresentando alterações significativas. Em termos de visão e audição, apenas houve uma variação insignificante na visão das pessoas inquiridas de 0,5% da pré-admissão para a admissão e na audição de 0,2% da pré-admissão para a admissão.

Segundo a literatura, o processo de compreender os outros e de se fazer entender na mensagem que transmite é extremamente importante em todo o processo relacional, dado que a pessoa durante a hospitalização fica desprovida do seu papel social, dependente de rotinas, ficando alheia de tudo o que a rodeia no exterior. Para além disso, passa a estar dependente de terceiros que não conhece e que lhe vão prestar cuidados essenciais à sua sobrevivência (Carvalhais & Sousa, 2011). Deste modo, parece-nos importante que os serviços de internamento tenham enfermeiros com a especialidade de enfermagem de reabilitação, dado que interagem com as pessoas, avaliam o risco de alteração da funcionalidade a nível sensorial, de forma a conceber e a implementar planos de intervenção direcionados para a redução do risco, monitorizando a sua implementação e os resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em relação ao ânimo auto reportado, verifica-se nos resultados obtidos que as pessoas inquiridas nos últimos 3 dias/24 horas, apresentaram na pré-admissão e admissão, 38,4% pouco interesse ou prazer em fazer as coisas que normalmente gostam e 54,7% sentiram-se ansiosas, impacientes ou inquietas, vindo esse valor a diminuir para 27,7% e 37,2% respetivamente na alta. Por outro lado, 40,9% sentiram-se tristes, deprimidas ou desesperadas, na pré admissão, 42,1% na admissão, vindo esse valor a diminuir de forma significativa para 26,3% na alta. Segundo alguns autores e de acordo com os resultados obtidos, o internamento é vivenciado pela pessoa como ameaçador, gerador de ansiedade, desconforto, insegurança e stress (Carvalhais & Sousa, 2011).

Em relação ao estado funcional, no que diz respeito ao auto-desempenho nas AVD para tomar banho (avaliado na pré-admissão e alta), higiene pessoal, caminhar, transferência para a sanita e uso da casa de banho (avaliados na pré-admissão, admissão e alta), verificámos que os resultados obtidos apresentam alterações significativas da pré-admissão para a alta. Estas alterações evidenciam uma diminuição da independência funcional da pessoa internada da pré-admissão para a alta, verificando-se os piores resultados entre a pré-admissão e a admissão, o que nos indica aumento da dependência durante a hospitalização. As AVD com maior perda de independência funcional entre a pré-admissão e a alta foram: o tomar banho (58,8%; 24,2%), higiene pessoal (64,2%; 33,7%), caminhar (69,1%; 30,9%), transferência para a sanita (68,4%; 29,8%) e uso da

casa de banho (67,9%; 29,3%). No entanto, no auto-desempenho das AVD a nível da alimentação e mobilidade na cama, verifica-se que apesar de haver uma diminuição acentuada da independência funcional da pré-admissão para a admissão, observa-se uma ligeira evolução positiva entre a admissão e a alta, mas cujos resultados obtidos não se equiparam aos da pré-admissão. Deste modo, foi estruturada a primeira hipótese de investigação que pretende determinar se existe diferença na evolução da independência funcional da pessoa internada em termos de AVD entre a admissão e a alta. Para se obterem os resultados recorreremos à EHAVD e após aplicação do teste de wilcoxon para amostras emparelhadas, verificamos que $Z = -6,870$ e $p = 0,000$, o que vem confirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a admissão e a alta. Neste caso, dado que $p < 0,05$ e a $EHAVD_AT < EHAVD_AD$, então esta premissa vem confirmar a primeira hipótese, reforçando a ideia de que as pessoas são mais independentes a nível funcional nas AVD na admissão do que na alta.

Num estudo sobre trajetória funcional e que vem de encontro aos resultados obtidos, a AVD onde existe maior independência funcional no momento da alta é na alimentação e onde existe maior declínio funcional é no banho (Tavares, Grácio, & Nunes, 2018). A situação de doença, associada às comorbilidades, provoca alterações do estado funcional para o auto desempenho nas AVD, o que nos permite referir que o internamento é sugestivo de dependência, dado que as pessoas são mais independentes na pré-admissão, tornando-se mais dependentes na alta, o que vem de encontro aos dados reportados por outros estudos (Januário, 2013). Pelo exposto, parece-nos haver uma ligação entre a existência de doença aguda e a perda de capacidades no auto desempenho das AVD.

Num estudo sobre a trajetória funcional da pessoa idosa hospitalizada verificou-se que mais de 50% das pessoas internadas nos serviços de medicina apresentaram declínio funcional durante a hospitalização (Tavares, Grácio, & Nunes, 2018). Outros autores, referem ainda que apesar das doenças que conduziram ao internamento terem apresentado uma melhoria no momento da alta, a trajetória funcional das pessoas internadas seguiu um declínio decrescente, o que vem de encontro aos resultados obtidos, que provavelmente a incapacidade pode estar associada à hospitalização. Estes autores referem ainda, que 50% das pessoas com 85 anos ou mais, no momento da alta irão apresentar uma nova incapacidade nas AVD (Covinsky, Pierluissi, & Johnston, 2011). Num estudo sobre o estado funcional e cognitivo em pessoas idosas, que vai de

encontro aos resultados do nosso estudo, a doença tem subjacentes alterações fisiológicas que desencadeiam alterações na independência funcional que se iniciam antes do internamento e se agravam durante a hospitalização, equacionando piores resultados na alta e depois da alta (Mendes, Rodrigues, Preto, & Novo, 2016). Para as pessoas é tão importante recuperar as AVD que deixaram de poder realizar devido à doença, como o seu próprio tratamento (Zisberg, Shadmi, Gur-Yaish, Tonkikh, & Sinoff, 2015). Desta forma, o enfermeiro com a especialidade em enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental dado que concebe, implementa e monitoriza planos de intervenção diferenciados e individualizados que vão ao encontro dos problemas reais ou potenciais das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Um dos aspetos importantes a ter em conta, é que os enfermeiros valorizam a capacidade da pessoa em termos de independência nas AVD, avaliam o seu potencial e ajudam-na a aceitar a sua dependência (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014). No entanto, a intervenção do enfermeiro com a especialidade de enfermagem de reabilitação, promove o diagnóstico precoce e ações preventivas, com o intuito de assegurar a manutenção das capacidades, prevenir complicações e evitar incapacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em relação ao principal modo de locomoção/caminhar, os resultados indicam-nos que na pré-admissão 56,5% das pessoas inquiridas caminhavam sem aparelho de suporte e apenas 8,6% eram acamados, vindo esse valor no momento da alta, a diminuir no primeiro caso para 34,9% e no segundo caso a aumentar para 11,9%. Estes valores são sugestivos da diminuição da independência funcional da pessoa da pré-admissão para a alta em termos de locomoção/caminhar. A caminhada temporizada de 4 metros, não foi testada em 20,7% das pessoas internadas tendo 9,8% recusado fazer o teste, devido ao aumento da dependência ou à insegurança na marcha com receio de uma possível queda. Estes resultados vão de encontro à literatura, dado que quando hospitalizadas as pessoas estão mais vulneráveis, quer por causa da idade, quer pela doença ou cirurgia, quer por permanecerem mais tempo na cama, quer por estarem mais medicadas, pelo que dependem da ajuda de outros para a realização das atividades diárias (Dias & Ferreira, 2014). Segundo alguns autores, durante a hospitalização as pessoas perdem força muscular que é a capacidade física que mais está associada à sua independência, dado que permite a realização de uma marcha segura e a execução de inúmeras atividades do quotidiano, como sentar e levantar, ter equilíbrio, subir e descer escadas, entre outras (Preto, Gomes, Novo, Mendes, & Molina, 2016). A avaliação funcional é

um indicador sensível e relevante para avaliar as necessidades das pessoas e determinar a utilização de recursos, para que haja uma planificação adequada de cuidados de saúde (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007). De acordo com o exposto, o enfermeiro com a especialidade de enfermagem de reabilitação, deverá capacitar a pessoa com limitação da atividade e/ou restrição, através da elaboração e implementação de um programa de treino de AVD, que vise a utilização de produtos de apoio, com o objetivo de promover a sua autonomia e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em relação à variável acamado, os resultados indicam-nos que 58,8% das pessoas inquiridas não eram acamadas na admissão, aumentando esse valor de forma significativa para 74,7% na alta. No entanto, verificamos pelos resultados obtidos que 41,2% das pessoas que eram previamente acamadas na admissão deixaram de o ser na alta, diminuindo esse valor para 17,9%. Segundo alguns autores, em Portugal existem cerca de 48 mil pessoas acamadas representando esta uma situação de grande fragilidade e vulnerabilidade, caracterizada por dependência e compromisso mental (cognitivo) e corporal, nomeadamente nas AVD (Petronilho, et al., 2017). Estes resultados não se podem dissociar e são consonantes com o verificado num estudo sobre a evolução da independência funcional, que refere que as pessoas mais dependentes na admissão apresentam maior compromisso nas AVD no entanto, são discordantes quanto a apresentarem uma evolução menos positiva na alta clínica (Petronilho, et al., 2017). Neste sentido, parece-nos importante que haja um enfermeiro com a especialidade de enfermagem de reabilitação nos serviços, para que avalie a capacidade funcional da pessoa, identifique as necessidades de intervenção e conceba planos de forma a intervir nos processos de transição saúde/doença e incapacidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em relação ao auto desempenho nas AIVD e capacidade, avaliado na pré-admissão e alta os resultados são indicativos de um agravamento do estado funcional nas seguintes atividades: preparação das refeições, tarefas domésticas, gerir as finanças pessoais, gerir a medicação, uso do telefone, subir escadas, compras e uso de transporte. A pessoa no domicílio ainda apresenta alguma independência nas AIVD, verificando-se uma deterioração do seu estado funcional à medida que permanece hospitalizada. Estas alterações evidenciam uma diminuição da independência funcional da pessoa internada da pré-admissão para a alta, o que nos indica aumento da dependência durante a hospitalização. Os resultados evidenciam que as AIVD com maior perda de

independência funcional entre a pré-admissão e a alta foram: preparação das refeições (40,2%; 18,4%), tarefas domésticas (42,6%;16,7%), subir e descer escadas (57,2%; 29,3%), compras (57,7%, 25,8%) e transporte (61,2%, 33%). Para avaliarmos se os resultados obtidos são significativos foi estruturada uma segunda hipótese de investigação que pretende determinar se existe diferença na evolução da independência funcional da pessoa internada em termos de AIVD entre a admissão e a alta. Ao aplicarmos o teste Wilcoxon para amostras emparelhadas, tendo em conta os valores obtidos na versão curta das AIVD entre a admissão e a alta, verificamos que $Z=-6,425$ e $p=0,000$. Pelos resultados obtidos, dado que $p<0,05$ verificamos que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a $VCE_AVD_AT < VCE_AVD_AD$, o que vai de encontro aos resultados obtidos e vem confirmar a segunda hipótese de investigação, que as pessoas internadas são mais independentes na admissão do que na alta.

Neste contexto, a pessoa hospitalizada inicia um ciclo vicioso de cuidados dado que é hospitalizada com uma doença, o meio hospitalar é adverso, as rotinas hospitalares na maioria das vezes subjugam-na como dependente (incapaz de...), substituindo-a nos cuidados, o que poderá conduzir à atrofia de capacidades (Carvalhais & Sousa, 2011). Nos resultados obtidos, não conseguimos determinar se foram as AIVD ou as AVD as primeiras a ser afetadas em termos de funcionalidade na pré-admissão, para contrapormos com a literatura. Mas segundo a literatura, as AIVD requerem na sua realização uma maior integridade física e cognitiva, verificando-se em primeira instância uma diminuição a este nível do declínio funcional, vindo a afetar posteriormente as atividades que estão relacionadas com o autocuidado (Preto L. S., Lopes, Mendes, Novo, & Barreira, 2018). Um estudo sobre independência funcional em pessoas idosas com perturbações mentais refere que a dependência funcional começa pela diminuição cognitiva e por limitações em AIVD, pelo que estes dois aspetos devem ser prevenidos para que se possa possibilitar uma vida independente na comunidade durante o maior tempo possível (Brandão, Gonçalves, Sá-Couto, & Sousa, 2015). Num outro estudo, que avalia a independência funcional em AVD e AIVD em pessoas submetidas a cirurgia, verifica-se tal como no anterior que a maior dependência funcional tem início nas AIVD (Preto L. S., Lopes, Mendes, Novo, & Barreira, 2018). De acordo com o exposto, o enfermeiro com a especialidade de enfermagem de reabilitação avalia o risco, concebe planos, seleciona e prescreve intervenções para

redução do risco de alteração da funcionalidade a nível motor e cognitivo, de forma a otimizar ou reeducar a função, selecionando e prescrevendo produtos de apoio adequadas à situação da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os resultados em relação à continência reportam-nos para que em termos de continência urinária e aparelho de recolha de urina, 74,4% das pessoas inquiridas eram continentemente e 3,3% usavam cateter permanente na pré-admissão, havendo alterações significativas para 55,1% e 21,6% respetivamente na admissão e para 61,6% e 5,6% na alta. No que diz respeito à continência intestinal, controlo com ostomia, apenas 0,7% tinham ostomia na pré-admissão, havendo um aumento para 0,9% na admissão e para 1,2% na alta. Nos três parâmetros não foram atingidos os valores prévios à admissão, o que nos reporta para um aumento da dependência, durante o internamento.

A passagem do estado de independência para dependência insere-se no conceito de saúde/doença, podendo a dependência ser provocada pelo aparecimento de uma ou várias doenças crónicas ou ser reflexo da perda geral das funções que se verificam com o envelhecimento e o internamento (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014). Segundo um estudo, sobre a trajetória funcional que vem de encontro ao nosso estudo, a diminuição da independência funcional pode ocorrer antes, durante e após a hospitalização, contribuindo para este facto a existência de fatores pessoais, psicológicos, sociais e relacionados com o internamento. Os fatores relacionados com o internamento, comprometem a independência funcional da pessoa em termos de autocuidado e o controle da eliminação vesical/intestinal. Esses fatores são a diminuição da mobilidade, o repouso no leito, o delírio, a polimedicação, o uso de psicofármacos, a contenção direta/indireta e o uso de dispositivos médicos, nomeadamente os cateterismos vesicais (Tavares, Grácio, & Nunes, 2018). Neste âmbito, o enfermeiro com a especialidade de enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental dado que analisa com a pessoa as alterações da função a nível motor, cognitivo e da eliminação (vesical, intestinal), define estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir por forma a promover a sua autonomia e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em relação à condição de saúde quedas, os resultados obtidos foram que 28,1% das pessoas inquiridas tiveram “uma queda nos últimos 30 dias” e 0,9% tiveram “duas ou mais quedas nos últimos 30 dias”, ou seja, no momento que antecedeu a admissão e 1,4% tiveram “quedas recentes” durante o internamento.

As quedas surgem como os eventos adversos mais documentados a nível hospitalar, são traumáticas, multifatoriais, involuntárias e inesperadas, podendo ser recorrentes na mesma pessoa, tendo frequentemente consequências para a vítima, cuidador e sociedade (Almeida, Abreu, & Mendes, 2010). Alguns autores referem que 50% das quedas acontecem quando as pessoas internadas se tentam levantar da cama para ir à casa de banho ou no conseqüente percurso de ida/volta (Hendrich, 2006 como referido por Almeida, 2010). Uma em cada três pessoas sofre uma queda por ano, verificando-se uma recorrência na mesma pessoa na ordem dos 50% (Tavares, 2001 como referido por Almeida, 2010). Alguns estudos referem ainda que as quedas podem ser reflexo da medicação que as pessoas habitualmente fazem e são responsáveis pelo comprometimento da sua mobilidade, dado que trazem limitações ao seu estado funcional. Muitas das pessoas hospitalizadas são polimedicadas no domicílio, verificando-se que existem alguns fármacos que potenciam o risco de quedas (Dias, et al., 2013). A literatura indica-nos que o risco de queda aumenta na admissão, devido a mudanças no ambiente e rotinas da pessoa que podem originar períodos de desorientação, mas pode diminuir no pós-alta (Santos, Sousa, & Sá-Couto, 2016).

Em relação ao equilíbrio, os resultados são indicativos na admissão que 59,8% das pessoas têm dificuldade ou são incapazes de se levantar sem ajuda, 47,4% têm dificuldade ou são incapazes de se virar e olhar na direção oposta quando estão em pé, havendo uma diminuição destes valores na alta devido ao controle de sintomas associados à situação de doença. Estes resultados vão de encontro a um estudo que evidencia uma diminuição funcional a nível da força e controle dos braços/pernas, na agilidade/equilíbrio dinâmico e na flexibilidade inferior e superior do tronco das pessoas, dado que existe uma diminuição da massa óssea e da massa muscular (Preto, Santos, Mendes, Novo, & Pimentel, 2015). Dado que as quedas e o equilíbrio estão intimamente interligados, achamos importante que nesta área de atuação o enfermeiro com a especialidade de reabilitação tenha um papel preponderante para identificação das pessoas de risco e para implementação de planos de intervenção que visem a redução do risco. Esses planos de intervenção incluem programas no âmbito da reeducação funcional motora, pelo que o enfermeiro com a especialidade de reabilitação deve ensinar, demonstrar e treinar técnicas com o objetivo de promover o autocuidado e a continuidade de cuidados nos diferentes contextos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

No que diz respeito às variáveis dispneia e fadiga, os resultados obtidos indicam-nos que 6% das pessoas inquiridas apresentavam dispneia em repouso e 6,3% eram incapazes de realizar atividades diárias normais na pré-admissão, aumentando esse valor para 10,7% e 10,2% respetivamente na admissão e diminuindo para 0,9% e 7% na alta. Estes resultados são sugestivos de que da pré-admissão para a admissão houve uma alteração que motivou um aumento da dispneia em repouso e uma incapacidade em realizar atividades diárias normais, devido à situação de doença aguda. No entanto, esses valores diminuem da admissão para a alta, nas duas situações, verificando-se valores abaixo dos da pré-admissão no caso da dispneia em repouso sugestivos de um controlo de sintomas, no entanto, na incapacidade para realizar atividades diárias os valores não atingem os da pré-admissão, havendo uma diminuição na independência funcional. A pessoa faz assim uma transição no processo de saúde/doença, verificando-se a passagem quer de um estado de saúde para um estado de doença, quer da independência para a dependência de pessoas ou equipamentos, o que contribui para a perda da sua capacidade de autocuidado (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014). Neste contexto, o enfermeiro com a especialidade de reabilitação, atua a nível dos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidades e tem um papel fundamental na reeducação funcional cardio-respiratória e motora. Neste âmbito de acordo com os problemas reais/potenciais e necessidades da pessoa, estabelece um plano de intervenção, recorrendo a técnicas específicas, por forma a promover o autocuidado e a continuidade de cuidados e à posteriori efetua a monitorização e avaliação dos resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Em relação à dor, os resultados obtidos evidenciam que 68,8% das pessoas inquiridas manifestaram dor nos últimos 3 dias/24 horas na pré admissão, vindo esse valor a aumentar para 70,9% na admissão e a diminuir para 57,9% na alta, o que evidencia que houve um controlo de sintomas. No que diz respeito à intensidade da dor, a dor fraca foi a mais referida pelas pessoas inquiridas apresentando um aumento significativo da pré-admissão (5,6%), para a admissão (21,4%) e alta (44,9%). Perante estes resultados verifica-se que a dor permanece durante o internamento e aquando da alta, o que irá contribuir para a diminuição da independência funcional da pessoa.

A manifestação da dor está quase sempre relacionada, quer com a patologia de base que é responsável pelo internamento, quer com os vários procedimentos invasivos e não invasivos a que a pessoa está sujeita, tendo um início repentino e uma duração

transitória, não sendo o que se verificou nos resultados obtidos dado que a dor ainda está presente no momento da alta. Esta experiência é ainda agravada pela dificuldade da pessoa em comunicar, pelo medo e ansiedade, repercutindo-se em alterações ao nível da consciência, circulação, sono, alterações endócrinas, metabólicas, gastrointestinais e psicológicas (Urden, Stacy, & Lough, 2008 como referido por Teixeira & Durão, 2016). Num estudo sobre a dor e a independência funcional em pessoas submetidas a cirurgia cardíaca, os resultados evidenciaram que quanto maior é a intensidade da dor, menor é a independência funcional da pessoa após a cirurgia (Chiapinotto, Dallazen, Bodnar, & Winkelman, 2017). A dor influencia de forma negativa a qualidade de vida das pessoas, limitando a realização das AVD (Martellia & Zavarizeb, 2013). A dor é considerada como o 5º sinal vital pela Direção Geral de Saúde, pelo que a sua presença e intensidade devem ser sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas, constituindo o controlo da dor um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

A hipótese 3 pretende determinar se nos serviços de internamento onde existe enfermeiro de reabilitação os resultados são melhores no que respeita à independência funcional e às atividades de vida diária. Para verificar a evolução na independência funcional entre a admissão e alta calculou-se a diferença entre os valores obtidos na alta e na admissão, em cada uma das escalas. De seguida operacionalizou-se a variável diferença de modo a obtermos uma classificação de melhoria do estado, manutenção do estado ou de degradação do estado (piorou). Das 397 pessoas consideradas na amostra e que estavam internadas nos serviços de medicina, cirurgia, ortopedia e pneumologia verificamos que 151 melhoraram, 52 pioraram e 194 mantiveram o estado funcional. Pela análise dos resultados verificamos que houve serviços em que a contagem esperada era superior à observada nomeadamente a cirurgia e pneumologia, ou seja esperavam-se resultados melhores do que os que se verificaram na realidade. No entanto, na medicina a contagem esperada era inferior à observada, verificando-se que os resultados foram melhores do que os esperados havendo uma melhoria no estado funcional. Na ortopedia a contagem esperada (38,4) era inferior à observada (51) a nível dos que melhoraram o estado funcional, no entanto a contagem esperada (13,2) dos que pioraram era inferior à observada (21). No que diz respeito ao tempo de internamento os resultados obtidos evidenciam que este variou entre 3 e 100 dias, o que correspondeu a uma média de 10,69 dias. Alguns estudos demonstraram tal como os resultados obtidos, que existe

uma associação entre o comprometimento do estado funcional e o número de dias de internamento (Carvalhais & Sousa, 2011). Em relação à evolução na escala curta das AVD, verifica-se que quando o serviço possui enfermeiro de reabilitação (mesmo que não exclusivo) 161 pessoas melhoram, 67 pioraram e 169 mantiveram o seu estado funcional. No entanto, existem variações entre a contagem esperada e a observada, nomeadamente quando “possui” enfermeiro de reabilitação, a contagem esperada (41) dos que melhoraram era inferior à observada (56), enquanto que quando “não possui” (em exclusivo) a contagem esperada (120) era superior à observada (105). Por outro lado, o contrário também se verifica nos que pioraram o seu estado, verificando-se que quando “possui” enfermeiro de reabilitação, a contagem esperada (17) era inferior à observada (25), enquanto que, quando “não possui” (em exclusivo) a contagem esperada (50) era superior à observada (42). O que nos indica que as pessoas tanto melhoram quando o serviço “possui” enfermeiro de reabilitação, como não pioram quando “não possui” (em exclusivo) enfermeiro de reabilitação. No entanto, ao aplicarmos o teste de qui-quadrado de Pearson para a escala hierárquica das AVD, verifica-se que $p=0,000$, o que nos permite concluir que o resultado obtido na evolução da escala hierárquica das atividades de vida diária não é independente do facto de existir ou não enfermeiro de reabilitação no serviço. O que vem comprovar a hipótese 3, dado que se consegue determinar que os resultados são melhores em termos de AVD e independência funcional quando existe enfermeiro de reabilitação.

Nos testes de correlação de Pearson, verifica-se haver uma associação estatisticamente significativa, dado que $p<0,05$ entre a escala hierárquica das AVD, a versão curta das AVD, o tempo de internamento, a escala de delírio e a escala das AIVD na alta. Isto indica-nos que existe uma relação direta entre a escala hierárquica das AVD na alta e as outras variáveis, ou seja quanto maiores forem as alterações funcionais nessa escala, maiores serão as alterações funcionais na versão curta das AVD e na escala das AIVD, maior será o tempo de internamento e maiores serão as alterações cognitivas das pessoas aquando da alta.

Num estudo sobre os efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional de pessoas internadas numa unidade de cuidados intensivos (UCI), verifica-se que se torna necessária uma estratégia de reabilitação mais pró-ativa ao longo do processo de recuperação, consoante as pessoas vão transitando da UCI para os serviços e a comunidade. Os estudos realizados sobre os efeitos da mobilização precoce são ainda

escassos, constituindo esta uma estratégia para melhorar os resultados da reabilitação, devendo ser considerada uma prioridade que implica uma modificação cultural nas equipas de saúde, por forma a centrar os cuidados na pessoa doente (Azevedo & Gomes, 2015). Estes resultados indicam-nos que seria importante existir nos serviços, enfermeiro de reabilitação para que se melhore o estado funcional das pessoas internadas. O enfermeiro de reabilitação antes de efetuar qualquer intervenção avalia a pessoa em termos funcionais, para determinar quais são as necessidades afetadas, determinando as intervenções de reabilitação que melhor se adequam ao seu estado de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

5 – LIMITAÇÕES

O presente estudo assinala importantes contribuições, porém, durante a sua realização, defrontamo-nos com algumas limitações, que serão aqui assinaladas para que possam servir de orientações em trabalhos futuros.

A amostra conseguida dos 4 serviços do hospital é representativa mas, seria importante que em futuras investigações, se pudessem pesquisar as realidades dos diferentes hospitais da região centro, para se poderem efetuar comparações entre variáveis e determinar a generalização de algumas relações.

O tempo de demora com o preenchimento do questionário interRai (AC) PT, em média 15 minutos, constituiu uma importante limitação para a representatividade da amostra. O reduzido número de enfermeiros na prestação de cuidados e o elevado número de pessoas internadas, exigiu a deslocação diária do investigador aos serviços, fora do horário laboral para a recolha de dados. Neste estudo, o investigador apenas teve colaboração dos enfermeiros do serviço onde exercia funções, o que trouxe dificuldades acrescidas na aquisição de informação.

A grelha com as intervenções de reabilitação construída pelo investigador foi outra das limitações deste estudo. Os resultados obtidos com o seu preenchimento não se conseguiram relacionar com os do interRai (AC) PT. Esta grelha possibilitou apenas identificar intervenções de reabilitação realizadas pelos enfermeiros dos serviços, não permitindo relacionar com as pessoas a quem foram prestados os cuidados. Inicialmente planeamos fazer um levantamento das intervenções de reabilitação realizadas pelos enfermeiros às pessoas em estudo, mas a aquisição de dados nos sistemas de informação foi de difícil acesso pois algumas intervenções não se encontravam mencionadas e eram muito vagas no que respeita aos cuidados prestados pelos enfermeiros de reabilitação. Atualmente os hospitais e serviços de saúde possuem um conjunto de sistemas de informação que permitem a sua utilização para fins de ensino e investigação, no entanto a variabilidade de conceções de registo e de padrões de documentação é tão variada, que torna difícil a sua utilização. Para além das questões éticas que sempre se impõem no levantamento dos dados, a nova lei de proteção de dados também condiciona a sua

obtenção para fins que não sejam estritamente ligados à produção de cuidados. Seria importante que em futuras investigações se recolhesse informação do interRai (AC) PT e do processo da pessoa internada, fazendo um levantamento das intervenções de reabilitação que foram realizadas pelos enfermeiros de reabilitação nos sistemas de informação, atendendo aos focos de atenção e às necessidades afetadas, para se estudar a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Outra das limitações encontrada foi o facto de apenas um dos serviços em estudo ter enfermeiro de reabilitação em tempo integral, o que não permitiu a generalização dos resultados aos restantes serviços. Para além disso, esse enfermeiro apenas realizava intervenções de reabilitação num período de 8 horas, de segunda a sexta-feira, havendo um interregno nas suas intervenções, o que não permitia demonstrar a efetividade dos cuidados prestados. Perante esta realidade, sugerimos que em futuras investigações se utilizem grupos de controle que permitam a comparação de resultados entre um serviço onde exista enfermeiro de reabilitação em todos os turnos e um serviço onde não exista enfermeiro de reabilitação.

Estas foram algumas das dificuldades sentidas com a realização deste estudo e algumas das sugestões para novas investigações, que ao serem descritas constituem uma base de evidência para que em futuros estudos sejam tidas em consideração para a tomada de decisão.

CONCLUSÃO

Neste estudo, a seleção do instrumento de recolha de dados recaiu sobre o interRai (AC) PT porque para além de ser considerado válido, fiável e estar validado para a população portuguesa por Amaral, Ferreira e Gray em 2014, permitiu com a sua aplicação determinar a evolução da independência funcional da pessoa em termos de AVD e AIVD, entre a admissão e a alta hospitalar. Este instrumento foi uma excelente ferramenta que permitiu a recolha de informação sobre as pessoas internadas nos serviços, dando uma visão holística da história e evolução da pessoa.

Em termos de resultados obtidos, verificou-se que em todas as AVD as pessoas inquiridas apresentaram diminuição da independência funcional da pré-admissão para a alta. No entanto, verificou-se que nas AVD, alimentação e mobilidade na cama houve um ligeiro aumento da independência funcional das pessoas inquiridas da admissão para a alta, com a ressalva de que os valores não se equipararam aos da pré-admissão. Nas AVD, higiene pessoal, caminhar, uso da casa de banho e transferência para a sanita manteve-se a tendência da diminuição da independência funcional da admissão para a alta. Estes resultados foram confirmados pelo teste de Wilcoxon que revelou existirem diferenças estatisticamente significativas na EHAVD, entre a admissão e a alta, que permitiu concluir que as pessoas eram mais independentes na admissão do que na alta. Perante os resultados obtidos e que vão de encontro à literatura consultada, podemos afirmar que as pessoas em termos de independência funcional nas AVD “saem pior do que entram” dum serviço de internamento, independentemente da causa que lhe deu origem.

Nas AIVD, perante os resultados obtidos concluímos que as pessoas inquiridas apresentaram diminuição da independência funcional em todas as AIVD (preparação das refeições, tarefas domésticas, gerir as finanças pessoais, gerir a medicação, uso do telefone, escadas, compras e transporte) da pré-admissão para a alta. Estes resultados foram confirmados pelo teste de Wilcoxon que determinou existirem diferenças estatisticamente significativas entre a admissão e a alta na VCE_AVD, concluindo-se que as pessoas eram mais independentes na admissão do que na alta. Concluímos assim,

que a pessoa no domicílio apresenta alguma independência nas AIVD, verificando-se uma deterioração do seu estado funcional à medida que permanece hospitalizada.

Existem estudos que referem que a diminuição da independência funcional tem início nas AIVD, avançando posteriormente para as atividades que estão relacionadas com o autocuidado, enquanto outros indicam o contrário, no entanto os resultados obtidos não nos permitem afirmar se a perda de independência teve início nas AVD ou nas AIVD. Os resultados obtidos permitem-nos apenas concluir que em termos de evolução na independência funcional a pessoa no momento de admissão era mais independente nas AVD e AIVD do que no momento da alta.

Em relação à capacidade cognitiva das pessoas inquiridas concluímos que as pessoas inquiridas no momento de admissão apresentavam menos alterações do que no momento de alta, o que nos indica que o internamento também pode ser gerador de mudanças cognitivas que podem agravar-se com o tempo e comprometer a capacidade da pessoa viver de forma independente e autónoma. No entanto, dado que as variações cognitivas foram mínimas da pré-admissão para a alta, não podemos concluir que a capacidade cognitiva intervém na perda da independência funcional entre a admissão e a alta tal como é referido por alguns autores.

Neste estudo, as correlações de Pearson permitiram inferir sobre a existência de uma associação estatisticamente significativa entre o tempo de internamento, a escala hierárquica das AVD, a versão curta da escala das AVD e a Escala das AIVD, na alta. Porém não conseguimos concluir se é o tempo de internamento que condiciona o estado funcional ou se é o estado funcional que condiciona o tempo de internamento.

Em relação à grelha de intervenções do enfermeiro de reabilitação construída pelo investigador, concluímos que não se conseguiram relacionar as intervenções de reabilitação prestadas pelos enfermeiros com as pessoas a quem foi prestado o cuidado no interRai (AC) PT. Com esta grelha apenas conseguimos identificar quais foram as intervenções de reabilitação prestadas pelos enfermeiros e pelos enfermeiros com a especialidade de reabilitação no âmbito da reeducação funcional motora e respiratória. Para além disso, também constatámos que as intervenções de reabilitação em que os enfermeiros mais intervêm estão relacionadas com o incentivar e o assistir, enquanto que, os enfermeiros com a especialidade de reabilitação intervêm na realização de

técnicas mais específicas consoante os problemas reais e/ou potenciais das pessoas durante a hospitalização.

Ao aplicarmos o teste de qui – quadrado de Pearson para a EHAVD concluímos que a evolução nesta escala não é independente do facto de existir ou não enfermeiro de reabilitação no serviço. Pelo que podemos concluir que existe uma relação entre o enfermeiro com a especialidade de reabilitação e o estado funcional. Os resultados indicam-nos que houve serviços em que a contagem esperada foi inferior à contagem observada, no que respeita à evolução do estado funcional. Perante esta realidade concluímos que os resultados obtidos foram melhores do que os esperados, a pessoa internada melhora o estado funcional quando o serviço “possui” enfermeiro de reabilitação. No entanto, é importante referir que apenas um dos serviços em estudo “possuía” enfermeiro de reabilitação em tempo integral, o que impossibilita extrapolar os resultados deste serviço para os restantes.

Concluímos assim, que é importante e fundamental a presença do enfermeiro com a especialidade de reabilitação nos serviços de internamento, pois permite a avaliação da pessoa em termos funcionais, determinando os problemas reais/potenciais e as necessidades em termos de cuidados de reabilitação, tendo em conta a capacidade e potencial da pessoa, entre a admissão e a alta. O enfermeiro com a especialidade de reabilitação de acordo com as suas competências intervém junto da pessoa de forma a melhorar e/ou readquirir o seu potencial, evitando limitações no estado funcional. Para além disso, concluímos ainda que o enfermeiro com a especialidade de reabilitação ao interagir com os enfermeiros da equipa na orientação e prescrição/planeamento de intervenções irá contribuir para uma cobertura contínua (24 horas) em termos de cuidados de reabilitação. Neste sentido, achamos pertinente referir que seria importante incluir nas equipas de enfermagem, enfermeiros com a especialidade de reabilitação em tempo integral.

A qualidade em saúde é uma das prioridades das instituições pelo que a efetividade dos cuidados de enfermagem é essencial para que os enfermeiros sejam valorizados e se demonstre os ganhos produzidos em saúde por parte desta classe profissional. Nesse sentido, com a realização deste estudo tentamos avaliar a efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação, ou seja, os resultados em saúde em termos de evolução na independência funcional da pessoa internada num hospital da região centro.

Para determinar essa efetividade tivemos em conta a componente processo, estrutura e resultados do modelo de Donabedian. Na componente processo, identificámos as necessidades da pessoa em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação com a aplicação do instrumento de recolha de dados, interRai (AC) PT na admissão e os recursos necessários de forma a se poder estabelecer um plano de cuidados adequado à pessoa, tendo em conta as suas capacidades e o seu potencial. Na componente estrutura, tivemos em conta o local onde esses cuidados foram prestados, serviços de internamento, com número elevado de pessoas idosas e com número reduzido de enfermeiros de reabilitação e na componente resultados avaliamos o tempo de internamento e a independência funcional da pessoa através da aplicação do interRai na alta recorrendo à EHAVD e VCE_AV, entre outras.

A realização deste estudo foi importante porque para além de ser um desafio para o investigador, contribuiu para conhecer a realidade do hospital e dos serviços; ter uma perspetiva da evolução do estado funcional da pessoa desde o momento de admissão até ao momento da alta e determinar quais foram as AVD e AIVD em que houve maior perda de independência funcional. Para além disso, também permitiu perceber quais os serviços que possuem enfermeiro com a especialidade de reabilitação, em qual dos serviços existe enfermeiro de reabilitação a exercer funções em tempo integral e avaliar a relação que existe entre o enfermeiro de reabilitação e o estado funcional da pessoa.

Os resultados desta investigação têm implicações práticas, pelo que irão ser partilhados com os serviços em estudo e com as equipas multidisciplinares com o objetivo de identificarem e delinear estratégias durante o internamento, por forma a manter ou aumentar a independência funcional da pessoa em termos de AVD e AIVD. Pretendemos ainda divulgar os resultados aos serviços de gestão, para que antevejam a necessidade de integrar enfermeiros com a especialidade de reabilitação nas equipas dos serviços, permitindo minimizar as perdas funcionais das pessoas internadas, obtendo ganhos em saúde e aumento da satisfação das pessoas e profissionais. Para além disso, seria importante a divulgação dos resultados e conclusões deste estudo em reuniões científicas e publicações periódicas, o que iria contribuir para aumentar o conhecimento dos enfermeiros e outros profissionais de saúde da realidade presente nas instituições.

Em suma, os resultados deste estudo são reflexo da escassa atenção dada pelos hospitais/profissionais de saúde à funcionalidade das pessoas, permanecendo a política de saúde mais direcionada para o tratamento da doença aguda. É importante que as

instituições invistam mais na prevenção e os profissionais de saúde desenvolvam novas competências e abordagens para que os cuidados sejam centrados na funcionalidade da pessoa que deverá ser mantida durante a hospitalização.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, R. A., Abreu, C. C., & Mendes, A. M. (2010). Quedas em doentes hospitalizados: Contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*, pp.163-172.
- Amaral, A. F. (2010). A efetividade dos cuidados de enfermagem: Modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 96-105.
- Amaral, A. F. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade* (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Amaral, A. F., Ferreira, P. L., & Gray, L. C. (2014). Validação do international resident assessment instrument– Acute care (InterRAI-AC) para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 103-115.
- Andrade, L. T., Araújo, E. G., Andrade, K. R., Soares, D. M., & Cianca, T. C. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 1056-1060.
- Apóstolo, J. L., Cardoso, D. F., Marta, L. M., & Amaral, T. I. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 193-201.
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 59-66.
- Azevedo, P. M., & Gomes, B. P. (2015). Efeitos da mobilização precoce na reabilitação funcional em doentes críticos: uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 129-138.
- Bezerra, C. P., Pagliuca, L. M., & Galvão, M. T. (2009). Modelo de enfermagem baseado nas atividades de vida diária: Adolescente diabética e deficiente visual. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem 2009*, pp. 842-848.

- Brandão, M. P., Gonçalves, J., Sá-Couto, P., & Sousa, L. (2015). Independência funcional das pessoas idosas com perturbações mentais: Um estudo num serviço de psicogeriatría em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 199-206.
- Cabete, D. G. (2004). *O idoso, a doença e o hospital*. Loures: Lusodidacta.
- Carmo, M. T. (2007). Motivação profissional, qualidade de cuidados percebidos e satisfação dos utentes. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 24-37.
- Carvalhais, M. D., & Sousa, L. (2007). Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, pp. 596 - 616. Recuperado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a04.htm>
- Carvalhais, M. D., & Sousa, L. (2011). Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 75-84.
- Chiapinotto, S., Dallazen, F., Bodnar, E. T., & Winkelman, E. R. (2017). Nível de dolor y grau de independencia funcional de pacientes submetidos a la cirugía cardíaca. *Revista Baiana de Enfermagem*.
- Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática*. Famalicão: Almedina.
- Covinsky, K. E., Pierluissi, E., & Johnston, B. (2011). Hospitalization - associated disability “she was probably able to ambulate, but I’ m not sure”. *Journal of the American Medical Association*, 1782-1793.
- Cruz, A. (2008). Enfermagem de reabilitação: Uma mais valia nos cuidados continuados. *Revista Sinais Vitais*, pp. 44-50.
- Dias, M. J., & Ferreira, P. L. (2014). Escalas de avaliação do risco de quedas. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 153-161.
- Dias, M. J., Oliveira, A. S., Moreira, C. N., Santos, A. S., Martins, T., & Araújo, F. (2013). Quedas dos doentes internados em serviços hospitalares, associação com os grupos terapêuticos. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 105-114.
- Donabedian, J. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank quarterly*, 691-729.

- Doran, D. M. (2011). *Nursing outcomes: State of the science*. United States of América: Jones & Bartlett learning.
- Fawcett, J. (1997). The structural hierarchy of nursing knowledge: Components and their definitions. In I. King, & J. Fawcett, *The language of nursing theory and metatheory* (pp. 1-8). United States of America: Sigma Theta Tau International Honor society of Nursing.
- Fawcett, J., & King, I. M. (1997). *The language of nursing theory and metatheory*. United States of America: SIGMA Theta Tau International, Center for Nursing Press.
- Ferreira, M. A., Pontes, M., & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem - percepção dos utentes. *Revista da Faculdade de ciências da Saúde*, pp. 358-366.
- Ferreira, O. G. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*, pp. 513-518.
- Fonseca, C., Coroado, R., & Pissarro, M. (2017). A importância do modelo das atividades de vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem. *Journal of Aging & Innovation*, 96-102.
- Fortin, M.- F. (2009a). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M.-F. (2009b). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gil, I. M., Costa, P. J., Cardoso, D. F., Parola, V. S., Almeida, M. L., & Apóstolo, J. L. (2018). Eficácia da reminiscência na cognição, sintomas depressivos e qualidade de vida em idosos: Protocolo de revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 155-160.
- Gomes, B. P. (2008). *Enfermagem de reabilitação um contributo para a satisfação do utente* (Tese de doutoramento). Universidade do Porto, Portugal. Recuperado de [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7275/2/Tese%20Doutoramento Barbara.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7275/2/Tese%20Doutoramento%20Barbara.pdf)
- Gomes, B., Rocha, M. C., Martins, M. M., & Gonçalves, M. N. (2014). *Investigação em enfermagem de reabilitação: Um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Porto: GDIAP-ESEP.

- Gomes, J. A., Martins, M. M., Gonçalves, M. N., & Fernandes, C. S. (2012). Enfermagem de reabilitação: Percurso para a avaliação da qualidade em unidades de internamento. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 29-38.
- Gonçalves, L., Silva, A., Mazo, G., Benedetti, T., & Santos, S. (2010). O idoso institucionalizado: Avaliação da capacidade funcional e aptidão física. *Scielo Saúde Pública*.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Camarate: Lusociência.
- Hickman, J. S. (2000). Introdução à teoria de enfermagem. In J. B. George, *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional* (pp. 11-19). Porto Alegre: Artmed.
- Irvine, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidged, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 29-39.
- Isaías, F., Sousa, L., & Dias, L. (2014). Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardíaca/abdominal. In M. C. Cordeiro, & E. C. Menoita, *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória* (pp. 303-314). Loures: Lusociência.
- Januário, J. C. (2013). *Resultados das intervenções do enfermeiro de reabilitação na pessoa internada no serviço de medicina interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra* (Dissertação de mestrado). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Lesneski, L. (2006). A profissão de enfermagem. In R. F. Craven, & C. J. Hirnle, *Fundamentos de enfermagem: Saúde e função humanas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lillis, C., Taylor, C. R., Lynn, P., & Lemone, P. (2014). *Fundamentos de Enfermagem: A arte e a ciência do cuidado de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Lima, A. M. (2014). *A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade*. Recuperado de http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1236/1/Andreia_Lima.pdf
- Lima, F. B., Silva, J. L., & Gentile, A. C. (2007). A relevância da comunicação terapêutica na amenização do estresse de clientes em pré-operatório: Cuidando através de orientações. *Promoção da Saúde*, pp. 17-18.

- Lutz, B. J., & Davis, S. M. (2011). Modelos teóricos e práticos para a enfermagem de reabilitação. In S. P. Hoeman, *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (pp. 15-29). Loures: Lusodidacta.
- Martellia, A., & Zavarizeb, S. F. (2013). Vias nociceptivas da dor e seus impactos nas atividades da vida diária. *Uniciências*, pp. 47-51.
- Mendes, E., Rodrigues, J., Preto, L., & Novo, A. (2016). Functional and cognitive decline in hospitalized elderly. *Journal Aging and Innovation*, 11-21.
- Mendes, L. M., & Ribeiro, S. I. (2007). A reabilitação no processo de cuidados de enfermagem. *Nursing*, pp. 36-39.
- Menezes, C., Oliveira, V. R., & Menezes, R. L. (2010). Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. *Revista Movimenta*, pp. 76-84.
- Menoita, E. P. (2014). Reabilitação respiratória na pessoa idosa. In E. P. Menoita, & M. C. Cordeiro, *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória* (pp. 317-320). Loures: Lusociência.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2014). *Competências no âmbito de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEER_Parecer_12_2014_Competicencias_no_ambito_dos_cuidados_especializados_em_Enfermagem_de_Reabilitacao.pdf
- Mitchell, P., Ferketich, S., & Jennings, B. (1998). Quality health outcomes model. American academy of nursing expert panel on quality health care. *The Journal Nursing of scholarship*, 43-46.
- Oliveira, A. (2007). Padrões de qualidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, pp. 7-9.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Estatutos da ordem dos enfermeiros*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Artes Gráficas.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Passos, S. S., & Sadigusky, D. (2011). Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. *Revista de Enfermagem*, pp. 598-603.
- Petronilho, F. A. (2008). Os sistemas de informação em enfermagem e a produção de indicadores de qualidade: Uma experiência com um grupo de alunos em ensino clínico: Prevenção, diagnóstico e intervenção. *Sinais Vitais*, pp. 10-20.
- Petronilho, F. A. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Petronilho, F. A., Pereira, C. M., Magalhães, A. I., Carvalho, D. M., Oliveira, J. C., Castro, P. R., & Machado, M. M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na rede nacional de cuidados continuados integrados. *Revista Referência*, pp. 39-48.
- Pinto, A. M. (2006). Factores que inibem e facilitam a tomada de decisão em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, pp. 17-22.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.
- Pontes, M. (1997). Gerir cuidados de enfermagem para garantia da qualidade dos serviços de saúde. *Nursing*, pp. 32-33.

- Preto, L. S., Gomes, J. R., Novo, A. F., Mendes, M. E., & Molina, J. G. (2016). Efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na aptidão funcional de idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 55-63.
- Preto, L. S., Lopes, I. F., Mendes, M. E., Novo, A. F., & Barreira, I. M. (2018). Estado funcional e nutricional em pacientes idosos admitidos num serviço de cirurgia geral. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 43-52.
- Preto, L. S., Santos, A. L., Mendes, M. E., Novo, A. P., & Pimentel, M. H. (2015). Deterioro funcional, miedo a caerse y composición corporal en ancianos institucionalizados. *Revista Enfermería clínica*, pp. 47-106.
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 157-164.
- Ribeiro, C. P. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O. M., Pinto, C. A., & Regadas, S. C. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem referência*, pp. 25-36.
- Santos, G., Sousa, L., & Sá-Couto, P. (2016). *Hospitalização de pessoas idosas: espiritualidade, risco de dependência, quedas e readmissão*. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170318>
- Santos, M. F., Pedro, M. C., Lopes, N. M., & Azevedo, T. S. (2009). Sentimentos do familiar cuidador face à intervenção do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 15-24.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Serrano, S. (2013). A qualidade em enfermagem. *Sinais Vitais*, pp. 22-28.
- Sthal, H. C., Bert, H. W., & Palhares, V. C. (2011). Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. *Texto Contexto Enfermagem*, pp. 59-67.
- Tavares, J. P., Grácio, J., & Nunes, L. (2018). A pessoa idosa hospitalizada: Trajetória funcional em hospital português. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 19-28.

- Teixeira, J. M., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 135-142.
- Vitor, A. F., & Lopes, M. V. (2010). Teoria do défice de autocuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, pp. 611-616.
- World Health Organization. (2007). *Global report on fall prevention in older age*. França: Library WHO. Recuperado de <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHo-Global-report-on-falls-prevention-in-older-age.pdf>
- Zisberg, A., Shadmi, E., Gur-Yaish, N., Tonkikh, O., & Sinoff, G. (2015). Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors. *Journal of the American Geriatrics*, 55-62.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I - Instrumento de recolha de dados - Formulário InterRai (AC) PT

ANEXO II - Autorização do conselho de administração da ULSCB para aplicação do instrumento de Recolha de Dados

APÊNDICE I - Instrumento de recolha de dados – Grelha com as intervenções de reabilitação

APÊNDICE II – Termo de consentimento livre e informado para participação no estudo

ANEXO I

Instrumento de recolha de dados - Formulário interRai (AC) PT

SECÇÃO A. IDENTIFICAÇÃO	3. FORMAS DE COABITAÇÃO
<p>1. NOME</p> <p>a.(primeiro) b.(Iniciais do meio) c. (último)</p> <p>2. GÉNERO - 1. Masculino 2. Feminino <input type="checkbox"/></p> <p>3. DATA DE NASCIMENTO</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Ano Mês Dia</p> <p>4. ESTADO CIVIL</p> <p>1. Solteiro 2. Casado 3. Parceiro (a)/outro significativo 4. Viúvo 5. Separado 6. Divorciado <input type="checkbox"/></p> <p>5. ETNIA / RAÇA</p> <p>_____</p> <p>6. LÍNGUA MATERNA</p> <p>1. Português 2. Outra 3. Especificar: _____ <input type="checkbox"/></p> <p>7. HOSPITAL</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>8. ENFERMARIA <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>9. MÉDICO ASSISTENTE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>10. NÚMERO DO CARTÃO DE UTENTE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>11. ACTUAIS FORMAS DE PAGAMENTO DA HOSPITALIZAÇÃO</p>	<p>1. Sozinho 2. Apenas com cônjuge/parceiro 3. Com cônjuge/parceiro e outro (s) 4. Com filhos (sem cônjuge/parceiro) 5. Com pais ou tutores 6. Com irmãos 7. Com outros familiares (sem ser cônjuge ou filhos) 8. Com não-familiares <input type="checkbox"/></p> <p>4. EPISÓDIO DESENCADEADOR DA ADMISSÃO <i>Momento em que surgiu o episódio/problema desencadeador desta admissão (tendo como referência a data de início da hospitalização – item B1)</i></p> <p>0. Nos últimos 7 dias 1. Há 8-14 dias 2. Há 15-30 dias 3. Há 31-60 dias 4. Há mais de 60 dias <input type="checkbox"/></p> <p>5. PERÍODO DESDE A ÚLTIMA HOSPITALIZAÇÃO <i>Registe a hospitalização mais recente nos ÚLTIMOS 90 DIAS</i></p> <p>0. Não houve hospitalização nos últimos 90 dias 1. Há 31-90 dias 2. Há 15-30 dias 3. Há 8-14 dias 4. Nos últimos 7 dias 5. Actualmente no hospital <input type="checkbox"/></p> <p>6. TEMPO PASSADO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA</p> <p>0. Não foi admitido através do serviço de urgência 1. 0-8 horas 2. 8-24 horas 3. 24-48 horas 4. Mais de 48 horas <input type="checkbox"/></p> <p>7. CIRURGIA</p> <p>a) Cirurgia realizada até 48 horas após a admissão? 0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/></p> <p>b) Data da Cirurgia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Ano Mês Dia</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;"> <p>CASO SEJA REALIZADA UMA CIRURGIA, PREENCHER O RELATORIO DA ADMISSÃO 72 HORAS DEPOIS DA CIRURGIA, COM BASE NAS OBSERVAÇÕES FEITAS NAS 24 HORAS ANTERIORES.</p> </div>
SECÇÃO B. ADMISSÃO E HISTÓRIA INICIAL	SECÇÃO C. DATAS DA AVALIAÇÃO
<p><i>[Nota: Preencher a Secção B na admissão/primeira avaliação]</i></p> <p>DATA DE INTERNAMENTO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. PROVENIENTE DE:</p> <p>1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado 2. Lar 3. Casas assistidas ou semi-independente 4. Centro para pessoas com incapacidades físicas 5. Centro para pessoas com incapacidades intelectuais 6. Hospital ou unidade psiquiátrica 7. Sem-abrigo 8. Unidade de cuidados continuados 9. Centro/Unidade de reabilitação 10. Unidade de cuidados paliativos 11. Hospital de agudos 12. Prisão 13. Outro</p> <p>Proveniente de _____ <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>1. DATAS DE REFERÊNCIA DA AVALIAÇÃO</p> <p>a. Na admissão <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Ano Mês Dia</p> <p>b. Ao 14º dia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Ano Mês Dia</p> <p>c. Na alta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Ano Mês Dia</p>

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO D. COGNICÃO

1. CAPACIDADES COGNITIVAS PARA TOMAR DECISÕES DO DIA-A-DIA
Tomar decisões para as tarefas diárias – ex: quando se levantar ou fazer as refeições, que roupa vestir ou que actividades realizar

0. **Independente** – Decisões consistentes, sensatas, seguras

1. **Independência modificada** – Alguma dificuldade apenas em situações novas

2. **Incapacidade mínima** – Em situações específicas recorrentes, as decisões tomam-se fracas e perigosas; estímulos/supervisão necessários nesses momentos

3. **Incapacidade moderada** – Decisões constantemente fracas e perigosas; estímulos/supervisão são necessários nesses momentos

4. **Incapacidade grave** – Nunca/raramente toma decisões

5. **Sem consciência perceptível, coma** [Para a avaliação pré-admissão, continue com as Secções D a G, para todas as outras avaliações passe para a Secção H]

2. CAPACIDADE DE MEMORIZAR/RECORDAR
Codifique em termos de recordação daquilo que foi aprendido ou sabido

0. **Sim, a memória OK. - 1. Problemas de memória**

a. **Boa memória de curto prazo**
 Parece recordar-se depois de 5 minutos

b. **Boa memória processual**
 É capaz de realizar todas ou quase todas as etapas numa sequência de multi-tarefas sem estímulos

c. **Boa memória situacional** Reconhece os nomes/caras dos prestadores de cuidados com quem contacta regularmente e conhece a localização dos lugares que visita regularmente (quarto, refeitório, sala de terapia)

3. PERTURBAÇÕES PERIÓDICAS DO PENSAMENTO OU CONSCIÊNCIA
[Nota: Uma avaliação rigorosa implica conversas com funcionários, família ou outras pessoas com um conhecimento directo do comportamento do indivíduo ao longo deste período]

0. Comportamento não presente

1. Comportamento presente, consistente com o funcionamento normal

2. Comportamento presente, parece diferente do funcionamento normal (ex: novo aparecimento ou agravamento; diferente das semanas anteriores)

a. **Facilmente distraído** – ex: episódios de dificuldade em prestar atenção; dispersa-se

b. **Momentos de discurso desorganizado** – ex: o discurso não faz sentido, irrelevante ou passa de assunto em assunto; perde a linha de pensamento

c. **Função mental varia ao longo do dia** – ex: umas vezes melhor, outras vezes pior

4. ALTERAÇÃO AGUDA DO ESTADO MENTAL EM RELAÇÃO AO HABITUAL - ex: agitação, letargia, dificuldade em despertar, percepção alterada do ambiente

0. Não 1. Sim

Alta
14º Dia
Admissão
Pré Admissão

SECÇÃO E. COMUNICAÇÃO E VISÃO

1. FAZER-SE ENTENDER (Expressão)
Expressar conteúdo de informação – verbal e não-verbal

0. **Compreendido** – Expressa as ideias sem dificuldade

1. **Compreendido geralmente** – Dificuldade em escolher as palavras ou concluir os pensamentos MAS, se tiver tempo, pouca ou nenhuma sugestão é necessária

2. **Compreendido frequentemente** – Dificuldade em encontrar as palavras ou terminar os pensamentos E é geralmente necessária sugestão

3. **Compreendido algumas vezes** – A capacidade limita-se a fazer pedidos concretos

4. **Compreendido raramente ou nunca**

2. CAPACIDADE PARA COMPREENDER OS OUTROS (Compreensão)
Compreender informação verbal (ainda que use aparelho auditivo normalmente utilizado)

0. **Compreende** – Compreensão clara

1. **Compreende geralmente** – Não percebe algumas partes/objectivo da mensagem MAS compreende a maior parte da conversa

2. **Compreende frequentemente** – Não percebe algumas partes/objectivo da mensagem MAS através da repetição ou explicação consegue muitas vezes compreender a conversa

3. **Compreende algumas vezes** – Responde de forma satisfatória apenas a um tipo de comunicação simples e directa

4. **Compreende raramente ou nunca**

3. AUDIÇÃO
Capacidade para ouvir (aparelho auditivo normalmente utilizado)

0. **Adequada** – Não tem dificuldades numa conversa normal, interacção social, ouvir televisão

1. **Dificuldade mínima** – Dificuldade em alguns contextos (ex: quando uma pessoa fala baixo ou está a mais de 2 metros de distância)

2. **Dificuldade moderada** – Problemas em ouvir conversas normais, necessita de um ambiente calmo para ouvir bem

3. **Dificuldade grave** – Dificuldade em todas as situações (ex: o falante tem de falar alto ou muito pausadamente; ou a pessoa menciona que todo o discurso é sussurrado)

4. **Sem audição**

4. VISÃO
Capacidade para ver com uma luz adequada (com óculos ou com outro aparelho visual normalmente utilizado)

0. **Adequada** – Vê os detalhes, incluindo a impressão normal dos jornais/livros

1. **Dificuldade mínima** – Vê uma impressão com maior resolução mas não a impressão normal dos jornais/livros

2. **Dificuldade moderada** – Visão limitada; não é capaz de ver as manchetes dos jornais, mas consegue identificar objectos

3. **Dificuldade grave** – Identificação de objectos duvidosa, mas os olhos parecem seguir os objectos; vê apenas luzes, cores ou formas

4. **Sem visão**

Pré-Admissão	Admissão	14º Dia	Alta
SECÇÃO F. COMPORTAMENTO E ANÍMIO			
1. ANÍMIO AUTO-REPORTADO			
<i>(Use um período de 3 dias para a avaliação pré-admissão e de 24 horas para as outras avaliações)</i>			
0. Não nos últimos 3 dias do período pré-admissão/últimas 24 horas			
1. Não nos últimos 3 dias/24 horas, mas sente-se assim frequentemente			
2. Sim, sentiu-se dessa maneira nos últimos 3 dias/24 horas			
B. A pessoa não pode (quer) responder			
Perguntar: "Nos últimos 3 dias/24 horas, com que frequência se sentiu..."			
a. Com pouco interesse ou prazer em fazer as coisas de que normalmente gosta?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. Ansioso, impaciente ou inquieto?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. Triste, deprimido ou desesperado?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
SINTOMAS DE COMPORTAMENTO			
Nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS, presença de um ou mais dos seguintes sintomas: abuso verbal, abuso físico, resistência aos cuidados, comportamento socialmente inapropriado ou disruptivo.			
0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SECÇÃO G. ESTADO FUNCIONAL			
1. AUTO-DESEMPENHO NAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)			
Considere todos os episódios dos últimos 3 dias/24 horas.			
Se todas as actividades forem desempenhadas ao mesmo nível, pontue a AVD a esse nível.			
Se houver algum episódio no nível 6, e outros menos dependentes, pontue a AVD com o nível 5. Caso contrário, centre-se nos três episódios mais dependentes [ou em todas as episódios se forem realizadas menos do que 3 vezes]. Se a actividade mais dependente for 1, a pontuação da AVD é 1. Se não for, pontue a AVD de acordo com a menos dependente entre 2-5.			
0. Independente – Sem ajuda, preparação física ou supervisão em qualquer actividade			
1. Independente, ajuda apenas na preparação – Objecto ou aparelho fornecido ou colocado ao seu alcance, sem ajuda física ou supervisão em qualquer actividade			
2. Supervisão – Vigilância/estímulos			
3. Assistência limitada – Orientação para se deslocar, ajuda a nível físico sem suportar o peso			
4. Assistência alargada – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 1 ajudante em que a pessoa ainda desempenha 50% ou mais das sub-tarefas			
5. Assistência máxima – Ajuda para suportar o peso (incluindo levantar os membros) por 2+ ajudantes OU Ajuda para suportar o peso em mais de 50% das sub-tarefas			
6. Dependência total – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas			
8. Não houve actividade durante todo esse período			
a. Tomar banho – Como é que toma banho de imersão ou duche. Inclui a maneira como entra e sai da banheira ou poibã E como é lavada cada parte do corpo: braços, parte inferior e superior das pernas, peito, abdômen, área perineal – EXCLUI LAVAR AS COSTAS E O CABELO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
b. Higiene Pessoal – Como trata da sua higiene pessoal, incluindo pentear o cabelo, lavar os dentes, fazer a barba/depliação, maquilhar-se, lavar e limpar a cara e as mãos – EXCLUI BANHOS E DUCHES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Pré-Admissão	Admissão	14º Dia	Alta
c. Caminhar – Como se desloca em piso igual dentro de casa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
d. Transferência para a sanita: Como se senta e levanta da sanita ou cadeira sanitária <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
e. Uso da casa de banho: Como usa a casa de banho (ou a cadeira sanitária, penico, urino), como se limpa depois de usar a sanita ou episódio(s) de incontinência, muda a fralda, sabe lidar com a ostomia ou cateter, adapta as roupas – EXCLUI ENTRADA E SAÍDA NA CASA DE BANHO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
f. Mobilidade na cama – Como se deita e se levanta, como se vira de um lado para o outro e posiciona o corpo na cama <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
g. Alimentação – Como come e bebe (independentemente da capacidade). Inclui a ingestão de alimentos de várias formas (ex: alimentação por sonda, alimentação parentérica total) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2. LOCOMOÇÃO/CAMINHAR			
a. Principal modo de locomoção			
0. Caminhar, sem aparelho de suporte			
1. Caminhar, usa aparelho de suporte – ex: bengala, andariño, canadianas, cadeira de rodas de empurrar			
2. Cadeira de rodas, scooter eléctrica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3. Acamado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
b. Caminhada de 4 metros temporizada – Crie um percurso desobstruído em linha recta. Peça a pessoa que esteja em pé com os pés na linha de partida.			
Depois diga: "Assim que eu disser, comece a andar a um ritmo normal (com a bengala/andariño se utilizar). Não se trata de um teste para saber a rapidez com que caminha. Pare quando eu lhe disser para parar. Tem dúvidas?" ○			
avaliador pode demonstrar como se faz o teste.			
Depois diga: "Comece a caminhar agora". Comece a cronometrar (ou pode contar os segundos) assim que for dado o primeiro passo. Termine a contagem quando o pé tocar na linha dos 4 metros.			
Depois diga: "Agora pode parar".			
Insira o tempo em segundos, até aos 30 segundos, caso contrário:			
90. 30 ou mais segundos para andar 4 metros			
77. Parou antes de terminar o teste			
88. Recusou-se a fazer o teste			
99. Não foi testado – ex: não caminha sozinho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
c. Distância percorrida – A maior distância percorrida de uma só vez sem se sentar nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (com apoio caso seja necessário)			
0. Não andou			
1. Menos de 5 metros			
2. 5-49 metros			
3. 50-99 metros			
4. 100+ metros			
5. mais do que 1 quilómetro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
d. Distância percorrida em cadeira de rodas – A maior distância percorrida com cadeira de rodas de uma só vez nos ÚLTIMOS 3 DIAS/24 HORAS (Inclui o uso independente de cadeira de rodas motorizada)			
0. Empurrado por outras pessoas			
1. Usou cadeira de rodas motorizada/scooter			
2. Andou sozinho de cadeira de rodas menos de 5 metros			
3. Andou sozinho de cadeira de rodas 5-49 metros			
4. Andou sozinho de cadeira de rodas 40-99 metros			
5. Andou sozinho de cadeira de rodas 100+ metros			
8. Não usou a cadeira de rodas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

InterRAI – Cuidados Agudos ©

Alta 1.º Dia Admissão Pré Admissão	Alta 1.º Dia Admissão Pré Admissão
SECÇÃO G. ESTADO FUNCIONAL (cont.)	SECÇÃO H. CONTINÊNCIA
<p>3. NÍVEL DE ACTIVIDADE</p> <p>a. Número de horas de exercício ou actividade física nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão – ex: caminhar</p> <p>0. Nenhuma 1. Menos de 1 hora 2. 1-2 horas 3. 3-4 horas 4. Mais de 4 horas</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. Nos 3 dias antes do aparecimento da doença que desencadeou a admissão, o número de dias em que saiu de casa/edifício onde reside (independentemente da duração desse período)</p> <p>0. Não saiu em nenhum dia 1. Não saiu nos últimos 3 dias, mas normalmente sai durante o período de 3 dias 2. 1-2 dias 3. 3 dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. ACAMADO O doente está acamado por motivos médicos</p> <p>0. Não 1. Sim</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. AUTO-DESEMPENHO DAS AIVDs E CAPACIDADE No período pré-mórbido, pontue o DESEMPENHO nas actividades rotineiras em casa ou na comunidade durante os ÚLTIMOS 3 DIAS antes do aparecimento da doença aguda que desencadeou a admissão. No momento da alta, pontue a CAPACIDADE com base na competência presumida para realizar uma actividade da maneira mais independente possível. Este processo irá envolver “especulação” por parte do avaliador.</p> <p>0. Independente – Sem ajuda, preparação ou supervisão 1. Ajuda apenas na preparação 2. Supervisão – Vigilância/estímulos 3. Assistência limitada – Ajuda em algumas situações 4. Assistência alargada – Ajuda na realização da tarefa embora realize 50% ou mais da tarefa sozinho 5. Assistência máxima – Ajuda na realização da tarefa embora realize menos de 50% da tarefa sozinho 6. Dependência total – Todas as actividades são realizadas por outras pessoas durante todo esse período 8. Não houve actividade – Durante todo esse período (NÃO USAR ESTE CÓDIGO PARA PONTOUAR A CAPACIDADE)</p> <p>a. Preparação das refeições – Como são preparadas as refeições (ex: planeamento das refeições, juntar os ingredientes, cozinhar, preparar a comida e os utensílios)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. Tarefas domésticas – Como são realizadas as tarefas domésticas (ex: lavar a louça, limpar o pó, fazer a cama, arrumar, lavar a roupa)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. Gerir as finanças pessoais – Como são pagas as contas, verificar o livro de cheques, as despesas da casa são orçamentadas, o uso do cartão de crédito é controlado</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>d. Gerir a medicação – Como são geridos os medicamentos (ex: lembrar-se de tomar os medicamentos, abrir frascos, tomar as dosagens correctas, dar injeções, aplicar pomadas)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>e. Uso do telefone – Como são feitas ou recebidas as chamadas telefónicas (com dispositivos de apoio, tais como telefones com números grandes, amplificação se necessário)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>f. Escadas – Como sobe um lance de escadas (12-14 degraus)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>g. Compras – Como são adquiridos os alimentos e os produtos para a casa (ex: escolha dos produtos, dinheiro para o pagamento) EXCLUIR O TRANSPORTE</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>h. Transporte – Como se desloca de transportes públicos (sistema de navegação, pagamento das tarifas) ou sozinho (inclui sair de casa; entrar e sair de veículos)</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>1. CONTINÊNCIA URINÁRIA</p> <p>0. Continente – Controlo total; NÃO USA qualquer tipo de cateter ou outro aparelho de recolha da urina</p> <p>1. Controlo com cateter ou ostomia nos últimos 3 dias/24 horas</p> <p>2. Raramente incontinente – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência</p> <p>3. Algumas vezes incontinente – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]</p> <p>4. Frequentemente incontinente – Diariamente, mas tem algum controlo</p> <p>5. Incontinente – Não tem controlo</p> <p>8. Não aconteceu – Não houve produção de urina da bexiga nos últimos 3 dias/24 horas</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. APARELHO DE RECOLHA DA URINA (Exclui pensos, fraldas)</p> <p>0. Nenhum 1. Preservativo de urina 2. Cateter permanente 3. Cistostomia, nefrostomia, ureterostomia</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. CONTINÊNCIA FECAL</p> <p>0. Continente – Controlo total; NÃO USA qualquer tipo de dispositivo de ostomia</p> <p>1. Controlo com ostomia – Controlo com dispositivo de ostomia nos últimos 3 dias/24 horas</p> <p>2. Raramente incontinente – Não esteve incontinente nos últimos 3 dias/24 horas, mas tem períodos de incontinência</p> <p>3. Algumas vezes incontinente – Menos do que diariamente [Nota: Este código não se aplica ao período de admissão]</p> <p>4. Frequentemente incontinente – Diariamente, mas tem algum controlo</p> <p>5. Incontinente – Não tem controlo</p> <p>8. Não aconteceu – Não houve movimento do intestino nos últimos 3 dias/24 horas</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. USO DE PENSOS, FRALDAS</p> <p>0. Não 1. Sim</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

Alta 14º Dia Admissão Pré Admissão	Alta 14º Dia Admissão Pré Admissão																																																																																														
SECÇÃO I. DIAGNÓSTICOS	SECÇÃO J. CONDIÇÕES DE SAÚDE																																																																																														
<p>1. DIAGNÓSTICOS DA DOENÇA Doenças que tenham relação com o actual estado das Actividades de vida diária, o estado cognitivo, o humor e o comportamento, os tratamentos médicos, a monitorização em termos de enfermagem ou o risco de morte. (Não incluir diagnósticos inactivos)</p> <p><i>Código da doença (CD)</i> 1. Diagnóstico/diagnósticos principais para a actual hospitalização 2. Diagnóstico presente, a receber tratamento activo 3. Diagnóstico presente, monitorizado, mas sem tratamento activo</p> <p>a. Diagnósticos (Iniciais) na admissão</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Diagnóstico</th> <th style="width: 10%;">CD</th> <th style="width: 60%;">CÓDIGO ICD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>b.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>c.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>d.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>e.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>f.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>g.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>h.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>i.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>j.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> </tbody> </table> <p>b. Diagnósticos (final) na alta</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Diagnóstico</th> <th style="width: 10%;">CD</th> <th style="width: 60%;">CÓDIGO ICD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>b.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>c.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>d.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>e.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>f.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>g.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>h.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>i.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> <tr><td>j.</td><td></td><td style="text-align: center;">•</td></tr> </tbody> </table>	Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD	a.		•	b.		•	c.		•	d.		•	e.		•	f.		•	g.		•	h.		•	i.		•	j.		•	Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD	a.		•	b.		•	c.		•	d.		•	e.		•	f.		•	g.		•	h.		•	i.		•	j.		•	<p>1. QUEDAS 0. Nenhuma queda nos últimos 90 dias 1. Nenhuma queda nos últimos 30 dias, mas caiu há 31-90 dias 2. Uma queda nos últimos 30 dias 3. Duas ou mais quedas nos últimos 30 dias</p> <div style="text-align: right;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> <p>2. QUEDAS RECENTES [Não preencher se foi avaliado há mais de 30 dias ou se esta é a primeira avaliação] O doente caiu desde a última avaliação 0. Não 1. Sim [em branco] Não aplicável (é a primeira avaliação ou já passaram mais de 30 dias depois da última avaliação)</p> <div style="text-align: right;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> <p>3. FREQUÊNCIA DO PROBLEMA 0. Não presente 1. Presente</p> <p>EQUILÍBRIO a. Tem dificuldade ou é incapaz de se levantar sem ajuda b. Tem dificuldade ou é incapaz de se virar e olhar na direcção oposta quando está em pé</p> <div style="text-align: right;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> <p>SITUAÇÃO GASTROINTESTINAL Náusea</p> <div style="text-align: right;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> <p>4. DISPNEIA (Falta de Ar) 0. Ausência de sintoma 1. Ausência em repouso mas presente durante a realização de actividades moderadas 2. Ausência em repouso mas presente durante a realização de actividades diárias normais 3. Presente em repouso</p> <p>5. FADIGA Incapacidade para realizar actividades diárias normais – ex: AVDs, AIVDs 0. <i>Nenhuma</i> 1. <i>Mínima</i> – Falta de energia mas realiza as actividades diárias normais 2. <i>Moderada</i> – Devido a falta de energia, INCAPAZ DE ACABAR as actividades diárias normais 3. <i>Grave</i> – Devido a falta de energia, INCAPAZ DE COMEÇAR ALGUMAS actividades diárias normais 4. <i>Incapaz de começar qualquer actividade diária</i> – Devido a falta de energia</p> <div style="text-align: right;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> <p>6. SINTOMAS DE DOR [Nota: Pergunte sempre ao doente sobre a frequência, intensidade e controlo da dor. Observe a pessoa e pergunte a outras pessoas que estejam em contacto com o indivíduo.] a. Frequência com que a pessoa se queixa ou mostra sinais de dor (incluindo expressões faciais de dor, cerrar os dentes, gemer, afastar-se quando lhe tocam ou outros sinais não verbais que sugerem dor) 0. Sem dor 1. Presente mas não manifestada nos últimos 3 dias/24 horas 2. Manifestada nos últimos 3 dias/24 horas</p> <div style="text-align: right;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> <p>b. Nível mais elevado de intensidade da dor actual 0. Sem dor 1. Fraca 2. Moderada 3. Forte 4. Momentos em que a dor é horrível e lancinante</p> <div style="text-align: right;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div>																												
Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD																																																																																													
a.		•																																																																																													
b.		•																																																																																													
c.		•																																																																																													
d.		•																																																																																													
e.		•																																																																																													
f.		•																																																																																													
g.		•																																																																																													
h.		•																																																																																													
i.		•																																																																																													
j.		•																																																																																													
Diagnóstico	CD	CÓDIGO ICD																																																																																													
a.		•																																																																																													
b.		•																																																																																													
c.		•																																																																																													
d.		•																																																																																													
e.		•																																																																																													
f.		•																																																																																													
g.		•																																																																																													
h.		•																																																																																													
i.		•																																																																																													
j.		•																																																																																													

Alta 1.º Dia Admissão Pré Admissão	Alta 1.º Dia Admissão Pré Admissão																
SECÇÃO P. POTENCIAL DA ALTA	SECÇÃO R. INFORMAÇÃO DA AVALIAÇÃO																
<p>1. SERVIÇOS DE APOIO DA COMUNIDADE ANTES DA ADMISSÃO A pessoa estava a receber serviços de apoio formais (para além do apoio de familiares ou amigos) antes da admissão? 0. Não 1. Sim 2. A residir numa Instituição</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. SERVIÇOS DA COMUNIDADE ANTERIORES À ADMISSÃO 0. Não 1. Sim</p> <p>a. Realização das tarefas domésticas</p> <p>b. Serviço de refeições</p> <p>c. Manutenção da casa</p> <p>d. Enfermagem domiciliária</p> <p>e. Enfermeiro que administra medicação</p> <p>f. Ajuda ao nível dos cuidados pessoais</p> <p>g. Centro de dia</p> <p>h. Assistência temporária para descanso do cuidador</p> <p>i. Pacotes de cuidados</p> <p>j. Outros</p> <p>Especificar: _____</p>	<p>ASSINATURA DA PESSOA QUE ESTA A COORDENAR/PREENCHER A AVALIAÇÃO</p> <p>a. Assinatura (assine na linha de cima)</p> <p>b. Data em que a avaliação foi assinada como estando preenchida</p> <p style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center; font-size: 8px;">Ano</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">Dia</td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center; font-size: 8px;">Mês</td></tr> </table> </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">OBRIGADO</p>	2	0			Ano						Dia				Mês	
2	0																
Ano																	
Dia																	
Mês																	
<p>3. POTENCIAL DA ALTA 0. Não 1. Sim 2. A residir numa Instituição</p> <p>a. Tem uma pessoa de apoio com uma opinião positiva sobre a alta ou a continuação da residência na comunidade</p> <p>b. Tem alojamento disponível na comunidade</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																	
SECÇÃO Q. ALTA																	
<p>Preencha a Secção R apenas no momento da alta</p> <p>1. ÚLTIMO DIA HOSPITALIZAÇÃO</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. DEPOIS DA ALTA, ENVIADO PARA:</p> <p>1. Moradia/apartamento próprio/quarto arrendado</p> <p>2. Lar</p> <p>3. Assistência domiciliar ou semi-independente</p> <p>4. Centro psiquiátrico</p> <p>5. Centro para pessoas com incapacidades físicas</p> <p>6. Local para pessoas com incapacidades intelectuais</p> <p>7. Hospital ou unidade psiquiátrica</p> <p>8. Sem-abrigo</p> <p>9. Unidade de cuidados continuados</p> <p>10. Centro/Unidade de reabilitação</p> <p>11. Hospital psiquiátrico/Unidade de cuidados paliativos</p> <p>12. Hospital de cuidados agudos</p> <p>13. Prisão</p> <p>14. Outro</p> <p>15. Falecido</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																	

ANEXO II

Autorização do conselho de administração da ULSCB para aplicação do instrumento de
recolha de dados

AO CA para pedido de
autorização de recolha
de dados no âmbito do
trabalho académico.

16/2/2018
Deliberação:
Autorizada
[Assinatura]

Enf.ª Enq. Director
[Assinatura]
06/02/18

ULS - 2018
Com. 53
22

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.

Enf. José Valdemar Silva Rodrigues

Eu, Elsa Sofia Pereira Antunes Folgado, enfermeira na ULS de Castelo Branco, Serviço de Cirurgia Geral, com o n.º mecanográfico 1743, aluna do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontro-me a realizar um trabalho de investigação cujo tema é “A efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação na independência funcional da pessoa internada num hospital da região centro”, sob a orientação do Professor Manuel Mariz. Desta forma, venho solicitar a V. Exa autorização para proceder à fase de recolha de dados, que se prevê que decorra durante dois meses, nos Serviços de Cirurgia Geral, Medicina Interna, Ortopedia e Pneumologia do Hospital Amato Lusitano.

Os objetivos do estudo são:

- Avaliar a evolução na independência funcional da pessoa internada, em termos de AVD's, entre a admissão e a alta;
- Determinar se a existência de intervenções de reabilitação influencia a evolução na independência funcional da pessoa internada, entre a admissão e a alta;
- Determinar se quando as intervenções de reabilitação são executadas por um enfermeiro de reabilitação melhora os resultados.

O estudo será quantitativo, do tipo descritivo e correlacional, efetuado numa amostra de doentes internados nos Serviços de Cirurgia Geral, Medicina Interna, Ortopedia e Pneumologia. A amostra será do tipo consecutivo, sendo excluídos doentes com menos de 18 anos. A recolha de dados será efetuada em 2 meses através da aplicação de um instrumento de colheita de dados construído pelo investigador, onde constam as intervenções do enfermeiro de reabilitação e do InterRai (AC) Pt validado por Amaral, Ferreira e Gray em 2014 (documentos que anexo).

Um estudo desta natureza implica questões éticas e deontológicas, pelo que será requerido consentimento informado e voluntário aos participantes do estudo e assegurada a confidencialidade dos dados. Para além disso, foi também pedida autorização aos autores da validação do InterRai (AC) Pt para aplicação do instrumento de recolha de dados.

Tomar conhecimento
Elsa Folgado

APÊNDICE I

Instrumento de recolha de dados – Grelha com as intervenções de enfermagem de
reabilitação

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

ENFERMEIRO COM A ESPECIALIDADE DE REABILITAÇÃO	Sim		Não
---	-----	--	-----

Preencha com um (X) as intervenções de reabilitação que tem realizado no serviço.

Serviço

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL MOTORA				
FOCOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	S	N	
1.Andar	Incentivar a andar			
	Assistir a andar			
	Providenciar dispositivo adaptativo para andar	Andarilho		
		Bengala		
		Canadianas		
		Tripé		
Instruir a andar				
Outras; Quais _____				
2.Equilíbrio corporal	Treino de equilíbrio sentado	Estático		
		Dinâmico		
	Treino de equilíbrio de pé	Estático		
		Dinâmico		
	Verticalização do tronco com a cama			
Outras; Quais _____				
3.Levantar-se	Assistir no levantar-se			
	Providenciar dispositivos para levantar-se			
	Levantar (1º levante)	Dia __/__/____ e horas _____		
	Levantar a pessoa	Cadeirão		
		Cadeira de rodas		
		Cadeira do banho		
	Executar técnica de primeiro levante			
Outras; Quais _____				
4.Mobilizar-se	Incentivar a mobilizar-se	Exercícios de mobilização ativa		
		Exercícios isométricos das nádegas e das coxas		
		Exercícios de mobilização resistidos		
	Assistir a mobilizar-se			
	Providenciar dispositivo adaptativo para mobilizar-se	Tripé da cama		
		Andarilho		
		Bengala		
		Canadianas		
		Cadeira de rodas		
	Instruir a mobilizar-se			
Mobilizar a pessoa na cama	Executar exercícios de mobilização passiva			
	Executar exercícios de mobilização ativo-assistidos			
	Rolamentos na cama			
Outras; Quais _____				
5.Posicionar-se	Incentivar a posicionar-se			
	Assistir no posicionar-se			
	Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento			
	Instruir a posicionar-se com dispositivo			
	Posicionar	Alternância de decúbitos de 2/2 horas		
		Sentado com a cama em posição de cadeirão		
		Sentado na cama		
		Verticalização da pessoa com a cama		
Posicionar para a refeição				
Outras; Quais _____				
6.Transferir-se	Transferir para a cadeirão			
	Transferir para a cadeira de rodas			
	Transferir para a cama			
	Outras; Quais _____			

REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA					
FOCOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		S	N	
1.Ventilação	Auscultar o tórax				
	Observar o tórax				
	Vigiar a respiração				
	Vigiar a ventilação				
	Optimizar a ventilação	Incentivar a consciencialização e dissociação de tempos respiratórios			
		Ensino e controle da respiração			
		Executar aberturas costais globais			
		Executar aberturas costais seletivas			
		Executar exercícios de expansão torácica			
		Executar reeducação abdomino-diafragmática superior, inferior, anterior e posterior			
	Executar técnica de posicionamento	Posição de descanso e relaxamento			
		Correção postural			
	Gerir oxigenoterapia				
	Instruir o uso de inspirómetro de incentivo				
Incentivar uso de dispositivos respiratórios					
Outras; Quais _____					
2.Expectorar	Desprendimento	Executar inaloterapia e/ou aerossolterapia			
		Instruir ciclo ativo das técnicas respiratórias			
		Instruir uso de dispositivo (Flutter/Acapella)			
		Executar hiperinsuflação manual			
	Mobilização	Executar manobras de compressão, percussão e vibração			
		Executar drenagem postural			
		Executar técnica de posicionamento (drenagem postural modificada)			
		Instruir drenagem autogénica			
		Instruir pressão expiratória positiva			
	Eliminação/remoção de secreções	Ensinar sobre a técnica da tosse			
		Aspirar secreções			
		Instruir técnica de expiração forçada			
	Executar Cough Assist na tosse assistida				
	Assistir a tossir				
	Avaliar reflexo da tosse				
	Estimular reflexo da tosse				
	Incentivar a tossir				
	Incentivar a expectorar				
	Vigiar expectoração				
Outras; Quais _____					
3. Gestão de atividades de reeducação ao esforço	Ensinar exercícios de readaptação ao esforço				
	Outras; Quais _____				

Obrigada,

Enf. Elsa Folgado

APÊNDICE II

Termo de Consentimento Livre e Informado para participação no estudo

Carta de Consentimento Informado

No decorrer do VI Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, encontra-se em desenvolvimento a tese “A Efetividade dos cuidados de enfermagem de reabilitação na independência funcional da pessoa internada num hospital da região Centro”.

Este estudo irá decorrer durante dois meses no Hospital Amato Lusitano, nos serviços de Cirurgia geral, Medicina interna, Ortopedia e Pneumologia e pretende avaliar a evolução na independência funcional da pessoa internada, em termos de atividades de vida diária, entre a admissão e a alta e determinar se a existência de intervenções de reabilitação influencia essa evolução.

A sua participação, se for essa a sua vontade, consiste em responder a um questionário de forma voluntária, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, servindo as suas respostas apenas para tratamento estatístico.

Saliento ainda que a qualquer altura pode revogar o consentimento de participar neste estudo, sem represália de qualquer espécie. Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo indicado.

Desde já o meu agradecimento pela colaboração e disponibilidade.

Atenciosamente,

Elsa Folgado

AUTORIZO: _____

DATA: _____