



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº 18 SÉRIE 2 - FEVEREIRO 2017

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL

7

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DOS ENFERMEIROS (IQVTE)

VALIDATION STUDY OF QUALITY OF LIFE INSTRUMENT AT NURSING WORK

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL TRABAJO DE LOS ENFERMEROS

Ana Lúcia João; Catarina Pereira Alves; Cristina Silva; Fátima Diogo; Nadine Duque Ferreira

10

QUESTIONÁRIO SOBRE A PRESERVAÇÃO DE VESTÍGIOS NA ASSISTÊNCIA À VÍTIMA POR ENFERMEIROS (QPVAVE) DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA

EVIDENCE PRESERVATION BY ER NURSES IN VICTIMS OF TRAUMA QUESTIONNAIRE

CUESTIONARIO SOBRE LA PRESERVACIÓN DE VESTIGIOS EN ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS POR ENFERMEROS DE URGENCIA Y / O DE EMERGENCIA

Cristiana Isabel de Almeida Gomes; Francisco Corte-Real; Manuel Chaves

22

EVOLUÇÃO E DESTINO DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO: ESTUDO LONGITUDINAL

EVOLUTION AND DESTINATION OF PEOPLE DEPENDENT IN SELF-CARE: A LONGITUDINAL STUDY

LA EVOLUCIÓN Y EL DESTINO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN EL AUTOCUIDADO: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

Fernando Alberto Soares Petronilho; Filipe Miguel Soares Pereira; Abel Avelino de Paiva e Silva

33

APLICAÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO CALGARY EM FAMÍLIAS COM IDOSOS: CONTEXTOS CRENÇAS E VALORES

APPLICATION OF CALGARY EVALUATION MODEL FOR FAMILIES WITH ELDERLY: CONTEXTS BELIEFS AND VALUES

APLICACIÓN DEL MODELO DE EVALUACIÓN DE CALGARY PARA FAMILIAS CON ANCIANOS: CONTEXTOS CREENCIAS Y VALORES

Isabel Maria Batista de Araújo; Maria Clara Oliveira Simões; Joaquim Filipe Ferreira Azevedo Fernandes

44

DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

DOCUMENTATION OF NURSING CARE IN EMERGENCY CONTEXT

DOCUMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CONTEXTO DE EMERGENCIA

TERESA MARIA CERQUEIRA ALVES; MARIA AURORA GONÇALVES PEREIRA; MARA DO CARMO DE JESUS ROCHA

54



Revista

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Luís Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada);

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWES

Aida Cruz Mendes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Arménio Guardado Cruz, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Célia Samarina Vilaça Brito Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

Élvio Henrique de Jesus, PhD, *Centro Hospitalar do Funchal*

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS.*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Marta Lima Basto, PhD, *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem*

Paulino Artur Ferreira de Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Pedro Miguel Dinis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Teresa Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Propriedade e Administração/Ownership

Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Internet - www.sinaisvitais.pt/ E-mail - suporte@sinaisvitais.pt

Grafismo/Graphic Design - Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

1 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é uma publicação periódica trimestral, vocacionada para a divulgação da investigação em Enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

2 - A *Revista Investigação em Enfermagem* destina-se aos enfermeiros e de uma forma geral a todos os que se interessam por temas de investigação na saúde.

3 - A *Revista Investigação em Enfermagem* tem uma ficha técnica constituída por um director e um Conselho Científico, que zelam pela qualidade, rigor científico e respeito por princípios éticos e deontológicos.

4 - A *Revista Investigação em Enfermagem* publica sínteses de investigação e artigos sobre teoria de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação da revista e cuja pertinência e rigor científico tenham o reconhecimento do corpo de revisores científicos (*peer reviews*) constituídos em Conselho Científico.

5 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é propriedade da Formasau - Formação e Saúde, Lda, entidade que nomeia o director. O Conselho Editorial é composto pelo director e por outros enfermeiros de reconhecido mérito, competindo-lhes a definição e acompanhamento das linhas editoriais.

EDITORIAL



Enfermagem de Prática Avançada. Ir ao cerne da questão

Está disponível um conjunto de designações que não dizendo a mesma coisa, convocam para a sua clarificação, a discussão sobre a essência da enfermagem e a natureza do seu saber. Refiro-me aos conceitos de enfermagem avançada, enfermagem de prática avançada, prática avançada, especialista em enfermagem, perito.

Começemos por considerar algumas situações clínicas concretas.

Um enfermeiro trabalha numa unidade de cuidados intensivos rodeado de alta tecnologia, ventiladores, monitores para as mais diversas funções, desfibrilhadores, bombas infusoras de alimentação e de terapêutica medicamentosa, dialisadores,... Para lidar com todo este material e poder prestar cuidados de alta qualidade aos seus utentes críticos, necessitou de um grande período de integração e de desenvolvimento de competências, bem como o aprofundamento pelo estudo de aspectos teóricos e práticos específicos.

Uma enfermeira foi chamada a fazer noites em casa de uns utentes que têm um familiar, idoso, em estado avançado de Alzheimer. Este apresenta a natural desorientação e confusão inerente ao quadro clínico, acrescido de agressividade, elevada dificuldade relacional, dependência para a totalidade das actividades da vida diária. Colocando-se problemas de segurança do próprio doente, dos familiares e dos cuidadores profissionais. A enfermeira teve conhecimento de uma metodologia de cuidados – sistematização de cuidados designada por “humanidade”, valorizando de forma particular o olhar, a palavra, o toque e a verticalidade, da qual lhe informaram ter particular sucesso na abordagem destes doentes. Frequentou um curso, iniciou as abordagens adquiridas e começou a ter sucesso terapêutico com o seu doente.

Poderíamos colocar outros exemplos. Estes espelham situações e contextos de cuidados nossos conhecidos. Em ambas encontramos saberes diferenciados pela sua complexidade, pela responsabilidade acrescida que acarretam, pela necessidade que tiveram de aquisição de saberes e de desenvolvimento de novas competência. Serão estes enfermeiros, enfermeiros de prática avançada? Parece que sim, mas... vejamos.

O ICN (International Council of Nurses) define enfermeiro de prática avançada como: «uma/o enfermeira/o que adquiriu uma base de conhecimentos especializados, habilidades complexas na tomada de decisão e competências clínicas para a prática expandida, cujas características são moldadas pelo contexto e/ou país em que ele/ela é credenciado para a prática. O mestrado é recomendado para o nível de entrada» (ICN, 2009).

Esta definição esclarece alguma coisa, refere conhecimentos especializados, habilidades complexas na tomada de decisão e competências clínicas. Não clarifica o que é uma prática expandida remetendo para os contextos nacionais. Subentende-se que expandido será para além do que já faria, mas em que direção?

No entanto, não resolve a questão de fundo, que se relaciona com a visão dicotómica que permanece na enfermagem: uma perspectiva mais biomédica ou uma abordagem mais humanista. Esta questão é essencial. Só sabendo o que é a enfermagem, a natureza do seu saber e como se cria o seu conhecimento, se poderá saber o que constitui uma prática avançada, importa esta clarificação.

Poderemos ter uma enfermagem de prática avançada biomédica e nesse sentido dificilmente estaremos a falar de uma enfermagem disciplinarmente (cientificamente) assumida, com campo de ação próprio e autonomia na sua prática profissional. Ou poderemos ainda ter uma enfermagem de prática avançada, com o avanço a verificar-se naquilo que seja as suas intervenções autónomas, relacionadas com o campo disciplinar, de saberes próprios e de ação específica. A dicotomia pode simplificar-se na afirmação de se optar por “mais medicina na enfermagem ou mais enfermagem na enfermagem”. Discussão que nos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido, entre outros, se faz em torno dos conceitos de “nurse practitioner’s” e de “clinical nurse specialist”.

Os organismos internacionais estão atentos, e se o conceito de enfermagem de prática avançada (EPA) esteve originalmente muito focalizado na enfermagem de alta tecnologia, de enfermagem hospitalar, hoje o campo é alargado. É assim que em 2016, no: “Centro Colaborador da OPAS/OMS na University of Michigan School of Nursing, com mais de 50 participantes de Estados Unidos, México, Canadá, Brasil, Chile e Colômbia. Os líderes se encontraram com o objectivo de examinarem as competências essenciais para o papel da EPA na atenção primária de saúde ...” (Cassiani; Rosales, 2016)

Ajudará a esta clarificação o que se entende por perito. No âmbito da enfermagem a abordagem de perito tipificada por Benner (2001) é colocada nos seguintes termos: “... As enfermeiras peritas sabem que em todos os casos, uma avaliação definitiva do estado do doente não pode ser satisfeita por presentimentos vagos, mas aprenderam com a experiência a deixar as suas percepções guiá-las à evidência confirmatória” (p. 22). Onde “... a consciência perceptiva é o elemento central de um bom raciocínio de enfermagem, e por isso começa por breves intuições e avaliações globais, que escapam no início, à análise crítica...” (p. 22). Assim, “... a experiência é por isso necessária para a perícia” (p.32). Sendo que “a enfermeira perita apercebe-se da situação como um todo, utiliza como paradigma de base situações concretas que ela já viveu e vai directamente ao centro do problema sem ter em conta um grande número de considerações inúteis (Dreyfus, H. 1979; Dreyfus, S. 1981)” (p. 33). E ainda que “... ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (p. 58).

Nós próprios, em investigação de 2015, concluíamos: “Em síntese, caracterizamos os enfermeiros peritos como enfermeiros que têm conhecimentos aprofundados, alargados e adquiriram metacompetências. Diferenciam-se pela capacidade de liderança, de supervisão, de gerir mudança e pelas competências comunicacionais acrescidas. Apresentam capacidade de agir reflexivamente, planear, sistematizar, avaliar consistentemente e têm mais destreza. Maior capacidade de adaptação, segurança e conseguem uma visão mais global. São competentes na gestão de conflitos, em lidar com o stresse, bem como articulam a teoria e a prática, criam conhecimento, utilizam a investigação, respondem a situações complexas, tem capacidade de decidir. Apresentam capacidade de

antecipação, perspicácia, fazem uso da observação discriminada, rapidez na ação e competência na definição de prioridades. Comportam uma visão do contexto e tende à especialização. Assim sendo, o saber dos enfermeiros peritos é um saber diferenciado, construído e só possível pela experiência profissional, pela ação ou seja pela clínica de enfermagem.” (Queirós, 2015).

Acreditamos que a aproximação ao conceito de perito ajuda a situar a enfermagem de prática avançada num contexto disciplinar correspondendo a “mais enfermagem na enfermagem”. Neste paradigma, as competências clínicas de suporte a uma prática expandida traduzem-se no aprofundamento relacional, no entendimento que cuidar (com desvelo, compaixão e solicitude) vai para além de prestar cuidados (mero fazer técnico), comporta uma atitude também ela aprendida, treinada, investigável e validável, assim passível de se sintetizar em evidência científica de enfermagem. Sem desvalorizar o desenvolvimento e alargamento de competências técnicas instrumentais, o enfermeiro de prática avançada consegue uma prática expandida relacional e cuidativa, atuando com elevado desempenho no âmbito de um cuidar integral de enfermagem.

Paulo Joaquim Pina Queirós. Conselho Científico, RIE

Referências Bibliográficas:

- International Council of Nurses. Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics: 2009; (cited 2016 may 12). Available: <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>
- Benner, P. (2001) De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora
- Cassiani, S.H. , Rosales, L.K. (2016) Iniciativas para a Implementação da Prática Avançada em Enfermagem na Região das Américas. Esc. Anna Nery, 20(4): Doi: 10.5935/1414-8145.20160081.
- Queirós, P. (2015) The knowledge of expert nurses and the practical-reflective rationality. Invest. educ. enferm. ; 33(1): 83-91

EVOLUÇÃO E DESTINO DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO: ESTUDO LONGITUDINAL

Fernando Alberto Soares Petronilho⁽¹⁾; Filipe Miguel Soares Pereira⁽²⁾; Abel Avelino de Paiva e Silva⁽³⁾



Resumo

Objetivos: 1) conhecer o destino dos dependentes desde o momento da alta hospitalar até ao 3º mês após a alta hospitalar; 2) conhecer a evolução do nível de dependência no autocuidado nos grandes dependentes entre o momento anterior ao episódio de internamento hospitalar e o 3º mês após a alta clínica e, 3) conhecer a evolução do nível de dependência nos doentes avaliados como grandes dependentes e nos doentes avaliados como autónomos anterior ao internamento hospitalar. **Material e métodos:** optou-se por uma abordagem quantitativa de natureza descritiva, exploratória e de perfil longitudinal. A amostra é de conveniência, constituída por 273 dependentes internados em 6 hospitais da região Minho de Portugal. Aplicado o formulário “Famílias que integram dependentes no autocuidado”. **Resultados:** A maioria dos dependentes regressou ao domicílio. No global, existiu agravamento no nível de dependência, verificando-se diferenças nesta evolução entre os grandes dependentes e os autónomos. **Conclusão:** parte significativa dos dependentes no domicílio são grandes dependentes, em que as suas necessidades se revestem de grande complexidade e grande intensidade de cuidados, apontando, deste modo, para a importância dos cuidados de enfermagem prestados em tempo útil, de forma sistematizada e em parceria com as famílias, facilitadores das transições saudáveis.

Palavras-chave: Autocuidado, dependência, destino, transição, estudo longitudinal

Abstract

EVOLUTION AND DESTINATION OF PEOPLE DEPENDENT IN SELF-CARE: A LONGITUDINAL STUDY

Aims: to know the destination of dependent patients since hospital discharge up to 3 months after discharge; know the evolution of the dependence level in self-care in big dependents between the time preceding the hospitalization episode and the 3rd month after discharge and know the evolution of the dependence level in patients assessed as big dependents and autonomous before hospitalization. **Material and methods:** we choose a quantitative and longitudinal approach, of descriptive and exploratory nature. A convenience sample constituted by 273 dependents admitted to 6 hospitals in the Minho region of Portugal, between July and December 2010. Applied the form “Families with dependent members in self-care”. **Results:** Most dependents return home. Overall, there was a worsening in the dependence level but there were differences in this evolution between the group of the big dependents and the autonomous group. **Conclusion:** Significant part of the dependents at home are large dependents, in which their needs are of great complexity and great intensity of care, thus pointing to the importance of nursing care provided in a timely manner, in a systematized way and in partnership with Families, facilitators of healthy transitions.

Keywords: Self-care, dependence, destination, transition, longitudinal study

Resumen

LA EVOLUCIÓN Y EL DESTINO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES EN EL AUTOCUIDADO: UN ESTUDIO LONGITUDINAL

Objetivos: conocer el destino de los dependientes desde el momento de alta hospitalaria hasta el tercer mes después de alta clínica; conocer la evolución de la dependencia en el auto cuidado de los grandes dependientes entre el momento anterior al internamiento hospitalario y el tercer mes después del alta clínica y conocer la evolución de la dependencia en los enfermos evaluados como grandes dependientes y autónomos, anterior al internamiento hospitalario. **Material y métodos:** la optativa es una abordaje cuantitativo, descriptiva, exploratoria y perfil longitudinal. La muestra de convivencia es constituída por 273 dependientes internados en 6 hospitales de la región Minho de Portugal, entre Julio y Diciembre de 2010. Aplicado el formulario “Famílias que integran dependientes en el auto cuidado”. **Resultados:** La mayoría de los dependientes vuelve a su domicilio. En general, hay agravamientos al nivel de dependencia, se verifican diferencias en esta evolución en los grandes dependientes y en los autónomos. **Conclusión:** proporción significativa de los dependientes en el domicilio son grandes dependientes, donde sus necesidades son de gran complejidad y cuidados intensivos, lo que apunta la importancia de los cuidados de enfermería a su debido tiempo, de una manera sistemática y en colaboración con familias, facilitadores de transiciones saludables.

Palabras clave: Autocuidado, dependencia, destino, transición, estudio longitudinal

Rececionado em janeiro 2017. Aceite em fevereiro 2017

⁽¹⁾ Doutor em Enfermagem, Professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, email: fpetronilho@ese.uminho.pt

⁽²⁾ Doutor em Ciências de Enfermagem, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto

⁽³⁾ Doutor em Ciências de Enfermagem, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto

INTRODUÇÃO

Em Portugal, estima-se que haverá cerca de 110 mil pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que cerca de 48 mil serão pessoas dependentes “acamadas”(1). É conhecido que o envelhecimento da população nos países mais desenvolvidos, a crescente prevalência das doenças crónicas e o conseqüente aumento de pessoas em situação de dependência no autocuidado, têm tido um impacto significativo no sistema financeiro, no modelo de organização das famílias e no sistema de fornecimento de cuidados de saúde e apoio social.

A investigação que apresentamos reporta-se ao fenómeno do autocuidado como elemento básico da saúde dos cidadãos. É parte integrante de um percurso de doutoramento em enfermagem denominado “A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacto nas transições do doente e do familiar cuidador”. Neste contexto, este estudo tem como objetivos conhecer o destino das pessoas dependentes no autocuidado após a alta hospitalar e conhecer a evolução do nível de dependência no autocuidado até três meses após a alta hospitalar.

PROBLEMÁTICA E CONCEITOS CENTRAIS

Em Portugal, estima-se que haverá cerca de 110 mil pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que cerca de 48 mil serão pessoas dependentes “acamadas”(1). É conhecido que o envelhecimento da população nos países mais desenvolvidos, a crescente prevalência das doenças crónicas e o conseqüente aumento de pessoas em situação de dependência no autocuidado, têm tido um impacto significativo no sistema financeiro, no modelo de organização das famílias e no sistema de fornecimento de cuidados de saúde e apoio social.

O estado português, com o objetivo de assegurar respostas mais adequadas às novas necessidades de saúde e sociais associadas ao fenómeno do envelhecimento da população e o conseqüente aumento de pessoas em situação de dependência, cria, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (2). Significa, pois, que a criação da RNCCI assume social e politicamente o autocuidado como o elemento mais relevante da saúde dos cidadãos - “1- Constitui objetivo geral da Rede a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem na situação de dependência” (art. 4º) (2). No essencial, a RNCCI inclui unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, apoio social, cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade. Abrange, ainda, os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais. As tipologias de internamento da RNCCI são asseguradas por: i) unidades de convalescença (UC), com internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos; ii) unidades de média duração e reabilitação (UMDR), com internamentos com previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos; iii) unidades de longa duração e manutenção (ULD) com internamentos superiores a 90 dias consecutivos) e; iv) unidades de cuidados paliativos (UCP).

O autocuidado é definido como a capacidade do indivíduo em se manter e lidar com as suas necessidades individuais básicas e íntimas, bem como as atividades de vida diária(3). A dependência refere-se à necessidade de ajuda ou apoio de alguém (ex., profissionais de saúde, familiares, amigos, vizinhos) ou de alguma coisa (ex., ajudas técnicas)(3). Assim, o autocuidado, como fenómeno multidimensional, refere-se à prática de atividades que os indivíduos executam em seu próprio proveito com o objetivo de manutenção da vida, da saúde e

do bem-estar(4-8). O déficit de autocuidado estabelece a relação entre as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades de cuidado. Este conceito é orientador da prática clínica, permitindo a adequação dos métodos de auxílio e a compreensão do papel dos indivíduos dependentes em relação ao autocuidado(4). Perante a avaliação deste déficit de autocuidado, o enfermeiro planeia e ajusta a sua intervenção, uma vez que esta ocorre quando as necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de realizar o autocuidado por parte do indivíduo. A intervenção do enfermeiro na satisfação das necessidades de autocuidado é, deste modo, realizada de forma terapêutica, como resultado da incapacidade do indivíduo em determinar ou executar as necessidades de autocuidado. É nesta perspetiva que o autocuidado se torna relevante para o domínio da enfermagem(4).

Estudos nacionais centrados no fenómeno do envelhecimento/autocuidado apontam para a necessidade de mais investigação, permitindo um melhor aprofundamento das suas dimensões numa perspetiva que seja clinicamente mais relevante para os cuidados de enfermagem(1,9-10). O conceito de autocuidado aparece amplamente na literatura científica mas, em grande medida, associado à capacidade dos indivíduos para gerir o regime terapêutico (self-management)(5-8,10). Assim, fundamentalmente, surge relacionado com a necessidade de gerir o regime medicamentoso prescrito, a necessidade do planeamento de uma dieta adequada e a capacidade para identificar e gerir os sinais e sintomas das doenças, sobretudo crónicas, com vista a prevenir complicações. Significa, pois, que o conceito de autocuidado, na perspetiva do nível de dependência (ex., alimentar-se, vestir-se, higiene pessoal, arranjar-se, uso do sanitário, andar, transferir-se, virar-se) é um fenómeno da saúde insuficientemente explorado na investigação e, concretamente, na investigação em enfermagem(10). Em paralelo, pode verificar-se que os estudos de

perfil longitudinal em torno da problemática da transição da pessoa associada à dependência no autocuidado são ainda escassos(10). Outro dos aspetos importantes que resultaram desta investigação, centra-se na evidente variabilidade das respostas humanas às transições ao longo do ciclo de vida, em que a variável tempo é muito determinante(11). Estas respostas, estão associadas à condição de saúde individual, fatores culturais, espirituais, demográficos, processos familiares, mas, igualmente, aos recursos de saúde e sociais disponíveis(4,10-11). Assim, os recursos tornam-se muito determinantes para a qualidade das transições(11), o que justifica a realização de estudos mais alargados no espaço temporal. A transição é definida como a passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, incorporando os elementos do processo, o intervalo de tempo e as perceções. O processo sugere fases e sequência, o intervalo de tempo significa que é um fenómeno em curso, no entanto, limitado e a perceção reporta-se ao significado da transição para o indivíduo que a experimenta (11).

Objetivos do estudo

A investigação que apresentamos diz respeito a uma dimensão em estudo que é integrante de um percurso de doutoramento em enfermagem denominado “A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador”. Neste artigo são apresentados os resultados relativamente ao destino dos dependentes e à evolução do nível de dependência no autocuidado até três meses após a alta hospitalar. Tem como finalidade caracterizar a evolução do nível de dependência no autocuidado, dando um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Assim, definimos os seguintes objetivos:

- Conhecer o destino dos dependentes desde o momento da alta hospitalar até ao 3º mês após a alta clínica;

- Conhecer a evolução do nível de dependência no autocuidado nos grandes dependentes entre o momento anterior ao episódio de internamento hospitalar e o 3º mês após a alta clínica;

- Conhecer a evolução do nível de dependência no autocuidado nos doentes avaliados como grandes dependentes e nos autónomos, anterior ao internamento hospitalar.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

Optou-se por uma abordagem quantitativa de natureza descritiva, exploratória e de perfil longitudinal.

Contexto do estudo

O Estudo foi desenvolvido em contexto hospitalar, comunitário e familiar, na região Minho de Portugal. Procedeu-se a 3 momentos de avaliação em relação ao tipo e nível de dependência: 1) anterior ao episódio de internamento hospitalar (M-1); 2) no momento da alta hospitalar (M0) e 3) 3 meses após a alta hospitalar (M3).

População e amostra

A população do estudo foi constituída por pessoas dependentes no autocuidado internadas em 10 unidades de cuidados selecionadas para a investigação, a partir de 6 hospitais da região Minho de Portugal. Assim, tratou-se de uma amostra não probabilística e de conveniência, constituída pelos dependentes que foram identificados para participar no estudo à medida que decorria o seu internamento hospitalar e verificados os critérios de inclusão. No total, a amostra foi constituída por 273 pessoas dependentes no autocuidado. Os critérios de inclusão estabelecidos foram os seguintes:

- Pessoas dependentes em pelo menos um (1) tipo do autocuidado no momento da alta hospitalar (ex., tomar banho; alimentar-se; transferir-se; tomar a medicação);

- Pessoas dependentes com idade igual ou superior a 18 anos;

Instrumento de colheita de dados

O formulário aplicado na colheita de dados nos 3 momentos de avaliação do estudo – “Famílias que integram dependentes no autocuidado” (Escola Superior de Enfermagem do Porto) - é um instrumento com uma abordagem multidimensional do fenómeno do autocuidado e que permite caraterizar: i) tipo e nível de dependência no autocuidado; ii) compromisso nos processos corporais (funções fisiológicas) do dependente (ex. presença de úlceras de pressão, quedas, compromisso respiratório, presença de rigidez articular); iii) perfil do familiar cuidador para tomar conta, caraterizando o grau de perceção de autoeficácia relativamente aos cuidados a assegurar, a intensidade de cuidados a assegurar e o nível de incentivo à autonomia do dependente; por último, iv) recursos disponíveis, caraterizando as ajudas técnicas, os recursos financeiros e o suporte da rede formal e informal disponíveis.

No entanto, tendo em conta os objetivos do estudo, iremos reportar-nos à dimensão tipo e nível de dependência no autocuidado. Apresenta uma escala global que inclui um conjunto de 11 subescalas que discriminam 11 domínios (tipos) do autocuidado definidos com recurso à CIPE Versão 1,0(3). São exemplos: “tomar banho”, “alimentar-se”, “andar”, “transferir-se”, “tomar a medicação”. Para cada domínio do autocuidado, a caraterização do nível de dependência procede-se pela avaliação de um conjunto de indicadores específicos que compõem cada domínio, de acordo com uma escala de Likert de 4 pontos: a) “Dependente não participa” (score 1); b) “Necessita de ajuda de pessoas” (score 2); c) “Necessita de ajuda de equipamentos” (score

3) e; d) “Completamente independente” (score 4).

Foram classificados como grandes dependentes os doentes cuja avaliação do nível de dependência global corresponde a “dependente não participa” (score 1) ou “necessita de ajuda de pessoas” (score 2). Em paralelo, foram classificados como autónomos, os doentes cuja avaliação do nível de dependência global corresponde a “Necessita de ajuda de equipamentos” (score 3) ou “Completamente independente” (score 4).

A avaliação referente ao momento anterior ao internamento hospitalar e ao momento da alta hospitalar (M-1 e M0) foi efetuada com a colaboração da equipa de enfermagem das unidades de internamento onde se encontravam os dependentes. A recolha de dados ao 3º mês após a alta clínica (M3) ocorreu em contexto comunitário e familiar e realizada presencialmente pelo investigador principal.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao programa IBM SPSS, versão 18,0 e explorados através de estatística descritiva e inferencial.

Considerações éticas

Foram garantidos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação. Obtivemos a autorização para a realização da investigação pelas Comissões de Ética/Conselhos de Administração dos hospitais envolvidos no estudo (Comunicação Nº 14/CES de 05/05/2009 e 95CA/14 de 23/06/2009), assim como, o consentimento livre e informado dos dependentes ou dos familiares cuidadores (caso os dependentes apresentassem compromisso cognitivo) que se mostraram disponíveis para participar no estudo.

RESULTADOS

Caraterização sociodemográfica dos dependentes

Dos 273 dependentes que participaram na investigação, a maioria é do sexo feminino (54,5%), casados (50,8%), embora com um número significativo de viúvos (43,6,5%). Têm, em média, 77,3 anos, são de nacionalidade portuguesa e a maioria é analfabeta (54,6%) ou possui o 1º ciclo (38,3%). Relativamente à condição laboral, um número muito significativo é pensionista/reformado (86,8%) tal como era expectável face à sua faixa etária. A causa que originou a dependência, na maioria dos casos, foi a doença aguda (52,5%), apesar de ter sido identificado um número significativo de dependentes em que o motivo foi a doença crónica (30,7%). Na maioria dos casos (58%) a instalação da dependência ocorreu de forma súbita; o tempo de dependência é, em média, de 3,7 anos, com cerca de 1/3 da amostra dependente há menos de 1 ano (30,8%).

Destino dos dependentes no momento da alta hospitalar e ao 3º mês após a alta clínica

A Tabela 1 mostra-nos o(s) destino(s) dos 273 dependentes que constitui a amostra no momento da alta hospitalar (M0) e ao 3º mês após a alta clínica (M3). Verificou-se que o número de casos sofreu uma redução significativa entre os dois momentos de avaliação do estudo, de 273 para 162 casos, representando uma diminuição de cerca de 40, 7%. Esta diminuição do número de casos deve-se ao número significativo de óbitos registados (33,7%) e pela impossibilidade de contacto com as famílias (7%) ao longo dos três meses do estudo após a alta hospitalar.

Em relação ao destino dos dependentes no momento da alta hospitalar (M0), observa-se que a maioria (58,6%) regressou ao domicílio e 28,2% são referenciados para a RNCCI. Uma parcela menos significativa, no momento da alta hospitalar, teve como destino os lares de idosos e as famílias de acolhimento (13,2%).

Tabela 1 – Distribuição dos dependentes pelo destino no momento da alta hospitalar (M0) e no 3º mês após a alta hospitalar (M3)

Destino dos dependentes N		Momento da alta hospitalar (M0)		3º mês após a alta hospitalar (M3)	
		%	N	%	N
RNCCI	UC	24	8,8	0	0,0
	UMDR	23	8,4	2	0,7
	ULDM	26	9,5	9	3,3
	UCP	4	1,4	0	0,0
Domicílio		160	58,6	123	45,1
Lares de idosos		26	9,5	18	6,6
Famílias de acolhimento		10	3,7	5	1,8
Reinternados no hospital		-	-	5	1,8
Óbitos		-	-	92	33,7
Não contactáveis		-	-	19	7,0
Total		273	100,0	273	100,0

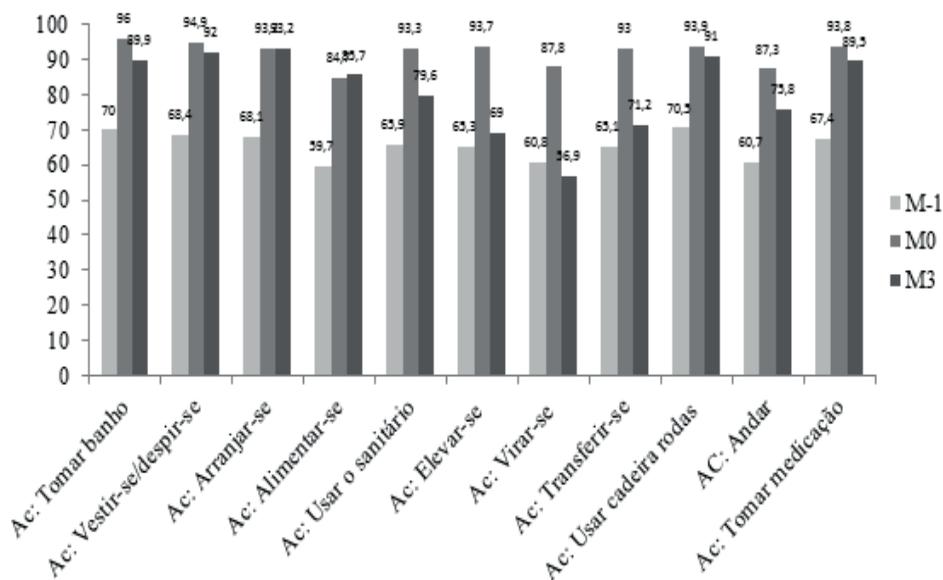


Gráfico 1 – Evolução dos grandes dependentes (%) por domínio de autocuidado entre o momento anterior ao internamento hospitalar (M-1) e o 3º mês após a alta clínica (M3)

Evolução dos “grandes dependentes” ao longo dos 3 momentos de avaliação

Em M-1 e M0 foi avaliado o nível de dependência nos 273 participantes do estudo. Em M3, face à diminuição significativa da amostra foram alvo de avaliação 162 participantes. O Gráfico 1 mostra-nos a evolução do nível de dependência por domínio de autocuidado nos 3 momentos de avaliação do estudo (M-1, M0 e M3) no que diz respeito aos grandes dependentes. Verifica-se que a percentagem de grandes dependentes no total da amostra, para todos os domínios de autocuidado e nos 3 momentos de avaliação, é muito elevada.

Verifica-se um aumento de grandes dependentes entre o momento anterior ao internamento hospitalar (M-1) e o momento da alta hospitalar (M0). Todavia, se compararmos a evolução dos grandes dependentes, entre o momento da alta hospitalar (M0) e o 3º mês após a alta clínica (M3), globalmente, verifica-se uma melhoria no nível de dependência.

Quanto à fidelidade da escala global de caracterização do tipo e nível de dependência do autocuidado aplicada nos 3 momentos sujeitos a avaliação, revelou boa consistência interna(12), com valores de Coeficiente Alfa de Cronbach de: $\alpha=0,996$ (M-1), $\alpha=0,979$ (M0) e $\alpha=0,930$ (M3).

Evolução do nível de dependência nos “grandes dependentes” e nos “autónomos” anterior ao internamento hospitalar

Os 2 grupos são caracterizados pela condição de grandes dependentes e autónomos anterior ao episódio de internamento hospitalar. O Gráfico 2 permite acompanhar a evolução do nível de dependência nestes dois grupos ao longo dos 3 momentos de avaliação do estudo. Numa análise global verificamos que, ao longo dos 3 momentos de avaliação, o nível de dependência no grupo de doentes avaliados como autónomos permanece sempre superior (menos dependentes) comparativamente ao grupo dos grandes dependentes (mais dependentes).

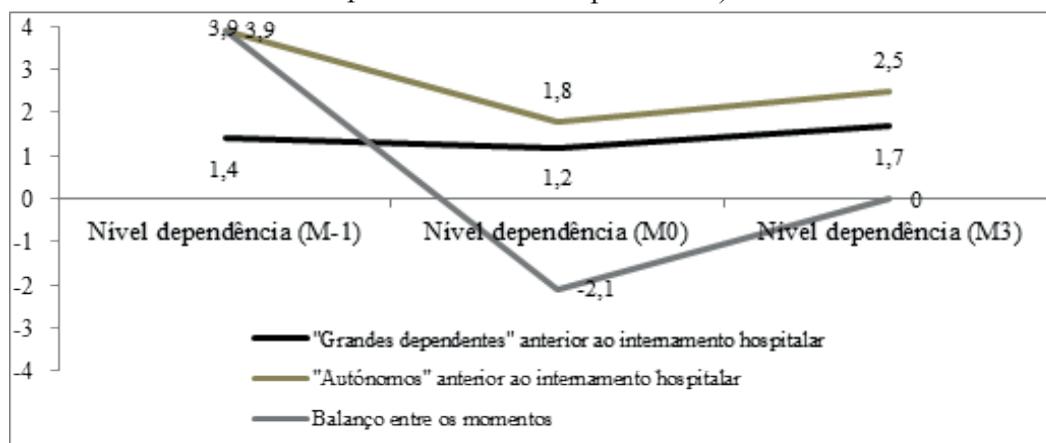


Gráfico 2 – Evolução do Nível de Dependência Global no Autocuidado nos 3 momentos de avaliação: grandes dependentes e autónomos, anterior ao internamento hospitalar

Esta evolução positiva é mais significativa nos domínios da mobilidade - elevar-se, virar-se, transferir-se. Se compararmos os resultados entre o momento anterior ao internamento hospitalar (M-1) e o 3º mês após a alta hospitalar (M3), observamos um aumento da percentagem de grandes dependentes.

Esta diferença de médias no nível de dependência entre os dois grupos foi estatisticamente significativa em todos os momentos de avaliação (Tabela 2). Ao longo dos 3 momentos de avaliação não se verificou oscilação significativa no nível de dependência dos grandes dependentes.

Este grupo manteve o nível de dependência entre “dependente não participa” (score 1) e “necessita de ajuda de pessoas” (score 2) ao longo dos 3 momentos de avaliação. Trata-se, pois, de doentes com limitado potencial de reconstrução da autonomia que, apesar de já serem muito dependentes anterior ao

Apesar das maiores oscilações no nível de dependência se verificar nos autônomos, foi neste grupo que se registou ao longo dos 3 momentos de avaliação menores níveis de dependência, mesmo após o evento crítico de saúde que motivou o internamento hospitalar. A análise da Tabela 2 mostra-nos, ainda, que

Tabela 2 – Diferenças de médias (test t) no nível de dependência entre os grandes dependentes e os autônomos, anterior ao episódio de internamento hospitalar, nos 3 momentos de avaliação do estudo (M-1, M0 e M3).

Momento de avaliação	Condição de dependência anterior ao internamento hospitalar (n)	Nível de dependência (Média)	Desvio padrão (DP)	Valor de p*
Momento anterior ao internamento hospitalar (M-1) N=273	Autônomos (n=84)	3,9	0,77	<,001
	Grandes dependentes (n=189)	1,4	0,65	
Momento da alta hospitalar (M0) N=273	Autônomos (n=79)	1,8	0,74	<,001
	Grandes dependentes (n=194)	1,2	0,49	
3º Mês após a alta hospitalar (M3) N=162	Autônomos (n=57)	2,5	0,77	<,001
	Grandes dependentes (n=105)	1,7	0,76	

internamento hospitalar (score 1,4), sofreram ligeiro agravamento no nível de dependência com o evento crítico de saúde gerador do internamento hospitalar (score 1,2). No entanto, ao 3º mês após a alta hospitalar (M3) registou-se neste grupo uma evolução positiva no nível de dependência (score 1,7).

Por outro lado, ao analisarmos a evolução do nível de dependência dos autônomos, verificámos que existe uma evolução negativa entre M-1 (score 3,9) e M3 (score 2,5). Um dado muito relevante verificado neste grupo de doentes foi o agravamento muito significativo no nível de dependência entre a avaliação anterior ao episódio de internamento (M-1; score 3,9) e no momento da alta hospitalar (M0; score 1,8). No entanto, este grupo de doentes, ao 3º mês após a alta hospitalar (M3) manifestou uma evolução muito positiva relativamente ao nível de dependência (score 2,6).

foi neste grupo que se verificou uma evolução positiva mais significativa, em concreto, na avaliação entre o momento da alta hospitalar (M0) e o 3º mês após a alta clínica (M3).

DISCUSSÃO

Quanto à caracterização sociodemográfica dos dependentes, este estudo apresenta resultados semelhantes a outros estudos realizados no âmbito nacional e internacional (1,9,13-15). Os dependentes são idosos; a maioria do sexo feminino; casados ou viúvos e; a maioria analfabetos.

Em relação ao destino, a maioria dos dependentes no momento da alta hospitalar regressa ao domicílio e cerca de ¼ da amostra às unidades de internamento da RNCCI, constituindo este, atualmente, um recurso social e de saúde importante para as famílias que integram dependentes. Possibilita, por um lado, o suporte profissional adequado ao processo de reconstrução da autonomia

dos dependentes e, por outro lado, o apoio na preparação e aquisição de competências – mestria – aos familiares cuidadores face à necessidade de assegurarem os cuidados ao dependente no seu regresso a casa(1,9,13-19).

Três meses após a alta hospitalar (M3), o número de dependentes que permanece na RNCCI é muito reduzido (4%), quer pela ausência de doentes internados nas UC e UCP, quer pelo baixo número de doentes internados nas UMDR e ULDM. Contudo, nas UC e UMDR este reduzido número de dependentes ao terceiro mês (M3) está associado aos critérios de permanência nestas tipologias, onde o internamento, em regra, não se prolonga para além de, respetivamente, um mês e três meses, regressando a sua maioria ao domicílio. Nas ULDM o baixo número de dependentes internados no mesmo período está fortemente relacionado com o número significativo de óbitos verificados ao longo dos três meses após a alta hospitalar. Deste modo, um resultado deste estudo que nos parece muito significativo é a elevada taxa de mortalidade registada até ao 3º mês após a alta clínica, correspondendo a cerca de 1/3 da amostra (33,7%). São doentes, na sua maioria, caracterizados por frequentes complicações clínicas associadas à sua condição de saúde muito vulnerável. A transição do hospital para casa é o período mais instável para as famílias que integram no seu seio membros dependentes e, sobretudo, um período muito crítico para quem assume o papel de cuidador(9,14,17,19). Assim, é neste período que haverá maior probabilidade de ocorrerem complicações na saúde do dependente. É caracterizado pela procura de informação por parte dos familiares cuidadores mais direcionada para o desenvolvimento de competências na execução dos cuidados necessários, na gestão de sinais e sintomas da doença e no lidar com as emoções do dependente(14,18).

A amostra deste estudo é caracterizada por elevados níveis de dependência em todos os momentos de avaliação. A grande maioria

é grande dependente conforme podemos observar no Gráfico 1. Verifica-se que, no global, para todos os domínios do autocuidado há um agravamento do nível de dependência entre o momento anterior ao episódio de internamento e o momento da alta clínica, seguindo-se uma melhoria até ao 3º mês após não atingindo, no entanto, os níveis de M-1. Significa que o evento crítico de saúde que motivou o internamento hospitalar, no global, teve um impacto negativo no nível de dependência nos participantes do estudo, com sequelas definitivas na capacidade de realizar as atividades do autocuidado. Estes resultados são semelhantes ao estudo efetuado igualmente na região norte de Portugal(13). Parte substantiva das necessidades em cuidados destes doentes é assegurada pelos familiares cuidadores. Daí, é exigido a estes a assunção de um papel - a transição para o exercício do papel de prestador de cuidados –. Esta transição requer adaptação ao longo do tempo, caracterizada por diferentes fases já identificadas por via da investigação(1,14,18-19). Esta adaptação deve ser monitorizada por um conjunto de padrões de resposta onde os enfermeiros devem constituir-se um recurso imprescindível através do planeamento e implementação de terapêuticas de enfermagem sistematizadas e adequadas a cada fase, facilitadoras da transição(1,11,14,18-19).

O Gráfico 2 mostra-nos a evolução do nível de dependência ao longo dos momentos de avaliação do estudo, sendo significativamente diferente em dois grupos: grandes dependentes e autónomos, anterior ao internamento hospitalar. O grupo dos autónomos, apesar de maiores oscilações no nível de dependência ao longo dos 3 momentos de avaliação e com maior agravamento após o evento crítico que motivou o internamento hospitalar (entre M-1 e M0), é aquele com maior potencial de reconstrução de autonomia, uma vez que apresenta evolução positiva mais acentuada após a alta hospitalar (M3). Julgamos que deve implicar por parte dos profissionais de saúde

e, sobretudo por parte dos enfermeiros, um processo de cuidados que traduza eficácia em tempo útil e, assim, com ganhos visíveis para a saúde destes dependentes e, em particular, na sua autonomia.

O grupo dos grandes dependentes apresenta ligeiras oscilações no nível de dependência ao longo dos 3 momentos de avaliação. Trata-se de um grupo de doentes que já se encontrava dependente e o motivo que originou o internamento hospitalar não produziu agravamento significativo no nível de dependência. Assim, podemos afirmar que este grupo manteve-se, no essencial, sem alterações no nível de dependência antes, durante e após o internamento hospitalar. Significa que, ao contrário do grupo dos autónomos, a dependência nestes casos pode ser encarada como a sua condição de saúde “habitual”.

Referimos que o evento crítico agudo gerador do internamento hospitalar tem, globalmente, implicações negativas que se manifestam por um quadro de maior dependência. No entanto, o tempo que decorreu entre o momento da alta hospitalar e o 3º mês após, mostrou-se decisivo quanto à melhoria no quadro de dependência, com particular enfoque no grupo de dependentes que demonstraram maior potencial de reconstrução de autonomia – autónomos. Assim, uma vez que este espaço temporal que mediou o internamento hospitalar e o 3º mês após, se revelou um período fundamental na evolução de maior autonomia, apela-se a um juízo clínico por parte dos profissionais de saúde e, em particular, dos enfermeiros, que se traduza num processo de cuidados que inclua um diagnóstico diferencial e a implementação de terapêuticas de enfermagem sensíveis a respostas adequadas às necessidades de cada caso, em particular e, assim, promotoras de ganhos efetivos e em tempo útil no nível de dependência.

CONCLUSÕES

O aumento exponencial do fenómeno do envelhecimento e, por consequência, o aumento das pessoas em situação de dependência no autocuidado lança desafios importantes ao sistema de saúde e de organização das famílias. Os cuidados assegurados pelas famílias aos membros dependentes continuam a ter uma enorme relevância no contexto global dos cuidados de saúde. A evidência empírica mostra-nos que continua a ser o modelo assistencial de eleição para as famílias portuguesas e com menores custos económicos para o estado. Em Portugal, parte significativa dos dependentes no domicílio são grandes dependentes, em que as suas necessidades se revestem de grande complexidade e grande intensidade de cuidados, apontando, deste modo, para a importância dos cuidados de enfermagem prestados em tempo útil, de forma sistematizada e em parceria com as famílias, facilitadores das transições saudáveis.

Um exemplo de mudança e de vontade política relativamente à necessidade de encontrar respostas adequadas face às significativas alterações demográficas, traduzidas pelo envelhecimento da população e pelo aumento de pessoas em situação de dependência, é a recente criação da RNCCI no território nacional, assumindo-se social e politicamente o autocuidado como o elemento básico da saúde dos cidadãos. Na assunção dos seus objetivos, a RNCCI revela-se como uma oportunidade para os enfermeiros demonstrarem a sua utilidade social por via de maiores ganhos em saúde e com cuidados de maior proximidade com as famílias. A evidência científica permite-nos afirmar que uma prática profissional concebida numa lógica de continuidade de cuidados, isto é, centrada no planeamento do regresso a casa dos dependentes e na definição de modelos assistenciais de saúde a implementar em contexto domiciliário tendo as famílias como parceiros dos cuidados, tem potencial para promover resultados positivos na saúde e bem-

estar. Estes refletem-se em maiores ganhos em autonomia dos dependentes, no aumento do reportório das competências dos familiares cuidadores, na prevenção de complicações, na diminuição das taxas de readmissão hospitalar e de mortalidade e na redução substancial dos custos com a prestação de cuidados de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Costa A. Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Lisboa [dissertação doutoramento]. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; 2013.
2. Portugal. Decreto-Lei n.º 101 de 6 de junho de 2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República, Lisboa, 26 jun. 2006. N.º 109 I Série A, p. 3856-65.
3. Conselho Internacional de Enfermeiras. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2005.
4. Orem D. Nursing: Concepts of Practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
5. Sidani S. Self-care. In: Doran D, editor. Nursing Outcomes: The state of the science. Toronto: Jones & Bartlett Learning; 2nd ed.; c2011. p. 79-130.
6. Hoy B, Wagner I, Hall EO. Self-care as a health resource of elders: an integrative review of the concept. *Scand J Caring Sci.* 2007;21(4): 456-66.
7. Clark A, Freyberg C, Mcalister F, et al. Patient and informal caregivers' knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective self-care. *Eur J Heart Fail.* 2009;11(6):617-21.
8. Wilkinson A, Whitehead, L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46:1143 – 47.
9. Petronilho FAS. Preparação do regresso a casa. Coimbra: Formasau; 2007.
10. Petronilho FAS. Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. Coimbra: Formasau; 2012.
11. Meleis A. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company; 2010.
12. Pestana M, Gageiro J. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 4th ed. Lisboa: Edições Silabo; 2005.
13. Araújo I, Paul C, Martins M. Living older in the family context: dependency in self-care. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(4):869-75.
14. Coleman E, Smith J, Frank J, et al. Preparing Patients and Caregivers to Participate in Care Delivered Across Settings: The Care Transitions Intervention. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(11):1817-25.
15. Pringle J, Hendry C, McLafferty E. A review of the early discharge experiences of stroke survivors and their carers. *J Clin Nurs.* 2008;17:2384-97.
16. Shyu, Y. The needs of Family Caregivers of Frail Elders During the Transition From Hospital to Home: a Taiwanese Sample. *J Adv Nurs.* 2000;32(3):619-25.
17. Shyu Y, Chen M, Chen S, et al. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *J Clin Nurs.* 2008;17(18):2497-508.
18. Schumacher K, Stewart B, Archbold P, et al. Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Res Nurs Health.* 2000; 23(3):191-203.
19. Rotondi A, Sinkule J, Balzer K, et al. A Qualitative Needs Assessment of Persons Who Have Experienced Traumatic Brain Injury and Their Primary Family Caregivers. *J Head Trauma Rehabil.* 2007;22(1):14-25.