

Estudo de necessidades de cuidados de pessoas com 65 e mais anos de idade, proposta de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Estudio de necesidades de cuidados de personas con 65 y más años de ida, propuesta de intervención de los cuidados de enfermería de rehabilitación.

Study of care needs of people aged 65 and over, proposed intervention of rehabilitation nursing care.

Autores

César Fonseca¹, Fátima Ferreira², Ana Ramos³, Manuel Lopes⁴, Vítor Santos⁵

¹ PhD, Universidade de Évora, ² MsC, ECCI, Odivelas, ³ PhD Student, Centro Hospitalar Médio Tejo, ⁴ PhD, Universidade de Évora, ⁵ MsC, Centro Hospitalar do Oeste, São Peregrino – Centro Especializado de tratamento de Feridas

Corresponding Author: cesar.j.fonseca@gmail.com

RESUMO:

Objetivo: Descrever necessidades de cuidados de pessoas com 65 e mais anos de idade ao nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Métodos: Estudo transversal, descritivo; amostra de conveniência, com 95 pessoas com 65 anos ou mais de idade. ECCI de Odivelas.

Resultados: Observamos necessidades elevadas e de intervenção ao nível dos cuidados de enfermagem de reabilitação, ao nível do Autocuidado, da Aprendizagem e Funções Mentais, Comunicação e Relação com Amigos e Cuidadores.

Conclusão: Propomos como plano de melhoria do comportamento de autocuidado das pessoas com 65 e mais anos de idade, através da intervenção dos cuidados de enfermagem especializados de reabilitação através de planos individuais de intervenção ao nível da: reabilitação funcional motora, de posicionamentos, da reabilitação funcional respiratória e de atividades terapêuticas.

Descritores: Cuidados de enfermagem, Reabilitação, Autocuidado, Classificação Internacional da Funcionalidade.

SUMMARY:

Objective: To describe the care needs of people aged 65 and over at the level of rehabilitation nursing care.

Methods: cross-sectional, descriptive study; Sample convenience with 95 people aged 65 and over. ECCI of Odivelas.

Results: We observed high needs and intervention in the level of rehabilitation nursing care at the level of Self Care, Learning and Mental Functions, Communication and Relationship with Friends and Caregivers.

Conclusion: we propose as a plan to improve the self-care behavior of people 65 and over, through the intervention of specialized rehabilitation nursing care through individual intervention plans at the level of: functional motor rehabilitation, positioning, functional respiratory rehabilitation and Therapeutic activities.

Descriptors: Nursing care, Rehabilitation, Self-care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade cada vez mais premente (UN, 2011) com a população com idade superior a 65 anos a ter exponencialmente maior representatividade demográfica (UN, 2011a). A esta população está associada uma percepção social negativa e de incapacidade (World Bank, 2010), bem como o aumento dos custos e recursos sociais e de saúde (EC, 2011). Concorrem para este fenómeno um conjunto de razões, das quais destacamos a associação entre o aumento constante da esperança de vida ao nascer e a diminuição do índice sintético de fecundidade (UN, 2011). A esperança de vida ao nascer em nível mundial, passou de 47,7 anos em 1950 para 69,3 em 2010. Em alguns dos países mais envelhecidos (e.g. Portugal) a esperança média de vida atingiu já os 79,8 anos (76,7 para os homens, 82,8 para as mulheres) e o índice sintético de fecundidade 1,37 filhos por mulher (EC, 2011).

Em Portugal em 2011 a percentagem de pessoas com 65 anos ou mais era de 19%, sendo que na década anterior era de 16% (EC, 2011). Por sua vez o índice de envelhecimento do país é de 129 (EC, 2011).

Um tão expressivo aumento do número de idosos significa que evoluímos do *baby boom* para o *elderly boom*. Tal como o primeiro exigiu que se tomassem medidas políticas de proteção ao desenvolvimento das crianças, entendemos que também o segundo (i.e., o *elderly boom*) coloca idênticas exigências.

Neste sentido o processo de envelhecimento entendido como fase de desenvolvimento terá

exigências específicas que importa compreender. As diversas teorias biológicas, psicológicas e sociais dizem-nos que é uma fase que se caracteriza por perdas progressivas. Por sua vez as ciências da saúde afirmam que associado ao envelhecimento progressivo existem situações de multimorbilidade crónica. Estamos assim perante um cenário que tem exigências de desenvolvimento próprias da idade e exigências decorrentes dos desvios de saúde. Ambas terão repercussões sobre a capacidade de autocuidado entendida como o conjunto de atividades desenvolvidas de modo independente por uma pessoa para promover e manter o bem-estar pessoal ao longo da vida (Orem 2001). Quando existe défice de autocuidado surge a necessidade de se desenvolver uma intervenção terapêutica a qual poderá ser total ou parcialmente compensatória ou de suporte-educativa (Orem 2001), onde as intervenções dos enfermeiros especialistas surgem com grande prioridade. Para a OE (2010), o conceito das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação

relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2010). Estas competências desenvolvem-se num quadro de necessidades de cuidados, com especial atenção para os processos de reabilitação no autocuidado. Em relação ao domínio específico dos cuidados de reabilitação ele é um processo global e dinâmico orientado para o restabelecimento físico e psicológico da pessoa, de modo a permitir uma reintegração social (OE, 2010a). A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência (OE, 2010a). Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (OE, 2010a).

As repercussões sobre o autocuidado decorrem em grande parte das limitações da funcionalidade. Importa por isso que se desenvolvam instrumentos que avaliem o estado funcional dos idosos, como indicador de necessidade de cuidados, mas também de previsão dos custos e das intervenções dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Para classificar a funcionalidade foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a Classificação Internacional de Funcionalidade

(CIF), que foi adotada por Portugal (CIF, 2004) e à qual são reconhecidas diversas vantagens de utilização. Os indicadores de incapacidade, nomeadamente os de limitação de atividade e os de limitação de capacidade funcional, permitem definir posteriormente, necessidades de cuidados de saúde (Lopes et al, 2013). Foi com base nesta classificação que empreendemos o desenvolvimento do *Elderly Nursing Core Set* (ENCS) (Lopes e Fonseca, 2011).

Face ao exposto, entendemos os cuidados de enfermagem às pessoas idosas (Steiner et al, 2001) como um processo de cuidados levado a cabo pelo enfermeiro, em articulação com a restante equipa (von Krogh et al, 2005), dirigido à pessoa idosa no seu contexto e que tem em consideração a sua funcionalidade entendida como processo de interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (i.e. fatores ambientais e pessoais). O processo de cuidados visa a manutenção da autonomia (Griffiths, 2006) e/ou a promoção dos processos de readaptação (Griffiths et al, 2001) em relação aos défices de auto cuidado (Chang et al, 2007) e das atividades de participação, considerando as funções e estruturas do corpo e os fatores ambientais.

MÉTODOS E TÉCNICAS

Como já foi referido o ENCS foi construído com indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Decidimos aplicar o instrumento criado a uma amostra intencional de 95 idosos (65 anos ou mais) da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Odivelas – 95 idosos.

Esta equipa integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados a pessoas idosas. Alguns dos critérios para os idosos serem acompanhados por estas equipas são: ter dependência funcional e/ou critérios de fragilidade, doenças crónicas evolutivas e

dependência funcional grave por doença física progressiva ou permanente e pessoas com situação de doença evolutiva, sem resposta curativa. Neste contexto foram seleccionados os idosos que se mostraram disponíveis para responder. As características da amostra são as constantes na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

Contexto de cuidados	Sexo				Idade		Total	
	Feminino		Masculino		Média	Moda	Total	
	f	%	f	%			f	%
ECCI Odivelas	60	63,2%	35	36,8%	80,34	78	95	100%

A reflexão dos dados e as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação foi feito ao longo do Estágio II do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação.

O ENCS que agora se apresenta é composto por 25 itens considerados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo seu objetivo, avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem e os seus resultados, a pessoas com 65 e mais anos de idades. A resposta a cada um dos itens é feita segundo uma escala tipo *Likert* com 5 pontos (1. NÃO há problema: 0-4%; 2. Problema LIGEIRO: 5-24%; 3. Problema MODERADO: 25-49%; 4. Problema GRAVE: 50-95%; 5. Problema COMPLETO: 96-100%), tal como proposto pela CIF. Segundo o *M65+Autocuidado* (Fonseca e Lopes, 2014), consideramos necessidade de cuidado de enfermagem como de: *autocuidado na atividade*, como não há problema e problema ligeiro; *défice de autocuidado terapêutico (moderado)*, como problema moderado; e *autocuidado terapêutico (completo e grave)* como problema grave e completo

Este instrumento permite a avaliação de 4 fatores: Autocuidado, a Aprendizagem e Funções Mentais, Comunicação e Relação com Amigos e Cuidadores, os quais resultaram da Análise Factorial de Componentes Principais.

Os dados foram recolhidos com recurso à técnica de entrevista estruturada com base no ENCS. O tempo médio de aplicação do questionário foi de 20 minutos. O tratamento de dados foi realizado com recurso ao SPSS®, fazendo-se uso da análise fatorial de componentes principais com rotação *varimax*, a análise de sensibilidade com o teste *kolmogorov-smirnov* e a análise de fidelidade com o método *alpha de cronbach*⁽¹⁸⁾.

Análise de Sensibilidade: Testou-se a normalidade da distribuição dos quatro fatores extraídos da ACP, bem como o Total Global, através do teste Kolmogorov-Smirnov (K-S), tendo-se demonstrado que nenhum Factor nem o Total Global ($p < .05$)⁽¹⁸⁾ seguem uma distribuição normal. Análise de Fidelidade: A fidelidade da escala foi determinada pelo método *alpha de Cronbach*⁽¹⁹⁾.

Foi calculada a consistência interna para a globalidade da escala e, seguidamente para cada um dos fatores constituintes da escala. O α Global (para os 25 itens) foi de .963, demonstrando uma excelente consistência interna. Foram também calculados os α s para os quatro fatores extraídos da ACP (Tabela 4), sendo o Fator 1 (Autocuidado) aquele que apresenta um α mais elevado ($\alpha = .976$), demonstrando uma excelente consistência interna. Os Fatores 2 e 3 ($\alpha = .942$ e $\alpha = .948$, respetivamente) apresentam uma boa consistência interna, enquanto que o Fator 4 ($\alpha = .624$) demonstra uma consistência questionável. Análise de Validade: Com o objectivo de averiguar a validade de construto da escala, submetemos os nossos dados a uma análise factorial, pelo método das componentes principais com rotação varimax^(Schein et al, 2005). A estrutura relacional dos itens do ENCS foram submetidos a uma análise factorial de componentes principais (ACP)¹. Desta análise extraíram-se quatro componentes (também designadas por dimensões), segundo o critério de Kaiser para uma dimensão de 427 indivíduos, uma vez que a seleção das componentes foi feita tendo em conta o valor próprio superior à unidade, isto é, cada valor próprio quantifica a parte da variância (do total das variáveis) que é explicada por cada uma das componentes. Contudo, segundo o critério do *Scree Test* (análise do *Scree Plot*), poder-se-iam extrair 5 componentes, uma vez que poderemos extrair componentes até ao ponto em que a linha (curva) do gráfico tende a ficar paralela ao eixo

horizontal.

¹ Técnica de redução de dados que procura, a partir de um conjunto inicial de variáveis (correlacionadas entre si), identificar um conjunto menor de variáveis hipotéticas (não correlacionadas entre si) sem que tal acarrete perdas de informação. Esta ACP, com rotação varimax, resultou numa matriz de adequabilidade muito boa ($KMO = .947$) e o Teste de Bartlett ($X^2_{(300)} = 11131,28, p \leq 0,001$), mostrando-nos que a matriz das correlações não é uma matriz de identidade, uma vez que a significância é $< 5\%$. Assim e tendo em conta a análise de ambos os testes, concluímos que estamos em condições adequadas para a prossecução da análise factorial. ¹ Anexo XXII.

As quatro componentes extraídas explicam 80,25% da variância total, tendo sido as mesmas construídas com um peso superior a .5. No pressuposto de que quanto maior a percentagem de variância explicada maior a diferenciação, estas quatro componentes têm associado um grau de importância decrescente relativamente aos aspetos funcionais dos idosos.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

Na ECCI de Odivelas ¹, observamos pessoas de ambos os sexos que recorrem aos seus serviços, tendo idades compreendidas entre os 65 anos e os 97 anos de idade (*minimum* = 65; *maximum* = 97). Existe uma diferença de 32 anos entre o valor mais elevado e o mais baixo da variável (*range* = 32). Em termos médios, a idade situa-se nos 80,34 anos. Observa-se ainda que a dispersão, em termos médios, relativamente à média é de 8,53 anos (*std.deviation*). A maioria das pessoas (*mode*) está posicionada no escalão etário dos mais idosos, 85 e mais anos (37,6%), seguindo-se as pessoas com 75 a 84 anos de idade (35,5%). As pessoas com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos representam 26,9% da subamostra. A maioria das pessoas é do sexo feminino (63,2%) (*mode*), sendo que 36,8% pessoas são do sexo masculino. A maioria das pessoas detém o estado civil de viuvez (49,60%) (*mode*), 41,60% das pessoas são casadas, 5,60% solteiras e apenas 3,20% divorciadas.

Em termos de IMC, a maioria das pessoas (63%) apresenta valores de sobrepeso, enquanto 34,3% se encontram com um peso considerado saudável. Apenas cerca de 2,70% apresentam um IMC de baixo peso. Constatamos que a esmagadora maioria (65,20%) das pessoas frequentaram o ensino, sendo que 34,80% referem que não o frequentaram. Observamos ainda que cerca de 78,30% das pessoas sabem ler, enquanto cerca de 21,70% referem que não sabem ler. Poder-se-á, assim, retirar a ilação de que, independentemente de não estarmos em presença de uma subamostra bastante escolarizada, a maioria das pessoas é alfabetizada.

O conceito de *autocuidado* no ENCS é constituído por doze indicadores (Lavar-se (d510); vestir-se (d540); cuidar de partes do corpo (d520); deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465); andar (d450); realizar a rotina diária (d230); manter a posição do corpo

(d415); mudar a posição básica do corpo (d410); cuidados relacionados com os processos de excreção (d530); utilização da mão e do braço (d445); beber (d560); comer (d550) com escala tipo *Likert* com 5 pontos. Na ECCI de Odivelas 56,5% das pessoas apresentam *défice de autocuidado terapêutico (completo e grave)*, 22,8% *autocuidado na atividade* e 20,7% *défice de autocuidado terapêutico (moderado)*.

Observamos o aumento do *défice de autocuidado terapêutico (completo e grave)* em relação ao aumento dos anos de vida, bem como o facto de as pessoas do sexo masculino e com o estado civil de viuvez serem também as mais dependentes no que concerne ao conceito de *autocuidado*. Em sentido oposto, as pessoas do sexo feminino (37,2%), com 65 e mais anos de idade (45,3%) e as casadas (40,8%) apresentam maior percentagem de *autocuidado na atividade* (Tabela 2)

Tabela 2 – Relação entre o conceito de autocuidado e as variáveis sexo, grupo etário e estado civil

		Conceito <i>Autocuidado</i>			TO-TAL
		<i>Autocuidado na atividade</i>	Défice de <i>autocuidado terapêutico (moderado)</i>	Défice de <i>autocuidado terapêutico (completo e grave)</i>	
Sexo	Masculino	30,2%	18,2%	51,6%	100%
	Feminino	37,2%	15,9%	46,9%	100%
Grupo Etário	65 a 74 anos de idade	45,3%	17,9%	36,8%	100%
	75 a 84 anos de idade	44,4%	13,6%	42,0%	100%
	85 e mais anos de idade	16,4%	19,0%	64,6%	100%
Estado Civil	Solteiro	25,9%	37,0%	37,1%	100%
	Casado	40,8%	15,2%	44,0%	100%
	Viúvo	32,2%	16,1%	51,7%	100%

No ENCS, o conceito de *aprendizagem e funções mentais* é constituído por seis indicadores [Funções emocionais (b152); Funções da orientação (b114); Funções da atenção (b140); Funções da memória (b144); Funções da consciência (b110); Funções cognitivas de nível superior (b164)]. Na ECCI de Odivelas, 36,0% das pessoas apresentam *défice de autocuidado terapêutico (completo e grave)* e 23,3%, *défice de autocuidado terapêutico (moderado)*.

Observamos que, em relação ao conceito de *aprendizagem e funções mentais*, as pessoas do sexo masculino, quem tem maior idade e as pessoas viúvas têm maior nível de dependência. Em sentido inverso, as pessoas do sexo feminino, no grupo etário dos 65 a 74 anos de idade e as pessoas casadas são as que ao nível deste conceito têm menor nível de dependência (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre o conceito de aprendizagem e funções mentais e as variáveis sexo, grupo etário e estado civil

		Conceito de aprendizagem e funções mentais			TO-TAL
		<i>Autocuidado na atividade</i>	<i>Défice de autocuidado terapêutico (moderado)</i>	<i>Défice de autocuidado terapêutico (completo e grave)</i>	
Sexo	Masculino	41,8%	22,4%	35,8%	100%
	Feminino	55,3%	21,5%	23,2%	100%
Grupo Etário	65 a 74 anos de idade	61,2%	14,3%	24,5%	100%
	75 a 84 anos de idade	52,1%	23,1%	24,8%	100%
	85 e mais anos de idade	35,9%	26,5%	37,6%	100%
Estado Civil	Solteiro	60,7%	25,0%	14,3%	100%
	Casado	51,6%	20,2%	28,2%	100%
	Viúvo	50,6%	23,5%	25,9%	100%

O conceito de *comunicação* é constituído por quatro indicadores [Falar (d330); Conversação (d350); Comunicar e receber mensagens orais (d310); Relacionamentos familiares (d760)].

Das pessoas observadas na ECCI de Odivelas 24,2% apresentam *défice de autocuidado terapêutico (completo e grave)* e 21,1% apresentam *Défice de autocuidado terapêutico (moderado)*.

Observamos que em relação ao conceito de *comunicação*, são as pessoas do sexo masculino (26,3%), as pessoas com 85 e mais anos de idade (33,3%) e as casadas (23,3%) que apresentam maior *défice de autocuidado terapêutico (completo e grave)* (Tabela 4).

Tabela 4 – Relação entre o conceito de comunicação e as variáveis sexo, grupo etário e estado civil

		Conceito de comunicação			TO-TAL
		Autocuidado na atividade	Défice de autocuidado terapêutico (moderado)	Défice de autocuidado terapêutico (completo e grave)	
Sexo	Masculino	53,3%	20,4%	26,3%	100%
	Feminino	67,3%	12,5%	20,2%	100%
Grupo Etário	65 a 74 anos de idade	72,0%	16,0%	12,0%	100%
	75 a 84 anos de idade	64,4%	14,0%	21,6%	100%
	85 e mais anos de idade	48,8%	17,9%	33,3%	100%
Estado Civil	Solteiro	79,3%	6,9%	13,8%	100%
	Casado	61,4%	15,3%	23,3%	100%
	Viúvo	65,6%	13,1%	21,3%	100%

O conceito de *relação com amigos e cuidadores* é constituído por três indicadores [Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340); Profissionais de saúde (e355); Amigos (e320)].

Na ECCI de Odivelas, 27,2% das pessoas apresentam *défice de autocuidado terapêutico (completo e grave)* e 45,5% apresentam *Défice de autocuidado terapêutico (moderado)*.

Observamos níveis de problema menores (*autocuidado na atividade*) em relação ao conceito de *relação com amigos e cuidadores*, sendo que, à medida que a idade avança, os níveis de dependência descritos neste conceito são maiores. As pessoas com 65 a 74 anos de idade (41,9%), do sexo masculino (37,7%) e as casadas (31,5%) apresentam *défice de autocuidado terapêutico (completo e grave)* (Tabela 5).

Tabela 5 – Relação entre o conceito relação com amigos e cuidadores e as variáveis sexo, grupo etário e estado civil

		Conceito de <i>relação com amigos e cuidadores</i>			TO-TAL
		Autocuidado na atividade	Défice de autocuidado terapêutico (moderado)	Défice de autocuidado terapêutico (completo e grave)	
Sexo	Masculino	30,5%	31,8%	37,7%	100%
	Feminino	40,4%	34,1%	25,5%	100%
Grupo Etário	65 a 74 anos de idade	34,8%	23,3%	41,9%	100%
	75 a 84 anos de idade	34,8%	34,2%	31,0%	100%
	85 e mais anos de idade	38,1%	35,2%	26,7%	100%
Estado Civil	Solteiro	48,2%	29,6%	22,2%	100%
	Casado	31,5%	37,0%	31,5%	100%
	Viúvo	43,5%	31,0%	25,5%	100%

Observa-se elevado nível de intervenção dos cuidados de enfermagem ao nível dos conceitos referenciados no ENCS, conforme os dados apresentados anteriormente. Com nível de incapacidade, necessitamos que os cuidados de reabilitação sejam integradores da autonomização dos núcleos familiares. Deste modo, propomos como plano de melhoria do comportamento de autocuidado das pessoas com 65 e mais anos de idade, através da intervenção dos cuidados de enfermagem especializados de reabilitação através de planos individuais de intervenção ao nível da: reabilitação funcional motora (Orsini, 2012), de posicionamentos (Cruz, 2008), da reabilitação funcional respiratória (Cordeiro e Menoita, 2012) e de atividades terapêuticas (Menoita, 2012).

CONCLUSÃO

Como resultado da análise das qualidades psicométricas do ENCS podemos concluir que o instrumento no seu conjunto apresenta excelentes qualidades psicométricas no que diz respeito à consistência, fiabilidade e validade interna, através da validade de conteúdo, validade de constructo, validade convergente e validade discriminante. De entre as suas componentes destacamos a que designámos como o “autocuidado” a qual assume enorme preponderância na explicação da funcionalidade dos idosos. Em contrapartida os aspetos com menos preponderância são os que designámos como “relações com os amigos e cuidadores”.

Observamos um conjunto de conceitos que interferem no comportamento de autocuidado

das pessoas com 65 e mais anos de idade, com diferentes necessidades de intervenção ao nível dos cuidados de enfermagem. No *M65+Autocuidado*, o comportamento de autocuidado foi descrito como sendo composto pelos conceitos de autocuidado, da capacidade funcional e da capacidade de conhecimento. Observamos algumas das variáveis do comportamento de autocuidado que estão especificamente enquadradas no conceito de autocuidado, como sendo deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, andar, realizar a rotina diária, manter a posição do corpo, mudar a posição básica do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção e utilização da mão e do braço.

Como se percebe ao longo da discussão, podemos, de forma fundamentada, através do *M65+Autocuidado*, utilizar a CIF (2004), de acordo com o modelo de autocuidado de Orem (2001), no sentido de apurar as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação, tendo por base o comportamento de autocuidado das pessoas com 65 e mais anos de idade.

Sendo o autocuidado o conceito com maior expressão no modelo que propomos, para colmatar os défices do comportamento de autocuidado das pessoas com 65 e mais anos de idade, propomos a intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem de reabilitação de forma global com os cuidadores familiares e informais ao nível das intervenções propostas anteriormente.

BIBLIOGRAFIA

Chang E, Hancock K, Hickman L, Glasson J, Davidson P. (2007) Outcomes of acutely ill older hospitalized patients following implementation of tailored models of care: a repeated measures (pre- and post-intervention) design. *International Journal Of Nursing Studies*; 44(7): 1079-1092.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (2004). Lisboa. Direcção-Geral da Saúde. Tradução de: Organização Mundial da Saúde (resolução WHA54.21)

Cordeiro O, Menoita V (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória, Conceitos, princípios e técnicas. Lusociencia. (1-352)

Cruz G, (2008) Enfermagem de Reabilitação: Uma mais-valia nos Cuidados Continuados. *Revista Sinais Vitais*. Julho (79). Pags 44-50

European, COMMISSION. (EC) (2011). *Population, Key figures on Europe – 2011 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, ISBN 978-92-79-18441-3.

Griffiths P, Harris R, Richardson G, Hallett N, Heard S, Wilson-Barnett J. Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care. *Age & Ageing* . 2001; 30(6): 483-488.

Griffiths P. Effectiveness of intermediate care delivered in nurse-led units. *British Journal Of Community Nursing* . 2006; 11(5): 205-208.

Lopes, M., Fonseca, C. (2013) The Construction of the Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging & Innovation*, 2 (1): 121-131.

LOPES, Manuel José et al. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2013, vol.21, n.spe, pp. 52-60. ISSN 0104-1169. (LOPES, Manuel José et al. Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2013, vol.21, n.spe, pp. 52-60. ISSN 0104-1169.)

Menoita C, (2012) Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC, Contributos para um envelhecer resiliente. Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista. Proposta apresentada pelo Conselho Diretivo Lisboa, 5 de Maio de 2010. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação de dia 18 de Setembro de 2010. Aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010.

Orsini M, (2012) Reabilitação Neurológica nas Doenças Neuromusculares . Rio de Janeiro, Brasil. Guanabara Koogan Ltd.

Pereira C, Fonseca, César, Escoval A, Lopes M (2011). Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a classificação internacional de funcionalidade. Escola Nacional de Saude Publica. Publicado por Elsevier Espana, S.L.Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2011;19(1), p52-62.

Schein C, Gagnon A, Chan L, Morin I, Grondines J. The association between specific nurse case management interventions and elder health. *Journal Of The American Geriatrics Society*. 2005; 53(4): 597-602.

Sidani S. Effects of patient-centered care on patient outcomes: an evaluation. *Research & Theory For Nursing Practice*. 2008; 22(1): 24-37

Steiner A, Walsh B, Pickering R, Wiles R, Ward J, Brooking J. Therapeutic nursing or unblocking beds? A randomised controlled trial of a post-acute intermediate care unit... including commentary by Torgerson DJ with author response. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*. 2001; 322(7284): 453-460.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN) (2011). *Total population (both sexes combined) by major area, region and country, annually for 1950-2100 (thousands), Estimates, 1950-2010*. World Population Prospects: The 2010 Revision, CD-ROM Edition.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UN) (2011a). *Old-age dependency ratio 65+/(20-64) by major area, region and country, 1950-2100 (ratio of population 65+ per 100 population 20-64)*. World Population Prospects: The 2010 Revision, CD-ROM Edition.

von Krogh G, Dale C, Naden D. A framework for integrating NANDA, NIC, and NOC terminology in electronic patient records. *Journal Of Nursing Scholarship*. 2005; 37(3): 275-281.

World Bank (2010). *The World Bank Annual Report 2010: Year in Review*.