

# CARACTERIZAÇÃO DO DOENTE APÓS EVENTO CRÍTICO

IMPACTO DA (IN)CAPACIDADE FUNCIONAL NO GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO



**FERNANDO ALBERTO SOARES PETRONILHO**

*Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestre em Ciências de Enfermagem – ICBAS; Doutorando em Enfermagem – Universidade de Lisboa e Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho*

**MARIA MANUELA ALMENDRA MAGALHÃES**

*Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestre em Ciências de Enfermagem – ICBAS; Doutoranda em Enfermagem – Universidade de Lisboa e Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho*

**MARIA MANUELA PEREIRA MACHADO**

*Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestre em Educação para a Saúde – Universidade do Minho e Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho*

**MARIA DE NAZARÉ MIGUEL VIEIRA**

*Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Pós-Graduação em Bioética – Universidade Católica Portuguesa e Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem - Universidade do Minho*

**RESUMO**

O presente estudo insere-se num paradigma quantitativo e teve como finalidade descrever o fenómeno do autocuidado, mais especificamente, um dos factores intrínsecos ao sujeito com maior impacto no grau de dependência do doente após evento crítico: a (in)capacidade funcional. Foi realizado entre Março e Junho de 2009, em instituições de saúde da Região Norte de Portugal, sendo a amostra constituída por 40 casos. De acordo com os resultados desta pesquisa os doentes apresentam grau de dependência elevado no autocuidado; os focos diferenciais mais significativos para a reconstrução da autonomia dos doentes inserem-se no domínio da actividade física, com particular relevância para transferir-se e andar; a capacidade funcional do doente para o desempenho das actividades inerentes ao autocuidado tem uma relação significativa com o grau de dependência no autocuidado.

*Palavras-Chave: Autocuidado; Capacidade para o desempenho de actividades.*

**INTRODUÇÃO**

O fenómeno do autocuidado tem sido, ao longo dos tempos, bastante enfatizado nas teorias de enfermagem (Orem, 2001), assumindo particular importância quando tem implicações na autonomia das pessoas para a realização das suas actividades do dia-a-dia. Daí, a necessidade dos enfermeiros valorizarem e terem a consciência de promoverem, através das terapêuticas de enfermagem, a reconstrução dessa mesma autonomia, após transições geradoras de dependência. O autocuidado pode ser definido como "Actividade Executada pelo Próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária" (ICN, 2005).

A investigação produzida diz-nos que a capacidade para o desempenho do autocuidado está estritamente relacionada com diferentes factores, nomeadamente, factores intrínsecos ao sujeito, dos quais destacamos a idade, o sexo, a orientação socio-cultural, a satisfação com a vida, a auto-estima, a percepção de auto-eficácia, a capacidade funcional e a capacidade cognitiva e, factores extrínsecos ao sujeito, tais como, os recursos familiares e da comunidade disponíveis, o ambiente, a pessoa significativa e as terapêuticas de enfermagem (Orem, 2001;

Backman, 2001; Pereira, 2008).

Este estudo tem como finalidade explorar uma dimensão destes factores, a (in)capacidade funcional do doente após evento crítico de saúde e o seu impacto no grau de dependência no autocuidado.

A enfermagem relativamente ao fenómeno do autocuidado tem utilizado, sistematicamente, quer no domínio da prática, quer no domínio da investigação, instrumentos de avaliação do nível de dependência (ex. Escala de Barthel e o Índice de Katz) que, na perspectiva da profissão, têm tido pouca utilidade clínica no que concerne à clarificação e construção do conceito – autocuidado – uma vez que não aprofundam suficientemente a sua descrição e a sua explicação, no que diz respeito à caracterização da condição de saúde da pessoa face à (in)capacidade funcional para desempenhar as actividades inerentes ao autocuidado(s), quando este sofre alterações. Sabemos que esta insuficiente caracterização da pessoa tem criado dificuldades no exercício profissional dos enfermeiros, sobretudo, na identificação, implementação e avaliação das terapêuticas de enfermagem diferenciadas que dêem resposta adequada e em tempo útil às necessidades das pessoas face a este fenómeno.

Com base nestes pressupostos, encaramos o desafio com a finalidade de explorar algumas dimensões deste fenómeno e, assim, tentar produzir algumas sínteses que pudessem constituir um pequeno ensaio inovador e uma motivação para futuros estudos mais consistentes e que dêem um significativo contributo, com base na melhor evidência científica, na produção de teoria em enfermagem que, como referimos atrás, acrescente mais conhecimento na descrição e explicação do fenómeno do autocuidado e, também, na identificação de modelos de intervenção que ajudem as pessoas a transitar o mais saudavelmente possível quando são confrontadas com eventos críticos geradores de dependência.

Para a realização deste estudo, utilizámos como modelo de análise, a versão 1.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2005).

**OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Para a concretização deste estudo, elaboramos os seguintes objectivos:

- Descrever a condição de saúde do doente dependente no autocuidado após evento crítico gerador de dependência;
- Identificar os focos diferenciais no domínio do au-

tocuidado mais significativos para a reconstrução da autonomia do doente dependente;

- Descrever a condição de saúde do doente face à capacidade de desempenho das actividades inerentes ao autocuidado;
- Identificar relações significativas entre a capacidade de desempenho das actividades inerentes ao autocuidado e o grau de dependência do doente no autocuidado.

### POPULAÇÃO, AMOSTRA E CONTEXTO DO ESTUDO

A população do estudo é constituída por doentes que sofreram evento crítico de saúde gerador de dependência no autocuidado. A amostra é não probabilística e accidental ou de conveniência (Fortin, 2009) e constituída por 40 casos.

O estudo foi realizado entre Março e Junho de 2009, em unidades de cuidados de instituições de saúde da Região Norte de Portugal, em valências de medicina, ortopedia, neurocirurgia/TCE, medicina física/reabilitação e neurologia.

### INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para a recolha de dados construímos e aplicamos um instrumento que englobou as seguintes dimensões principais:

- Caracterização sócio-demográfica do doente;
- Caracterização da condição de saúde do doente, no domínio:
  1. Comportamento/Actividade iniciada pelo próprio (grau de dependência no autocuidado);
  2. Processos corporais/Complicações potenciais;
  3. Capacidade de desempenho das actividades inerentes ao autocuidado.

### ANÁLISE DOS DADOS

A exploração das variáveis do estudo foi efectuada através de análise estatística descritiva e inferencial, recorrendo ao programa SPSS, versão 17.0. Nos testes estatísticos realizados foi considerado o valor 0,05 como nível de significância dos resultados ( $p < 0,05$ ).

### APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

#### CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO DOENTE/MEMBRO FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS (MFPC)

A amostra do estudo apresenta uma média de idade de 67,6 anos. Ao analisarmos o Quadro 1, verificamos

que a maioria dos doentes é do sexo feminino [57,5% (n=23)], 70,0% (n=28) deram entrada na unidade de cuidados provenientes do domicílio e 80% (n=32) eram independentes antes do episódio de internamento.

Relativamente ao grau de parentesco do MFPC com o doente, de realçar que à data da recolha de dados, a 40,0% (n=16) dos doentes ainda não tinha sido identificado o respectivo familiar cuidador. Dos restantes doentes [60% (n=24)] a maioria dos MFPC são filhos/filhas [27,5% (n=11)] ou cônjuges [17,5% (n=7)], o que é congruente com a literatura existente.

VARIÁVEIS	Nº	%
<b>SEXO DO DOENTE</b>		
Feminino	23	57,5
Masculino	17	42,5
<b>GRAU PARENTESCO DO MFPC COM O DOENTE</b>		
Cônjuge	7	17,5
Filho/filha	11	27,5
Mãe	2	5,0
Sobrinha	2	5,0
Irmã	2	5,0
Doentes a quem não foi identificado cuidador (no momento da recolha de dados)	16	40,0
<b>PROVENIÊNCIA DO DOENTE NA ADMISSÃO NA UNIDADE DE CUIDADOS</b>		
Domicílio	28	70,0
Lar	0	0,0
Família de acolhimento	0	0,0
RNCCI (Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados)	0	0,0
Outras (transferência de outro hospital / serviço)	12	30,0
<b>CONDIÇÃO DO DOENTE ANTERIOR AO EPISÓDIO DE INTERNAMENTO</b>		
Dependente		
Até 1 mês	0	0,0
Entre 1 mês a 6 meses	3	7,5
Entre 6 meses a 1 ano	0	0,0
Entre 1 ano a 3 anos	0	0,0
Entre 3 anos a 5 anos	0	0,0
Superior a 5 anos	0	0,0
Autônomo com ajudas técnicas	5	12,5
Independente	32	80,0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Quadro 1. Caracterização socio-demográfica do doente/membro família prestador de cuidados

#### CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO DOENTE: COMPORTAMENTO/ACTIVIDADE INICIADA PELO PRÓPRIO (GRAU DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO)

Ao analisarmos o Quadro 2, observamos que, em média, os doentes apresentam um grau de dependência no autocuidado entre o moderado e o elevado. É no domínio do autocuidado associado à actividade física (andar, transferir-se) e usar o sanitário que os doentes apresentam grau de dependência mais elevado. Por outro lado, é no autocuidado alimentar-se que os doentes apresentam maior autonomia.

Diagnóstico Diferencial (Auto Cuidado)	Nº	Score Médio (Média)	Desvio Padrão
Alimentar-se	40	1,78	1,00
Cuidar da higiene pessoal	40	1,43	0,50
Transferir-se	40	1,35	0,53
Vestir-se ou despir-se	40	1,50	0,64
Virar-se	40	1,70	0,93
Andar	40	1,30	0,64
Usar o sanitário	40	1,35	0,58

Quadro 2. Condição de saúde do doente face ao grau de dependência no autocuidado

O Quadro 3 permite-nos caracterizar a amostra no que diz respeito aos diagnósticos diferenciais no domínio do autocuidado e a sua discriminação por grau de manifestação quanto à dependência. Verificamos que, no global e sem excepção, para cada diagnóstico diferencial, os doentes apresentam maioritariamente grau de dependência elevado, sendo estes scores mais significativos no domínio da actividade física (andar, transferir-se e virar-se) e usar o sanitário. Estes resultados são congruentes com os resultados constantes no Quadro 2.

Status Diagnóstico Diferencial: Auto Cuidado	N.º	%	
Alimentar-se	Dependente:		
	Grau Elevado	20	50,0
	Grau Moderado	14	35,0
	Grau Reduzido	1	2,5
	Independente	5	12,5
Cuidar da higiene pessoal	Dependente:		
	Grau Elevado	23	57,5
	Grau Moderado	17	42,5
	Grau Reduzido	0	0,0
	Independente	0	0,0
Transferir-se	Dependente:		
	Grau Elevado	27	67,5
	Grau Moderado	12	30,0
	Grau Reduzido	1	2,5
	Independente	0	0,0
Vestir-se ou despir-se	Dependente:		
	Grau Elevado	22	55,0
	Grau Moderado	17	42,5
	Grau Reduzido	0	0,0
	Independente	1	2,5
Usar o Sanitário	Dependente:		
	Grau Elevado	28	70,0
	Grau Moderado	10	25,0
	Grau Reduzido	2	5,0
	Independente	0	0,0
Virar-se	Dependente:		
	Grau Elevado	22	55,0
	Grau Moderado	11	27,5
	Grau Reduzido	4	10,0
	Independente	3	7,5
Andar	Dependente:		
	Grau Elevado	30	75,0
	Grau Moderado	7	17,5
	Grau Reduzido	3	7,5
	Independente	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	

Quadro 3. Condição de saúde do doente face ao auto cuidado e por status diagnóstico; [N = 40]

#### CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO DOENTE: PROCESSOS CORPORAIS/COMPLICAÇÕES POTENCIAIS

Relativamente aos processos corporais (Quadro 4), os doentes apresentam potenciais complicações (riscos) muito significativas, com particular relevância para o processo tegumentar, nomeadamente, a úlcera de pressão [87,5% (n=35)] e processo músculo-esquelético (rigidez articular) com 90% (n=36). Na verdade, estes resultados têm relação directa com o facto de todos os doentes apresentarem de-

pendência no autocuidado e, especificamente, no domínio da actividade física.

De realçar, também, a % significativa de doentes com alterações da eliminação urinária e intestinal, respectivamente, 60% (n=24) e 55% (n=22). Estes resultados terão necessariamente relação com o facto de, na maioria, os doentes apresentarem como diagnóstico médico, alterações do sistema neurológico [77,5% (n=31), ver Quadro 13], podendo, deste modo, apresentar alterações fisiológicas ao nível da bexiga e do intestino (neurogénico).

PROCESSOS FISIOLÓGICOS	N.º	%	
Expectorar	Ineficaz:		
	Grau elevado	13	32,5
	Grau moderado	4	10,0
	Grau reduzido	7	17,5
Risco de aspiração	Eficaz	16	40,0
	Sim	21	52,5
Risco de úlcera de pressão	Não	19	47,5
	Sim	35	87,5
Risco de rigidez articular	Não	5	12,5
	Sim	36	90,0
Rigidez articular	Não	4	10,0
	Sim	5	12,5
Risco de obstipação	Não	35	87,5
	Sim	34	85,0
Obstipação	Não	6	15,0
	Sim	2	5,0
Risco de retenção urinária	Não	38	95,0
	Sim	14	35,0
Incontinência Intestinal	Não	26	65,0
	Sim	22	55,0
Incontinência urinária	Não	18	45,0
	Sim	24	60,0
	Não	16	40,0
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>	

Quadro 4. Condição de saúde do doente: processos corporais; [N = 40]

#### CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO DOENTE: CAPACIDADE DE DESEMPENHO DAS ACTIVIDADES INERENTES AO AUTOCUIDADO, POR DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O Quadro 5, representa a avaliação global dos doentes que não demonstram capacidade de desempenho para todas as actividades inerente a cada autocuidado.

Assim, verificamos que, em média, os doentes apresentam maior dificuldade para o desempenho de actividades no domínio da actividade física, nomeadamente, na capacidade para andar e na capacidade para transferir-se [77,5% (n=31), para cada um deles], bem como, na capacidade para se vestir [70% (n=28)].

Já constatamos anteriormente que é no domínio do

autocuidado associado à actividade física que os doentes, em média, apresentam maior grau de dependência, o que é congruente com os resultados apresentados neste quadro relativamente à capacidade de desempenho de actividades. Estes resultados parecem sugerir que maior incapacidade para o desempenho de actividades inerentes a um determinado autocuidado gera maior grau de dependência nesse mesmo autocuidado.

FOCO DE ATENÇÃO	Nº	%
Capacidade para alimentar-se	13	32,5
Capacidade para cuidar da higiene pessoal	23	57,5
Capacidade para usar o sanitário	23	57,5
Capacidade para se vestir	28	70,0
Capacidade para transferir-se	31	77,5
Capacidade para mobilidade na cama	20	50,0
Capacidade para andar	31	77,5

Quadro 5. Avaliação global da condição de saúde dos doentes: capacidade não demonstrada (não executa nenhuma actividade); [N = 40]

O Quadro 6 representa, em média, a avaliação da capacidade de desempenho das actividades por diagnóstico diferencial. Observam-se para todos os diagnósticos diferenciais, valores significativamente negativos quanto à capacidade de desempenho das actividades, o que traduz, mais uma vez, uma forte implicação no elevado grau de dependência dos doentes deste estudo.

De seguida, apresentamos uma breve análise por diagnóstico diferencial (Quadro 6). Assim, relativamente à capacidade para alimentar-se, em média, os doentes apresentam maiores necessidades para cortar e partir os alimentos [82,5% (n=33)], bem como, para abrir e fechar os recipientes [80% (n=32)].

Face à capacidade para cuidar da higiene pessoal, em média, os doentes demonstram maiores dificuldades para pegar no chuveiro, abrir a torneira, regular a temperatura da água [90% (n=36)]; aplicar o gel e lavar a metade inferior do corpo [95% (n=38)], bem como, secar com a toalha a parte inferior do corpo [95% (n=38)].

Relativamente à capacidade para usar o sanitário, em média, observa-se maior dificuldade para despír as roupas [87,5% (n=35)]; posicionar-se no vaso sanitário [90% (n=36)] e vestir as roupas após higiene íntima [100% (n=40)].

Ao analisarmos os resultados da avaliação dos doentes na capacidade para se vestir, podemos observar que, em média, as maiores dificuldades são

para vestir a parte inferior do corpo [97,5% (n=39)]; calçar/descalçar os sapatos/chinelos [87,5% (n=35)] e despír as roupas [87,5% (n=35)].

Na capacidade para transferir-se, os resultados mais negativos centram-se nas actividades: erguer-se da posição de deitado (horizontal) para sentado [90% (n=36)] e desloca-se da cama p/ a cadeira na posição vertical ou sentado [92,5% (n=37)].

Relativamente à capacidade para mobilidade na cama, verificamos maior dificuldade para posicionar-se com alinhamento correcto do corpo [90% (n=36)] e rodar o corpo de forma a alternar decúbitos [72,5% (n=29)].

Por último, analisando a capacidade para andar, as maiores dificuldades demonstradas são para mover os membros inferiores passo - a - passo com equilíbrio [90% (n=36)] e andar com marcha eficaz [95% (n=38)].

Já dissemos anteriormente que as dificuldades no desempenho das actividades inerentes ao autocuidado(s) são, na globalidade dos doentes da amostra do estudo, muito significativas e parecem muito associadas às alterações dos processos corporais resultantes do evento crítico agudo. Necessidades como: maior equilíbrio corporal, maior coordenação motora, maior destreza manual para realizar os movimentos finos e maior força muscular, parecem-nos aspectos muito determinantes na perda de autonomia e no desempenho das actividades inerentes ao autocuidado(s) sendo também determinante para o grau de dependência destes doentes.

CAPACIDADE PARA ALIMENTAR-SE NÃO DEMONSTRADA		
Actividades (6)	Nº	%
Corta e parte os alimentos	33	82,5
Abre e fecha os recipientes	32	80,0
Coloca os alimentos no talher e leva-os à boca	26	65,0
Manipula os alimentos na boca e mastiga-os	14	35,0
Engole os alimentos e conclui a refeição até ficar satisfeito	16	40,0
Pega e bebe com copo ou chávena	25	62,5
CAPACIDADE PARA CUIDAR DA HIGIENE PESSOAL NÃO DEMONSTRADA		
Actividades (7)	Nº	%
Pega no chuveiro, abre a torneira, regula temperatura da água	36	90,0
Aplica o gel e lava a metade superior do corpo	26	65,0
Aplica o gel e lava a metade inferior do corpo	38	95,0
Seca com a toalha a parte superior do corpo	26	65,0
Seca com a toalha a parte inferior do corpo	38	95,0
Lava os dentes com escova e penteia-se	26	65,0
Desfaz a barba / faz maquilhagem	34	85,0
CAPACIDADE PARA USAR O SANITÁRIO NÃO DEMONSTRADA		
Actividades (6)	Nº	%
Despe as roupas	35	87,5
Posiciona-se no vaso sanitário	36	90,0
Consegue urinar e evacuar	24	60,0
Limpa-se após urinar ou evacuar	30	75,0
Deita produtos eliminação local próprio e puxa autoclismo	33	82,5
Veste as roupas após higiene íntima	40	100,0
CAPACIDADE PARA SE VESTIR NÃO DEMONSTRADA		
Actividades (6)	Nº	%
Retira as roupas da gaveta/armário	36	90,0
Veste a parte superior do corpo	30	75,0
Veste a parte inferior do corpo	39	97,5
Abotoa a roupa/usa fechos/usa velcros	31	77,5
Calça/descalça os sapatos/chinelos	35	87,5
Despe as roupas	35	87,5

CAPACIDADE PARA TRANSFERIR-SE NÃO DEMONSTRADA		
Actividades (4)	Nº	%
Ergue-se da posição de deitado (horizontal) para sentado	36	90,0
Movimenta o corpo na direcção do bordo da cama com equilíbrio	34	85,0
Desloca-se da cama p/ a cadeira, na posição vertical ou sentado	37	92,5
Senta-se na cadeira confortavelmente e preparado para andar	35	87,5
CAPACIDADE PARA MOBILIDADE NA CAMA NÃO DEMONSTRADA		
Actividades (3)	Nº	%
Movimenta ligeiramente o corpo alternando zonas de pressão	23	57,5
Roda o corpo de forma a alternar decúbitos	29	72,5
Posiciona-se com alinhamento correcto do corpo	36	90,0
CAPACIDADE PARA ANDAR NÃO DEMONSTRADA		
Actividades (4)	Nº	%
Coloca-se na posição vertical com equilíbrio	34	85,0
Sustenta o peso do corpo na posição vertical com equilíbrio	34	85,0
Movimenta membros inferiores passo-a-passo com equilíbrio	36	90,0
Anda com marcha eficaz	38	95,0

Quadro 6. Avaliação da condição de saúde do doente: capacidade para o desempenho de actividades não demonstrada, por diagnóstico diferencial; [N = 40]

#### CARACTERIZAÇÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DO DOENTE POR SISTEMA CORPORAL AFECTADO E POR DIAGNÓSTICO MÉDICO

O Quadro 7 mostra-nos a distribuição dos doentes por sistema corporal afectado e por diagnóstico médico. Da análise podemos verificar que as alterações a nível do sistema neurológico são as que afectam mais a amostra deste estudo [77,5% (n=31)].

DIAGNÓSTICO MÉDICO	Nº	%
<b>Sistema Neurológico</b>		
Acidente vascular cerebral/hemorragia cerebral	17	42,5
Ruptura de aneurisma cerebral	1	2,5
Tumor cerebral	3	7,5
Hérnia cervical	1	2,5
Síndrome da cauda	1	2,5
Traumatismo crânio encefálico (TCE)	8	20,0
<b>Sistema Músculo-Esquelético</b>		
Fractura colo fémur	2	5,0
Fractura sub-trocantérica	1	2,5
Prótese total da Anca (PTA)	1	2,5
Prótese total do joelho (PTJ)	1	2,5
Artrite gotosa	1	2,5
Espondilodiscite	1	2,5
<b>Sistema Córdio-Respiratório</b>		
Bronquiectasias	1	2,5
Insuficiência cardio-pulmonar	1	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Quadro 7. Distribuição dos doentes por diagnóstico médico; [N = 40]

#### RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS (ANÁLISE ESTATÍSTICA INFERENCIAL)

Foram realizados alguns testes de análise estatística inferencial, dos quais, apresentamos os mais significativos.

Os resultados obtidos na análise da regressão linear revelam uma associação linear positiva alta (R

= 0,87) estatisticamente significativa ( $p = 0,000$ ) entre as variáveis Capacidade demonstrada para o desempenho das actividades inerentes ao autocuidado e o grau de dependência do doente no autocuidado, o que significa que, quanto mais capacidades os doentes demonstram no desempenho das actividades realizadas maior é a sua independência no autocuidado.

Os resultados obtidos na análise de variância (ANOVA) entre as variáveis Grau de dependência no autocuidado e Sistema corporal afectado revelam a existência de uma associação estatisticamente significativa ( $p = 0,002$ ), apenas quando comparamos a diferença de médias entre o grupo de doentes com diagnóstico médico no domínio dos sistemas corporais: neurológico e músculo-esquelético. A análise estatística revela-nos que os doentes com diagnóstico médico com origem no sistema neurológico, em média, são mais dependentes que os doentes com diagnóstico médico com origem no sistema músculo-esquelético.

Do exposto, podemos dizer que, os resultados deste estudo sugerem que as lesões corporais ao nível do sistema neurológico são aquelas que provocam sequelas mais significativas para a autonomia das pessoas no que se refere à realização das tarefas básicas do dia-a-dia.

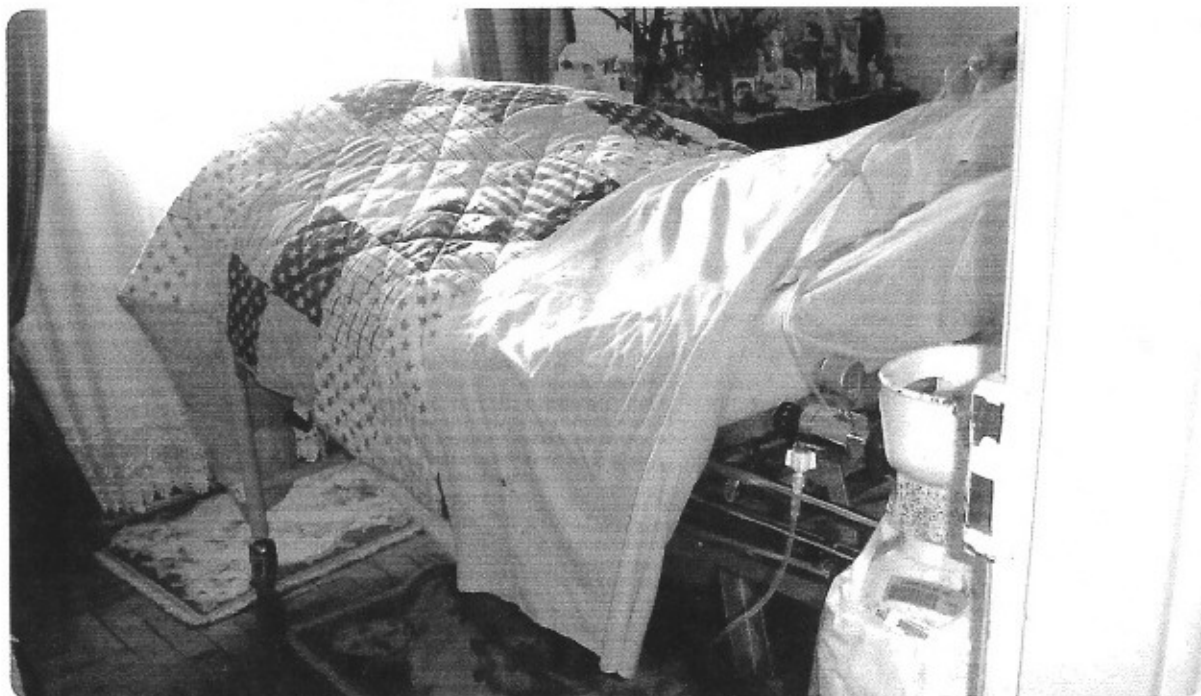
#### CONCLUSÕES

Neste estudo, em média, os doentes apresentam grau de dependência elevado no autocuidado. Os focos diferenciais mais significativos para a reconstrução da autonomia dos doentes inserem-se no domínio da actividade física, com particular relevância para transferir-se e andar; A capacidade funcional para o desempenho das actividades inerentes ao autocuidado tem uma relação significativa com o grau de dependência do doente.

Pensamos que, o facto da amostra ser reduzida, pode trazer algumas limitações na generalização dos resultados para a população em estudo. Daí, a necessidade de futuras pesquisas com amostras mais significativas, que validem estes resultados e lhes confirmem consistência.

#### ALGUMAS SÍNTESES COM IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Da análise e interpretação dos resultados deste estudo:



**1.** Identificamos quatro factores importantes que ao nível das alterações dos processos corporais, nos parecem determinantes para a perda de autonomia das pessoas após evento crítico gerador de dependência:

- A perda da força muscular no geral (grupos musculares mais fortes: membros superiores, inferiores e tronco);
- A perda do equilíbrio;
- A perda da capacidade para realizar movimentos articulares "finos" (com enfoque nos dedos da mão);
- A perda da capacidade na coordenação dos movimentos.

Decorrente desta interpretação, parece-nos muito importante, do ponto de vista da intencionalidade da acção profissional dos enfermeiros e perante as pessoas que apresentam necessidades idênticas às dos doentes da amostra deste estudo, a orientação das terapêuticas de enfermagem para focos específicos no domínio dos processos corporais como o equilíbrio, a força muscular e o movimento articular.

**2.** O autocuidado no domínio da actividade física (transferir-se e andar), afigura-se como foco(s) com impacto relevante na autonomia das pessoas;

**3.** As alterações corporais ao nível do sistema neurológico são as que provocam sequelas mais significativas na autonomia das pessoas para a realização das actividades básicas diárias (autocuidado).

### SUGESTÕES

Por fim, com a concretização deste trabalho, deixamos algumas sugestões:

- A necessidade de continuar, por via da investigação em enfermagem, a aprofundar instrumentos de actividade diagnóstica que permitam caracterizar de forma muito diferenciada o potencial de reconstrução de autonomia das pessoas após transições geradoras de dependência;
- A necessidade de validar, por via da investigação em enfermagem, as intervenções mais eficazes na reconstrução da autonomia, ou se quisermos, na promoção de ganhos em saúde na dimensão específica do autocuidado. *✓ev*

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BACKMAN, K.; HENTINEN, M. (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Nordic college of caring sciences*, 15, pp. 195-202.
- FORTIN, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. *1.º curso: Lusodidacta. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2005). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: versão 1.0. Genebra.*
- OREM, D.; TAYLOR, S. & RENPENNING, K. (2001). *Nursing: concepts of practice*. (6ª ed.). St. Louis, Missouri, USA: Mosby.
- PEREIRA, R. F. B. (2008). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência - estudo exploratório em meio hospitalar. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.*
- PESTANA, M. & GAGEIRO, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.