

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

GANHOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, À PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO COM COMORBILIDADE

António José Marmelo Lista n.º 37019

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

GANHOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO, À PESSOA DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO COM COMORBILIDADE

António José Marmelo Lista n.º 37019

Orientação: Professor Doutor César Fonseca

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Évora, 2018

(página intencionalmente deixada em branco)

“If you wish to succeed in life, make perseverance your bosom friend, experience your wise counselor, caution your elder brother, and hope your guardian genius.”

Joseph Addison

Agradecimentos

Aos enfermeiros Ana Karina Ramos, Flávio Redol e João Rocha, pela supervisão das atividades desenvolvidas e importantes aprendizagens no decorrer dos estágios;

A todos os Professores, pela sabedoria, experiências e orientações transmitidas durante este caminho;

Aos colegas da Unidade de Cuidados Continuados, pela compreensão e facilitação, permitindo usufruir do tempo acadêmico necessário;

À Célia e ao Sérgio, pela colaboração, esclarecimento e aconselhamento a nível estatístico;

Aos colegas e amigos que fizeram parte deste importante percurso, pela partilha de saberes, experiências e entajuda, levar-vos-ei para a vida;

À Andreia Nobre, pela amizade e pelas preciosas contribuições para este trabalho;

Ao Professor Doutor César Fonseca, pela orientação, preocupação, apoio e exigência em todo o percurso de realização desta dissertação;

À minha avó, pela fé, crença e força que sempre me transmitiu;

À minha madrinha e à minha prima Bel, pelo carinho e disponibilidade incansável;

Aos meus pais, inesgotáveis de amor incondicional, valorosos impulsionadores desta dissertação, a quem orgulhosamente a dedico.

RESUMO

Enquadramento: A Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental na sociedade contemporânea, na resposta à instalação de novos paradigmas de doença crónica e dependência, induzidos pelo envelhecimento demográfico e o advento de grande número de comorbilidades associadas. **Objetivo:** Desenvolver a aquisição de competências de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre. **Métodos:** Implementou-se uma estratégia de intervenção profissional com vista à avaliação dos ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em pessoas dependentes com comorbilidade. **Resultados:** Através da análise estatística efetuada demonstrou-se que as intervenções em ambos os contextos práticos foram estatisticamente significativas, levando a uma melhoria dos *scores* gerais de funcionalidade, proporcionando ganhos em saúde. **Conclusão:** Consideram-se globalmente adquiridas as competências de Enfermagem de Reabilitação e de Mestre, propostas inicialmente. A estratégia implementada promove a excelência profissional e entende-se com um contributo válido para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem de Reabilitação.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Competências, Autocuidado, Dependência, Ganhos em Saúde.

ABSTRACT

Gains sensitive to rehabilitation nursing care in dependent person in self-care with comorbidity

Background: Rehabilitation Nursing assumes a fundamental role in contemporary society in the response to the installation of new paradigms of chronic illness and dependence, induced by demographic aging and the advent of a large number of associated comorbidities **Objective:** To develop acquisition of Rehabilitation Nursing competences and master is competences. **Methods:** A professional intervention strategy was implemented with the purpose of evaluating the sensible gains to the Rehabilitation Nursing care in dependent people with comorbidity. **Results:** Through statistical analysis, it was demonstrated that the interventions in both practical contexts were statistically significant, leading to an improvement in the general scores of functionality, providing health gains. **Conclusions:** The Rehabilitation Nursing competences and master's competences, initially proposed, are considered to be acquired globally. The strategy implemented promotes professional excellence and is understood as a valid contribution to the theoretical development of Rehabilitation Nursing.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Competences, Self-Care, Dependency, Health Gains.

(página intencionalmente deixada em branco)

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	CLXVII
--	--------

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA NAS ÁREAS DE SAÚDE HUMANA E BEM-ESTAR DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA	CLXX
ANEXO II – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DE ORIENTAÇÃO	CLXXII

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DO PERCURSO METODOLÓGICO	57
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - PERCENTAGEM DE POPULAÇÃO COM 65 OU MAIS ANOS, 1974, 1994 E 2014 (% DA POPULAÇÃO TOTAL)	33
GRÁFICO 2 - PIRÂMIDES DA POPULAÇÃO, EU-28, 2016 E 2080 (% DA POPULAÇÃO TOTAL) NOTA: 2016: ESTIMATIVA, PROVISÓRIO. 2080: PROJEÇÃO	34
GRÁFICO 3 - PROPORÇÃO GLOBAL DE MORTES POR DNT'S ABAIXO DOS 70 ANOS DE IDADE, POR CAUSA DE MORTE	39
GRÁFICO 4 - PROJEÇÃO DE TAXA DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS, EU-28, 2016-2080 (%)	46
GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO TOTAL DA VARIÁVEL IDADE	69
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO TOTAL DA AMOSTRA, QUANTO AO SEXO E À IDADE.....	71
GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO TOTAL, SEGUNDO VARIÁVEIS SEXO E ESTADO CIVIL.....	72
GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO TOTAL DA AMOSTRA SEGUNDO IMC E SEXO	73
GRÁFICO 9 – <i>BOX PLOT</i> PARA OS VALORES DO SCORE GERAL DE FUNCIONALIDADE “ANTES” E “DEPOIS”, NA SUBAMOSTRA DO SR1	113
GRÁFICO 10 - <i>BOX PLOT</i> PARA OS VALORES DO SCORE GERAL DE FUNCIONALIDADE “ANTES” E “DEPOIS”, NA SUBAMOSTRA DO SM2.....	115

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DE RESULTADOS E OS INDICADORES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	58
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DAS SUBAMOSTRAS RELATIVAMENTE À VARIÁVEL IDADE E SEXO	69
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE, POR ESCALÕES ETÁRIOS.....	70
TABELA 4 - CARACTERIZAÇÃO TOTAL DA AMOSTRA SEGUNDO O ESTADO CIVIL E O SEXO.....	72
TABELA 5 - CARACTERIZAÇÃO TOTAL DA AMOSTRA SEGUNDO O SEXO E O IMC	74
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO TOTAL SEGUNDO A VARIÁVEL ESCOLARIDADE.....	75
TABELA 7 - RESUMO DA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS SUBAMOSTRAS	75
TABELA 8 - RESUMO DA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA TOTAL DA AMOSTRA.....	76
TABELA 9 - COEFICIENTES <i>ALPHA DE CRONBACH</i> PARA A ESCALA E POR CONCEITO	78
TABELA 10 - ENCS, VIA ANÁLISE FATORIAL DE COMPONENTES PRINCIPAIS	80
TABELA 11 - INDICADORES QUE CONSTITUEM O CONCEITO DE AUTOCUIDADO, ENCS	81
TABELA 12 - DESCRIÇÃO DO CONCEITO DE AUTOCUIDADO NAS SUBAMOSTRAS E TOTAL	81
TABELA 13 - INTERVENÇÕES DO EEER NO AUTOCONTROLO: CONTINÊNCIA URINÁRIA	84
TABELA 14 - INTERVENÇÕES DO EEER NO AUTOCONTROLO: CONTINÊNCIA INTESTINAL	85
TABELA 15 - INTERVENÇÕES DO EEER NO AUTOCUIDADO: USO DO SANITÁRIO	86

TABELA 16 - INTERVENÇÕES DO EEER NO AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO E AUTOCUIDADO: ARRANJAR-SE	87
TABELA 17 - INTERVENÇÕES DO EEER NO AUTOCUIDADO: VESTIR-SE E DESPIR-SE	87
TABELA 18 - INTERVENÇÕES DO EEER NO AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE	88
TABELA 19 - INTERVENÇÕES DO EEER NO AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE	89
TABELA 20 - INTERVENÇÕES DO EEER NO AUTOCUIDADO: USAR CADEIRA DE RODAS	90
TABELA 21 - INTERVENÇÕES DO EEER NA ESPASTICIDADE, MOVIMENTO MUSCULAR, RIGIDEZ ARTICULAR E PARÉSIA	92
TABELA 22 - INTERVENÇÕES DO EEER NO EQUILÍBRIO CORPORAL	93
TABELA 23 - INTERVENÇÕES DO EEER NA VENTILAÇÃO, LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS, EXPETORAR	95
TABELA 24 - INTERVENÇÕES DO EEER NO ESQUECIMENTO UNILATERAL	97
TABELA 25 - INTERVENÇÕES DO EEER NO AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE	99
TABELA 26 - INTERVENÇÕES DO EEER NA INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE/ VENTILAÇÃO, LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS, EXPETORAR	102
TABELA 27 - INTERVENÇÕES DO EEER NA INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE/ VENTILAÇÃO, LIMPEZA DAS VIAS AÉREAS, EXPETORAR	105
TABELA 28 - INDICADORES QUE CONSTITUEM O CONCEITO DE APRENDIZAGEM E FUNÇÕES MENTAIS, ENCS	106
TABELA 29 - DESCRIÇÃO DO CONCEITO DE APRENDIZAGEM E FUNÇÕES MENTAIS NAS SUBAMOSTRAS E TOTAL	106
TABELA 30 - INDICADORES QUE CONSTITUEM O CONCEITO DE COMUNICAÇÃO, ENCS	108
TABELA 31 - DESCRIÇÃO DO CONCEITO DE COMUNICAÇÃO NAS SUBAMOSTRAS E TOTAL	108

TABELA 32 - INDICADORES QUE CONSTITUEM O CONCEITO DE RELAÇÃO COM AMIGOS E CUIDADORES, ENCS	110
TABELA 33 - DESCRIÇÃO DO CONCEITO DE RELAÇÃO COM AMIGOS E CUIDADORES NAS SUBAMOSTRAS E TOTAL.....	110
TABELA 34 - DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO A INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF): ADMISSÃO/ALTA	112
TABELA 35 – TESTE DE NORMALIDADE PARA A SUBAMOSTRA DO SR1.....	113
TABELA 36 – TESTE DE NORMALIDADE PARA A SUBAMOSTRA DO SM2.....	114
TABELA 37 – SUMARIZAÇÃO DE TESTE DE HIPÓTESE NA SUBAMOSTRA DO SM2.....	115

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CMRA – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DNT – Doenças Não Transmissíveis

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

LVM – Lesão Vertebro-Medular

MIF – Medida de Independência Funcional

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

RR – Reabilitação Respiratória

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SM2 – Serviço de Medicina 2 do Hospital do Espírito Santo de Évora

SR1 – Serviço de Reabilitação de Adultos 1º Esquerdo do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	20
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	25
1.1. CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO	25
1.1.1. Serviço de Reabilitação de Adultos 1º Esquerdo	26
1.2. HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA	28
1.2.1. Serviço de Medicina 2	29
2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	31
2.1. FUNDAMENTAÇÃO.....	31
2.1.1. Envelhecimento Demográfico	31
2.1.2. Comorbilidades	36
2.1.3. Autocuidado	40
2.1.4. Enfermagem de Reabilitação	48
2.1.5. Revisão Sistemática da Literatura	53
2.2. JUSTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	59
2.2.1. Finalidade	61
2.2.2. Objetivos	61
2.3. METODOLOGIA.....	62
2.3.1. Tipo de Estudo	63
2.3.2. Contexto do Estudo	64
2.3.3. Instrumentos e Técnicas de Colheita de Dados	65
2.3.4. População e Amostra	66
2.3.5. Princípios éticos	67

2.4. RESULTADOS	68
2.4.1. Caracterização Sociodemográfica	68
2.4.2. Caracterização da Funcionalidade	76
2.4.3. Score Geral de Funcionalidade	113
2.5. DISCUSSÃO.....	116
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	134
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	134
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	138
3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	139
CONCLUSÃO	141
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
APÊNDICES	CLXVI
ANEXOS	CLXIX

INTRODUÇÃO

No âmbito do ramo de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, elabora-se o presente relatório, com a pretensão de descrever o desenvolvimento, implementação e conclusões referentes ao projeto de intervenção profissional *Ganhos sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Dependente no Autocuidado com Comorbilidade*. O mesmo foi realizado durante o Estágio Final, compreendido entre 18 de Setembro de 2017 e 27 de Janeiro de 2018, no serviço de reabilitação de adultos do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e no serviço de medicina do Hospital do Espírito Santo, em Évora.

Conceituadas organizações mundiais têm vindo a manifestar nas últimas décadas, preocupações com o aumento da esperança média de vida e diminuição da natalidade e mortalidade nos países desenvolvidos. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (2015), a tendência do aumento do número de idosos têm-se agravado, prevendo-se que em 2050, a população sénior ascenda a 20% da população mundial. Também a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (2016) faz referência às atuais modificações demográficas, salientando que na maioria dos países da União Europeia, as pessoas conseguem agora viver além dos oitenta anos de idade, significando um ganho de seis anos de vida, desde o início dos anos 90. Estes dados, reconhecidos como conquistas da proteção social e dos progressos na saúde, representam também um desafio ao futuro desenvolvimento e reestruturação dos sistemas de saúde (Carneiro, Chau, Soares, Fialho & Sacadura 2012; Nunes, 2017). Segundo a OCDE (2016), o envelhecimento da população, associado a restrições financeiras com que os países desenvolvidos se debatem, exigirá profundas adaptações aos seus sistemas de saúde, de forma a assegurar o envelhecimento saudável e uma resposta integrada e centrada na pessoa, atendendo às crescentes necessidades de saúde. Neste contexto, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2015) e a Organização Mundial

de Saúde (OMS) (2015), referem que ao ocorrer um aumento do peso dos grupos etários seniores, surge uma população maioritariamente idosa, mais suscetível a défices de funcionalidade e ao desenvolvimento de múltiplas doenças crónicas. Atualmente estima-se que cerca de 50 milhões de cidadãos da União Europeia, sofrem de duas ou mais condições crónicas, sendo que a generalidade dessas pessoas tem mais de 65 anos (OCDE, 2016). De facto, uma maior dependência da pessoa significará maior necessidade de cuidados de saúde e ao associar-se um quadro de múltiplas patologias, tendencialmente esses cuidados caminharão numa perspetiva altamente diferenciada e individualizada (ONU, 2015).

Em Portugal, à semelhança do que acontece nos países desenvolvidos, observamos mutações demográficas em grande escala, com impacto social, económico e cultural. Segundo a Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2017), a longevidade da população portuguesa tem aumentado a cada ano, apresentando maiores graus de dependência, num cenário em que as doenças crónicas assumem um papel preponderante na carga total de doença. De acordo com projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) (2014), em Portugal, no ano de 2060, por cada 100 jovens existirão 307 idosos, ocorrerá uma diminuição substancial da população com menos de 15 anos de idade e a população com 65 ou mais anos de idade, atingirá cerca de três milhões. A diminuição da população ativa e conseqüentemente o decréscimo da força de trabalho “*representa uma diminuição do crescimento económico potencial e ao mesmo tempo aumenta, a despesa relativa aos sistemas de pensões, saúde e cuidados a longo prazo constituindo uma pressão substancial a nível económico para os países*” (DGS, 2014, pp. 7).

Neste enquadramento, segundo Ferrer-Arnedo, Santamaría-García, Fernández-Batalla e Salazar-Guerra (2014) e ONU (2015), o aumento da longevidade, a melhoria dos cuidados de saúde e a adoção de corretos estilos de vida levaram as pessoas a viver mais tempo mas também com mais incapacidades, maior dependência e mais anos de doença crónica. Pela análise da situação de dependência no autocuidado e os fatores associados, verifica-se que a passagem de um estado de independência para um estado de dependência, acontece principalmente pelo processo de saúde/doença ou pelo processo de desenvolvimento da pessoa (Petronilho et al., 2017; Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014). Assim, a situação de dependência está maioritariamente associada ao aparecimento de

uma ou várias doenças crónicas, ou espelha a perda geral das funções, atribuível ao processo de envelhecimento (Ferrer-Arnedo et al., 2014; Petronilho et al., 2017; Ribeiro et al., 2014).

Neste cenário de transição epidemiológica e demográfica, os sistemas de saúde dos países desenvolvidos necessitam implementar medidas relevantes para a obtenção de ganhos em saúde, minimizando desigualdades existentes (Lopes, Mendes, Nunes, Ruivo, & Amaral, 2016). É necessário trabalhar para colocar todo o conhecimento disponível ao serviço das pessoas e da sociedade, gerando serviços mais eficientes e redefinindo cuidados, onde os enfermeiros devem liderar novos serviços, apoiados numa estratégia de efetividade dos cuidados (Ferrer-Arnedo et al., 2014). Para tal, através de indicadores de saúde, procede-se à monitorização, disponibilização de ferramentas e consciencialização de resultados por parte dos intervenientes no sistema, tornando-os mais aptos a contribuir na obtenção de ganhos a este nível (OE, 2015a; Ferrer-Arnedo et al., 2014).

A reabilitação tem um papel decisivo na recuperação holística da pessoa portadora de incapacidade (Hesbeen, 2001), delineando como objetivos a maximização do potencial funcional do indivíduo e a sua reincorporação no seio familiar e societário (Regulamento n.º 125/2011). Segundo Hesbeen (2001), trata-se do empenho em conseguir que a pessoa com incapacidade, não sofra com as particularidades da sua situação, por força de preceitos sociais, perfeitamente arbitrários. Desenvolve-se no seio de uma equipa multidisciplinar, que atua em complementaridade funcional, de forma contínua e coordenada, na obtenção de ganhos para a pessoa, centro do processo de cuidados (Menoita, 2012).

O enfermeiro desempenha no panorama de saúde atual, um papel de peculiar importância, já que atua como agente de autocuidado, num *continuum* saúde-doença, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem a todo o ser humano de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, perspetivando a máxima capacidade funcional (Decreto-Lei n.º 161/96). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) integra a equipa de reabilitação, afirmando-se como elemento fundamental para o sucesso das intervenções por ela desenvolvidas (Hesbeen, 2001). Este

detêm um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida na área particular da reabilitação, com o objetivo de intervir junto da pessoa com dependência funcional, através da capacitação e promoção da qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015a; Regulamento n.º 125/2011)

Dado o enquadramento subjacente, implementou-se uma estratégia profissional de intervenção, cuja finalidade foi o estudo dos ganhos que advém da intervenção do EEER. A estratégia adotada insere-se no domínio do autocuidado, conceito central para a Enfermagem, abordando as variáveis da dependência e comorbilidade, trazendo à discussão um tema que nos parece inovador pelas relações que se estabelecem nesta rede conceptual, gerada por transições demográficas e epidémicas da sociedade contemporânea. Além disto, pretendemos adicionar contributos válidos que permitam o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e particularmente da Enfermagem de Reabilitação (ER), através da constatação dos ganhos em saúde passíveis de alcançar pela atuação destes profissionais. A ancorámos esta estratégia, numa metodologia de teorias e conceitos do domínio da Enfermagem, que de forma relevante suportam o objeto de estudo e o modelo de intervenção que adotámos: a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Orem (2001), a teoria de médio alcance de Lopes (2006), o modelo de autocuidado de Fonseca & Lopes (2014), o modelo de qualidade de Donabedian (2005) e ainda o conceito de funcionalidade da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (OMS, 2004).

Num primeiro momento, procedemos a uma revisão sistemática da literatura (RSL), em bases de dados científicas internacionais, de forma a explorar o conhecimento produzido sobre os fenómenos mencionados e que nos permitiu confirmar a utilidade da estratégia que apresentamos neste relatório. De facto, o conceito de autocuidado é amplamente abordado na literatura, mas regularmente associado à capacidade das pessoas para gerir o regime terapêutico (autogestão da doença) (Petronilho, 2013). Significa pois, que o conceito de autocuidado, na perspetiva da pessoa dependente com comorbilidade, é um fenómeno da saúde insuficientemente explorado na literatura científica, e especificamente na investigação em enfermagem.

Este relatório tem o objetivo de explicitar o trajeto subjacente à aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências

específicas do EEER e das competências de mestre. Desta forma, no que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista, pretende-se a aquisição e desenvolvimento de competências do domínio: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e ainda da aprendizagem profissional (Regulamento n.º 122/2011). A nível das competências específicas do EEER pretende-se: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência e limitação da atividade para a reinserção e exercício da cidadania e ainda maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 125/2011, 2011). Por último, no que concerne às competências de mestre, pretende-se: demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, na área especializada da ER; desenvolver e disseminar conhecimento para promover a prática de enfermagem baseada na evidência; demonstrar capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, ponderando as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais; participar de forma proactiva em equipas multidisciplinares e intersectoriais; utilizar o processo científico na formação, integrando a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular e ainda demonstrar uma conduta de desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências que perdurem ao longo da vida. (Decreto-Lei n.º 115/2013, 2013).

Este relatório encontra-se organizado em três capítulos. No primeiro capítulo analisam-se os contextos onde se desenvolveu a estratégia implementada, as suas particularidades e filosofias. No segundo capítulo, aborda-se a estratégia de intervenção profissional, onde se faz o enquadramento dos modelos teórico e conceptual. Neste ponto faz-se também a descrição das alterações a nível epidémico e demográfico que ocorreram nas últimas décadas, partindo de uma visão global para a particularidade da realidade portuguesa. Após esta fundamentação, justifica-se a pertinência do estudo, apresenta-se o desenho metodológico, os resultados alcançados e sua discussão. O capítulo três destina-se à análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento das competências propostas. Por último termina-se com a apresentação das conclusões e referências bibliográficas.

1. APRECIACÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo pretende-se fazer uma caracterização do contexto em que decorreu a estratégia de intervenção profissional, dos recursos humanos e materiais disponíveis à aplicabilidade das ações definidas, bem como uma análise à produção de cuidados do Serviço de Reabilitação de Adultos 1 Esquerdo (SR1), do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) e do Serviço de Medicina 2 (SM2) do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), EPE.

1.1. CENTRO DE MEDICINA DE REABILITAÇÃO DE ALCOITÃO

Por volta de 1956, o Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), Dr. José Guilherme de Mello e Castro, decide dar início à construção de um centro de reabilitação, de forma a preencher a lacuna existente em Portugal no tratamento de deficientes motores (CMRA, 2015; Luís, Barros, Olazabal, Caneira & Castanheira, 2003). Pretendia-se que indivíduos com deficiência, a quem se reconhecia o direito a um desenvolvimento harmonioso das suas capacidades individuais e sociais, voltassem a reintegrar a sociedade (CMRA, 2015). Assim, definiram-se como objetivos centrais para este projeto, a reabilitação de pessoas com incapacidade motora e ao mesmo tempo a formação de profissionais especializados na área da reabilitação (CMRA, 2015). Para financiar o projeto e todas as despesas referentes à construção, foram utilizadas as receitas dos jogos de apostas (Luís et al., 2003). A 2 de Julho de 1966, é inaugurado o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, pelo Presidente da República, Américo Tomás (CMRA, 2015). A partir daqui, o médico Santana Carlos foi o eleito para estabelecer os planos de organização técnica e orientar a formação dos profissionais (CMRA, 2015; Luís et al., 2003). Neste período são convidadas as Enfermeiras Maria da Graça Semião e Maria Lurdes Sales Luís que se tinham recentemente especializado nos Estados Unidos da América, para a coordenação de enfermagem do CMRA, com responsabilidade na formação de novos enfermeiros na área de especialidade (Luís et al., 2003). À data da criação, a instituição foi desde logo reconhecida, como uma das melhores na área da

medicina física de reabilitação mundial, mantendo nos dias de hoje o perfil de excelência em reabilitação (CMRA, 2015).

O CMRA pertence à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, não fazendo parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Sampaio et al., 2017). Em 2010, por resolução do Conselho de Ministros e através de acordo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a SCML, passou a integrar a Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação, como centro especializado de reabilitação para a respetiva região de saúde (Sampaio et al., 2017). Conta com uma capacidade de 150 camas, 16 destas destinadas à reabilitação pediátrica (CMRA, 2015). O centro é composto por três serviços, de acordo com o grupo etário e regime de prestação de cuidados. As patologias mais frequentes são do foro cardiovascular, sequelas de politraumatismos, deficiências congénitas e doenças ou perturbações do desenvolvimento (CMRA, 2015). O CMRA tem como missão a reabilitação pós-aguda de pessoas portadoras de deficiência, de qualquer idade, provenientes de todo o País (CMRA, 2015). Tem como objetivo maximizar a funcionalidade do indivíduo, valorizando e potenciando as suas capacidade e cooperando na reformulação do seu projeto de vida (CMRA, 2015). Para além da prestação de cuidados de saúde e a formação de profissionais na área da reabilitação, esta instituição faz uma forte aposta na investigação científica, através da adoção e desenvolvimento de métodos inovadores (CMRA, 2015).

1.1.1. Serviço de Reabilitação de Adultos 1º Esquerdo

O SR1 esquerdo situa-se no piso 0, zona E, conta com cinco enfermarias com capacidade para trinta pessoas e ainda dois quartos para utentes com maior nível de autonomia. Neste serviço de internamento predominam patologias do foro cardiovascular e traumático, com especial incidência no Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Lesão Vertebro-Medular (LVM). A duração média do internamento é aproximadamente de sessenta dias, pré-definida de acordo com o diagnóstico principal de entrada e o subsistema de saúde da pessoa.

O processo de reabilitação tem o seu início no momento da admissão, através da realização de uma reunião de planeamento e definição de objetivos que se pretendem atingir durante o internamento. A equipa multidisciplinar avalia o grau de dependência e

funcionalidade da pessoa, recorrendo à utilização da Medida de Independência Funcional (MIF). No seguimento, é elaborado um plano de atividades semanal para a pessoa, organizado pelas várias atividades e departamentos a frequentar, quer seja no serviço de internamento, onde desenvolve treinos de atividades de vida diária (AVD), treino de equilíbrio, treino de transferências, treino de controlo de esfíncteres ou reeducação funcional respiratória, quer seja nos vários departamentos existentes (Departamento de atividades de vida diária, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional e psicologia). Ao longo do internamento, de uma forma periódica, procedem-se a reuniões de avaliação, onde se efetua nova avaliação da MIF e em que todos os elementos incluídos no plano de cuidados reajustam e reformulam os objetivos iniciais, em função do progresso da pessoa. Habitualmente, ao final de aproximadamente sessenta dias desde a data de admissão, a pessoa tem alta, sendo realizado um relatório final e procedendo-se à última avaliação do grau de funcionalidade. No SR1 a equipa multidisciplinar é constituída pela equipa de enfermagem, assistentes operacionais, assistente social, psicólogo, fisiatra, equipa médica, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, fisioterapeutas e dietista. O método de trabalho de enfermagem incide sobre o método individual, o método funcional e o método de enfermeiro responsável. O serviço está altamente adaptado para pessoas com mobilidade reduzida e conta com todo o equipamento e material de apoio necessários, na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.

No seio desta equipa, o EEER assume um papel de relevo, já que a equipa de enfermagem é composta na sua maioria por estes especialistas. Cada um dos utentes internados no SR1 vê-lhe ser atribuído um EEER específico, que o irá acompanhar desde a admissão até ao momento da alta, sendo este quem irá desenvolver planos de cuidados de enfermagem adaptados, proceder a registos e atualizações da funcionalidade e debater os resultados e estratégias com os restantes profissionais durante as reuniões interdisciplinares. No SR1 a preparação da alta e conseqüente continuidade de cuidados inicia-se desde o momento da admissão, em articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. A partir desse momento inicia-se o diagnóstico da situação familiar e habitacional do utente, de forma a identificar e testar os dispositivos auxiliares que melhor se adequem à realidade da pessoa. Os familiares/cuidadores são incluídos desde cedo em todo o processo terapêutico e instruídos para o processo de alta para que continuem os cuidados necessários. No CMRA, a pessoa é conduzida num programa de

reabilitação constante e intenso, do qual faz parte o treino motor, treino de AVD, treino cognitivo e uma intervenção formativa aos familiares/cuidadores tendo em vista a promoção do autocuidado, permitindo a continuidade do processo no regresso a casa.

1.2. HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

O HESE conta com mais de 500 anos de existência. Nos finais do século XV existiam doze pequenos hospitais, também designados de hospícios e albergarias, destinados a alojar os romeiros, os pobres, os peregrinos e os doentes (HESE, 2017a). Em 1495, D. Manuel I, no seguimento da iniciativa de D. João II, unificou num hospital, todos os doze distribuídos pela cidade, escolhendo para o efeito, o local do Hospital do Espírito Santo (HESE, 2017a). Em 1567, este Hospital é entregue à Santa Casa da Misericórdia, tendo sido administrado até ao dia 2 de Abril de 1975, altura em que passou a ser tutelado pelo Estado (HESE, 2017a). Nesse ano passou a ser denominado como Hospital Distrital de Évora e em 1996 recuperou o nome de Hospital do Espírito Santo (HESE, 2017a).

Atualmente trata-se de um hospital público geral, da Região do Alentejo, integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde, tendo como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, eficiente gestão de recursos e de humanização (HESE, 2017c). A área de influência deste hospital abrange 156 mil pessoas, correspondendo ao Alentejo Central, ou seja, ao Distrito de Évora, num total de 14 Concelhos (INE, 2012). A segunda linha de abrangência conta com cerca de 478 mil pessoas, correspondente a toda a região do Alentejo sem a sub-região da Lezíria do Tejo, abarcando o Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Alentejo Central e Alentejo Litoral (INE, 2012). Na Rede de Referenciação Hospitalar funciona como Hospital Central, concentrando muitas valências de carácter regional. O HESE presta cuidados de saúde diferenciados para toda a região do Alentejo.

1.2.1. Serviço de Medicina 2

O serviço de Medicina 2 do HESE situa-se no 5º piso do Edifício do Patrocínio e conta com uma capacidade para 29 pessoas. É um serviço para tratamento de doentes agudos, do foro médico, com enfoque particular nas vertentes da observação, diagnóstico e terapêutica intensiva. Os utentes que ingressam no serviço de medicina provêm, habitualmente, do Serviço de Urgência ou da Unidade de Cuidados Intensivos, maioritariamente por patologias do foro respiratório, cardíaco ou oncológico. Cada unidade física atribuída à pessoa possui uma cama, rampas de oxigénio e de vácuo, podendo eventualmente proceder-se à monitorização de parâmetros vitais através de monitores. Existem ainda dois quartos exclusivos para situações de isolamento, casas de banho adaptadas para pessoas com mobilidade reduzida e sala de convívio. Quando se procede à alta clínica do utente, maioritariamente este pode ser encaminhado para o seu domicílio, para uma estrutura residencial para idosos ou então ser referenciado para a Rede Nacional de Cuidados Continuados, seja para internamento numa das várias unidades que compõem a rede, seja através do acompanhamento pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados do Agrupamento de Centros de Saúde da área de residência (Decreto-Lei n.º 101/06 de 6 de Junho).

Relativamente aos recursos humanos, o serviço é liderado por uma médica diretora de serviço e um enfermeiro-chefe. A equipa de enfermagem conta 27 profissionais onde existem quatro enfermeiros especialistas, dos quais dois são EEER, um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e o enfermeiro-chefe, especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A maioria dos enfermeiros trabalha em regime de *roulement*. O método trabalho desenvolvido enquadra-se no método de trabalho individual, que consiste na distribuição de determinados doentes a cada enfermeiro, tendo em conta o grau de dependência, ficando o mesmo responsável pelos cuidados a estas pessoas, durante a jornada de trabalho (Frederico & Leitão, 1999). Por norma, no turno da manhã estão ao serviço, além do enfermeiro-chefe, seis elementos, sendo pelo menos um EEER, colaborando nos cuidados específicos e na gestão do serviço. No turno da tarde os cuidados são assegurados por três enfermeiros generalistas e um deles fica responsável do serviço, à semelhança do que ocorre no turno da noite. Os enfermeiros com a especialidade de reabilitação assumem a liderança do serviço na

ausência do enfermeiro-chefe, colaboram na gestão e prestam cuidados, consoante as necessidades. A equipa multidisciplinar é ainda constituída pela equipa médica, fisioterapeuta, terapeuta da fala, técnicos de análises clínicas, nutricionista, assistente social, técnica administrativa e equipa de assistentes operacionais. Existem também elementos que colaboram de forma direta ou indireta com a equipa multidisciplinar, particularmente a Equipa de Gestão de Altas, um pároco e os voluntários da Liga dos Amigos do Hospital. O serviço conta com diverso material de apoio e equipamento de reabilitação, como elevador hidráulico, alteador de sanita, triângulo de abdução, almofadas de gel, colchões antiescaras, sacos de areia, halteres, bandas elásticas, auxiliares de marcha, bastão, bolas, tábuas de transferência, espirómetros de incentivo, entre outros.

2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Neste capítulo será realizada a fundamentação da estratégia profissional levada a cabo, tendo em conta o contexto epidemiológico e demográfico envolvente. Em seguida apresentar-se-ão as justificações para a implementação do estudo e o desenho metodológico desenvolvido. Por fim, serão apresentadas as intervenções levadas a cabo, os resultados obtidos e realizada respetiva discussão.

2.1. FUNDAMENTAÇÃO

2.1.1. Envelhecimento Demográfico

A generalidade dos países desenvolvidos enfrenta atualmente um processo de acentuado envelhecimento demográfico. Este novo paradigma caminha para se tornar numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações em quase todos os setores da sociedade, incluindo os mercados de trabalho e financeiro, a procura de bens e serviços, como habitação, transporte e proteção social, bem como reestruturações familiares e intergeracionais (Carneiro, 2012; Ferrer-Arnedo et al., 2014; Nunes, 2017; OMS, 2015; Petronilho et al., 2017; ONU, 2015). A conjugação do aumento da esperança média de vida com o declínio dos índices de fecundidade para mínimos históricos, são fatores predisponentes deste cenário mas ao mesmo tempo índices de desenvolvimento económico e social das comunidades (Abreu & Peixoto, 2009; Nunes, 2017; ONU, 2015). Os progressos alcançados na redução da mortalidade infantil, na melhoria do acesso à educação e às oportunidades de emprego, nos avanços na igualdade de género, a promoção da saúde reprodutiva e o acesso ao planeamento familiar contribuíram para a redução das taxas de natalidade (DGS, 2014; Nunes, 2017; OCDE, 2016). Além disso, os avanços na medicina, tecnologia e saúde pública, em simultâneo com as melhorias nas condições de vida, permitem que as pessoas vivam mais e, em muitos casos, de forma mais saudável do que nunca, particularmente em idades avançadas (OCDE, 2016; OMS, 2015; ONU, 2015). Tendo em conta este referencial e a manterem-

se estas tendências, continuará a verificar-se o aumento dos índices de dependência total¹ e de idosos² (Abreu & Peixoto, 2009; Nunes, 2017; Schussler, Dassen, & Lohrmann, 2014). Por outro lado, as populações mais antigas traduzem-se num recurso humano e social significativo, pelo que uma transição demográfica deste nível representa grandes oportunidades para a sociedade (Nunes, 2017; ONU, 2015). Porém, também será acompanhada por uma série de verdadeiros desafios.

A esperança de vida à nascença global aumentou de 65 para 72 anos entre 1990 e 2015, significando uma taxa de aumento sem precedentes (Eurostat, 2017; OCDE, 2018b). O Japão lidera como país com maior esperança de vida à nascença no mundo, com uma média de 83,9 anos, seguido de países como a Suíça, Espanha e Itália, com Portugal a situar-se nos 81,2 anos (OCDE, 2018b). No que respeita ao número de pessoas com mais de sessenta anos, atingiu-se o valor de 901 milhões em 2015 e aumentará 56% até 2030 para cerca de 1,4 mil milhões, em que 650 milhões de pessoas terão 70 ou mais anos (OMS, 2015). É factual que o processo de envelhecimento é mais avançado em países com níveis de rendimentos superiores (OMS, 2015). Segundo dados do Eurostat (2015) e da OCDE (2018a), o Japão tem a maior percentagem de população idosa³ do mundo (25%), seguido pela Itália (21,4%), Alemanha (20,8%) e Grécia (20,5 %) (Gráfico 1). Segundo os mesmos dados, Portugal encontra-se posicionado relativamente perto destes países, apresentando 20% de população idosa. Em 2030, as pessoas idosas ultrapassarão o número de crianças com idades compreendidas entre os 0 e 9 anos e até 2050, haverá mais pessoas com 60 anos ou mais, do que adolescentes e jovens de 10 a 24 anos (OMS, 2015; ONU, 2015). Estes aumentos ocorrerão em todas regiões do globo, exceto em África, onde se espera um aumento mais subtil. (ONU, 2015; OMS, 2015). Genericamente, a população com idade igual ou superior a 75 anos, os denominados *grandes idosos*, cresce ainda mais rápido do que o número de pessoas idosas em geral. (ONU, 2015). As projeções indicam que em 2050, pessoas neste intervalo de idades

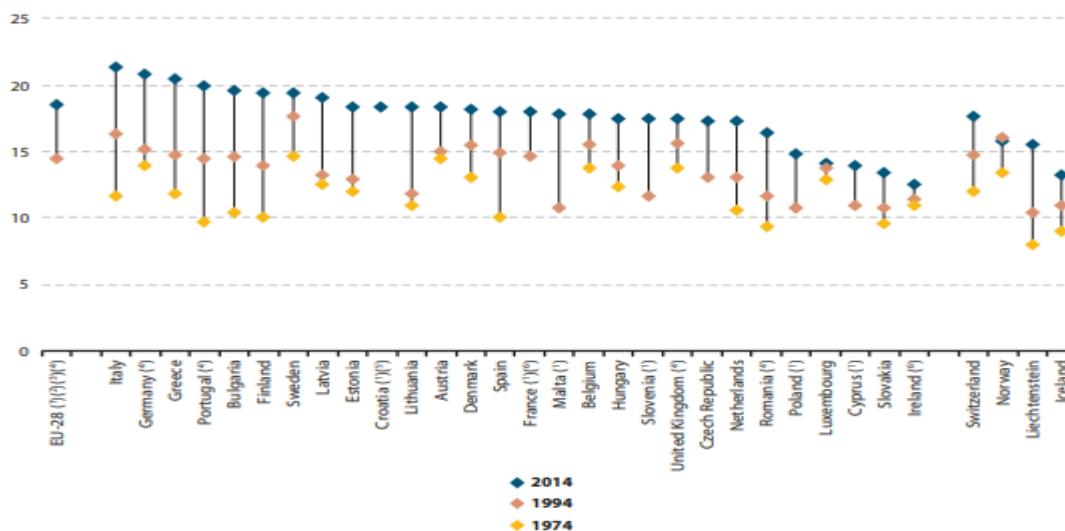
¹ O índice de dependência total é o número de menores de 15 anos e de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos (PORDATA, 2018)

² O índice de dependência de idosos é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos. (PORDATA, 2018).

³ População idosa define-se como a população de pessoas com 65 ou mais anos de idade (OCDE, 2018)

chegarão aos 434 milhões, tendo mais do que triplicado desde 2015, quando havia 125 milhões de pessoas nessa condição (ONU, 2015).

Gráfico 1 - Percentagem de População com 65 ou mais anos, 1974, 1994 e 2014 (% da população total)

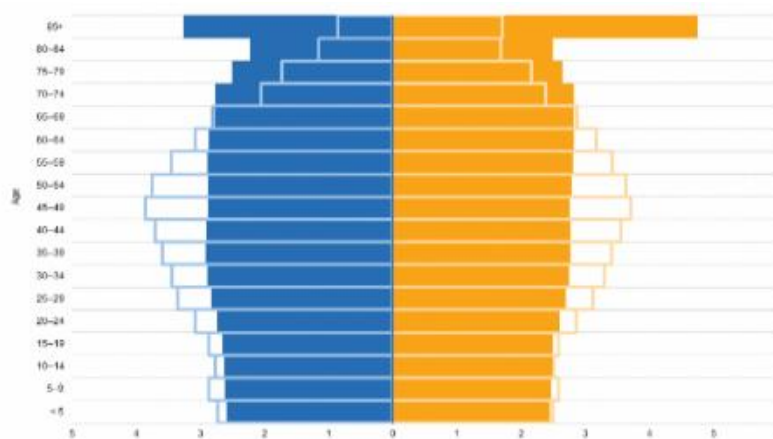


Legenda: (1) 1974: Não disponível; (2) 1994: EU-27; (3) 2014: Quebras nas séries; (4) 2014: Estimativa; (5) 1994: Não disponível; (6) 2014: Provisório

Fonte: Eurostat (2015)

Embora se trate de um fenómeno global, o processo de envelhecimento é mais avançado em algumas regiões do que noutras, tendo-se iniciado há mais de um século em países que agora se definem como desenvolvidos e mais recentemente em muitos países onde o processo de desenvolvimento ocorreu mais tarde, por transformações, tais como o declínio da fecundidade (Nunes, 2017; OMS, 2015). Ainda assim, o ritmo de envelhecimento da população em países em desenvolvimento, é hoje substancialmente mais rápido do que ocorreu nos países desenvolvidos no passado (ONU, 2015). O envelhecimento da população trará consigo um aumento da proporção de idosos em relação à população de jovens e desafiará o enquadramento tradicional que define a idade ativa, seguida de reforma (OMS, 2015; ONU, 2015) No Gráfico 2, expõem-se as projeções da proporção da coorte de pessoas com mais de 65 anos, comparativamente à coorte de 15 a 64 anos (idade ativa), evidenciando a ocorrência do aumento do peso da população sénior, desafiando o futuro desenvolvimento e reestruturação dos sistemas de saúde (R. Carneiro et al., 2012; Nunes, 2017) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Pirâmides da população, EU-28, 2016 e 2080 (% da população total) Nota: 2016: estimativa, provisório. 2080: Projeção



Legenda:
 Cor Sólida – Ano 2080; Limitação – Ano 2016
 Azul – Homens; Laranja - Mulheres

Fonte: Eurostat (2017a)

Relativamente a Portugal, os dados atuais e as projeções oficiais disponíveis indicam alterações populacionais sem precedentes no nosso país, com um gradual aumento da população idosa e uma limitação da população em idade ativa (R. Carneiro et al., 2012; DGS, 2015). O impacto da diminuição das taxas de mortalidade e de natalidade ao longo das recentes décadas tem alterado o perfil demográfico da população, levando ao crescente envelhecimento da mesma (Abreu & Peixoto, 2009; R. Carneiro et al., 2012; Nunes, 2017). Nos últimos 50 anos, ocorreu um aumento da esperança média de vida em cerca de 15 anos, tanto no sexo masculino como no sexo feminino e o índice sintético de fecundidade⁴, registou uma quebra abaixo do valor considerado como o limiar de substituição de gerações (Abreu & Peixoto, 2009). Na verdade, o nosso país segue os traços gerais do desenvolvimento dos países desenvolvidos, apresentando um aumento da melhoria do estado de saúde e da esperança média de vida que atinge por esta altura os 81 anos de idade (INE, 2017). Porém, Portugal regista índices de envelhecimento mais acentuados que outros países em semelhante contexto. Em 2015, mais de 20% da população portuguesa apresentava uma idade superior a 65 anos e em simultâneo, a

⁴ O índice sintético de fecundidade define-se pelo número médio de crianças nascidas por cada mulher em idade fértil (i.e. 15 e os 49 anos de idade). Para assegurar a substituição de gerações, é necessário uma média 2,1 filhos/mulher. (PORDATA, 2018)

população jovem diminuiu, o que reconfigurou a tradicional pirâmide demográfica. Em 2016, face a 2011, verificou-se em Portugal um decréscimo de cerca de 130 000 jovens e de 270 000 pessoas em idade ativa. Em contrapartida, o número de pessoas idosas aumentou em cerca de 170 000 (INE, 2017). Desta forma, Portugal mantém a tendência de envelhecimento demográfico em resultado da queda da natalidade, do aumento da longevidade e de saldos migratórios negativos (INE, 2017).

No que se refere ao saldo natural⁵, verificou-se em Portugal, no ano de 2016 o valor de -23,4 e valores negativos mais acentuados nas regiões Centro, Alentejo, Algarve e Região Autónoma da Madeira (INE, 2017). Relativamente à mortalidade, alcançou-se uma melhoria significativa. Entre 1960 e 2015 assistiu-se a uma redução significativa de menos 2,1 mortes por cada 1000 habitantes. Entre estas mortes estão significativos casos de doença como a diabetes, doença cardiovascular e cancro (DGS, 2015; INE, 2017; Nunes, 2017)

No nosso país, à semelhança dos Países do Mediterrâneo, os cuidadores das pessoas idosas com incapacidade nas atividades da vida diária, são geralmente os próprios familiares (R. Carneiro et al., 2012). A composição dos agregados familiares tem sido de certa forma influenciada por todo o conjunto de alterações decorrentes, observando-se o aumento das famílias unipessoais compostas por idosos e o surgimento de novas configurações familiares e conjugais, o que pode resultar num maior número de idosos institucionalizados (R. Carneiro et al., 2012; Nunes, 2017).

Deste modo, à medida que as populações se tornam tendencialmente mais envelhecidas, torna-se fundamental a implementação governamental de políticas inovadoras e serviços públicos especificamente voltados para seniores, incluindo abordagens a nível de habitação, emprego, cuidados de saúde, infraestruturas e proteção social (DGS, 2015; ONU, 2015 ; OPSS, 2015; OMS, 2015). Na perspetiva política e económica de um país, o aumento da população idosa significa um aumento dos custos públicos com a assistência em saúde, medicamentos e locais de recuperação (Nunes, 2017). Um grande número de pessoas idosas entra neste momento na idade de reforma,

⁵ Diferença entre o número de nados-vivos e o número de óbitos num dado período de tempo. (PORDATA, 2018)

em países onde sistemas de suporte social ainda não foram significativamente implementados (OMS, 2015). Existe uma necessidade urgente de ampliar a cobertura social, seja em países sem sistema protecionista ou naqueles que já sigam essa filosofia, não descurando que este fator representa um desafio fiscal (Abreu & Peixoto, 2009; Nunes, 2017). O impacto sobre a despesa pública e privada será gradualmente mais elevado ao nível dos sistemas de segurança social, impondo-se uma transformação dos mecanismos sociais de participação a nível da produção e do consumo (Abreu & Peixoto, 2009; Nunes, 2017). A ausência porém, de proteção social adequada, constitui um obstáculo importante para o desenvolvimento sustentável, já que se associa a níveis elevados e persistentes de pobreza e desigualdade (Nunes, 2017). Nas últimas três décadas, a decrescente mortalidade em idades avançadas sugere, que através de intervenções adequadas é possível manter os ganhos de longevidade em todos os países (R. Carneiro et al., 2012). No entanto, não é claro se ganhos em esperança de vida das pessoas mais velhas, foram acompanhados de aumento de anos de vida com saúde de qualidade, principalmente devido ao aparecimento de doenças crónicas (OMS, 2015). Assim, mudanças são necessárias para continuar a adaptar os sistemas de saúde a um número crescente de pessoas idosas e maximizar a saúde e o bem-estar em todas as idades (Ferrer-Arnedo et al., 2014; OMS, 2015). A Organização Mundial de Saúde (2015) clarifica que a adoção de medidas para garantir que a população idosa receba os cuidados de saúde que necessita, não implica aumentos exagerados nos orçamentos de saúde, mesmo em países com envelhecimento acelerado das populações. O envelhecimento da população torna-se particularmente relevante para os objetivos de erradicação da pobreza, garantindo vidas saudáveis em todas as idades, promovendo a igualdade de género e um emprego produtivo e satisfatório para todos, reduzindo as desigualdades dentro e entre os países e tornando as comunidades inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis (ONU, 2015; OMS, 2017).

2.1.2. Comorbilidades

A prevalência de doenças crónicas e as incapacidades que elas causam, estão fortemente associadas à idade (Afshar, Roderick, Kowal, Dimitrov, & Hill, 2015; OMS, 2015; Reynolds et al., 2018). Uma série de fatores determinam a saúde geral das populações e dos indivíduos, desde características genéticas e biológicas, ao contexto

social e político (DGS, 2015; Nunes, 2017). Através das investigações levadas a cabo no âmbito da saúde da população, a idade destaca-se como o preditor mais preponderante do estado da saúde das pessoas e dos riscos de morbidade e mortalidade que estas enfrentam (Coronel-Restrepo et al., 2016; ONU, 2015). Os mecanismos que associam a idade ao estado de saúde são muitos e complexos. A nível biológico, o envelhecimento está associado à acumulação de danos nas células, ao longo do tempo, fragilizando o sistema imunitário, diminuindo a capacidade de autorreparação do corpo e aumentando o risco de desenvolver doenças (Steves et al., 2012; Beard and Bloom, 2015). A idade de uma pessoa também reflete a quantidade de tempo em que houve exposição a determinados fatores prejudiciais para a saúde, cujos efeitos se vão acumular ao longo do tempo, como o uso de tabaco ou dietas nocivas (Coronel-Restrepo et al., 2016; Fabbri et al., 2015). Além disso, as mudanças sociais que muitas vezes ocorrem à medida que as pessoas entram em idades avançadas, como mudanças nos papéis sociais e a perda de relacionamentos próximos, podem representar ameaças adicionais à saúde e ao bem-estar das pessoas idosas (OMS, 2015). Embora todas as pessoas idosas acabem por enfrentar uma diminuição dos índices de saúde e funcionalidade, os seus trajetos de saúde podem variar amplamente. Algumas pessoas sofrem um declínio repentino de uma boa saúde até à morte, enquanto noutras, o declínio funcional ocorre gradualmente ao longo de vários anos e outras ainda experimentam períodos de doença e incapacidade, intercalados por períodos de recuperação parcial ou total (Coronel-Restrepo et al., 2016; OMS, 2015).

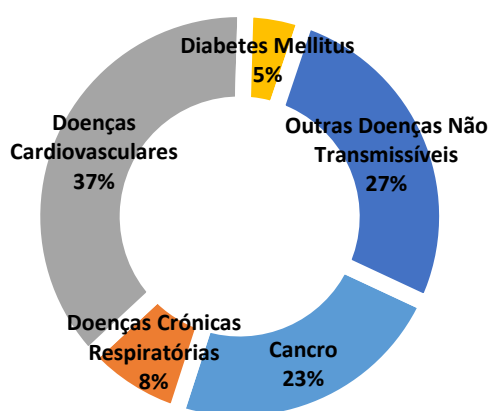
Comorbilidade tem vindo a ser definida como a condição de coexistência de duas ou mais doenças crónicas, num mesmo indivíduo e associa-se a piores resultados de saúde, gestão clínica mais complexa e aumento dos custos em cuidados de saúde (Fabbri et al., 2015; Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury & Roland, 2009). As interações entre as doenças crónicas têm sido um foco particular de interesse porque causam efeitos de longo espectro sobre a saúde e sobre os cuidados de saúde. Ainda assim, não se pode menosprezar que qualquer condição aguda pode afetar de forma apreciável a gestão de qualquer outra doença (OMS, 2015; Valderas et al., 2009). Segundo a literatura, a condição de comorbilidade é mais elevada nos países desenvolvidos, relaciona-se com o sexo e a prevalência aumenta com a idade (Afshar et al., 2015; Fabbri et al., 2015; Koller et al., 2014; Reynolds et al., 2018). A abordagem a esta condição exige uma inteligente adaptação dos sistemas de saúde em todo o mundo, que há décadas atrás desenvolveram

e projetaram recursos para lidar com cuidados agudos de forma episódica e não para proporcionar cuidados organizados e individualizados a pessoas com doenças a longo prazo (OMS, 2015 ;ONU, 2015; Reynolds et al., 2018). Estas doenças requerem um longo período de observação, supervisão ou cuidados e desta forma existe a necessidade crescente de reorientar as políticas e os cuidados de saúde para sistemas de cuidado à doença crónica (Reynolds et al., 2018). O termo comorbilidade configura um conceito eminentemente clínico e epidemiológico com repercussões importantes na organização da prática médica e dos sistemas de saúde (Carlos, 2016). Para os profissionais de saúde, comorbilidade é conotada com incerteza, complexidade e tensão emocional, enquanto para os pacientes significa dificuldade no entendimento do tema e associa-se a maior incapacidade, sofrimento psicológico e consumo de recursos de saúde (Carlos, 2016). Existe forte evidência que demonstra o impacto real das comorbilidades na saúde da população, diminuindo a esperança de vida e aumentando a carga de doença (Fabbri et al., 2015). A qualidade de vida é fortemente prejudicada pelas comorbilidades, em resultado dos elevados níveis de incapacidade e fragilidade associados a esta condição (Fabbri et al., 2015; Mujica-Mota et al., 2015; Pefoyo et al., 2015). De facto, podemos afirmar que se trata de uma condição altamente específica a carecer de cuidados com elevados índices de conhecimento técnico-científico, de forma individualizada e personalizada. Segundo dados de uma pesquisa representativa sobre idosos com comorbilidades, nos Estados Unidos, ficou patente que a maioria preferiu participar ativamente na tomada de decisão dos seus cuidados de saúde, mas o mesmo não se verificou quando se confirmam quatro ou mais condições de saúde, no mesmo indivíduo, tornando essas pessoas relativamente menos propensas a escolher o que seria melhor para a sua saúde (Chi, Wolff, Greer, & Dy, 2017). As potenciais razões incluem pacientes que são menos saudáveis e que podem sentir maior dependência dos seus profissionais de saúde, a quem delegam o poder decisório; restrição de tempo para abordar múltiplas condições durante uma única visita e ainda questões concorrentes na gestão de múltiplas condições, o que torna mais difícil para os pacientes ganharem experiência e confiança para participar (Chi et al., 2017). Segundo Carlos (2016), o importante para lidar com esta especificidade patológica, será focar a questão na equipa e não no profissional de saúde isolado. A intervenção multidisciplinar assegura o fortalecimento da continuidade de cuidados, fator essencial para resultados mais positivos no tratamento do doente com comorbilidade (Carlos, 2016). Neste sentido, as políticas de saúde devem refletir as

necessidades reais da população promovendo serviços de saúde com integração de cuidados centrados no doente com comorbilidade e não em doenças isoladas (Doessing & Burau, 2015; Pefoyo et al., 2015)

Por outro lado, existe também uma associação inversa da comorbilidade com a literacia em saúde, mais marcada nas gerações mais novas, podendo-se refletir na multiplicação de vários fatores de risco para essas condições crónicas, incluindo comportamentos de risco (OMS, 2015). Organizações mundiais como a ONU ou a OMS, abordam nos seus relatórios mais recentes os fatores de risco comuns das doenças não transmissíveis (DNT), a serem abordadas com prioridade urgente (OMS, 2015; ONU, 2015). Segundo estas entidades, sistemas de saúde fracos, não serão capazes de suportar as necessidades de atendimento decorrentes das complexidades de uma população multimórbida. Em 2015, 40 milhões de mortes estão relacionadas com as DNT, representando 70% do total de 56 milhões de mortes mundiais. As causas destes dados são atribuídas às quatro principais doenças não transmissíveis: doenças cardiovasculares, cancro, doença respiratórias e diabetes. As doenças cardiovasculares são responsáveis pelo maior número de mortes dentro das não transmissíveis, 17,7 milhões por ano, seguidas do cancro, com 8,8 milhões, das doenças respiratórias, 3,9 milhões, e da diabetes, 1,6 milhões (OMS, 2017) (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Proporção global de mortes por DNT's abaixo dos 70 anos de idade, por causa de morte



Fonte: Adaptado de OMS (2015)

Assim, a escalada do envelhecimento demográfico prevê também um aumento da procura de cuidados direcionados para a prevenção, tratamento ou reabilitação das condições de saúde que a população enfrenta (OMS, 2015). As estimativas da Organização Mundial de Saúde (2017) sobre os encargos da incapacidade causada pelas DNT, indicam uma forte associação com o ritmo de crescimento da população mais velha.

No nosso país a expressão das doenças crónicas é ainda mais relevante. Em termos de morbilidade, 85% da carga total de doença corresponde às doenças crónicas (DGS, 2015). Este é um fenómeno transversal aos países desenvolvidos, definido como transição epidemiológica, ocorrido devido à preponderância alcançada pelas doenças não transmissíveis no cenário atual, em detrimento da expressão reduzida de doenças infecciosas (DGS, 2015; Reynolds et al., 2018). Relativamente à morbilidade, incapacidade e morte prematura no nosso país, salientam-se “*as doenças do aparelho circulatório (18%), as neoplasias (17%), as perturbações músculo-esqueléticas (15%), as doenças do foro mental e do comportamento (10%), bem como a diabetes e outras doenças endócrinas, doenças do sangue e doenças do aparelho urogenital (7%)*” (DGS, 2015, pp. 9).

É notória a carga relativa que as DNT passaram a representar. Deste modo, será necessário uma melhor coordenação e apoio, através de políticas de planeamento dos sistemas de cuidados de saúde, de forma a apoiar a transição necessária dos sistemas de saúde e atender às futuras necessidades de cuidados (Afshar et al., 2015; Chi et al., 2017; Fabbri et al., 2015). Impõem-se medidas que visem abrandar a crescente transição epidémica e reduzir os fatores de risco modificáveis que geram prevalência de comorbilidades (Afshar et al., 2015; DGS, 2015).

2.1.3. Autocuidado

Ao longo da vida, o ser humano experimenta diferentes níveis de autonomia, deparando-se com eventos que lhe causam dependência (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014). Durante o seu crescimento adquire competências para ser autónomo e desenvolve capacidade de autocuidado (Queirós et al., 2014). Por sua vez, quando a condição humana ou o ambiente envolvente se alteram, particularmente em situações de doença crónica, a capacidade de autocuidado do indivíduo encontra-se comprometida e este torna-se

incapaz de cuidar de si próprio, necessitando de agentes de autocuidado (Queirós et al., 2014).

Quando falamos de autocuidado, referimo-nos à dimensão de cuidados de enfermagem mais enfatizada nas teorias de enfermagem, daí a sua enorme relevância para o exercício profissional dos enfermeiros. Este conceito associa-se a autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho et al., 2017; Queirós, Vidinha, Filho, et al., 2014). Segundo Petronilho (2013) pode definir-se como um processo de saúde e de bem-estar dos indivíduos, inato e aprendido, na perspetiva da capacidade da tomada de iniciativa, responsabilidade e na eficácia do desenvolvimento do próprio potencial para a saúde. O Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) (2016) define o autocuidado como *“tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”* (pp. 42). A dependência para o autocuidado existe, quando a pessoa não consegue, por si, realizar as atividades básicas do dia-a-dia, ficando dependente de estratégias ou equipamentos adaptativos ou, em situações mais graves, dependente de outras pessoas (Orem, 2001; Fonseca & Lopes, 2014; Queirós et al., 2014). Neste sentido, o propósito da ação profissional dos enfermeiros, após avaliação do potencial cognitivo, neuromuscular e músculo-esquelético da pessoa, consiste em promover a reconstrução da sua autonomia, através do ensino, instrução e treino com estratégias e equipamentos adaptativos (OE, 2015b; Petronilho et al., 2017). Neste sentido, o autocuidado é um fenómeno complexo e multidimensional (Sidani, 2011; Fonseca & Lopes, 2014; Petronilho et al., 2017; Queirós et al., 2014; Ribeiro et al., 2014)

A importância do autocuidado, no âmbito da saúde, toma especial relevância quando ocorrem alterações significativas a nível demográfico e epidemiológico. Neste sentido, as alterações demográficas, pela escalada de doenças crónicas associadas ao envelhecimento populacional, a mudança de paradigma dos cuidados curativos para uma abordagem centrada na promoção da saúde, a economia da saúde, com conseqüente necessidade de diminuição de custos e ainda uma maior literacia dos cidadãos, tornando-os mais capacitados para decidir sobre o seu projeto de saúde, são fatores que reforçam a importância da investigação acerca dos fenómenos relacionados ao autocuidado (Sidani, 2011; Wilkinson & Whitehead, 2009).

Neste contexto, o autocuidado torna-se determinante nas estratégias de saúde, pelo impacto na promoção desta e na gestão bem-sucedida dos processos de doença. Como resposta humana, o autocuidado assume uma dimensão muito relevante no contexto global da saúde e do bem-estar da pessoa, com especial atenção nos grupos mais vulneráveis: devido à variabilidade do comportamento das doenças e do seu tratamento ao longo do tempo; pela necessidade dos indivíduos serem competentes para gerir os sinais e sintomas de agudização da doença crónica, pela necessidade dos indivíduos incorporarem um conjunto de comportamentos e atividades promotores de equilíbrio físico e mental e ainda pela necessidade de suporte efetivo de familiares, cuidadores e amigos como recurso determinante (Fonseca & Lopes, 2014; Petronilho, 2013).

2.1.3.1. Modelo de Autocuidado

A conceptualização do autocuidado é iniciada em 1956 por Dorothea Orem (2001), através da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado. A teoria geral da autora (2001) compõe-se de três teorias. A Teoria do Autocuidado descreve a razão e a maneira como as pessoas cuidam de si próprias, a Teoria do Défice de Autocuidado explica a razão pela qual a enfermagem pode auxiliar a pessoa e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem descreve as relações que devem ser estabelecidas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002). Para Orem (2001), o autocuidado é uma função humana reguladora, não inata, uma vez que necessita ser aprendida e desenvolvida, de forma a suprimir as necessidades orgânicas e básicas dos indivíduos. Assim, a mesma autora (2001) define autocuidado como a prática de atividades que a pessoa inicia e realiza de forma a manter a vida, saúde e bem-estar, tratando-se de uma conduta aprendida, resultante de experiências cognitivas, culturais e sociais (Orem, 2001). Refere também que o indivíduo é capaz de se autocuidar, pelas habilidades inatas, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida (Orem, 2001). Quando os indivíduos não conseguem cuidar de si próprios, necessitam que os cuidados sejam realizados por outras pessoas, que assumem a responsabilidade por esses mesmos cuidados (Petronilho, 2013). Nesta conceptualização, o autocuidado refere-se a dois conceitos diferentes, mas interrelacionados: o agente de autocuidado e o comportamento de autocuidado (Orem, 2001). O agente de autocuidado diz respeito à capacidade da pessoa desenvolver comportamento de autocuidado e envolve os domínios cognitivo, físico, emocional e

comportamental (Fonseca & Lopes, 2014; Orem, 2011; Petronilho, 2013). O domínio cognitivo enquadra o conhecimento da condição de saúde, habilidades de autogestão e tomada de decisão enquanto o domínio físico abarca a capacidade física para se autogerir (Fonseca & Lopes, 2014; Orem, 2011; Petronilho, 2013). O domínio emocional engloba a competência percebida para desenvolver as ações de autogestão, enquanto, por sua vez, o domínio comportamental se refere às capacidades necessárias para desenvolver o comportamento de autocuidado (Orem, 2001; Fonseca & Lopes, 2014; Petronilho, 2013). Quanto ao conceito de comportamento de autocuidado, refere-se à prática de atividades que a pessoa inicia e concretiza num determinado intervalo de tempo, no interesse da manutenção da sua vida, do desenvolvimento pessoal e bem-estar (Orem, 2001; Fonseca & Lopes, 2014; Petronilho, 2013). Dentro do conceito de comportamento de autocuidado encontram-se os domínios de requisitos universais, de desenvolvimento e dos desvios de saúde (Orem, 2001; Fonseca & Lopes, 2014, Petronilho, 2013). Os requisitos universais têm que ver com os processos básicos de vida, enquanto os requisitos de desenvolvimento centram-se nas mudanças ao longo da vida da pessoa. Por último, os requisitos dos desvios de saúde dizem respeito aos cuidados de saúde apropriados, compreendendo a vigilância de saúde, procura de cuidados de saúde quando necessário e vivência com a doença (Orem, 2001; Fonseca & Lopes, 2014, Petronilho, 2013).

Deste modo, entende-se que a teoria de Orem (2001) descreve os níveis de cuidados de enfermagem que satisfazem as necessidades de autocuidado das pessoas nas várias fases do ciclo vital (Fonseca & Lopes, 2014; Petronilho, 2013). O autocuidado é a matéria e a finalidade dos cuidados de enfermagem, como forma de melhorar o estado de saúde, as estratégias de *coping* e o funcionamento pessoal (Fonseca & Lopes, 2014). Esta teoria representa um fundamento teórico para as intervenções de base educacional, cognitiva, comportamental e de gestão sintomática (Fonseca & Lopes, 2014; Petronilho, 2013). Desta forma, promove-se o esclarecimento da pessoa sobre a sua condição e os seus tratamentos, educando-a na vigilância de saúde, na interpretação do significado de possíveis desvios da mesma e na avaliação, seleção e implementação de opções de ação (Petronilho, 2013). Por estas razões o autocuidado é percebido como um resultado sensível dos cuidados de enfermagem, tendo como resultado esperado uma seleção e desenvolvimento de ações para manter a vida, o funcionamento saudável e o bem-estar, por parte da pessoa (Fonseca & Lopes, 2014; Petronilho, 2013).

Posto isto, procede-se à abordagem das três teorias que integram a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem (2001), segundo George (2000) e Tomey e Allgood (2002):

- A Teoria de Autocuidado serve de fundamento às restantes teorias, caracterizando o objetivo, os métodos e os resultados da pessoa cuidar de si mesma. O autocuidado compreende uma função reguladora do ser humano, que este, ou alguém por ele, deliberadamente desenvolve de forma a preservar a vida, saúde, desenvolvimento pessoal e bem-estar. A aprendizagem do autocuidado faz-se continuamente, conforme as necessidades primárias da pessoa, através de uma diversidade de processos como a educação, a cultura e as experiências. Para isto, associam-se estádios de crescimento e desenvolvimento, estado e especificidades de saúde ou fatores ambientais. Nesta teoria, as necessidades de autocuidado dividem-se: em necessidades de autocuidado universal, que contém as atividades da vida diária e os autocuidados; necessidades de desenvolvimento, através de adaptação às mudanças de vida e ainda as necessidades decorrentes da ausência de saúde, como o exemplo de um processo traumático ou uma cirurgia e posterior convalescença.

- A Teoria do Défice de Autocuidado é a teoria nuclear de Orem (2001), pois explica quando existe necessidade de cuidados de enfermagem. Assim, a atuação de enfermagem é necessária, quando o indivíduo é incapaz ou tem limitações na realização de autocuidado. A enfermagem também pode intervir quando a habilidade do cuidador fica aquém das tarefas exigidas ou quando a habilidade de autocuidado ou dos cuidados a pessoas dependentes, excede as capacidades. Nesta teoria também se preveem futuros défices relacionados com o aumento da exigência de cuidados, em situações que a pessoa tenha de adotar, devido a uma prescrição ou indicação, medidas de autocuidado que exigem complexos conhecimentos e habilidades ou quando a pessoa enfrenta uma situação de doença e seus efeitos, tornando-se incapaz de dar resposta às necessidades de autocuidado. Deste modo, identificam-se cinco métodos de ajuda (George, 2000): “*agir ou fazer por outra pessoa*”; “*guiar e orientar*”; “*proporcionar apoio físico e psicológico*”; “*proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal*” e “*ensinar*” (pp. 86). O enfermeiro pode intervir, utilizando um ou mais métodos, de forma a proporcionar assistência no autocuidado. O défice de autocuidado relaciona as capacidades de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidado, orientando

para uma adequação dos métodos de apoio e a compreensão do papel dos indivíduos doentes no autocuidado. Neste contexto, o enfermeiro adapta a sua intervenção, quando as necessidades terapêuticas são superiores à capacidade de autocuidado do indivíduo minimizando os efeitos dessa dependência.

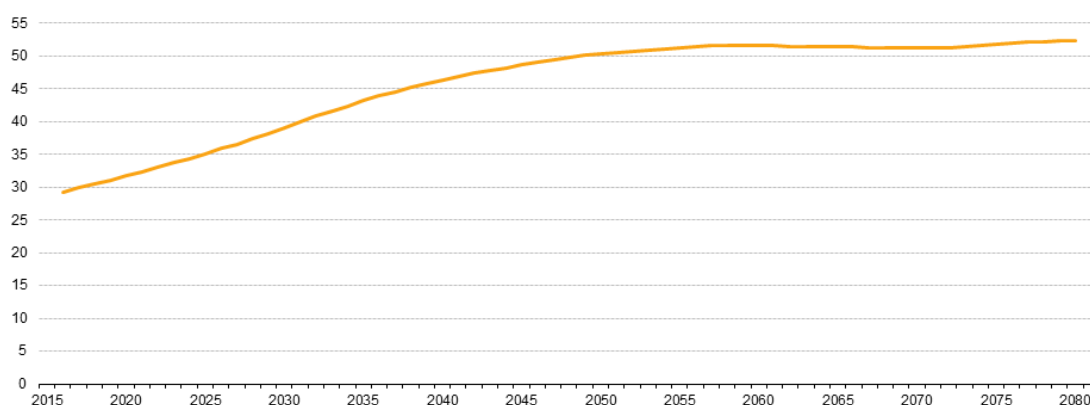
- A Teoria dos Sistemas de Enfermagem caracteriza-se por ser uma teoria unificadora das restantes. Esta determina a forma como os enfermeiros, os doentes, ou ambos, respondem às necessidades resultantes da dependência no autocuidado. Os sistemas de enfermagem são sistemas de ação, formados por enfermeiros, através do exercício profissional, para pessoas com limitação de autocuidado. Estes sistemas baseiam-se nas necessidades de autocuidado e no potencial do doente para o desempenho das atividades do autocuidado. Nesta teoria identificam-se três tipos de prática de enfermagem: sistema totalmente compensatório, em que o enfermeiro substitui o indivíduo; sistema parcialmente compensatório, quando o enfermeiro complementa a ação da pessoa, por limitação ou incapacidade e ainda o apoio-educativo, quando a pessoa tem capacidade para se autocuidar, mas necessita de ensino e supervisão na realização das ações.

2.1.3.2. Dependência no autocuidado

Segundo o enquadramento descrito anteriormente, é notório que a melhoria dos processos de saúde e das condições socioeconómicas influenciam os índices de mortalidade e morbilidade, conduzindo ao aumento da esperança média de vida mas também, um exponencial aumento de idosos com comorbilidades e em situação de dependência (Afshar et al., 2015; R. Carneiro, 2012; Chi et al., 2017; Nunes, 2017; OMS, 2017; ONU, 2015; Petronilho et al., 2017). Decorrente destas alterações torna-se inegável a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a dependência no autocuidado.

A investigação produzida na área da saúde sobre o fenómeno do envelhecimento, dá-nos conta de uma correlação positiva entre a idade e a dependência no autocuidado, resultante da diminuição da funcionalidade e da predominância de comorbilidades (Carlos, 2016; Coronel-Restrepo et al., 2016; Fabbri et al., 2015; Koller et al., 2014; Petronilho, 2009; Petronilho et al., 2017; Tabali, Ostermann, Jeschke, Dassen, & Heinze, 2013). Este cenário é uma vez mais transversal a todos os países e mais evidente nos países desenvolvidos, prevendo-se o seu agravamento (Eurostat, 2017b) (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Projeção de taxa de dependência de idosos, EU-28, 2016-2080 (%)



Fonte: Eurostat (2017b)

Em Portugal existem sensivelmente quatro milhões de famílias clássicas, em que cerca de 2,9% contam com um familiar em estado de dependência (OPSS, 2015). Destes, uma fração substantiva são acamados, o que indica, segundo Petronilho e colaboradores (2017), uma condição de saúde de grande vulnerabilidade, caracterizada por níveis elevados de dependência e compromisso nos processos corporais e mentais.

Segundo Dijkstra et al. (1998), a dependência de cuidados é descrita como o suporte profissional a um paciente cujas habilidades de autocuidado diminuíram e cujas necessidades de cuidados o tornam dependente de certa forma. O Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, que cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Portugal, define dependência como a condição de saúde individual que comporta limitações na autonomia física, psíquica ou intelectual, decorrente de doença aguda ou crónica, deterioração cognitiva, traumatismo ou mesmo ausência ou insuficiente suporte

familiar, não permitindo que o indivíduo seja capaz de realizar de forma independente as AVD (Decreto-lei n.º 101/2006). Já o CIE (2005) refere que a dependência pode ser também definida como a pessoa “*dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda e apoio*” (pp.107)

De acordo com Janssen, Franssen, Wouters, Schols & Spruit (2011), a dependência de cuidados relaciona-se com o estado geral de saúde e com a evolução específica da doença, já que o indivíduo dependente corre o risco de um estado de saúde agravado. Koller e colaboradores (2014), referem que a pessoa com múltiplas condições crónicas possui um risco significativamente maior de se tornar dependente de cuidados prolongados num período de cinco anos, e por cada doença adicional, o risco de dependência aumenta em mais de 6% ao longo desse período de tempo. Segundo os mesmos autores (2014), a presença de comorbilidades tem um relevante impacto na dependência, não obstante a idade, género, doenças isoladas e mesmo quando o quadro clínico se encontra controlado (Koller et al., 2014). Segundo Tabali e colaboradores (2013), as pessoas dependentes precisam de ajuda durante um longo período de tempo, em atividades da vida diária como tomar banho, vestir, comer e deslocar-se. Deste modo, as condições crónicas e multimórbidas a longo prazo, que causam deficiências das funções, podem influenciar a qualidade de vida e resultam num alto grau de dependência nos cuidados (Tabali et al., 2013). Quando a pessoa se torna incapaz de realizar tarefas diárias normais, pode induzir que esta se torne dependente de profissionais de saúde (Dijkstra et al., 2015). Deste modo Muszalik e colaboradores (2009) referem que a avaliação do estado funcional de um paciente dependente é essencial, pelo que a avaliação periódica da dependência de cuidados deve ser incluída no atendimento clínico (Janssen et al., 2011; Janssen, Wouters, Schols, & Spruit, 2013), de forma a contribuir na manutenção da independência e qualidade de vida da pessoa (Dijkstra et al., 2015). Dijkstra e colaboradores (2015) referem ainda, que a capacidade diária de autocuidado e a melhoria ou manutenção da atitude de qualidade de vida é o principal objetivo dos cuidados de enfermagem para pacientes em situação de dependência (Dijkstra et al., 2015). Para os enfermeiros, a dependência assume especial importância, uma vez que a necessidade de cuidados não se resume apenas ao diagnóstico da doença, ou com a necessidade de terapêutica, mas sim com as transições que os indivíduos experimentam (Ribeiro et al., 2014). Roper, Logan, & Tierney (2001), consideram que avaliar o nível

de dependência da pessoa é uma competência importante do enfermeiro, permitindo perceber de que maneira pode ser feita a assistência à pessoa e quais as intervenções adequadas para alcançar os objetivos viáveis em cada situação. A promoção da independência no autocuidado, independentemente da idade, torna-se uma ação importante do enfermeiro, no sentido de ajudar a pessoa em direção a essa independência ou então ajudando-a a aceitar essa mesma dependência (Ribeiro et al., 2014). Relativamente às necessidades de autocuidado, o contexto atual determina que a avaliação da dependência se faça quanto aos seus domínios, uma vez que, segundo Petronilho (2013), desta forma planeiam-se cuidados individualizados, definem-se e implementam-se intervenções realistas e adequadas à realidade da pessoa. Assim, a dependência de cuidados pode ser reduzida ou estabilizada e os diagnósticos de enfermagem podem ser evitados, reduzidos ou estabilizados com cuidados adequados (Eichhorn-Kissel, 2011; Lohrmann, Schönherr & Mandl, 2012). Uma condição para o cuidado adequado, é ter informações detalhadas sobre as doenças prevalentes da pessoa dependente e sobre os problemas de enfermagem que se podem refletir na prática diária, como meio para estimular mudanças positivas (Schussler et al., 2014). Segundo Ferrer-Arnedo et al. (2014), envelhecimento e cronicidade estão diretamente relacionados às necessidades de autocuidado, dependência e comprometimento funcional tornando-se necessário assumir mudanças organizacionais. O mesmo autor (2014) refere que os serviços de saúde ainda se encontram enraizados numa cultura organizacional de modelo biomédico, utilizando a tecnologia para tratar a doença, não havendo uma lógica de relacionamento dos problemas de saúde dos indivíduos ou uma adoção de práticas simples de autocuidado.

2.1.4. Enfermagem de Reabilitação

2.1.4.1. Breve enquadramento histórico

A história revela-nos, que a impulsão das ciências acontece muitas vezes em períodos trágicos, levando o ser humano, após o caos, a reorganizar-se e adaptar-se. Com semelhança, a reabilitação tem como principal marco de desenvolvimento, um período bélico, a segunda guerra mundial (S. Hoeman, 2011). A guerra mobilizou milhares de militares, essencialmente jovens, de várias nações, e muitos daqueles que sobreviveram

e regressaram aos seus países, fizeram-no com traumas físicos e psicológicos irreversíveis (S. Hoeman, 2011). No pós-guerra, ao iniciar-se a gradual reconstrução das cidades e países afetados pela destruição, existiu a necessidade de angariar força de trabalho em grande número mas tal não se afigurava fácil, dado o capital humano, essencialmente jovens, se encontrar limitado pelas consequências da grande guerra (Hesbeen, 2001; S. Hoeman, 2011). É a partir desta dificuldade que em 1947, nos Estado Unidos, nasce uma nova visão, com a necessidade de reabilitação dos milhares de pessoas que tinham sido afetadas e assim, a medicina física e de reabilitação é reconhecida como especialidade médica (S. Hoeman, 2011).

2.1.4.2. Enfermagem de Reabilitação no contexto atual

Segundo Hesbeen (2001) uma deficiência ou incapacidade “*não conduz inevitavelmente à desvantagem ou, pelo menos, a uma desvantagem permanente*” (pp. 4). O enfermeiro de reabilitação é o profissional, que pela atenção que dispensa à pessoa de uma forma holística e não apenas ao seu corpo, recusa que esta tenha deficiência, quando aquilo que possui se trata de uma incapacidade ou desvantagem (Hesbeen, 2001). Deste modo, a reabilitação, mais do que uma disciplina, significa o interesse no futuro da pessoa mesmo quando a cura deixa de ser possível (Hesbeen, 2001). Esta encerra um processo com múltiplas etapas e interlocutores, onde uma abordagem sistémica à envolvência da pessoa é fundamental para atingir os objetivos (L. Santos, 2017). Trata-se de um processo continuado, prolongado, com uma sequência permanente de ações que mantêm uma certa regularidade (L. Santos, 2017).

Há décadas atrás a área da reabilitação era vista como o componente terciário da abordagem em saúde, posterior à prevenção e tratamento (Sampaio et al., 2017). Atualmente, pretende-se a associação destes três níveis de cuidados, de forma a maximizar o potencial das intervenções em reabilitação nos domínios físico, cognitivo e motivacional, promovendo a funcionalidade, através de uma intervenção precoce no problema de saúde da pessoa (Sampaio et al., 2017). Após esta fase deverá dar-se seguimento a um *continuum* de cuidados, que abrange todas as etapas posteriores, desde o internamento até à continuidade de cuidados no período pós-alta. Segundo Sampaio e colaboradores (2017), as ações de reabilitação devem abranger diversos campos de

atuação como a saúde, educação, formação, emprego, segurança social, controlo ambiental, desporto e lazer. Os mesmos autores (2017) referem que a existência de políticas facilitadoras dos processos de integração e de complementaridade entre estas áreas irá trazer ganhos à saúde. Esta área, incutida de um espírito globalizante, humanista e multidisciplinar, deve assentar num trabalho conjunto de diferentes profissionais, onde deverá existir uma convergência e sinergia de ações, no sentido de uma estratégia comum, centrada no doente (Sampaio et al., 2017).

Neste contexto, relativamente ao enfermeiro especialista, o Regulamento n.º 122/2011, que define as competências comuns deste, refere que é um enfermeiro com *“conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”*, apresentando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (pp. 8648).

Em Portugal, o perfil de competências do enfermeiro especialista apresenta-se em articulação com os domínios considerados nas competências do enfermeiro de cuidados gerais e permite a estes profissionais, independentemente da sua área de especialidade, partilharem os domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Regulamento n.º 122/2011). Especificamente, a especialidade de Enfermagem de Reabilitação, tal como as restantes, conta com um perfil de competências específicas que foram reguladas (Regulamento n.º 125/2011) para delinear e delimitarem o campo de atuação dos profissionais. Este campo de ação desenvolve-se em variados contextos, desde o hospitalar ao comunitário, intervindo ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 125/2011).

O EEER conta com um conjunto de aptidões, focadas na área da reabilitação no âmbito da recuperação funcional sensitivo-motora e cognitiva, cardiorrespiratória, da comunicação, alimentação, eliminação e sexualidade com o objetivo de recuperar a pessoa com doença aguda ou crónica, com défices funcionais (Regulamento n.º 125/2011). Assim o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação encontra-se dividido em três grandes competências, descritas no ponto 1 do artigo 4º do referido regulamento (Regulamento

n.º 125/2011). Em primeiro lugar é referido que o EEER “*cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados*” (pp. 8658). Neste ponto descrevem-se as necessidades de intervenção especializada da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que se encontram incapacitadas de executar atividades básicas, em resultado da sua condição de saúde (Regulamento n.º 125/2011). Desta forma, o EEER deve conceber, implementar e avaliar planos e programas individuais e especializados, com vista à qualidade de vida e à reintegração e participação social (Regulamento n.º 125/2011). No ponto seguinte, refere-se o dever destes profissionais em capacitar “*a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para reinserção e exercício da cidadania*” (Regulamento n.º 125/2011, pp. 8658). Neste âmbito, o EEER deve analisar a “*problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação da ações autónomas ou pluridisciplinares*” de acordo com o enquadramento envolvente, que visem a inclusão social (Regulamento n.º 125/2011, pp. 8659). Por último, o regulamento assinala que os enfermeiros especialistas maximizam “*a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa*” (Regulamento n.º 125/2011, pp. 8658). Para tal, devem desenvolver atividades que permitam potenciar as capacidades funcionais de uma pessoa, através da interação com a mesma, no sentido de garantir o melhor desempenho motor e cardiorrespiratório possível e fomentar o rendimento e o desenvolvimento pessoal (Regulamento n.º 125/2011). Neste contexto, os princípios e fundamentos da enfermagem de reabilitação aplicam-se em todos os níveis de cuidados, são essenciais na promoção da qualidade em todos os setores da saúde e têm um papel orientador para outras especialidades (Hoeman, 2011).

Como já observado anteriormente, a melhoria dos processos terapêuticos e das condições socioeconómicas influenciaram os índices de mortalidade e morbilidade, conduzindo ao aumento da esperança média de vida com consequente aumento de pessoas idosas dependentes com comorbilidades (Afshar et al., 2015; R. Carneiro et al., 2012; Chi et al., 2017; Kapahi et al., 2010; Nunes, 2017; OMS, 2017; Petronilho et al., 2017). Deste modo, urge que o EEER tenha um papel preponderante num espectro de cuidado cada vez mais abrangente, inovador, individualizado e personalizado. O ER, como profissional de saúde diferenciado e especializado, dá assistência a pessoas com incapacidades,

visando obter ou manter a maximização das capacidades funcionais e um nível de saúde e bem-estar ótimos, não se limitando a seguir planos de cuidados medicamente *standardizados* (S. P. Hoeman, 2011). Uma avaliação individualizada e intervenções baseadas nos padrões e nos sistemas funcionais de saúde tornam-se essenciais para enfrentar, não só as múltiplas situações crónicas ou incapacitantes, mas também as novas tendências de comorbilidades ou estadios secundários das doenças (S. P. Hoeman, 2011). Como refere Hesbeen (2001), a reabilitação não pode ser definida através do modelo clássico das especialidades médicas, apesar de ser uma delas. O EEER não se guia apenas pela sofisticação técnica, mas pelo espírito que coloca em todo o processo de reabilitação, permitindo-lhe mudar a sua visão dos factos e ajustá-la para novas perspetivas, tendo em vista uma atuação humanizada (Hesbeen, 2001). O mesmo autor (2001) refere que, partindo do pressuposto que a desvantagem em termos absolutos não existe e que esta é resultado de determinados obstáculos que a pessoa enfrenta em determinado ponto da sua vida, poder-se-ia definir reabilitação como *“ciência e arte da gestão dos obstáculos potencialmente geradores de desvantagem”* (Hesbeen, 2011, pp. 52). O enfermeiro de reabilitação auxilia a pessoa a adaptar-se a estilos de vida, ao mesmo tempo que fornece um ambiente terapêutico para a sua família (Camicia et al., 2014). Da mesma forma, atua educando doentes e famílias, habilitando-os a tornarem-se autoridades da sua própria saúde (Camicia et al., 2014). Assim, o EEER projeta e implementa estratégias de tratamento baseadas nas teorias científicas de enfermagem relacionadas com o autocuidado, promovendo a saúde física, psicossocial e espiritual (Camicia et al., 2014; Hesbeen, 2001). A relação terapêutica que o mesmo estabelece baseia-se na negociação de objetivos de longo prazo com a pessoa, com problemas de saúde únicos, que não se traduzem nos diagnósticos médicos e num contexto sociocultural que deve ser considerado (Camicia et al., 2014). No fundo, é uma área que prima pela máxima funcionalidade e melhoria da qualidade de vida, não podendo ser encarada como uma área de último recurso (Camicia et al., 2014; Sampaio et al., 2017).

O panorama futuro é marcado por doenças de cariz duradouro, progressão lenta e incapacitante (Ferrer-Arnedo et al., 2014; Jia & Lubetkin, 2016; Pefoyo et al., 2015). São condições que levam a limitações na qualidade de vida dos indivíduos afetados e dos seus familiares e cuidadores, causando forte impacto económico e financeiro nas famílias, nas comunidades e na sociedade (Ferrer-Arnedo et al., 2014; Pefoyo et al., 2015). Assim,

considera-se que as doenças crônicas presumem para o indivíduo algum problema de saúde, relacionado com sua capacidade de enfrentar ou adaptar-se às condições, o que transcende o conceito de adoecimento e que afeta a sua vida diária, pressupondo que a doença gera novos desafios e experiências diferentes a nível individual (Hesbeen, 2001). Isto envolve readaptações no quotidiano e significa que ao definir novos paradigmas que contemplem a cronicidade e a forma como afeta a pessoa, seja tido em conta a experiência individual ao propor diferentes abordagens (Ferrer-Arnedo et al., 2014; Hesbeen, 2001; S. P. Hoeman, 2011). Torna-se indispensável repensar a importância de prestar um serviço personalizado, individualizado, orientado para cada uma das experiências, valores, desejos e capacidades de cada pessoa e que contempla o indivíduo como centro do processo, na procura por um resultado tangível (Ferrer-Arnedo et al., 2014; Hesbeen, 2001; Sampaio et al., 2017). Neste contexto, um dos desafios da Enfermagem de Reabilitação nos dias de hoje, passa pela efetiva afirmação dos profissionais especializados nesta área, através da obtenção de ganhos mensuráveis em saúde, que demonstrem de forma inequívoca a mais-valia destes elementos na prestação de cuidados e na gestão das unidades prestadoras de cuidados (J. Santos, 2017).

Neste pressuposto e na perspetiva da corrente transição demográfica e epidemiológica, considera-se o fenómeno do autocuidado, face ao envelhecimento e à prevalência de comorbilidades, aspetos fundamentais para a produção de evidência sobre modelos de intervenção do EEER, que se traduzam em respostas de saúde sustentáveis, válidas e adequadas às necessidades da pessoa nesta condição.

2.1.5. Revisão Sistemática da Literatura

A Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental na sociedade contemporânea na resposta à instalação de novos paradigmas de doença crónica e dependência, induzidos pelo envelhecimento demográfico e o advento de grande número de comorbilidades associadas (Camicia et al., 2014; Fabbri et al., 2015; Ferrer-Arnedo et al., 2014). Levou-se a cabo uma revisão sistemática da literatura com o intuito de determinar os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em relação às pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade. Os indicadores de

saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação refletem a forma como estes enfermeiros contribuem para a saúde da população de forma a obter ganhos em saúde.

Para a avaliação e discussão dos resultados do estudo foi utilizado o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015, 2015) e a estrutura de qualidade proposta por Donabedian (2005). Os padrões de qualidade possibilitam a promoção de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015). Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem produzem-se na mesma linha da estrutura de qualidade descrita por Donabedian (2005). Este modelo relaciona variáveis da pessoa, variáveis dos enfermeiros e variáveis organizacionais (Donabedian, 2005) Perante isto, os resultados da prestação de cuidados de enfermagem individualizados e direcionados para as necessidades das pessoas, advêm de fatores de experiência e organizacionais, do conhecimento científico e determinantes da saúde com resultado no impacto a nível do autocuidado, funcionalidade, controle sintomático, segurança/ocorrência adversas, bem como na satisfação da pessoa (Donabedian, 2005).

Indicadores Sensíveis aos cuidados de Reabilitação

A disciplina de enfermagem desenvolve-se nos processos humanos de viver e morrer, constatando que o ser humano se relaciona constantemente com o seu ambiente. Segundo Chibante e colaboradores (2016), os cuidados de Enfermagem promovem a autonomia da pessoa, previnem a doença, promovem os processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e ainda a máxima independência na realização das atividades de vida. Os indicadores são “*concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população*” (OE, 2007, pp. 2). Neste contexto, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) constituem uma área de intervenção especializada com conhecimentos e procedimentos específicos (Regulamento n.º 350/2015). Assim, indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação definem-se por fatores ou variáveis quantitativas ou qualitativas, com intuito de mensurar de forma fidedigna, as mudanças relacionadas com intervenções na promoção do diagnóstico precoce, ações preventivas e maximização

funcional (Regulamento n.º 350/2015). As alterações positivas a nível destes indicadores, promovem a capacidade funcional da pessoa, previnem incapacidades, melhoram as funções residuais, mantêm ou melhoram a independência nas atividades de vida e minimizam o impacto das incapacidades instaladas (Regulamento n.º 125/2011; Regulamento n.º 350/2015). Os indicadores viabilizam a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e o reconhecimento de oportunidades de melhoria (Regulamento n.º 350/2015, 2015).

Funcionalidade

Adotou-se o conceito de funcionalidade da Classificação Internacional de Funcionalidade (OMS, 2004), por agrupar diferentes domínios da pessoa com uma determinada condição de saúde. A funcionalidade abrange todas as funções do corpo, atividades e participação. De forma semelhante, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (WHO, 2004).

Metodologia

A revisão sistemática de literatura foi iniciada com a formulação da questão de partida com base na estratégia PI[C]OS (Joanna Briggs Institute, 2014): Em relação às pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade (P), quais os indicadores sensíveis (O) aos cuidados de enfermagem de reabilitação (I)? Foram definidos critérios de seleção dos estudos para orientar a pesquisa e selecionar a literatura de relevante interesse, tendo em conta os resultados pretendidos e a questão formulada. Como critérios de inclusão privilegiaram-se estudos no âmbito da pessoa dependente no autocuidado, com comorbilidade. A nível dos participantes (P) incluíram-se pessoas adultas (maiores de 18 anos) e no que se refere à intervenção (I), contemplaram-se as ações de enfermagem nos diversos contextos de cuidados, que se enquadrem nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A nível dos indicadores (O), foram incluídos os estudos que apontassem os indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem e em relação ao desenho (S) foram incluídos os de metodologia quantitativa e qualitativa. Além destes, foram critérios de inclusão: artigos com texto integral; artigos com referências disponíveis; artigos revistos por pares e artigos com data de publicação no intervalo cronológico entre 2012 e 2017, dado que a literatura recomenda a inclusão

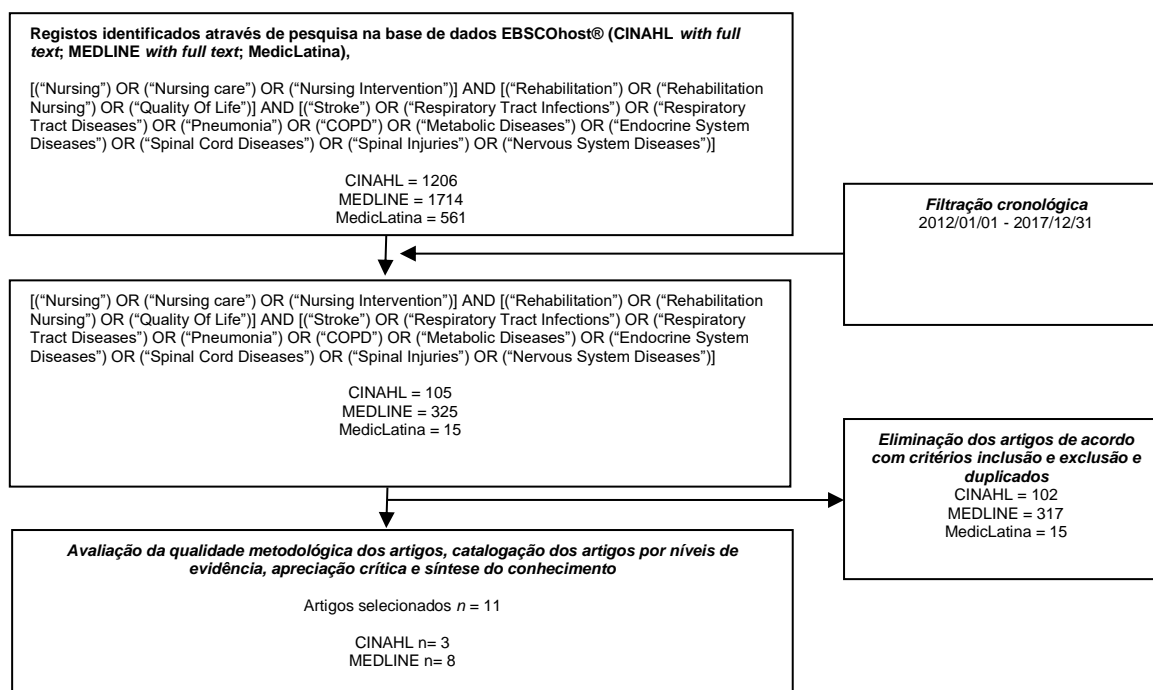
da mais atual evidência, que corresponde aos últimos 5 anos (Guyatt & Rennie, 2002). Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos em que os participantes não reunissem os critérios necessários, artigos com metodologia pouco clara e artigos duplicados. Foram também excluídos artigos em línguas que não fossem Português, Francês, Inglês e Espanhol.

A pesquisa foi projetada de forma ampla mas ao mesmo tempo com o objetivo de obter resultados altamente sensíveis à temática em estudo. Para tal utilizou-se a plataforma de pesquisa EBSCOhost, nas bases de dados: CINAHL with full text; MEDLINE with full text e MedicLatina. Após a seleção das palavras-chave, procedeu-se à validação como descritores no motor de busca Medical Subject Headings. Foi utilizada a seguinte fórmula Booleana: [(Nursing OR Nursing care OR Nursing Intervention) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation Nursing OR Quality Of Life) AND (Stroke OR Respiratory Tract Infections OR Respiratory Tract Diseases OR Pneumonia OR COPD OR Metabolic Diseases OR Endocrine System Diseases OR Spinal Cord Diseases OR Spinal Injuries OR Nervous System Diseases)].

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada por dois investigadores, através das ferramentas recomendadas pelo Joanna Briggs Institute (2014), em que somente foram incorporados aqueles que obedeciam a mais de 50% dos critérios de qualidade. Todos os artigos foram analisados por dois autores e, quando necessário, confirmados por um terceiro. Para avaliar os níveis de evidência dos artigos, definiram-se sete níveis de evidência de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2015, pp.12): “*Nível I - Evidência obtida de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios controlados randomizados relevantes*”; *guidelines* clínicas baseadas em revisões sistemáticas ou meta-análises; “*Nível II – Evidência obtida de ensaios controlados randomizados bem desenhados*”; “*Nível III – Evidência obtida de ensaios controlados sem randomização*”; “*Nível IV - Evidência obtida de casos-controlo e estudos de coorte bem desenhados*”; “*Nível V – Evidência obtida de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos*”; “*Nível VI – Evidência de estudos descritivos ou qualitativos individuais*”; Nível VII - Evidência obtida da opinião de autoridades e/ou peritos. Esta classificação não pretende definir ordens de importância, mas sim identificar os diferentes tipos de produção de conhecimento implícitos. Posteriormente os dados foram colhidos e

discutidos por dois investigadores independentes de forma a gerar concordância. Este processo baseou-se nas diretrizes de Joanna Briggs Institute (2014), tendo sido adaptado e construído um formulário de extração de dados e uma tabela de documentação de dados padronizada. Por último levou-se a cabo a síntese de dados, com o objetivo de sumariar a narrativa dos dados. Duas tabelas síntese foram contruídas: a primeira fazendo a descrição dos estudos e a segunda fazendo a síntese dos resultados. A união das duas tabelas deu origem a apenas uma que dispõe a síntese dos estudos. As tabelas síntese foram contruídas em conjunto pelos investigadores. Após análise da qualidade metodológica através dos instrumentos preconizados, foram selecionados para inclusão na RSL, 11 artigos: 3 artigos da CINAHL Plus with Full Text (EBSCOhost® via Ordem dos Enfermeiros) 8 da MEDLINE with Full Text (EBSCOhost® via Ordem dos Enfermeiros). O percurso metodológico levado a cabo encontra-se resumido na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do percurso metodológico



Resultados

Foram identificados 30 indicadores sensíveis aos cuidados de ER em relação à pessoa dependente no autocuidado com comorbilidade. Da síntese qualitativa dos indicadores, foram observadas melhorias ao nível das variáveis: Readaptação e Reeducação funcional; Bem-estar e Autocuidado; Controlo de Sintomas; Prevenção de Complicações; Apoio Psicológico; Satisfação do Cliente; Utilização dos Serviços de saúde; Qualidade de Vida; Promoção da Inclusão Social; Autogestão da Doença e Promoção da Saúde. De forma a resumir os resultados da pesquisa, elaborou-se a Tabela 1, que compreende a síntese de resultados da relação entre os indicadores sensíveis aos cuidados de reabilitação e as variáveis de resultado.

Tabela 1 - Relação entre as variáveis de resultados e os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação

Variáveis	Indicadores
Readaptação Funcional/Reeducação Funcional	<ul style="list-style-type: none">• Diminuição dispneia (X. Liu et al., 2014)• Aumento da função pulmonar (X. Liu et al., 2014)• Aumento de habilidades motoras (Isabel & Silva, 2016)• Aumento da atividade física (Predeger, O'Malley, Hendrix, & Parker, 2014; Shepherd & While, 2012)• Aumento da função física (Cadilhac et al., 2014; Isabel & Silva, 2016; Predeger et al., 2014; Shepherd & While, 2012; Xian-Liang Liu et al., 2014)• Aumento da capacidade funcional (Beauchamp, Evans, Janaudis-Ferreira, Goldstein, & Brooks, 2013)• Aumento da função cognitiva (Cadilhac et al., 2014; Shepherd & While, 2012)
Bem-estar e Autocuidado	<ul style="list-style-type: none">• Comportamento de autocuidado (Abredari et al., 2015)• Aumento da confiança (Predeger et al., 2014)• Aumento da vitalidade (Cadilhac et al., 2014)• Aumento da performance nas AVD's (Cadilhac et al., 2014)• Aumento da qualidade do sono (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015)• Aumento da independência funcional (Buijck et al., 2014)• Bem-estar (Shepherd & While, 2012)
Controlo de Sintomas	<ul style="list-style-type: none">• Diminuição da dor (Cadilhac et al., 2014)• Diminuição da fadiga (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015)• Diminuição dos sintomas depressivos (Buijck et al., 2014)
Prevenção de Complicações	<ul style="list-style-type: none">• Diminuição de readmissão hospitalar (X. Liu et al., 2014)• Diminuição da mortalidade (Cadilhac et al., 2014; Shepherd & While, 2012)• Diminuição de complicações (Cadilhac et al., 2014)
Apoio psicológico	<ul style="list-style-type: none">• Diminuição da ansiedade (Cadilhac et al., 2014; Shepherd & While, 2012)
Satisfação do cliente	<ul style="list-style-type: none">• Aumento da satisfação (Cadilhac et al., 2014; Dieperink et al., 2017)
Utilização dos serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Diminuição tempo de internamento (Cadilhac et al., 2014; Xian-Liang Liu et al., 2014)
Qualidade de Vida	<ul style="list-style-type: none">• Aumento da qualidade de vida (Cadilhac et al., 2014; Powden, Hoch, & Hoch, 2017; Shepherd & While, 2012; Xian-Liang Liu et al., 2014)• Aumento da saúde geral (Cadilhac et al., 2014)
Promoção da inclusão social	<ul style="list-style-type: none">• Aumento da função social (Cadilhac et al., 2014; Predeger et al., 2014)
Autogestão da doença	<ul style="list-style-type: none">• Locus de controlo interno de saúde (Abredari et al., 2015)• Estratégias de <i>coping</i> (Dieperink et al., 2017)
Promoção da saúde	<ul style="list-style-type: none">• Conhecimento (Isabel & Silva, 2016)• Educação (Abredari et al., 2015)

Conclusão

No nosso estudo foram identificados 30 indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, à pessoa dependente no autocuidado com comorbilidade, que consideramos passíveis de associar a variáveis de resultado identificadas por Doran (2011) e aos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2015a): Readaptação e Reeducação funcional, Bem-estar e Autocuidado, Controlo de Sintomas, Prevenção de Complicações, Apoio Psicológico, Satisfação do cliente, Utilização dos serviços de saúde, Qualidade de Vida, Promoção da Inclusão Social, Autogestão da doença e Promoção da saúde.

2.2. JUSTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Dado o enquadramento prévio, deve reconhecer-se, que as sociedades mundiais e a portuguesa em particular, enfrentam marcadas transformações que certamente redefinirão, por parte dos sistemas de saúde, a oferta de serviços (Ferrer-Arnedo et al., 2014; ONU, 2015). Os paradigmas da cronicidade e das múltiplas comorbilidades, representam custos a nível individual, familiar, profissional, social e económico, elevando-se o número de pessoas em situação de dependência e vulnerabilidade, que se veem diminuídas na sua qualidade de vida (Fabbri et al., 2015; Ferrer-Arnedo et al., 2014; Jia & Lubetkin, 2016). Crê-se que deve existir uma integração na resposta dos cuidados de saúde, baseada numa visão global de cuidados, onde a pessoa se torna o núcleo da tomada de decisão, sustentada por uma equipa transdisciplinar, transversalmente a todo o seu ciclo de vida (Lopes et al., 2016). Neste sentido, a Enfermagem de Reabilitação, disciplina que integra dimensões físicas, psicológicas, sociais, morais e profissionais, que se norteia através da capacitação da pessoa e maximização da sua funcionalidade ao longo da vida (Regulamento n.º 125/2011) insere-se, com obrigatoriedade, no leque de respostas médico-sociais (Hesbeen, 2001), que se pretendem no ciclo que se avizinha. Neste enquadramento, adotou-se uma estratégia profissional de intervenção fundamentada na teoria do défice de autocuidado de Orem (2001), na teoria da relação enfermeiro-utente de Lopes (2006), no modelo da qualidade de cuidados de Donabedian (2005) e no

conceito de funcionalidade da CIF (OMS, 2004). Esta estratégia pressupõe uma investigação dos ganhos em saúde, sensíveis às intervenções do EEER, numa amostra de conveniência selecionada pelos autores, com a finalidade do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências de mestre, segundo os regulamentos que as designam. Pretendeu-se traduzir, através de ganhos em saúde, o contributo dos cuidados de enfermagem de reabilitação na saúde das populações, de forma a colaborar para a melhoria contínua da qualidade dos enfermeiros desta especialidade e dos cuidados por eles prestados (Regulamento n.º 350/2015)

Estando a dependência no autocuidado identificada como um fator modificável, a sua melhoria é considerada como uma estratégia bem-sucedida, numa perspetiva de qualidade dos cuidados de enfermagem (Petronilho, 2013). A avaliação da dependência no autocuidado, por um lado possibilita a melhoria da implementação de intervenções com vista a otimização da autonomia dos indivíduos e a autogestão da doença crónica e por outro permite uma avaliação mais rigorosa dos resultados decorrentes dos cuidados de saúde prestados aos indivíduos (Yu et al., 2010). Também o Regulamento n.º 350/2015, que define os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, nas categorias de Enunciados Descritivos (ED), salienta a importância do fenómeno do autocuidado, da dependência e comorbilidades no processo de cuidados. Traduzem exemplos, os enunciados seguintes:

“O respeito pela autonomia da pessoa no processo de reabilitação” (ED: A Satisfação do Cliente) (Regulamento n.º 350/2015, pp. 16657);

“A promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento” (ED: A Promoção da Saúde) (Regulamento n.º 350/2015, pp. 16657);

- *“O ensino, instrução e treino do cliente e pessoas significativas sobre técnicas que promovam o autocuidado e continuidade de cuidados nos diferentes contextos”* (ED: Bem-estar e autocuidado) (Regulamento n.º 350/2015, pp. 16657);

- “A identificação de necessidades específicas da pessoa no âmbito da funcionalidade e dos fatores facilitadores/inibidores para a realização de AVD’s de forma independente” (ED: Reeducação Funcional) (Regulamento n.º 350/2015, pp. 16658);

“O desenvolvimento de programas de Reabilitação, incluindo técnicas específicas, para os clientes com necessidades especiais, deficiência e doenças crónicas” (ED: Reeducação Funcional) (Regulamento n.º 350/2015, pp. 16658);

“Avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença sempre que ocorram alterações da funcionalidade e da capacidade para o autocuidado” (ED: Reeducação Funcional) (Regulamento n.º 350/2015, pp. 16657).

2.2.1. Finalidade

A estratégia implementada tem como finalidade avaliar os ganhos em saúde, dos cuidados de enfermagem de reabilitação, às pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidades. A ideia que se apresenta denota utilidade para um entendimento do fenómeno em estudo e através dos resultados e conclusões pretende-se legar contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A investigação da prática clínica dos enfermeiros contribui inevitavelmente para promover o desenvolvimento da profissão, permitindo discutir, clarificar e melhorar o exercício profissional. Existindo potencial para acrescentar elementos ao seu corpo de conhecimentos, promove-se o desenvolvimento da disciplina (Lopes, 2006).

2.2.2. Objetivos

Segundo Fortin (2006), num trabalho de investigação, os objetivos tem a finalidade de dirigir a pesquisa para uma metodologia adequada, por forma a obter a informação pretendida. Esta estratégia teve como objetivo geral avaliar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em pessoas dependentes com comorbilidade. Como objetivos específicos pretendeu-se avaliar a funcionalidade das pessoas

dependentes com comorbilidade associada e aprofundar e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação.

2.3. METODOLOGIA

Após a descrição e fundamentação da estratégia, os referenciais teóricos adotados e os objetivos propostos, passaremos à justificativa metodológica. Ao longo desta secção, abordaremos o tipo de estudo, contexto, instrumentos e técnicas de colheitas de dados, população e amostra e princípios éticos.

A estratégia de intervenção profissional levada a cabo realizou-se em contexto hospitalar, durante a unidade curricular Estágio Final, no período compreendido de 18 de Setembro de 2017 a 27 de Janeiro de 2018, no Serviço 1 de Reabilitação de Adultos, do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e no Serviço de Medicina 2 do Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.

A metodologia de cuidados utilizada baseia-se na teoria de médio alcance descrita por Lopes (2006) que relata duas fases distintas da relação entre enfermeiro e utente: fase de processo de avaliação diagnóstica e fase de intervenção terapêutica de enfermagem. Segundo o autor (2006), numa primeira fase o enfermeiro avalia a situação do doente, o conhecimento que tem, o que o preocupa, que estratégias e capacidades possui. Na fase de intervenção terapêutica abordam-se a gestão de informação e a gestão de sentimentos, materializando-se através das intervenções do enfermeiro, dirigidas ao doente e família, bem como à interface destes com o grupo e a instituição (Lopes, 2006). Esta metodologia está implícita também no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro), quando defende que uma metodologia de cuidados tem por fundamento *“uma interação entre enfermeiro e utente”* (pp. 2960) e atua com base num processo que envolve a identificação dos problemas de saúde, recolha de dados, formulação do diagnóstico de enfermagem, elaboração de planos de cuidados e execução dos cuidados e avaliação, permitindo que estes cuidados se tornem produtores de resultados em saúde (Donabedian, 2005).

Tendo por base que os modelos de prática profissional de enfermagem, facultam uma estrutura para a obtenção de resultados em saúde (Donabedian, 2005), de forma a favorecer ambientes que promovam uma prática profissional de qualidade (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2016), utilizou-se o modelo de autocuidado desenvolvido por Fonseca & Lopes (2014), baseado na Teoria de Dorothea Orem (2001), que utiliza os conceitos centrais de autocuidado, a capacidade funcional e capacidade conhecimento, sustentando-se no *continuum* da funcionalidade/incapacidade definido pela Classificação Internacional de Funcionalidade (OMS, 2004) e no modelo de qualidade de cuidados de Donabedian (2005). Neste âmbito definiu-se a pergunta de partida que conduziu esta investigação: “*Quais os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação a pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade?*”. O estudo foi conduzido através de entrevistas realizadas com os elementos que constituíram a amostra em estudo, selecionados dos contextos. No total, a amostra compôs-se de trinta pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidades que se distribuíram entre dois contextos de cuidados, Serviço de Reabilitação de Adultos 1 Esquerdo (SR1) do CMRA e o Serviço de Medicina 2 (SM2) do HESE, locais estes onde decorreu o estágio final. Procedemos a avaliações com instrumentos selecionados, no momento da admissão (M1) e no momento da alta (M2), das pessoas que preencheram os critérios de inclusão e que se mostraram disponíveis a responder ao questionário apresentado.

2.3.1. Tipo de Estudo

A opção metodológica recaiu numa abordagem quali-quantitativa, de forma a compreender o fenómeno de uma forma rica, através da precisão de dados quantitativos mas ao mesmo tempo valorizando as experiências dos participantes, no seu trajeto de reabilitação. A investigação quantitativa é um método de colheita de dados observáveis e quantificáveis, tem por objetivo contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos e oferece a oportunidade da generalização dos resultados, de os prever e controlar (Fortin, 2006). Por outro lado, o investigador utiliza a metodologia qualitativa quando tem interesse na compressão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, demonstrando “*a importância da compreensão do investigador e dos participantes, no processo de investigação*” (Fortin, 2006) Esta estratégia levou ao estudo das variáveis em questão, num determinado momento no tempo, pretendendo-se observar, num

período, fenómenos que influenciam um grupo de pessoas com determinados aspetos em comum (Fortin, 2006). Trata-se de aspetos de um fenómeno ainda pouco estudado, que se pretende caracterizar com maior profundidade. Assim, a aplicação de um instrumento de avaliação, tem o intuito de conhecer o impacto que as intervenções do EEER têm na pessoa, com um perfil e contexto específicos.

2.3.2. Contexto do Estudo

Optou-se por seguir a perspetiva disciplinar da enfermagem, em que o fenómeno do autocuidado e a dependência neste, representam um conceito central, não objetivando identificar pessoas, tradicionalmente a partir de diagnósticos médicos específicos. Desta forma, esta perspetiva está associada aos processos de saúde-doença e aos processos associados ao desenvolvimento, como seja o envelhecimento, onde a progressiva deterioração dos sistemas corporais é inevitável, particularmente nos sistemas neuro-músculo-esquelético (Ferrer-Arnedo et al., 2014; Petronilho, 2013). De acordo com os novos perfis demográficos e epidemiológicos, a combinação destas duas situações é recorrente (OMS, 2015; Petronilho et al., 2017). As instituições que serviram de base a esta estratégia de intervenção enriquecem as perspetivas de resultados obtidos a nível da ER, porque contam com estruturas orgânico-funcionais díspares, mas norteiam os seus cuidados no âmbito semelhante dos cuidados centralizados na pessoa, sua recuperação funcional e reintegração social (CMRA, 2015; HESE, 2017c). Assim, estas instituições cuidam de pessoas com diferentes graus de dependência, com duas ou mais doenças crónicas coexistentes, sendo as cerebrovasculares, respiratórias, metabólicas e lesões vertebro-medulares as mais prevalentes (CMRA, 2015; HESE, 2017b). Deste modo, o SR1 define a sua atuação na reabilitação de pessoas portadoras de deficiência de domínio físico, motor ou multideficiência, promovendo a máxima funcionalidade, valorizando e potenciando a funcionalidade de cada indivíduo (CMRA, 2015). O SM2 orienta a sua prática na prestação de cuidados de saúde diferenciados, garantindo um conduta humanizada, desempenho técnico-científico e eficaz e eficiente gestão de recursos (HESE, 2017b).

2.3.3. Instrumentos e Técnicas de Colheita de Dados

Segundo Fortin (2006), de forma a escolher o método de colheita de dados, o investigador deve ter em conta os objetivos que pretende atingir e adequar à obtenção dos seus objetivos, para que desta forma possa selecionar o método ou o instrumento para a colheita de dados. A recolha de dados foi realizada através da utilização dos instrumentos Elderly Nursing Core Set (ENCS) (Fonseca & Lopes, 2014) e a Medida de Independência Funcional (MIF) (DGS, 2011), para avaliação funcional em fases distintas. Para análise dos dados referentes ao instrumento ENCS (Fonseca & Lopes, 2014) e MIF (DGS, 2011), será utilizado o programa informático de análise estatística, Statistical Package for the Social Sciences, versão 24.0.

Elderly Nursing Core Set (ENCS)

O principal instrumento de avaliação utilizado neste estudo foi o ENCS, que tem como objetivo avaliar a funcionalidade das pessoas e definir necessidades de cuidados de enfermagem, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade (OMS, 2004). A resposta a cada um dos itens faz-se através de escala 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%). O ENCS demonstra um *alpha* global de Cronbach de 0.950, o que traduz uma excelente fiabilidade para os 25 itens apresentados (Fonseca & Lopes, 2014). Por via da análise fatorial de componentes principais, apresenta uma variância total explicada de 66,46% kaiser-meyer-olkin (KMO) = 0.923, demonstrando a elevada correlação inter-itens da escala (Fonseca & Lopes, 2014). Serão medidas as seguintes dimensões: funções mentais (globais e específicas), dor, funções do aparelho cardiovascular, do aparelho respiratório, comunicação, autocuidados, mudar e manter a posição, transportar, mover e manusear objetos, andar e deslocar-se, relacionamentos pessoais e interpessoais (Fonseca & Lopes, 2014).

Notas de Campo

Durante as intervenções realizadas anotámos relatos das pessoas e dos profissionais, que considerámos importantes, tendo em vista uma melhor complementaridade na descrição e compreensão da análise e discussão dos resultados estatísticos. As notas de

campo referem-se a dados qualitativos que se reportam a expressões, sentimentos e opiniões das pessoas, face à sua experiência da reabilitação. Segundo Polit et al. (2004), as notas de campo podem ser descrições objetivas de eventos e conversas, registadas de maneira tão completa quanto possível.

Medida de Independência Funcional (MIF)

Complementou-se a avaliação dos participantes através da Medida de Independência Funcional (OMS, 2004). A MIF tem por objetivo avaliar a capacidade e incapacidade funcional e o desempenho da pessoa nas necessidades de cuidados para as funções motoras e cognitivas da vida diária (Lall, Irfan, Jayavelu, & Saxena, 2017). Trata-se de instrumento com a finalidade de avaliar independência funcional, independentemente dos défices apresentados pela pessoa (Lall et al., 2017). Os domínios da escala dividem-se em várias dimensões, detalhadamente os de predomínio motor: Autocuidados, Controle de esfíncteres, Mobilidade e Locomoção; e os de predomínio cognitivo: Comunicação e Cognição social. Cada item da escala pode ser pontuado de um a sete pontos, de acordo com o grau de dependência. A MIF total pode ser dividida em quatro *subscores*, de acordo com a pontuação total obtida: 18 pontos: dependência completa; 19 a 60 pontos: dependência modificada; 61 a 103 pontos: dependência modificada; 104 a 126 pontos: independência completa/modificada (Lall et al., 2017).

2.3.4. População e Amostra

A população é formada pelas pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade, internadas nas unidades de cuidados onde decorreu a unidade curricular Estágio Final, alvo de cuidados de reabilitação. Os participantes foram identificados e selecionados durante a unidade curricular Estágio Final, à medida que decorria o seu internamento nas respetivas unidades de saúde, procedendo-se à verificação prévia dos critérios de inclusão. No total, a amostra constitui-se de 30 pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidades, sendo 18 participantes do SR1 (60,0%) e 12 do SM2 (40,0%). A amostra caracteriza-se como não probabilística e de conveniência ou acidental (Fortin, 2006), uma vez que *“é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem aos critérios de inclusão precisos”* (Fortin, 2006, pp. 321). A amostra é constituída à medida que os indivíduos se apresentam até que o número pretendido se

atinga (Fortin, 2006). Como critérios de inclusão, definiu-se que os participantes seriam pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidades, com idade igual ou superior a 18 anos, com características que enriquecessem a amostra de investigação e após consentimento livre e esclarecido, autorizassem a sua participação.

2.3.5. Princípios éticos

A investigação nas disciplinas científicas abarca aspetos da atividade humana como os comportamentos, saúde dos indivíduos ou grupos, estilos de vida, entre outros (Fortin, 2006). Porém, qualquer que seja o motivo em estudo, a investigação deve alicerçar-se no respeito pelos direitos humanos (Fortin, 2006). Nas investigações científicas torna-se obrigatório considerar os seguintes princípios: obtenção de consentimento informado dos participantes; respeito pelas pessoas vulneráveis; respeito pelo sigilo das informações pessoais; respeito pela justiça e pela equidade e equilíbrio entre vantagens e inconvenientes (Momborg, 1998; Fortin, 2006).

Para a presente investigação, requereu-se o aval da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Área da Saúde e do Bem-Estar da Universidade de Évora, obtendo-se anuência a 18 de Janeiro de 2018 (Anexo I). Os participantes constituíram-se de forma voluntária e após terem sido cabalmente esclarecidos sobre a investigação, lhes ter sido fornecido tempo para exposição de dúvidas e lhes ter sido garantido que os dados recolhidos seriam usados apenas e exclusivamente para o estudo, sendo depois destruídos, procederam à assinatura do documento de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I) (Momborg, 1998; Fortin, 2006). Além disto, foram também explicados os procedimentos de tratamento e armazenamento dos dados, bem como a possibilidade da recusa ou interrupção da participação em qualquer momento do estudo (Momborg, 1998; Fortin, 2006). A identificação dos participantes foi realizada através de um código especificamente criado para este estudo, gerado de forma a não permitir a identificação do titular dos dados. Deste modo, a chave da codificação só é conhecida pelos investigadores, não sendo utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição desse tipo de dados (Momborg, 1998; Fortin, 2006)

2.4. RESULTADOS

Nesta secção passar-se-á à apresentação dos resultados de uma forma sucinta, em dados numéricos e decompostos para mais facilmente se proceder à sua interpretação e confrontação com outros trabalhos de investigação (Fortin, 2006). Primeiramente apresenta-se uma caracterização sociodemográfica da amostra e em seguida a caracterização da funcionalidade onde se dispõem os resultados avaliados pelo instrumento ENCS nos momentos de admissão (M1) e alta (M2), explicando e caracterizando as intervenções de Enfermagem de Reabilitação levadas a cabo nesse intervalo, associadas aos conceitos em estudo. Após esta caracterização, apresentar-se-á a avaliação realizada através da MIF (OMS, 2004) e os modelos estatísticos produzidos através do instrumento ENCS.

2.4.1. Caracterização Sociodemográfica

Na análise sociodemográfica, são avaliadas as variáveis de caracterização social [i.e., idade, sexo, estado civil, Índice de Massa Corporal (IMC) e escolaridade] e realiza-se uma análise das subamostras dos contextos específicos de cuidados (18 participantes do SR1 e 12 participantes do SM2) e do contexto geral da amostra (30 participantes).

Idade

A subamostra do SR1 é constituída por dezoito (18) pessoas de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 21 e 83 anos (*mínimo* = 21; *máximo* = 83) com a média de idades a situar-se nos 55,9 anos. Existe uma diferença de 62 anos entre o valor mais alto e mais baixo da variável (*intervalo* = 62). A dispersão, em termos médios, relativamente à média, situa-se nos 17,36 (*desvio padrão*). A moda é bimodal, com o valor de 62 anos. Relativamente a esta variável e de forma a facilitar a sua análise, procedeu-se à sua

recodificação em grupos etários⁶. Desta forma, a maioria das pessoas situa-se no escalão etário 59 a 68 anos (23,3%).

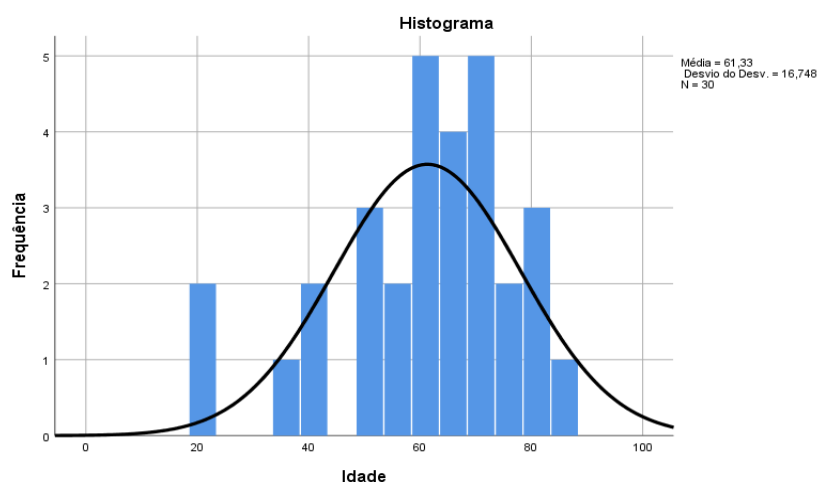
A subamostra do SM2 é constituída por doze (12) pessoas, com uma média de idades mais alta (*média* = 69,4 anos) e é igualmente constituída por pessoas de ambos os sexos, com idades que variam entre 50 e 88 anos (*mínimo* = 50; *máximo* = 88). Existe uma diferença de 38 anos entre o valor mais alto e mais baixo da variável (*intervalo* = 38). A dispersão, em termos médios, relativamente à média, situa-se em 12,43 (*desvio padrão*). A maioria das pessoas situa-se no escalão etário 69 a 78 anos (13,3%).

Tabela 2 - Caracterização das subamostras relativamente à variável idade e sexo

Contexto de cuidados	Sexo				Idade		Total	
	Feminino		Masculino		Média	Moda (Escalão etário)	n	%
	n	%	n	%				
<i>SRI (CMRA)</i>	5	27,8%	13	72,2%	55,9	59-68 Anos	18	60,0%
<i>SM2 (HESE)</i>	4	33,3%	8	66,7%	69,4	69-78 Anos	12	40,0%
TOTAL							30	100,0%

Relativamente à totalidade da amostra, a variável idade varia entre os 21 e os 88 anos, existindo uma diferença de 67 anos entre o valor mais elevado e o mais baixo desta variável (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição total da variável idade



⁶ A variável *idade* foi recodificada em nove escalões etários: 1. ≤ 18 anos; 2. 19 a 28 anos; 3. 29 a 38 anos; 4. 39 a 48 anos; 5. 49 a 58 anos; 6. 59 a 68 anos; 7. 69 a 78 anos; 8. 79 a 88 anos e 9. ≥ 89 anos.

A média total das idades é de 61,3, sendo que as idades mais frequentes (multimodal) são 53, 62, 67, 72 e 83 anos. A dispersão relativamente à média, em termos médios, é de 16,748 anos (desvio padrão). Através da leitura do histograma (Gráfico 5) observamos que a variável *idade* se distribui de uma forma próxima do normal. Assim, maioritariamente, as pessoas da amostra inserem-se no escalão etário dos 59 aos 68 anos (30,0%), seguindo-se as idades compreendidas entre 69 e 78 anos (23,3%), idades entre os 49 a 58 anos (16,7%), as idades entre 79 a 88 anos (13,3%), sendo que as idades entre 19 a 28 e 39 a 48 se situam na mesma percentagem (6,7 %) e a idade entre 29 e 38 compreende apenas uma pessoa da amostra (3,3%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização da amostra segundo a idade, por escalões etários

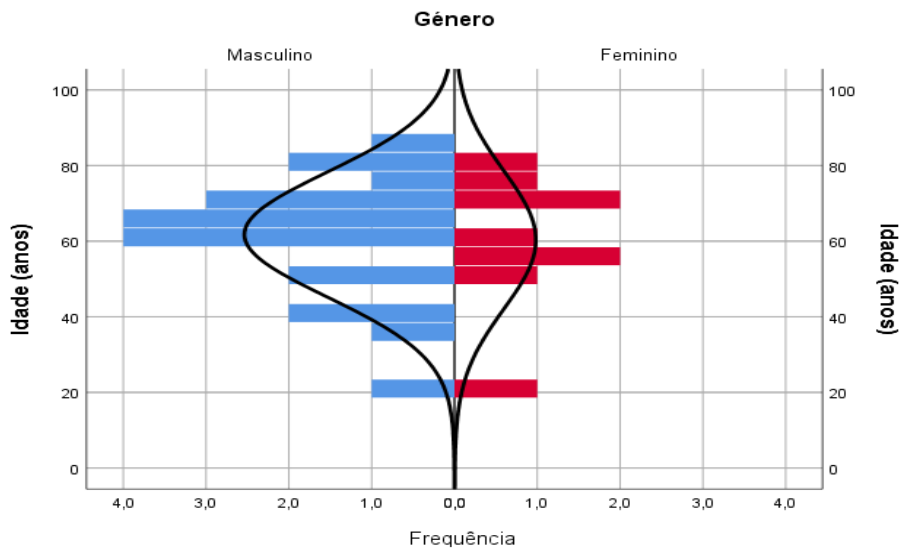
		<i>Escalões Etários</i>							<i>Total</i>
		<i>19-28</i>	<i>29-38</i>	<i>39-48</i>	<i>49-58</i>	<i>59-68</i>	<i>69-78</i>	<i>79-88</i>	
<i>Feminino</i>	<i>Freq.</i>	1	0	0	3	1	3	1	9
	<i>%</i>	11,1%	0,0%	0,0%	33,3%	11,1%	33,3%	11,1%	100%
<i>Masculino</i>	<i>Freq.</i>	1	1	2	2	8	4	3	21
	<i>%</i>	4,8%	4,8%	9,5%	9,5%	38,1%	19,0%	14,3%	100%
<i>Total</i>	<i>Freq.</i>	2	1	2	5	9	7	4	30
	<i>%</i>	6,7%	3,3%	6,7%	16,7%	30,0%	23,3%	13,3%	100%

Sexo

Relativamente ao sexo, na subamostra do SR1, participam treze (13) indivíduos do sexo masculino (72,2%) e cinco (5) do sexo feminino (27,8%). Especificamente, no SM2, fazem parte da amostra oito (8) indivíduos do sexo masculino (66,7%) e quatro (4) indivíduos do sexo feminino (33,3%). No total de amostragem, a maioria das pessoas é do sexo masculino (70,0%) sendo as restantes do sexo feminino (30,0%).

Para permitir uma melhor observação da amostra, foi feita uma análise bivariada total, entre as variáveis sexo e idade (Gráfico 6), podendo assim verificar-se maior distribuição de pessoas do sexo masculino à medida que a idade avança, em relação às pessoas do sexo feminino

Gráfico 6 - Distribuição total da amostra, quanto ao sexo e à idade



Estado Civil

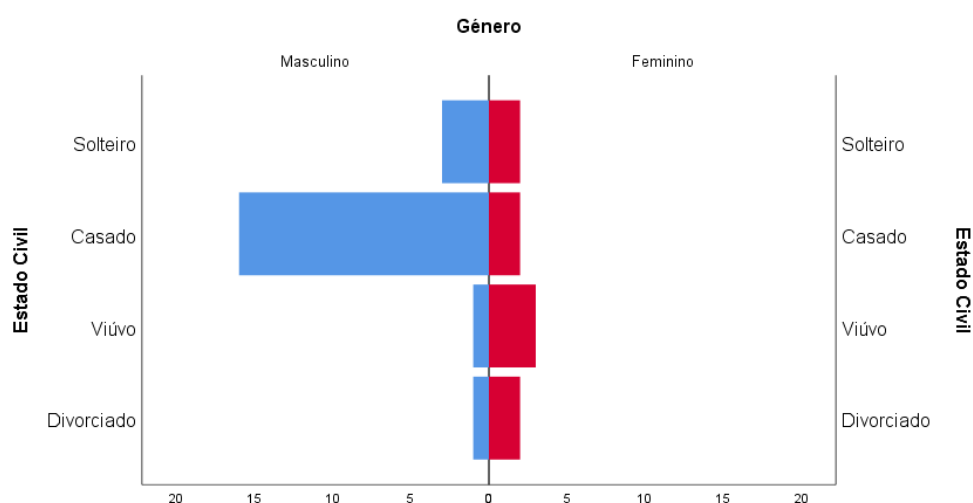
No que concerne ao estado civil, na subamostra do SR1, a maioria das pessoas é casada (61,1%), seguindo-se as pessoas solteiras (27,8%). Na subamostra do SM2, não existem pessoas na condição de solteiro, as pessoas casadas representam 58,3%, seguindo-se as pessoas viúvas (25%) e as pessoas divorciadas (16,7%).

No total da amostra, a maioria das pessoas é casada (60,0%), seguindo-se as pessoas solteiras (16,7%), as pessoas viúvas (13,3%) e as pessoas divorciadas (10,0%). Da análise da Tabela 4 e do Gráfico 7, podemos salientar que a amostragem masculina é maioritariamente casada (88,9%), enquanto a amostragem feminina é na sua maioria viúva (75,0%).

Tabela 4 - Caracterização total da amostra segundo o Estado Civil e o Sexo

	Estado Civil							
	Solteiro		Casado		Viúvo		Divorciado	
	(n=5; 16,7%)		(n=18; 60,0%)		(n=4; 13,3%)		(n=3; 10,0%)	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Feminino	2	40,0%	2	11,1%	3	75,0%	2	66,7%
Masculino	3	60,0%	16	88,9%	1	25,0%	1	33,3%
Total	5	100,0%	18	100,0%	4	100,0%	3	100,0%

Gráfico 7 - Distribuição total, segundo variáveis Sexo e Estado Civil



IMC

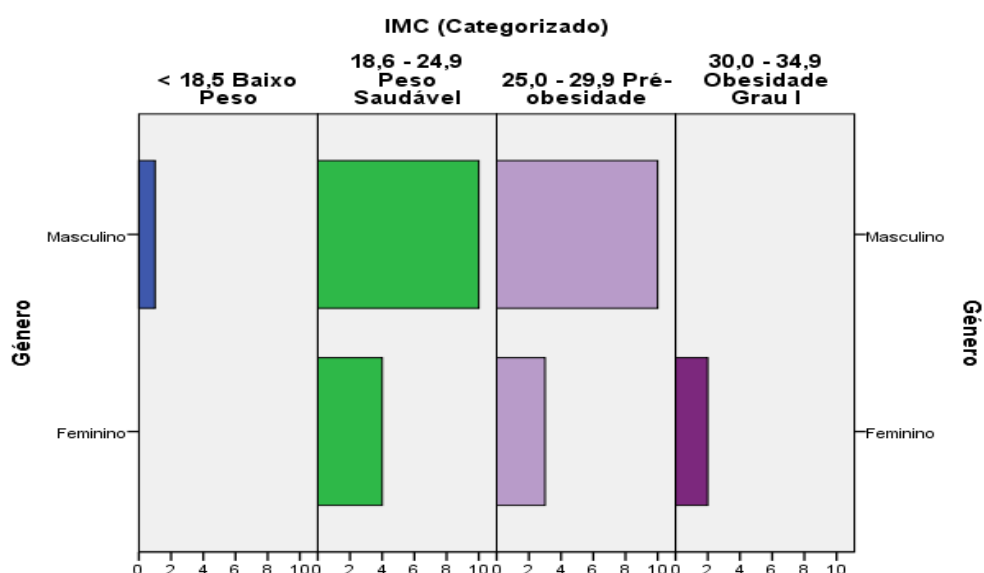
Relativamente ao IMC⁷, calculou-se com base na fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$. Na subamostra do SR1 verificaram-se valores de IMC entre 19,1 kg/m² e 33,7 kg/m², com a média de IMC a situar-se nos 25,73 kg/m² e desvio-padrão de 3,72. Os participantes situam-se maioritariamente na faixa de pré-obesidade (50,0%), seguindo-se pessoas com peso saudável (44,4%) e obesidade Grau I (5,6%).

⁷ Considera-se baixo peso o valor de IMC inferior a 18,5kg/m², peso saudável entre os 18,6 e 24,9 kg/m², pré-obesidade de 25 a 29,9 kg/m², obesidade grau I de 30,0 a 34,9 kg/m², obesidade grau II (severa) de 35,0 a 39,9 kg/m² e obesidade grau III (mórbida) $\geq 40,0$ kg/m² (OMS, 2000).

Quanto à subamostra do Serviço de Medicina 2, os valores de IMC situam-se entre os 17,8 kg/m² e 31,6 kg/m². O valor médio de IMC é de 24,68 kg/m² e o desvio-padrão de 4,09. Maioritariamente encontramos pessoas com peso saudável (50,0%), pessoas em pré-obesidade (33,3%) e pessoas com baixo peso (8,3%).

Na amostragem total, verificam-se valores entre 17,8 kg/m² e 33,7 kg/m² tendo como valor médio 25,31 kg/m² e desvio-padrão de 3,84. Desta forma a maioria da amostra apresenta peso saudável (46,7%), 43,3% das pessoas inserem-se na pré-obesidade e 6,7% das pessoas apresentam obesidade grau I. Apenas uma pessoa (3,3%) da amostra apresenta baixo peso (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição total da amostra segundo IMC e Sexo



Da análise da distribuição segundo o sexo e IMC compreende-se que apesar da frequência da amostragem feminina ser menor, é nesta parcela que encontramos pessoas na categoria de obesidade grau I (22,2%), enquanto a distribuição masculina se divide maioritariamente pelo peso saudável (47,6%) e pré-obesos (47,6%). Não existem participantes nas categorias obesidade grau II e obesidade grau III.

Tabela 5 - Caracterização total da amostra segundo o Sexo e o IMC

	<18,5 Baixo Peso		18,6 - 24,9 Peso Saudável		25,0 - 29,9 Pré- obesidade		30,0 - 34,9 Obe- sidade Grau I		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Fem.	0	0,0%	4	44,4%	3	33,3%	2	22,2%	9	100,0%
Masc.	1	4,8%	10	47,6%	10	47,6%	0	0,0%	21	100,0%
Total	1	3,3%	14	46,7%	13	43,3%	2	6,7%	30	100,0%

Escolaridade

Relativamente à escolaridade, no que diz respeito ao SR1 a maioria das pessoas refere ter feito o exame da 4ª classe (38,9%), 27,8% da subamostra completou o 9º ano ou equivalente, e 11,1% das pessoas possuem uma licenciatura. Neste contexto existe um participante (5,6%) que refere não saber ler nem escrever.

No SM2, semelhante ao contexto anterior, a maioria dos participantes refere ter feito o exame da 4º classe (41,7%), duas pessoas terminaram o ensino superior (16,7%), duas pessoas completaram o nono ano (16,7%), e outras duas pessoas referem ter frequentado a escola, mas não ter completado a 4ª classe (16,7%). Existe ainda um participante que completou o antigo 7º ano (8,3%).

Na totalidade da amostra (Tabela 6), salientam-se as pessoas que fizeram exame da 4ª classe (40,0%), seguindo-se as pessoas que completaram o 9º ano (23,3 %) e as pessoas que terminaram o ensino superior (13,3%). Nesta amostra também estão presentes pessoas que completaram o 7º ano (6,7%), pessoas que frequentaram a escola mas não completaram a 4º classe (6,7%) e pessoas que concluíram os estudos recorrendo ao ensino especial (3,3%).

Tabela 6 - Distribuição total segundo a variável escolaridade

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever	1	3,3	3,3
Frequentou a escola mas não sabe ler nem escrever	1	3,3	6,7
Frequentou a escola mas não completou a 4ª classe	2	6,7	13,3
Fez exame da 4ª classe	12	40,0	53,3
Completou o 9º ano (antigo 5º ano do curso geral do liceu)	7	23,3	76,7
Completou o antigo 7º ano (curso complementar do liceu)	2	6,7	83,3
Completou o ensino superior	4	13,3	96,7
Ensino especial	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	

Por outro lado, 6,7% da amostra é analfabeta, uma vez que esses indivíduos referem não saber ler nem escrever, tendo frequentado ou não a escola. Estamos perante um valor reduzido de analfabetos, tendo em conta os valores globais da amostra.

As Tabelas 7 e 8 resumem a caracterização sociodemográfica segundo as subamostras e a amostra total.

Tabela 7 - Resumo da caracterização sociodemográfica das subamostras

	<i>n</i> = 30	<i>Serviço Reabilitação de Adultos 1 Esquerdo, CMRA</i> <i>n</i> = 18	<i>Serviço de Medicina 2, HESE</i> <i>n</i> = 12
Idade	19-28	11,1%	-
	29-38	5,6%	-
	39-48	11,1%	-
	49-58	11,1%	23,1%
	59-68	38,9%	23,1%
	69-78	16,6%	30,7%
	79-88	5,6%	23,1%
Total	100%	100%	
Sexo	Masculino	72,2%	66,7%
	Feminino	27,8%	33,3%
	Total	100%	100%
Estado civil	Solteiro	27,8%	-
	Casado	61,1%	58,3%
	Viúvo	5,6%	25,0%
	Divorciado	5,6%	16,7%
	Total	100%	100%
IMC	Baixo Peso	-	8,3%
	Peso saudável	44,4%	50,0%
	Pré-obesidade	50,0%	33,3%
	Obesidade Grau I	5,6%	8,3%
	Total	100%	100%
Escolaridade	Não frequentou escola e não sabe ler	5,6	-
	Não frequentou escola mas sabe ler e escrever	5,6	-
	Não completou a 4ª classe	-	16,7
	Fez exame da 4ª classe	38,9	41,7
	Completou 9º ano ou equivalente	27,8	16,7
	Completou 7º ano ou equivalente	5,6	8,3
	Ensino superior	11,1	16,7
	Ensino completo na idade adulta	5,6	-
Total	100%	100%	

Tabela 8 - Resumo da caracterização sociodemográfica total da amostra

<i>Escalão Etário</i>	Moda
59 a 68 anos	$n = 9$ (30,0%)
<i>Sexo</i>	Moda
Masculino	$n = 21$ (70,0%)
<i>Estado Civil</i>	Moda
Casado	$n = 18$ (60%)
<i>Índice de Massa Corporal (IMC)</i>	Moda
18,6 – 24,9 Peso Saudável	$n = 14$ (46,7%)
<i>Nível de Escolaridade</i>	Moda
Fez exame da 4 ^o classe	$n = 12$ (40%)

2.4.2. Caracterização da Funcionalidade

Como descrito anteriormente, no pressuposto da implementação da estratégia de intervenção profissional, levada a cabo no contexto da unidade curricular Estágio Final, perspetivando a obtenção de ganhos em saúde que demonstrem sensibilidade aos cuidados de ER na amostra selecionada, utilizou-se determinado enquadramento metodológico. A prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação teve por base a metodologia de cuidados, baseada na teoria de médio alcance de Lopes (2006), que define uma relação terapêutica criada entre enfermeiro e utente, consumada em duas fases: fase de processo de avaliação diagnóstica e fase de intervenção terapêutica de enfermagem. Esta metodologia é suportada pelo carácter científico dos cuidados de enfermagem, como descrito no REPE (Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro). Assim, a prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação designou uma primeira fase de avaliação da situação global da pessoa, dos conhecimentos que esta detinha, preocupações, estratégias e capacidades (Lopes, 2006). Nesta fase identificaram-se problemas de saúde em geral e de Enfermagem de Reabilitação em particular no indivíduo, família/cuidador e comunidade (Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro). Foram recolhidos e apreciados dados sobre cada situação que se apresentou, formularam-se diagnósticos de enfermagem e elaboraram-se planos para a prestação de cuidados de enfermagem de Reabilitação (Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro). Na fase de intervenção terapêutica englobam-se as intervenções do enfermeiro, dirigidas ao doente e família, bem como à interface destes com o grupo e a instituição (Lopes, 2006). Esta fase materializa-se também através

da gestão de sentimentos e gestão de informação (Lopes, 2006). Neste ponto efetuaram-se correta e adequadamente os cuidados e intervenções necessárias, realizando no final, uma avaliação dos cuidados de ER prestados e a reformulação das intervenções (Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro). Neste contexto, através da metodologia utilizada, apresentam-se os resultados de funcionalidade, avaliados com o instrumento ENCS (Fonseca & Lopes, 2014), ao nível dos conceitos de *autocuidado*, *aprendizagem e funções mentais*, *comunicação e relação com amigos e cuidadores*, nas fases M1 e M2 da estratégia implementada, nos contextos onde decorreu a intervenção (SR1 e SM2). De acordo com a descrição de ambos os contextos, exposta na fase inicial deste documento, o SR1 e o SM2 diferem em termos das suas filosofias, população alvo e causas de internamento. Desta forma, a intervenção do EEER no contexto do SR1 foi tendencialmente dirigida para a reabilitação de funções sensoriomotoras, cognitivas e treino de autocuidados, enquanto no SM2 se dirigiu preferencialmente para a reabilitação de patologias respiratórias. Não obstante a estratégia ter sido guiada por um processo de prestação de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, centrado na teoria de Orem (2001) sobre as necessidades de autocuidado, para uma melhor descrição das ações levadas a cabo no conceito de *autocuidado*, são descritos e fundamentados os cuidados de ER segundo as patologias prevalentes em cada contexto. Far-se-á a descrição das intervenções que se direcionam preferencialmente para ganhos nos autocuidados ou intervenções que visam ganhos no que respeita aos focos específicos do EEER. Nos restantes conceitos (*aprendizagem e funções mentais*, *comunicação e relação com amigos e cuidadores*), serão descritas as intervenções em função do serviço, apresentando as relações que se podem estabelecer com a evidência científica existente.

Análise da Sensibilidade, Fidelidade e Validade do ENCS

A avaliação através do instrumento Elderly Nursing Core Set, efetuou-se a partir de 25 códigos selecionados e extraídos da CIF, que evidenciam comunalidades (h^2) superiores a 0.5. O ENCS permite a avaliação dos conceitos de *autocuidado*, *aprendizagem e funções mentais*, *comunicação e relação com amigos e cuidadores*.

A avaliação do instrumento quanto à fidelidade, para a estratégia implementada, executou-se pelo método *alfa de Cronbach*⁸, calculando-se a consistência interna para o total de conceitos e, em seguida, para cada um dos conceitos constituintes. Para os 25 itens, o *alpha* global foi de 0,940, o que significa uma excelente consistência interna. Utilizou-se também este método para os quatro conceitos integrantes, sendo o conceito de *Autocuidado*, o que apresenta um *alpha* mais elevado ($\alpha = 0,940$), demonstrando uma consistência interna muito boa. Os conceitos de *Aprendizagem e Funções Mentais* e *Comunicação*, apresentaram uma boa consistência interna ($\alpha = 0,731$; $\alpha = 0,772$) enquanto o último conceito de *Relação com Amigos e Cuidadores* apresenta uma consistência aceitável ($\alpha = 0,572$).

Tabela 9 - Coeficientes *alpha de Cronbach* para a escala e por conceito

Conceitos	Itens	Alpha Cronbach
<i>Autocuidado</i>	12	0,940
<i>Aprendizagem e Funções Mentais</i>	6	0,731
<i>Comunicação</i>	4	0,772
<i>Relação com amigos e cuidadores</i>	3	0,572
GLOBAL	25	0,940

Os quatro conceitos adotados explicam 75,53% da variância total. Relativamente a este aspeto pode referir-se que uma maior percentagem de variância explicada induz maior diferenciação, sendo que os quatro conceitos têm associado um grau de importância decrescente. O conceito de *Autocuidado* está associado a elementos sobre aspetos funcionais relacionados com os cuidados da pessoa para exercer a sua vida e manter a sua saúde, com uma maior percentagem de variância total (32,827%). Através do teste de *Kayser-Meyer-Olkin*⁹ foi verificado o valor de $KMO = 0,870$, que face à recomendação

⁸ O *alpha de Cronbach* fornece a medida da consistência interna de uma escala, expressando-se como um número entre 0 e 1. A consistência interna descreve a extensão em que todos os itens num teste medem o mesmo conceito ou constructo estando conectado à inter-relação dos itens dentro do teste. A consistência interna deve ser determinada antes que um teste possa ser empregado para fins de pesquisa ou exame, a fim de garantir a validade (Tavakol & Dennick, 2011).

⁹ A adequação da amostra é medida pelo teste Kaiser-Meyer-Olkin. A amostragem é adequada ou suficiente se o valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) for maior que 0,6 (Kaiser 1974; Pallant, 2013).

da análise fatorial é um bom valor. Segundo o teste de esfericidade de *Bartlett*¹⁰, tem-se um valor de $p < 0,001$, pelo que se conclui que as variáveis estão correlacionadas significativamente. O segundo conceito constitui-se por variáveis que avaliam a orientação, atenção, memória e consciência, designando-se como conceito de *Aprendizagem de Funções Mentais*, com uma variância de 20,946% da variância total. Relativamente às recomendações face à análise fatorial, observa-se que é boa ($KMO = 0,821$) e que as variáveis se encontram correlacionadas significativamente (teste de esfericidade de *Bartlett's* com $p < 0,001$). Relativamente ao terceiro conceito, designado de *Comunicação*, enquadra elementos relacionados com o diálogo, nomeadamente falar e conversar, explicando 19,437% da variância total. Segundo os testes aplicados, pode observar-se que a recomendação face à análise fatorial é boa ($KMO=0,794$) e que as variáveis estão correlacionadas significativamente (teste de esfericidade de *Bartlett's* com $p < 0,001$). Por último, o quarto conceito, está associado a aspetos relacionados com cuidadores e amigos, pelo que se adotou a designação *Relação com Amigos e Cuidadores*, explicando 7,042% da variância total. A recomendação face à análise fatorial volta a ser boa ($KMO = 0,686$) e as variáveis que compõem o conceito estão relacionadas significativamente entre si (teste de esfericidade de *Bartlett's* com $p < 0,001$). Após esta análise observa-se que os aspetos relacionados com o *Autocuidado* se destacam dos restantes, sendo os que mais variam no comportamento das pessoas da amostra. A Tabela 10 resume a análise da sensibilidade, fidelidade e validade.

¹⁰ O teste de esfericidade de Bartlett mede a normalidade multivariada do conjunto de distribuição. Esse teste também verifica a hipótese nula de que a matriz de correlação original é uma matriz de identidade. O valor significativo inferior a 0,05 indica que esses dados não produzem uma matriz de identidade e, portanto, são aproximadamente normais e aceitáveis para análise posterior (Pallant, 2013).

Tabela 10 - ENCS, via análise fatorial de componentes principais

Indicadores	Conceitos				
	<i>Autocuidado</i>	<i>Aprendizagem e Funções Mentais</i>	<i>Comunicação</i>	<i>Relação com Amigos e Cuidadores</i>	
Lavar-se (d510)	0,857				
Vestir-se (d540)	0,855				
Cuidar de parte do corpo (d520)	0,842				
Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465)	0,841				
Andar (d450)	0,829				
Realizar a rotina diária (d230)	0,814				
Manter a posição do corpo (d415)	0,801				
Manter a posição básica do corpo (d410)	0,798				
Cuidados relacionados com o processo de excreção (d530)	0,794				
Utilização da mão e do braço (d445)	0,742				
Beber (d560)	0,689				
Comer (d550)	0,673				
Funções Emocionais (b152)		0,822			
Funções da Orientação (b114)		0,815			
Funções da atenção (b140)		0,812			
Funções da memória (b114)		0,804			
Funções da consciência (b110)		0,795			
Funções cognitivas de nível superior (b164)		0,774			
Falar (d330)			0,814		
Conversação (d350)			0,807		
Comunicar e receber mensagens orais (d310)			0,802		
Relacionamentos familiares (d760)			0,798		
Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)				0,781	
Profissionais de saúde (e355)				0,758	
Amigos (e320)				0,639	
Alpha de Cronbach	0,940	0,731	0,772	0,572	
Keyser-Meyer-Olkin	0,870	0,821	0,794	0,686	
Teste de Esfericidade de Barlett's	Approx Chi. Square	6945,815	2484,589	2051,489	485,164
	df				
	Sig.	0,000	0,000	0,000	0,000
	% Variância Explicada	32,827	20,946	19,437	7,042

2.4.2.1. Conceito de autocuidado

O primeiro conceito avaliado pelo instrumento ENCS é o *autocuidado*, constituído por doze indicadores extraídos da CIF (OMS, 2004), com escala Likert (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%), que se apresentam na Tabela 11.

Tabela 11 - Indicadores que constituem o conceito de Autocuidado, ENCS

<i>Indicadores de Avaliação</i>	
<i>Conceito de Autocuidado</i>	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).

Tabela 12 - Descrição do conceito de Autocuidado nas subamostras e total

		SR1		SM2		Total	
		M1 (Inicial)	M2 (Final)	M1 (Inicial)	M2 (Final)	M1 (Inicial)	M2 (Final)
<i>Autocuidado</i>	Não há problema (0 - 4%)	5,6%	27,8%	41,7%	50%	3,3%	36,7%
	Problema Ligeiro (5 - 24%)	22,2%	-	-	25%	30%	10%
	Problema Moderado (25 - 49%)	27,8%	55,6%	33,3%	16,7%	30%	40%
	Problema Grave (50 - 95%)	38,8%	16,6%	25%	8,3%	33,4%	13,3%
	Problema Completo (96 - 100%)	5,6%	-	-	-	3,3%	-
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Quanto à subamostra do SR1 de Alcoitão, no momento da admissão (M1) observou-se a existência de 5,6% das pessoas com problema completo no autocuidado, 38,8% de pessoas com problema grave, 27,8% apresentaram problema moderado e 22,2% apresentaram problema ligeiro. Apenas 5,6% da subamostra não apresentava problema relacionado com o autocuidado no momento da admissão. No momento da alta, observou-

se a inexistência de pessoas com “*problema completo*” a nível do autocuidado (0,0%), 16,6% das pessoas com “*problema grave*”, 55,6% apresentaram “*problema moderado*” e 27,8% não apresentaram problemas a este nível.

No SM2, do Hospital de Évora, no momento M1, 25% das pessoas apresenta “*problema grave*” no autocuidado e 33,3% apresenta “*problema moderado*”. As pessoas sem problemas no autocuidado alcançam cerca de 41,7% da subamostra. No momento M2 as pessoas com “*problema grave*” diminuíram para 8,35%, seguindo-se as pessoas com “*problema moderado*” (16,7%), cerca de 25% de pessoas com “*problema ligeiro*” e 50% de pessoas sem problemas.

Como referido anteriormente, aquando da análise do contexto, as patologias prevalentes no serviço SR1 enquadram-se na Lesão Vertebro-Medular (LVM) e no Acidente Vascular Cerebral (AVC). O SR1 centra-se no processo de cuidados de reabilitação à pessoa na fase de sequelas, pelo que, neste âmbito, são vários os focos de atenção do EEER.

O SM2 dá resposta a doentes agudos de diferentes especialidades mas com grande prevalência de patologias respiratórias, pelo que as intervenções a nível do conceito *autocuidado* neste serviço se dirigiram à reabilitação respiratória.

Intervenções do EEER no SRI na Pessoa com Lesão Vertebro-Medular, sobre o conceito de autocuidado

Autocuidado: Uso do Sanitário

A nível do uso do sanitário consideram-se as intervenções à pessoa com alterações da eliminação vesical (Tabela 13) e intestinal (Tabela 14) e as intervenções sobre o autocuidado: uso do sanitário (Tabela 15). A prestação de cuidados de ER à pessoa com alterações da eliminação vesical atendeu a fatores como o nível da lesão, antecedentes urológicos, capacidade cognitiva e de aprendizagem, motivação da pessoa, capacidades remanescentes e envolvimento de familiares/cuidadores (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). De forma a diminuir o risco de infeção, foram seguidas as normas da Comissão de Controlo da Infeção Hospitalar da instituição, no âmbito da mudança das sondas vesicais,

manipulação dos sistemas e circuitos de sujos e limpos (OE, 2009). Na pessoa com LVM, observaram-se várias opções para a eliminação vesical, no decorrer do processo de reabilitação: algaliação permanente em drenagem livre para saco coletor de urina, em sistema de circuito fechado; programa de cateterismo vesical intermitente e autocateterismo vesical intermitente (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Quando, após cuidada avaliação global, existe potencial e competência da pessoa, opta-se num primeiro momento pelo cateterismo vesical intermitente, realizado pelo enfermeiro (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Numa fase posterior, após a devida instrução da técnica e comprovação por parte do profissional que a pessoa possui equilíbrio dinâmico, que se encontra motivado e que possui as competências cognitivas suficientes para realizar a técnica de forma segura, é dada autonomia à mesma para realizar autocateterismo vesical intermitente (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Esta instrução estendeu-se aos familiares/cuidadores como forma de integração no plano terapêutico. Após estudo urodinâmico, a periodicidade dos esvaziamentos é definida segundo prescrição médica, as características da pessoa e da LVM (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Os esvaziamentos iniciam-se de 3 em 3 horas com drenagem contínua durante a noite. Progressivamente, os períodos de esvaziamento são alargados, até seis horas (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Paralelamente, planeou-se a ingestão de líquidos, consoante o utente, instruindo na globalidade dos casos para a restrição hídrica a partir das 18h, promovendo a readaptação vesical e prevenção de acidentes noturnos (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Além destas intervenções foram realizadas e instruídas técnicas para o autocontrolo da eliminação (Compressão abdominal, Manobra de Valsava e Método Credé), foi monitorizada a eliminação urinária pelo enfermeiro ou pela pessoa/familiar/cuidador quando instruídos devidamente (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Neste processo utilizou-se uma conduta de reforço positivo da autoeficácia e em determinados casos foi providenciado material educativo para complementar os ensinamentos.

Tabela 13 - Intervenções do EEER no Autocontrole: Continência Urinária

Autocontrole: Continência Urinária	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrole: Continência Urinária - Conhecimento sobre dispositivos auxiliares para eliminação (bolsa palmar, pinça) - Conhecimentos sobre autocontrole: Continência Urinária - Conhecimento sobre técnica de autocateterização intermitente - Técnica de estimulação da eliminação urinária - Capacidade para usar a técnica de autocateterização vesical intermitente - Capacidade para uso de dispositivos auxiliares para eliminação (bolsa palmar, pinça) - Conhecimento da família/cuidador sobre técnica de cateterismo e autocateterismo vesical intermitente
	Executar	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de exercícios para o autocontrole: Continência Urinária (Compressão abdominal, Manobra de Valsava e método Credé) - Técnica de cateterismo vesical intermitente
	Monitorizar	- Eliminação Urinária
	Planejar	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminação urinária - Ingestão de Líquidos
	Providenciar	- Material Educativo
	Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre autocontrole continência urinária - Sobre uso de dispositivo auxiliar para eliminação - Sobre técnica de autocateterização vesical intermitente - Sobre técnica de treino vesical - Família/cuidador sobre técnica de cateterismo e autocateterismo vesical intermitente
	Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre técnica de autocateterismo vesical intermitente - Sobre uso de dispositivos auxiliares para eliminação
	Treinar	<ul style="list-style-type: none"> - Uso da técnica de autocateterismo vesical intermitente - Uso de dispositivos auxiliares para eliminação
	Reforçar	- Autoeficácia
	Supervisionar	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de autocateterismo vesical intermitente - Uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: uso do sanitário (bolsa palmar, pinça)

A prestação de cuidados de ER à pessoa com alterações da eliminação intestinal compreendeu um programa de esvaziamento intestinal que deve ter início na fase aguda da patologia (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Na fase de sequelas utilizou-se fralda, de modo a preservar a higiene da pessoa que ainda não apresenta continência intestinal (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Os registos da eficácia do treino e das características das fezes são cruciais, de forma a evitar complicações como compactação, perdas persistentes de fezes ou falsas diarreias, procedendo-se ao ajustamento da medicação pelo clínico, sempre que necessário (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). O programa de esvaziamento intestinal compreende o treino intestinal que, quando regular, permite controlar e regular as eliminações intestinais, tornando a pessoa continente, facilitando a integração social (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Neste âmbito, a intervenção do EEER objetiva um padrão intestinal seguro, individualizado, considerando os hábitos da pessoa e as suas preferências (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). O treino consiste na administração de laxantes/expansores de volume para aquisição da consistência das fezes pretendida, concomitantemente com alterações dietéticas e administração de supositório (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). O supositório deve ser aplicado em dias alternados na maioria dos casos, pelo enfermeiro ou pela pessoa, se capacitada, tendo em conta o planeamento para a eliminação intestinal (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Este procedimento foi efetuado pelo profissional quando a pessoa se encontrou incapacitada para tal, caso contrário foi

instruída e treinada para adquirir autonomia neste processo. Ainda ao nível das alterações intestinais, foram realizadas massagens abdominais ou foi dada instrução à pessoa para o fazer, de modo a facilitar a progressão das fezes (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017). Realizaram-se vários ensinamentos, como os posicionamentos a adotar, manobras, cuidados de higiene e questões relacionadas com a fisiologia intestinal. A autoeficácia foi valorizada e reforçada e os familiares/cuidadores instruídos e incluídos no processo terapêutico, quando manifestaram disponibilidade para tal. A gestão de sentimentos, como a ansiedade, também foi tida em conta, por este se manifestar como um processo complexo a nível emocional e psicológico (OE, 2009; Redol & Rocha, 2017).

Tabela 14 - Intervenções do EEER no Autocontrolo: Continência Intestinal

Autocontrolo: Continência Intestinal	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Autocontrolo: Continência Intestinal - Conhecimentos sobre massagem abdominal - Conhecimentos sobre treino intestinal - Conhecimento do familiar/prestador de cuidados sobre técnica de treino intestinal - Conhecimento sobre posturas facilitadoras da evacuação - Conhecimento sobre nutrição adequada (Reforço hídrico, dieta rica em fibras) - Capacidade para autocontrolo: Continência Intestinal
	Executar	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de laxante de contacto (sупositorio) consoante prescrição (dias alternados)
	Planear	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminação intestinal (utilizar gravidade como adjuvante da evacuação após administração de laxante, considerar reflexo gastrocólico após alimentação)
	Providenciar	<ul style="list-style-type: none"> - Material educativo
	Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre autocontrolo: Incontinência Intestinal - Sobre massagem abdominal - Sobre técnica de treino intestinal - Sobre posturas facilitadoras da evacuação - Sobre nutrição adequada - Familiar/prestador de cuidados sobre técnica de treino intestinal
	Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre massagem abdominal - Sobre técnica de treino intestinal - Sobre posturas facilitadoras da evacuação
	Treinar	<ul style="list-style-type: none"> - Massagem abdominal - Técnica de treino intestinal - Posturas facilitadoras da evacuação
	Reforçar	<ul style="list-style-type: none"> - Autoeficácia

O uso do sanitário (Tabela 15) compreende várias componentes das quais se destaca a mobilidade, as transferências e os ensinamentos sobre as adaptações a fazer no domicílio para facilitar o autocuidado no regresso a casa. É filosofia do SR1, o planeamento e concretização de idas ao domicílio, por forma a perceber os obstáculos que se opõem à normal vivência da pessoa que desenvolveu incapacidade, para que em contexto de internamento essas lacunas e obstáculos possam ser trabalhadas e ultrapassadas com a ajuda de uma equipa multidisciplinar, facilitando o posterior ingresso no contexto domiciliário.

Tabela 15 - Intervenções do EEER no Autocuidado: Uso do Sanitário

Autocuidado: Uso do Sanitário	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário - Avaliar conhecimento sobre dispositivos auxiliares para ao autocuidado: ir ao sanitário (barra de apoio, alteador de sanita, tábua de transferências) - Conhecimento sobre técnicas de adaptação para o autocuidado: ir ao sanitário (Posicionamentos, higiene íntima, transferências, vestir e despir roupa) - Capacidade para usar dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário (Barra de apoio, alteador de sanita, tábua de transferências, cadeira de rodas) - Capacidade para usar técnicas de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário (Posicionamentos, higiene íntima, transferências, vestir e despir roupa) - Conhecimento do familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para autocuidado: uso do sanitário - Conhecimento do familiar/cuidador sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: uso do sanitário
	Executar	- Técnica de transferência para autocuidado: uso do sanitário
	Planejar	- Eliminação
	Providenciar	- Material educativo
	Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário - Sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário - Sobre técnicas de adaptação para autocuidado: ir ao sanitário (Posicionamentos, higiene íntima, transferências, vestir e despir roupa) - Familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para autocuidado: ir ao sanitário
	Instruir	- Sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário
	Treinar	- O uso de dispositivos auxiliares para autocuidado: ir ao sanitário
	Reforçar	- Autoeficácia

Autocuidado: Tomar banho/ Autocuidado: Vestir-se e Despir-se / Autocuidado: Arranjar-se/ Autocuidado: Alimentar-se

A nível destes autocuidados a pessoa acometida com LVM tende a ter grandes dificuldades pelas alterações de sensibilidade e da motricidade (Henriques & Fumincelli, 2017; S. P. Hoeman, Lyszner, & Alverzo, 2011). Na fase aguda da LVM, os cuidados de higiene à pessoa são prestados no leito e na fase de sequelas a pessoa deve ter oportunidade de se banhar ou tomar duche, utilizando a maca banheira e posteriormente a cadeira de banho (OE, 2009). A pessoa acometida a tetraplegia/tetraparésia sentirá muitas dificuldades neste campo, ao invés da pessoa paraplégica/paraparésica, que habitualmente se torna autónoma (Henriques & Fumincelli, 2017). Num primeiro momento a pessoa é totalmente dependente nestes autocuidados, já na fase de sequelas existe a possibilidade de treinar as capacidades remanescentes e aumentar o potencial de capacidades para maximizar a sua independência (OE, 2009). A este nível, para ganhos de autonomia e independência, as intervenções levadas a cabo iniciaram-se por substituir a pessoa na totalidade, depois ajudando-a a terminar as ações e *a posteriori* supervisionando ou ajudando de forma mínima a pessoa que demonstrou evolução após ensinamentos e treinos. Foram ensinadas e treinadas estratégias e técnicas de adaptação com recurso a dispositivos auxiliares ou adaptativos (OE, 2009; S. P. Hoeman et al., 2011). Foram também realizados ensinamentos acerca dos cuidados a ter no banho (temperatura da

água, correta lavagem e secagem, autovigilância da pele e aplicação de creme hidratante) e do tipo de vestuário a ser utilizado, por forma a facilitar a adaptação.

Tabela 16 - Intervenções do EEER no Autocuidado: Tomar banho e Autocuidado: Arranjar-se

Autocuidado: Tomar banho e Autocuidado: Arranjar-se	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: tomar banho - Conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: arranjar-se - Conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: tomar banho (esponjas de cabo longo, material antiderrapante, entre outros) - Conhecimentos sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: arranjar-se (pentes de cabo comprido, escovas de cabo longo/engrossado, escova de dentes elétrica, entre outros) - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: tomar banho (esponjas de cabo longo, material antiderrapante, entre outros) - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se (pentes de cabo comprido, escovas de cabo longo/engrossado, escova de dentes elétrica, entre outros) - Conhecimento do familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para autocuidado: tomar banho - Conhecimento do familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para autocuidado: arranjar-se - Conhecimento do familiar/cuidador sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: tomar banho (esponjas de cabo longo, material antiderrapante, entre outros) - Conhecimento do familiar/cuidador sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se (pentes de cabo comprido, escovas de cabo longo/engrossado, escova de dentes elétrica, entre outros)
	Providenciar	<ul style="list-style-type: none"> - Material educativo - Dispositivos auxiliares
	Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: tomar banho - Sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: arranjar-se - Sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: tomar banho - Sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: arranjar-se - Familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: tomar banho - Familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: arranjar-se - Familiar/cuidador sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: tomar banho - Familiar/cuidador sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: arranjar-se
	Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: tomar banho - Sobre uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se
	Treinar	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: tomar banho - Uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: arranjar-se
	Reforçar	<ul style="list-style-type: none"> - Autoeficácia

Tabela 17 - Intervenções do EEER no Autocuidado: Vestir-se e Despir-se

Autocuidado: Vestir-se e Despir-se	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: vestir-se e despir-se (pinça, calcadeira de cabo longo, dispositivo em "S", estrado, calcadeira de sapatos, calcadeira de meias, bolsa palmar, abotoadores) - Conhecimento sobre técnicas de adaptação para o autocuidado: vestir-se e despir-se - Capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado: vestir-se e despir-se - Capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado: vestir-se e despir-se - Conhecimento do familiar/cuidador sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: vestir-se e despir-se
	Providenciar	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos auxiliares - Material educativo
	Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: vestir-se e despir-se - Sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestir-se e despir-se - Familiar/cuidador sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: vestir-se e despir-se - Familiar/cuidador sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestir-se e despir-se
	Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: vestir-se e despir-se - Sobre técnica de adaptação para o autocuidado: vestir-se e despir-se
	Treinar	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de dispositivos auxiliares para o autocuidado: vestir-se e despir-se - Uso de técnicas de adaptação para o autocuidado: vestir-se e despir-se
	Reforçar	<ul style="list-style-type: none"> - Autoeficácia

A nível da alimentação, quando exista peristaltismo, presença de reflexo de deglutição e não se verificando intolerância a alimentos líquidos, introduzem-se progressivamente os alimentos pastosos, moles e sólidos (OE, 2009). Neste âmbito foram realizadas intervenções com vista à substituição da pessoa dependente nesta função ou treinadas capacidades e estratégias para maior autonomia. A utilização de dispositivos auxiliares ou compensatórios na alimentação, pode tornar a pessoa autónoma neste autocuidado (OE, 2009). Além disto, os ensinamentos realizados tiveram o pressuposto de alertar o indivíduo para a necessidade de uma nutrição adequada, com o objetivo da prevenção de úlceras por pressão, dadas as condicionantes de diminuição da sensibilidade, imobilidade e das questões relacionadas com a eliminação (OE, 2009). Nestes autocuidados a família/cuidadores integraram os ensinamentos e muitas vezes acompanharam o processo de reabilitação, como a exemplo da alimentação e no arranjo pessoal.

Tabela 18 - Intervenções do EEER no Autocuidado: Alimentar-se

Autocuidado: Alimentar-se	Avaliar	- Conhecimento sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: alimentar-se (talher com garfo e faca, rebordo curvo para prato, copo adaptado) - Capacidade para utilizar o dispositivo auxiliar para o autocuidado: alimentar-se - Conhecimento do familiar/cuidador sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: alimentar-se (talher com garfo e faca, rebordo curvo para prato, copo adaptado) - Capacidade de deglutição (devido ao risco de aspiração e à incapacidade de tossir). - Capacidade para usar técnicas de deglutição - Conhecimento da família/cuidador sobre técnicas de deglutição
	Executar	- Técnica de deglutição
	Posicionar	- A pessoa
	Supervisionar	- Alimentação
	Gerir	- Dieta
	Ensinar	- Família/cuidador sobre técnicas de deglutição
	Instruir	- Sobre técnicas de deglutição - Família/cuidador sobre técnicas de deglutição
	Treinar	- Técnicas de deglutição - Exercícios de deglutição
	Reforçar	- Autoeficácia

Autocuidado: Transferir-se / Autocuidado: Usar cadeira de rodas

As alterações a nível da mobilidade são particularmente importantes neste tipo de lesões, pela restrição de mobilidade física a que a situação condiciona (S. P. Hoeman et al., 2011). O ER deve avaliar o potencial da pessoa e dos obstáculos no planeamento de intervenções precoces e prestação de cuidados (S. P. Hoeman et al., 2011). As transferências e o respetivo treino, contribuem para a mobilidade e autonomia da pessoa. As transferências “são um conjunto de técnicas coerentes, organizadas e padronizadas que visam facilitar a deslocação da pessoa de uma superfície para outra” (OE, 2009, pp.

119). Estas podem ser, entre outras, da cama para a cadeira, da cadeira para a cama, da cama para a sanita ou banheira e vice-versa. Para executar esta intervenção, o enfermeiro deve assegurar que existe segurança, tanto do profissional como da pessoa a transferir, pelo que antes deve existir uma avaliação detalhada das necessidades e capacidades da pessoa quanto à dependência, tamanho e peso, capacidade de compreensão e motivação para colaborar (OE, 2009; Henriques & Fumincelli, 2017; S. P. Hoeman et al., 2011). As intervenções do EEER a nível das transferências, visaram o ensino da pessoa/família /cuidador para maximização de autonomia da pessoa, bem como o treino, de acordo com as suas necessidades e preferências ou a substituição de ações, quando existiu falta de potencial.

Tabela 19 - Intervenções do EEER no Autocuidado: Transferir-se

Autocuidado: Transferir-se	Avaliar	- Conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado: transferir-se - Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: transferir-se (tábua de transferências, cinto de transferências) - Conhecimento sobre técnica de adaptação para autocuidado: transferir-se (técnicas de transferência) - Conhecimento do familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para autocuidado: transferir-se - Conhecimento do familiar/cuidador sobre técnica de adaptação para autocuidado: transferir-se (técnicas de transferência)
	Executar	- Técnica de transferência para autocuidado: transferir-se
	Supervisionar	- Técnica de transferência para autocuidado: transferir-se
	Gerir	- Ambiente
	Ensinar	- Sobre adaptação do domicílio para autocuidado: transferir-se - Sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: transferir-se - Sobre técnica de adaptação para autocuidado: transferir-se - Familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para autocuidado: transferir-se - Familiar/cuidador sobre técnica de adaptação para autocuidado: transferir-se
	Instruir	- Sobre dispositivo auxiliar para autocuidado: transferir-se - Sobre técnica de adaptação para autocuidado: transferir-se
	Treinar	- Uso de dispositivo auxiliar para autocuidado: transferir-se - Uso de técnica de adaptação para autocuidado: transferir-se
	Reforçar	- Autoeficácia

Como descrito anteriormente, os obstáculos e barreiras arquitetónicas presentes no domicílio da pessoa foram trabalhados de forma a existir uma adaptação facilitada no regresso a casa. Para esse efeito, salienta-se a disponibilização, ensinos e treino com dispositivos auxiliares, elementos fulcrais neste processo (tábua de transferências, barras de apoio a ser instaladas em casa, tipo de cadeira de rodas), de forma a melhorar a acessibilidade.

Tabela 20 - Intervenções do EEER no Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas

Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas	Avaliar	- Conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: usar cadeira de rodas - Conhecimento sobre autocuidado: usar cadeira de rodas - Conhecimento sobre técnicas de "push up" e inclinação lateral (aumento motricidade, alívio da pressão) - Capacidade para usar técnicas de "push up" e inclinação lateral (aumento motricidade, alívio da pressão) - Conhecimento do familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: usar cadeira de rodas - Conhecimento do familiar/cuidador sobre autocuidado: usar cadeira de rodas
	Supervisionar	- Autocuidado: usar cadeira de rodas
	Gerir	- Ambiente
	Ensinar	- Sobre técnica de adaptação para o autocuidado: usar cadeira de rodas - Sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: usar cadeira de rodas - Técnicas de "push up" e inclinação lateral - Familiar/cuidador sobre técnica de adaptação para o autocuidado: usar cadeira de rodas - Familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para o autocuidado: usar cadeira de rodas
	Instruir	- Sobre técnica de adaptação para o autocuidado: usar cadeira de rodas - Sobre técnicas de "push up" e inclinação lateral
	Treinar	- Técnicas de "push up" e inclinação lateral
	Reforçar	- Autoeficácia

Espasticidade / Movimento muscular / Rigidez Articular / Parésia / Equilíbrio Corporal

Além das intervenções que se consideram diretamente relacionadas com os ganhos a nível dos autocuidados, outras foram levadas a cabo, de forma a responder a problemas específicos das pessoas e que de alguma forma também contribuem para o desempenho global da pessoa e maximização das suas capacidades.

No seguimento das intervenções que têm por base a promoção da mobilidade e a prevenção das consequências associadas à imobilidade, os posicionamentos definem-se como posições ideais e adequadas, consoante a especificidade da pessoa, tendo presente o nível da lesão vertebro-medular e consequentes alterações sensitivas e motoras (Boylan, 2011; S. P. Hoeman et al., 2011). A síndrome da imobilidade, com todas as manifestações que pode acarretar, deve ser uma preocupação constante do Enfermeiro de Reabilitação, ainda mais no caso de LVM (OE, 2009). A alternância de decúbito e o correto posicionamento, possui evidência científica consistente quanto aos seus benefícios e enquadra-se nas competências do EEER de forma a promover conforto, autonomia e prevenir alterações do sistema nervoso, metabólicas, cutâneas, músculo-esqueléticas, gastrointestinais, respiratórias, cardiovasculares, gastrointestinais e urinárias (OE, 2009). Realizaram-se posicionamentos à pessoa com LVM, tendo em conta as especificidades da mesma e o contexto em que se encontrava, numa perspetiva de prevenir ou atenuar as principais consequências nestas situações e ainda promover a reabilitação (Boylan, 2011). Além de todas as alterações consequentes da imobilidade, focou-se principalmente nos

aspectos da espasticidade, prevenção de úlceras por pressão, alívio da dor, evicção de atrofia muscular, prevenção de complicações respiratórias e favorecimento da mobilidade articular (OE, 2009; Boylan, 2011; S. P. Hoeman et al., 2011). As técnicas de exercício muscular e articular, usualmente denominadas de mobilizações, foram intervenções realizadas às pessoas com LVM, tendo em vista objetivos como manter a mobilidade articular, prevenir contracturas musculó-articulares, promover a circulação e as terminações nervosas sensoriais, promover conforto e bem-estar, diminuir ou prevenir limitações articulares, diminuir a espasticidade ou prevenir alterações cutâneas (OE, 2009). Tendo em conta que o movimento *“consiste na ação dos músculos sobre os ossos e articulações em planos de referência, podendo envolver uma ação involuntária e reflexa ou uma escolha consciente e voluntária”* (OE, 2009, pp. 94) foi instituído um programa de exercícios musculares e articulares de uma forma individualizada, informada e adaptada (OE, 2009; S. P. Hoeman et al., 2011). A dependência neste procedimento é tanto maior quanto mais alto é o nível de lesão. Na pessoa tetraplégica/tetraparésica, o grau de dependência de segunda pessoa na realização desta atividade é ainda maior, pois implica défices neurológicos ao nível das extremidades (OE, 2009). Deste modo planearam-se cuidados de reabilitação tendo em conta o nível da lesão, espasticidade, dor, lesões associadas e evolução clínica. Antes de cada intervenção foram usados instrumentos de avaliação para posterior documentação e percepção da evolução clínica da pessoa. No sentido de incentivar à autonomia do indivíduo, realizaram-se ensinamentos e treinos supervisionados com vista à realização de exercícios musculares e articulares ativos, exercícios musculares e articulares ativos assistidos e exercícios musculares e articulares resistidos, dos segmentos corporais em que a força e sensibilidade se encontravam conservadas (OE, 2009). Em situação de incapacidade, executaram-se mobilizações passivas dos segmentos. Os ensinamentos incidiram na realização da técnica em si, no respeito pelo alinhamento corporal e das amplitudes máximas adequadas à situação clínica (OE, 2009). No momento da supervisão por parte do EEER corrigiram-se posturas, técnicas e reforçou-se a autoeficácia. Especificamente, nas intervenções que têm por base a diminuição ou prevenção da espasticidade foram realizadas técnicas de massagem, técnicas de relaxamento e técnicas de posicionamento em padrão inibitório da espasticidade (Boylan, 2011; S. P. Hoeman et al., 2011). A nível da rigidez articular e parésia, as intervenções já descritas visam a prevenção ou diminuição das mesmas, sendo ainda realizados ensinamentos sobre condições de risco que levam a uma maior incidência.

Tabela 21 - Intervenções do EEER na Espasticidade, Movimento muscular, Rigidez Articular e Parésia

Espasticidade / Movimento muscular / Rigidez Articular / Parésia	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Presença de contracturas - Aumento do tônus muscular - Presença de rigidez articular - Presença de espasticidade - Força muscular - Movimento articular - Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular - Conhecimento sobre posicionamento em padrão inibitório da espasticidade - Conhecimentos sobre atividades terapêuticas (rolar, ponte, rotação controlada da coxofemoral) - Capacidade para executar atividades terapêuticas (rolar, ponte, rotação controlada da coxofemoral) - Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular - Capacidade para executar posicionamento em padrão inibitório da espasticidade - Conhecimento do familiar/cuidador sobre técnicas de exercício muscular e articular - Conhecimento do familiar/cuidador sobre posicionamento em padrão inibitório da espasticidade - Conhecimento do familiar/cuidador sobre prevenção de rigidez articular
	Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> - Tônus muscular através da Escala de Ashworth Modificada - Força muscular através da Escala de Força Muscular de Lower
	Executar	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de massagem - Técnica de exercício muscular e articular passivo - Técnica de exercício muscular e articular ativo assistido - Técnica de exercício muscular e articular ativo - Técnica de exercício muscular e articular ativo resistido - Técnica de posicionamento - Técnica de posicionamento em padrão inibitório da espasticidade (inibição reflexa) - Técnica de relaxamento (alongamentos) - Atividades terapêuticas
	Gerir	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente
	Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre técnicas de exercício muscular e articular - Sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório da espasticidade - Sobre prevenção de rigidez articular - Sobre atividades terapêuticas - Familiar/cuidador sobre prevenção de rigidez articular - Familiar/cuidador sobre técnicas de exercício muscular e articular - Familiar/cuidador sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório da espasticidade
	Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre técnicas de exercício muscular e articular - Técnica de automobiliação - Sobre técnica de posicionamento em padrão inibitório da espasticidade - Sobre atividades terapêuticas - Familiar/cuidador sobre posicionamento em padrão inibitório da espasticidade - Familiar/cuidador sobre prevenção de rigidez articular
	Treinar	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de exercício muscular e articular - Técnica de posicionamento em padrão inibitório da espasticidade - Sobre atividades terapêuticas - Familiar/cuidador para posicionamento em padrão inibitório da espasticidade - Familiar/cuidador no uso de medidas para prevenção de rigidez articular
	Supervisionar	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de exercício muscular e articular ativo - Técnica de posicionamento em padrão inibitório da espasticidade - Atividades terapêuticas - Técnica de automobiliação
	Reforçar	<ul style="list-style-type: none"> - Autoeficácia

Uma intervenção útil na patologia de LVM trata-se da utilização de mesa de verticalização (*Standing Frame*), na qual a pessoa é colocada numa posição ortostática estática, uma a duas vezes por dia, num período que se inicia nos 45 minutos e que pode posteriormente chegar a 60 minutos (OE, 2009). As mais-valias desta técnica são: a melhoria do equilíbrio, função cardiovascular, melhoria das estruturas osteoarticulares, inibição da espasticidade, melhoria da função renal, vesical e intestinal e melhoria da mecânica ventilatória (OE, 2009). Antes da verticalização são avaliados valores tensionais, estado geral do utente, segurança e motivação para o procedimento (OE, 2009). A nível do equilíbrio corporal, inicialmente realizou-se uma avaliação deste parâmetro tendo em conta a situação clínica, antecedentes, capacidades remanescentes e preferências da pessoa (OE, 2009). Após esta fase, inicialmente realizaram-se atividades terapêuticas no leito, como a técnica de ponte e rotação controlada da anca, instruindo e incentivando a pessoa para a execução das técnicas, quando capacitada (OE, 2009). Posteriormente iniciou-se o treino de equilíbrio sentado estático e dinâmico, evoluindo para o treino de equilíbrio ortostático estático e dinâmico, consoante o nível de capacidade individual (OE, 2009). Como noutros âmbitos da intervenção, manteve-se a atenção especial para os ensinamentos e instruções ao familiar/cuidador, promovendo a integração no plano terapêutico, maximização de capacidades da pessoa e continuidade de cuidados.

Tabela 22 - Intervenções do EEER no Equilíbrio Corporal

Equilíbrio Corporal	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Equilíbrio corporal - A pessoa a pôr-se de pé - Conhecimento sobre técnicas de equilíbrio corporal - Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé - Conhecimento sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé - Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal - Conhecimento do familiar/cuidador sobre equilíbrio corporal - Conhecimento do familiar/cuidador sobre dispositivo auxiliar - Conhecimento do familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para pôr-se de pé
	Monitorizar	- Monitorizar equilíbrio corporal através de Índice de Tinetti
	Advogar	- Uso de dispositivo auxiliar (Mesa de verticalização)
	Orientar	- No uso de dispositivo para pôr-se de pé
	Aplicar	- Dispositivo auxiliar (imobilizador articular)
	Executar	- Técnica de treino de equilíbrio
	Gerir	- Ambiente
	Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre técnica de equilíbrio corporal - Familiar/cuidador sobre equilíbrio corporal - Sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé - Sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé - Familiar/cuidador sobre equilíbrio corporal - Familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para pôr-se de pé - Familiar/cuidador sobre dispositivo auxiliar
	Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre técnica de equilíbrio corporal - Sobre dispositivo auxiliar para pôr-se de pé - Sobre técnica de adaptação para pôr-se de pé - Familiar/cuidador sobre equilíbrio corporal - Familiar/cuidador sobre adaptação do domicílio para pôr-se de pé - Familiar/cuidador sobre dispositivo auxiliar
	Treinar	- Técnica de equilíbrio postural
	Reforçar	- Autoeficácia

Ventilação/ Limpeza das vias aéreas/ Expetorar

A Reabilitação Respiratória (RR) na pessoa acometida com LVM desempenha um papel de extrema importância (OE, 2018). Na pessoa paraplégica, o nível da lesão acima de T12 determina alterações importantes na função dos músculos respiratórios e na pessoa tetraplégica, além disto, também se encontra comprometida a função dos membros superiores (OE, 2018). As alterações respiratórias das pessoas com LVM relacionam-se com a diminuição da força muscular, diminuição da *compliance* pulmonar e torácica, declínio progressivo na capacidade vital e aumento do trabalho de respiratório (OE, 2018). Neste âmbito, a RR tende a oferecer alívio sintomático, melhorar a qualidade de vida, prevenção de complicações e aumento da sobrevida (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). Os principais objetivos do programa de reabilitação respiratória visam manter a *compliance* pulmonar e da caixa torácica, manter a *clearance* mucociliar adequada e uma ventilação alveolar normal (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). Deste modo, identificaram-se as necessidades da pessoa, avaliou-se o limite de esforço e considerou-se o grau de dependência, prestando auxílio na execução dos programas, sempre individualizados e adaptados (OE, 2009). Igualmente fundamental se torna o envolvimento da família/cuidador, de forma a prevenir complicações respiratórias na alta.

Tabela 23 - Intervenções do EEER na Ventilação, Limpeza das Vias Aéreas, Expetorar

Ventilação/ Limpeza das vias aéreas/ Expetorar	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Tórax - Frequência respiratória - Ritmo Respiratório - Padrão respiratório - Amplitude respiratória - Simetria respiratória - Reflexo de tosse - Conhecimento sobre autocontrole respiratório - Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para reabilitação respiratória (bastão, saco de areia, halteres, espirômetros entre outros) - Conhecimento do familiar/cuidador sobre técnica de posicionamento - Capacidade para usar técnica respiratória para otimizar ventilação - Capacidade de familiar/cuidador executar técnica de posicionamento
	Monitorizar	- Saturação periférica de O ₂
	Executar	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultação - Terapêutica inalatória (se prescrita) - Técnica de posicionamento (relaxamento) - Técnicas respiratórias - Cinesiterapia respiratória - Estimulação do reflexo de tosse - Aspiração de secreções
	Vigiar	<ul style="list-style-type: none"> - Consciência - Ventilação - Pele - Expetoração
	Incentivar	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de técnicas respiratórias - Ingestão de líquidos
	Gerir	- Ambiente
	Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre autocontrole respiratório - Sobre técnica de posicionamento para otimizar ventilação - Familiar/cuidador sobre técnica de posicionamento
	Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre autocontrole respiratório - Familiar/cuidador sobre técnica de posicionamento
	Treinar	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar autocontrole respiratório - Uso de dispositivo auxiliar para reabilitação respiratória - Técnica respiratória para otimizar a ventilação - Familiar/cuidador a executar técnica de posicionamento
	Reforçar	- Autoeficácia

Intervenções do EEER no SRI na Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, sobre o conceito de autocuidado

Espasticidade / Movimento muscular / Rigidez Articular / Parésia / Equilíbrio Corporal

O AVC, causador de vários tipos de deficiências físicas, psicológicas e sociais, é uma doença com grande prevalência e mortalidade (Cameron, 2013; Kerr, 2012). Neste contexto, a hemiplegia ou hemiparesia são das consequências mais incapacitantes no sobrevivente de acidente vascular cerebral (Cameron, 2013). Num momento imediatamente após a lesão cerebral, o hemicorpo afetado apresenta hipotonicidade, sem movimentos (Kerr, 2012; Menoita, 2014). Por vezes esta hipotonia mantém-se, mas em grande número de ocasiões evolui para um quadro de hipertonia, este característico pelo

aumento da resistência ao movimento passivo (Menoita, 2014). Ao aumento do tónus muscular dá-se o nome de espasticidade, que se associa a complicações secundárias, como dor, contraturas e desequilíbrio muscular, resultando na redução da qualidade de vida relacionada à saúde (Lundström, Terént, Borg, 2008; Menoita, 2014). A distribuição da hipertonicidade pelo corpo é variável, mas geralmente mais intensa nos músculos anti-gravíticos do hemicorpo lesado dando origem ao padrão espástico (Menoita, 2014). Deste modo, dois dos principais focos da intervenção de ER foram os posicionamentos em padrão inibitório de espasticidade e os exercícios musculares e articulares, com maior incidência nas automobilizações. As automobilizações são especialmente úteis na pessoa com AVC, já que permitem uma estimulação sensorial e proprioceptiva do lado afetado e a reintegração do esquema corporal (Menoita, 2014). Os posicionamentos que contrariam a espasticidade são instituídos desde uma fase inicial pós-AVC e devem ser mantidos posteriormente, pois promovem a reintegração do esquema corporal, a lateralidade, a integridade cutânea e a mudança de campo visual (Cameron, 2013; Menoita, 2014). Neste sentido, conduziram-se as intervenções de reabilitação avaliando o historial clínico, a capacidade funcional e cognitiva do utente, incentivando-o a estar informado, aprender e replicar os ensinamentos transmitidos. Na situação de AVC, a tala pneumática foi um dispositivo muito utilizado, dados os inúmeros casos em que existia um alto grau de espasticidade, sendo um elemento facilitador da reabilitação. Além destas intervenções, deu-se ênfase às atividades terapêuticas preconizadas nestes casos. Após realização de exercícios musculares e articulares no leito, foram realizadas as atividades de rolar, ponte e rotação controlada da coxofemoral. Estas atividades pretendem ativar a musculatura do tronco do lado afetado, estimular a sensibilidade postural e reforçar a musculatura para assumir o ortostatismo (Menoita, 2014). As intervenções do EEER nos focos Espasticidade, Movimento muscular, Rigidez Articular e Parésia são referidas na Tabela 21. O treino de equilíbrio (Tabela 22) também foi realizado, pelo mesmo processo que anteriormente falado na patologia de LVM, iniciando-se o treino de equilíbrio sentado estático e dinâmico, evoluindo para o treino de equilíbrio ortostático estático e dinâmico consoante o nível de capacidade individual e adaptando à pessoa com AVC. Neste foco, utilizou-se frequentemente a bola suíça para criar instabilidade e maior ativação dos músculos estabilizadores do tronco (Helmy et al., 2014) e o espelho quadriculado para obtenção de *feedback* por parte da pessoa e autocorreção postural (Menoita, 2014).

Esquecimento Unilateral

Após a lesão no hemisfério cerebral, existe um compromisso neuromotor no hemicorpo contralateral (Menoita, 2014). Quando a lesão acomete o hemisfério cerebral direito, responsável pelas capacidades visuo-espaciais, a pessoa pode manifestar indiferença aos estímulos apresentados à sua esquerda, recebendo somente aqueles que interagem com o seu hemiespaço direito (S. Hoeman, 2011; Menoita, 2014). Nestas condições existe esquecimento unilateral ou negligência unilateral. A atuação, face à negligência em fase de sequelas da patologia, incidiu nas estratégias de facilitação cruzada. Algumas das técnicas de facilitação cruzada referem-se à gestão do ambiente da pessoa (disposição da cama, mesa de cabeceira, campainha), dispondo os materiais/objetos maioritariamente no lado afetado para a estimulação do hemicorpo lesado (Menoita, 2014). A facilitação cruzada tem como objetivo estimular a proprioceptividade, reeducar o reflexo postural do lado afetado e estimular a ação voluntária dos músculos do tronco afetados (S. Hoeman, 2011; Kerr, 2012; Menoita, 2014)

Tabela 24 - Intervenções do EEER no Esquecimento Unilateral

Esquecimento Unilateral	Avaliar	- Capacidade para executar automobiliações - Conhecimento do familiar/cuidador sobre facilitação cruzada
	Estimular	- Percepção sensorial (abordagem pelo lado afetado, feedback visual com espelho, técnica de contraste térmico)
	Executar	- Estratégias de facilitação cruzada - Técnica de exercício muscular e articular passivo - Técnica de exercício muscular e articular ativo-assistido
	Gerir	- Ambiente
	Ensinar	- Sobre técnicas de exercício muscular e articular - Familiar/cuidador sobre facilitação cruzada
	Instruir	- Sobre técnica de automobiliação - Familiar/cuidador sobre facilitação cruzada
	Treinar	- Técnica de automobiliação - Familiar/cuidador sobre facilitação cruzada
	Reforçar	- Autoeficácia

Autocuidado: Transferir-se / Autocuidado: Usar cadeira de rodas / Autocuidado: Tomar banho/ Autocuidado: Vestir-se e Despir-se / Autocuidado: Arranjar-se/ Autocuidado: Alimentar-se

A pessoa com AVC manifesta alterações nas diversas atividades de vida diária (AVD), comprometendo a capacidade de autonomia nos diferentes autocuidados e aumentando a dependência de terceiros (Menoita, 2014). O EEER pode ajudar a pessoa

a melhorar a sua capacidade na realização de atividades diárias, através da educação, mudança de atitudes e focando as habilidades remanescentes dos mesmos (Aslani et al., 2016). À semelhança da reabilitação da pessoa com lesão medular, na situação de AVC o EEER adequa as suas intervenções para atenuar problemas, recorrendo muitas vezes a dispositivos auxiliares ou de compensação, de forma a conferir maior autonomia à pessoa (Menoita, 2014). A utilização destes meios introduz-se no treino das AVD, em situações como o correto posicionamento, estabilização de segmentos corporais, prevenção de deformidades e na realização de tarefas com maior segurança (S. P. Hoeman et al., 2011). Neste âmbito, foram providenciados vários tipos de dispositivos para o treino de autocuidados. Como exemplos, podem referir-se as barras de apoio nas divisões, material antiderrapante, esponjas adaptadas, pinças, ganchos e vestuário apropriado para os autocuidados tomar banho, arranjo pessoal e vestuário. Após a certificação de que a pessoa tem capacidade para utilizar utensílios e executar tarefas com segurança, prosseguiu-se para os treinos específicos de AVD. O autocuidado alimentação enquadrou-se como um dos focos mais importantes a intervir na pessoa com AVC. Não sendo uma intervenção de maior grau de importância que outras, compreende-se, pela evidência científica, que a disfagia é um problema muito frequente, devido ao comprometimento da força, tónus e sensibilidade dos músculos da face, mandíbula e língua (S. Hoeman, 2011; Menoita, 2014) e que o risco de complicações é elevado, pela incidência de pneumonia de aspiração, malnutrição e mortalidade prematura (Takizawa, Gemmell, Kenworthy, & Speyer, 2016). Desta forma, as intervenções neste campo tiveram o objetivo de melhorar o *timing*, coordenação e motricidade oral, de forma a reduzir os riscos associados e melhorar a estruturas envolvidas na deglutição (Takizawa et al., 2016). Assim, realizaram-se procedimentos como a técnica postural de flexão cervical, para melhor encerramento da via aérea e os exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular de estruturas envolvidas da deglutição (Tabela 25). Como falado anteriormente, o treino e ensinamentos prestados, seguiram uma cuidadosa avaliação clínica, perceção da capacidade e motivação da pessoa, assente na filosofia de educar a pessoa a desejar ser mais autónoma, colhendo benefícios para a sua vida quotidiana. O programa de treino dos autocuidados foi dirigido pela prestação de cuidados e intervenções baseadas na dependência da pessoa, objetivando diminuir a assistência à medida da progressão nas atividades. A família e os cuidadores pessoais

foram integrados neste processo e, em grande parte, mostraram motivação ao se tornarem elementos significativos do processo.

Tabela 25 - Intervenções do EEER no Autocuidado: Alimentar-se

Autocuidado: Alimentar-se	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Deglutição - Conhecimento sobre dispositivos auxiliares para autocuidado: alimentar-se (talher com garfo e faca, rebordo curvo para prato, copo adaptado) - Conhecimento sobre exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular na deglutição - Capacidade para utilizar o dispositivo auxiliar para o autocuidado: alimentar-se - Capacidade para executar exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular na deglutição - Conhecimento do familiar/cuidador sobre dispositivos auxiliares para o autocuidado: alimentar-se (talher com garfo e faca, rebordo curvo para prato, copo adaptado) - Capacidade para usar técnicas de deglutição - Conhecimento da família/cuidador sobre técnicas de deglutição
	Executar	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de deglutição - Técnica postural (Flexão Cervical) - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular na deglutição (Exercícios das estruturas: lábios, bochechas, língua e mandíbula)
	Posicionar	- A pessoa
	Supervisionar	- Alimentação
	Gerir	- Dieta
	Ensinar	- Família/cuidador sobre técnicas de deglutição
	Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre técnicas de deglutição - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular na deglutição (Exercícios das estruturas: lábios, bochechas, língua e mandíbula) - Família/cuidador sobre técnicas de deglutição
	Treinar	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de deglutição - Exercícios de deglutição - Exercícios de amplitude de movimentos e fortalecimento muscular na deglutição (Exercícios das estruturas: lábios, bochechas, língua e mandíbula)
	Reforçar	- Autoeficácia

Intervenções do EEER no SM2 na Pessoa com Doença Respiratória Restritiva, sobre o conceito de autocuidado

A nível respiratório, a doença restritiva caracteriza-se pela diminuição da *compliance* pulmonar e torácica, traduzindo-se em capacidade pulmonar total diminuída, com perda de área útil para se efetivarem trocas gasosas (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). A patologia respiratória restritiva “*gera padrões respiratórios ineficazes, com aumento da frequência respiratória, diminuição do volume corrente, hipoventilação e consequente insuficiência respiratória*” (OE, 2018, pp. 189). No contexto do SM2, realizaram-se intervenções junto de pessoas com vários tipos de patologias, incluindo as doenças pulmonares do interstício (pneumonia) e doenças da pleura (derrame pleural). A intervenção de reabilitação iniciou-se pela avaliação minuciosa dos achados clínicos, radiológicos e funcionais da pessoa, através do historial clínico, familiar, social e profissional, comorbilidades, interpretação de exames complementares de diagnóstico (ECD) disponíveis, capacidades funcionais e semiologia (Cordeiro & Menoita, 2012; OE,

2018). Após uma cuidada sustentação das informações clínicas recolhidas, abordou-se a pessoa para realizar um exame subjetivo, através de curta entrevista (Cordeiro & Menoita, 2012). Esta entrevista, tem como intuito o conhecimento dos sintomas respiratórios evidenciados, como a tosse, dispneia, expetoração e toracalgia (Cordeiro & Menoita, 2012). De seguida procedeu-se ao exame objetivo, através da inspeção de sinais clínicos (cianose, hipocratismo digital, alterações torácicas), culminando na auscultação, recorrendo também à palpação e percussão quando necessário. Após esta avaliação e já com dados suficientes que permitam uma ação fundamentada e segura, iniciou-se a reabilitação respiratória. Seguindo as orientações da literatura e a experiência em RR do perceptor, iniciou-se sempre a reabilitação respiratória através das técnicas de descanso/relaxamento e das técnicas de consciencialização e controlo respiratório, de forma a reduzir a tensão psíquica e muscular e diminuir a sobrecarga muscular (Cordeiro & Menoita, 2012).

A pneumonia trata-se de uma doença infecciosa pulmonar, que se caracteriza pela substituição do ar dos alvéolos e ductos alveolares por exsudado decorrente da inflamação gerada (Cordeiro & Menoita, 2012). As pessoas acometidas com esta doença apresentam dispneia, tosse e intolerância ao esforço, com repercussões nos autocuidados e na qualidade de vida (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). Nesta patologia, as intervenções incidem na expiração com os lábios semicerrados e respiração abdominodiafragmática, de maneira a reduzir a frequência respiratória e melhorar a ventilação (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). Caso exista broncorreia, implementam-se técnicas de limpeza da via aérea (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). Quando existiu expetoração/broncorreia avaliou-se a capacidade da pessoa para tossir. Ao existir reflexo de tosse e capacidade cognitiva, a pessoa foi ensinada a tossir, utilizando tosse dirigida ou, não sendo eficaz, foi assistida a tossir pelo profissional (Cordeiro & Menoita, 2012). Em situações específicas, não existindo capacidade para tossir, provocou-se a tosse e procedeu-se à aspiração de secreções (Cordeiro & Menoita, 2012). Quando existiu intolerância ao esforço, foram realizadas intervenções no âmbito do treino de exercício, como exercícios aeróbicos e anaeróbicos, adaptados às particularidades da pessoa (OE, 2018). Este treino tem como objetivo melhorar a capacidade para o exercício e a qualidade de vida, sendo realizado com a monitorização

vital da pessoa, devido ao risco de hipoxemia, induzida pelo esforço (Cordeiro & Menoita, 2012).

Relativamente ao derrame pleural, define-se como a acumulação anormal de líquido no espaço pleural e normalmente é uma complicação subjacente a uma patologia prévia (pneumonia, tromboembolismo pulmonar, neoplasia, insuficiência cardíaca) (OE, 2018). A pessoa com derrame pleural tem dispneia, dor pleurítica e tosse produtiva. Em termos de achados clínicos, existe uma diminuição da mobilidade torácica, diminuição do frémito tóraco-vocal, som maciço à percussão, diminuição do murmúrio vesicular e hipotransparência do hemitórax afetado nos exames radiológicos (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). Nesta situação, a intervenção do EEER pretende, principalmente, impedir a formação de aderências pleurais e impedir ou corrigir posições antiálgicas (Cordeiro & Menoita, 2012; Kagaya et al., 2009). Deste modo as intervenções realizadas foram a terapêutica de posição, associada à respiração abdominodiafragmática, potenciando a reabsorção do líquido (OE, 2018). De forma a prevenir as aderências pleurais, realizou-se o posicionamento consoante o lado afetado e posteriormente reeducação diafragmática e costal, com ou sem resistência, adaptando à capacidade física da pessoa e ao seu nível de participação (Cordeiro & Menoita, 2012). As restantes técnicas efetuadas de reexpansão pulmonar tiveram como objetivo, o aumento do volume de ar alveolar, diminuição da hipoventilação e conseqüentemente a sintomatologia associada ao processo patológico (OE, 2018). Estas técnicas foram implementadas com o objetivo de aumentar a expansão pulmonar e promover a absorção/eliminação do líquido pleural (Cordeiro & Menoita, 2012; Kagaya et al., 2009; OE, 2018).

Transversalmente a estas duas patologias utilizaram-se vários dispositivos auxiliares, como o espirómetro de incentivo, bastão, saco de areia e halteres. Foram levados a cabo ensinamentos sobre técnicas de controlo respiratório, técnicas da gestão de energia, atividade física, cuidados a ter com a oxigenoterapia, identificação precoce de exacerbações e aspetos nutricionais (Cordeiro & Menoita, 2012). A família/cuidador foi integrada nos ensinamentos, mas neste serviço existiu uma maior dificuldade neste aspeto, uma vez que a população alvo dos cuidados era envelhecida e, por vezes, percebeu-se a inexistência de familiares/cuidadores significativos para a pessoa.

Tabela 26 - Intervenções do EEER na Intolerância à Atividade/ Ventilação, Limpeza das Vias Aéreas, Expetorar

Intolerância à atividade/ Ventilação/ Limpeza das vias aéreas/ Expetorar	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Tórax - Frequência respiratória - Ritmo Respiratório - Padrão respiratório - Amplitude respiratória - Simetria respiratória - Reflexo de tosse - Intolerância à atividade - Conhecimento sobre autocontrole respiratório - Conhecimento sobre técnica de tosse - Conhecimento sobre inaloterapia - Conhecimento sobre terapêutica de posição - Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para reabilitação respiratória (bastão, saco de areia, halteres, espirômetro de incentivo) - Conhecimento sobre técnica de conservação de energia (posições de relaxamento/descanso) - Capacidade para usar técnica respiratória para otimizar ventilação - Capacidade para usar técnica de tosse - Capacidade de familiar/cuidador executar técnica de posicionamento (posição de drenagem postural) - Conhecimento do familiar/cuidador sobre terapêutica de posição (derrame pleural) - Conhecimento do familiar/cuidador sobre técnica de posicionamento (drenagem postural)
	Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> - Saturação periférica de O₂ - Pressão arterial - Frequência cardíaca - Frequência respiratória
	Executar	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultação - Terapêutica inalatória (se prescrita) - Terapêutica de posição - Técnica de posicionamento (relaxamento) - Técnicas respiratórias (Reeducação abominodiafragmática) - Cinesiterapia respiratória (vibrocompressão torácica, abertura costal global/seletiva) - Estimulação do reflexo de tosse - Aspiração de secreções
	Vigiar	<ul style="list-style-type: none"> - Consciência - Ventilação - Pele - Expetoração
	Providenciar	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos auxiliares (espirômetro de incentivo, bastão, saco de areia)
	Incentivar	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de técnicas respiratórias - Ingestão de líquidos
	Gerir	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente - Oxigenoterapia - Atividade física
	Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre autocontrole respiratório - Sobre tosse - Sobre técnica de posicionamento para otimizar ventilação - Sobre técnica de conservação de energia - Sobre Inaloterapia - Familiar/cuidador sobre técnica de posicionamento - Familiar cuidador sobre terapêutica de posição (derrame pleural)
	Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre autocontrole respiratório - Sobre técnica de tosse - Sobre Inaloterapia - Sobre técnica de conservação de energia - Familiar/cuidador sobre técnica de posicionamento - Familiar cuidador sobre terapêutica de posição (derrame pleural)
	Assistir	<ul style="list-style-type: none"> - A tossir
	Treinar	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar autocontrole respiratório - Técnica de tosse - Técnica de conservação de energia - Uso de dispositivo auxiliar para reabilitação respiratória - Técnica respiratória para otimizar a ventilação - Familiar/cuidador a executar técnica de posicionamento
	Reforçar	<ul style="list-style-type: none"> - Autoeficácia

Intervenções do EEER no SM2 na Pessoa com Doença Respiratória Obstrutiva, sobre o conceito de autocuidado

As intervenções realizadas à pessoa com doença respiratória obstrutiva dirigiram-se à doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). Esta doença é definida como uma doença comum, que pode ser prevenida e tratada, que se caracteriza por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar, devido a anormalidades alveolares ou da via aérea, habitualmente causadas por exposição prolongada a agentes nocivos [Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2018]. A DPOC surge da combinação da doença das pequenas vias aéreas e da destruição celular do parênquima pulmonar (Cordeiro & Menoita, 2012; GOLD, 2018). Clinicamente, existe inflamação da via aérea que conduz ao estreitamento das pequenas vias aéreas e à destruição do parênquima, com perda das ligações alveolares e diminuição da retração elástica pulmonar, conduzindo ao aumento do tempo expiratório e do volume residual, com consequente hiperinsuflação pulmonar (GOLD, 2018; OE, 2018). A pessoa acometida experimenta problemas respiratórios como dispneia, tosse, dor torácica e sintomas sistémicos como inflamação, distúrbios cardiovasculares, disfunção muscular, fadiga, depressão e perda de peso (GOLD, 2018; OE, 2018; Zatloukal et al., 2013). Normalmente, também se observa hipersecreção de muco, resultante de metaplasia mucosa que poderá conduzir a tosse crónica (GOLD, 2018; OE, 2018; Zatloukal et al., 2013). As doenças obstrutivas limitam a pessoa na execução de AVD e interferem na qualidade de vida das pessoas (GOLD, 2018; Zatloukal et al., 2013). Após a fase de semiologia, já falada anteriormente, procedeu-se à abordagem terapêutica. As intervenções de reabilitação tiveram um carácter terapêutico e profilático, sendo incentivada a sua continuidade no domicílio. As técnicas instituídas foram o treino de músculos respiratórios, treino de exercício e técnicas de conservação de energia. A ansiedade é um sintoma frequente na DPOC, à qual se encontra associado o aumento da tensão muscular (Cordeiro & Menoita, 2012; GOLD, 2018). Deste modo, foram ensinadas e adotadas técnicas de relaxamento muscular e posições de descanso de forma a permitir a redução da sensação de dispneia e o autocontrolo da respiração, otimizando o diafragma (encurtamento muscular por hiperinsuflação), uma vez que o conteúdo abdominal pressiona o diafragma promovendo o seu alongamento (Cordeiro & Menoita, 2012; GOLD, 2018; Zatloukal et al., 2013). Depois da consciencialização dos tempos respiratórios, realizou-se o ensino da técnica de

respiração abdominodiafragmática, com intuito de relaxar os músculos acessórios da respiração e a utilizar o diafragma, diminuindo o trabalho respiratório, dispneia e induzindo uma menor demanda energética do organismo (Cordeiro & Menoita, 2012; S. Hoeman, 2011; OE, 2018; Zatloukal et al., 2013). O tempo de expiração aumentado com lábios semicerrados, foi também instruído para reduzir o colapso alveolar precoce, diminuir a hiperinsuflação, a dispneia e melhorar as trocas gasosas (Cordeiro & Menoita, 2012; GOLD, 2018) O associação das técnicas de respiração abdominodiafragmática e expiração com os lábios semicerrados é vantajoso, promovendo uma melhoria da ventilação alveolar (OE, 2018). O ensino da expiração com os lábios semicerrados, teve o objetivo da sensibilização para a sua execução em períodos de exacerbação e em momentos de maior esforço, como nas atividade de vida (Cordeiro & Menoita, 2012; GOLD, 2018; OE, 2018). Relativamente às técnicas de limpeza da via aérea, estas são fundamentais nos programas de reabilitação da pessoa com DPOC (OE, 2018). Em caso de broncorreia, o ensino e treino da tosse/expiração forçada também foi abordado, como falado anteriormente na patologia restritiva. A nível da RR na pessoa com DPOC, é fundamental interromper o ciclo vicioso da inatividade, com recurso às técnicas da gestão de energia, treino de AVD e treino de exercício (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). Durante as intervenções promoveu-se o treino de exercício através da marcha, porém numa fase mais avançada, recomendou-se o treino de resistência e força (OE, 2018). Outros pontos abordados com a pessoa com DPOC foram os ensinamentos sobre a cessação tabágica, os ensinamentos sobre a alimentação e a inaloterapia. A existência de pessoas significativas para a pessoa, inseridas no plano terapêutico é uma mais-valia nestes aspetos, visto que podem auxiliar em casos de exaustão ou exacerbação da doença, promover relações familiares e sociais e diminuir o grau de ansiedade e depressão, a exclusão social e a restrição na participação.

Tabela 27 - Intervenções do EEER na Intolerância à Atividade/ Ventilação, Limpeza das Vias Aéreas, Expetorar

Intolerância à atividade / Ventilação/ Limpeza das vias aéreas/ Expetorar	Avaliar	<ul style="list-style-type: none"> - Tórax - Frequência respiratória - Ritmo Respiratório - Padrão respiratório - Amplitude respiratória - Simetria respiratória - Reflexo de tosse - Intolerância à atividade - Conhecimento sobre autocontrole respiratório - Conhecimento sobre técnica de tosse - Conhecimento sobre inaloterapia - Conhecimento sobre cessação tabágica - Conhecimento sobre alimentação - Conhecimento sobre terapêutica de posição - Conhecimento sobre dispositivo auxiliar para reabilitação respiratória (bastão, saco de areia, halteres, espirômetro de incentivo) - Conhecimento sobre técnica de conservação de energia (posições de relaxamento/descanso) - Capacidade para usar técnica respiratória para otimizar ventilação - Capacidade para usar técnica de tosse - Capacidade de familiar/cuidador executar técnica de posicionamento (posição de drenagem postural) - Conhecimento do familiar/cuidador sobre técnica de posicionamento (drenagem postural) - Conhecimento do familiar/cuidador sobre alimentação
	Monitorizar	<ul style="list-style-type: none"> - Saturação periférica de O2 - Pressão arterial - Frequência cardíaca - Frequência respiratória
	Executar	<ul style="list-style-type: none"> - Auscultação - Terapêutica inalatória (se prescrita) - Técnica de posicionamento (relaxamento) - Técnicas respiratórias (Reeducação abomnodiafragmática, tempo prolongado de expiração com lábios semicerrados) - Cinesiterapia respiratória (vibrocompressão torácica) - Estimulação do reflexo de tosse - Aspiração de secreções
	Vigiar	<ul style="list-style-type: none"> - Consciência - Ventilação - Pele - Expetoração
	Providenciar	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositivos auxiliares (espirômetro de incentivo, bastão, saco de areia)
	Incentivar	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de técnicas respiratórias - Ingestão de líquidos
	Gerir	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente - Oxigenoterapia - Atividade física
	Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre autocontrole respiratório - Sobre tosse - Sobre técnica de posicionamento para otimizar ventilação - Sobre técnica de conservação de energia - Sobre cessação tabágica - Sobre alimentação - Sobre Inaloterapia - Familiar/cuidador sobre técnica de posicionamento
	Instruir	<ul style="list-style-type: none"> - Sobre autocontrole respiratório - Sobre técnica de tosse - Sobre Inaloterapia - Sobre técnica de conservação de energia - Familiar/cuidador sobre técnica de posicionamento
	Assistir	<ul style="list-style-type: none"> - A tossir
	Treinar	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar autocontrole respiratório - Técnica de tosse - Técnica de conservação de energia - Uso de dispositivo auxiliar para reabilitação respiratória - Técnica respiratória para otimizar a ventilação - Familiar/cuidador a executar técnica de posicionamento
	Reforçar	<ul style="list-style-type: none"> - Autoeficácia

2.4.2.2. Conceito de Aprendizagem e Funções mentais

O conceito de aprendizagem e funções mentais é constituído por seis indicadores com 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%)

Tabela 28 - Indicadores que constituem o conceito de Aprendizagem e Funções Mentais, ENCS

<i>Indicadores de Avaliação</i>	
<i>Conceito de Aprendizagem e Funções Mentais</i>	Funções emocionais (b152); Funções da orientação (b114); Funções da atenção (b140); Funções da memória (b114); Funções da consciência (B110); Funções cognitivas de nível superior (b164)

Tabela 29 - Descrição do conceito de Aprendizagem e Funções Mentais nas subamostras e total

		SR1		SM2		Total	
		M1 (Inicial)	M2 (Final)	M1 (Inicial)	M2 (Final)	M1 (Inicial)	M2 (Final)
<i>Aprendizagem e Funções mentais</i>	Não há problema (0 - 4%)	44,4%	55,6%	25%	50%	36,7%	53,3%
	Problema Ligeiro (5 - 24%)	27,8%	27,8%	50%	50%	36,7%	36,7%
	Problema Moderado (25 - 49%)	27,8%	16,7%	25%	-	26,7%	10%
	Problema Grave (50 - 95%)	-	-	-	-	-	-
	Problema Completo (96 - 100%)	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

No que se refere ao conceito *aprendizagem e funções mentais* no SR1, no momento M1 observou-se a existência de 27,8% das pessoas com “*problema moderado*”, 27,8% de pessoas com “*problema ligeiro*” e 44,4% referiram não ter problemas a este nível. No momento da alta (M2), observou-se a diminuição de pessoas com “*problema moderado*” (16,7%), 27,8% das pessoas apresentaram “*problema ligeiro*” e 55,6% não apresentaram problemas no final da avaliação.

No serviço SM2, 25% das pessoas não referiram problemas no início do internamento, 50% referiram “*problema ligeiro*” ao nível da aprendizagem e função mental e 25% apresentaram “*problema moderado*”. No final da avaliação observou-se a inexistência de pessoas com “*problema moderado*”, metade da subamostra (50%) referiu “*problema ligeiro*” e outra metade (50%) não referiu problemas.

Intervenções do EEER sobre o conceito de aprendizagem e funções mentais

No que diz respeito ao conceito de *aprendizagem e funções mentais*, este engloba funções emocionais, funções da orientação, funções da atenção, funções da memória, funções da consciência e funções cognitivas de nível superior. No contexto do SR1, foi mais evidente o compromisso destas funções nas pessoas com acidente vascular cerebral, dadas as consequências cognitivas que a patologia acarreta. A fundamentação da intervenção nesta área associa-se ao conceito de neuroplasticidade. A neuroplasticidade define-se como a capacidade do sistema nervoso responder a estímulos intrínsecos e extrínsecos, adaptando-se morfológica e funcionalmente (Menoita, 2014; Pedersen, Patil, Berget, Ihlebæk, & Gonzalez, 2016). De acordo com esta definição, as atividades e a experiência formam a base para a modulação ao longo da vida da atividade neural e a reorganização de redes neurais que influenciam a memória, as características e o comportamento (Cramer et al., 2011). Existem evidências que as células do sistema nervoso central podem regenerar-se ou até mesmo formarem-se de novo (Cramer et al., 2011). É fundamental, para que exista neuroplasticidade, criar um ambiente estimulante para a reabilitação cognitiva, havendo a necessidade de proteger a pessoa de estímulos desagradáveis, evidenciando estímulos positivos. Desta forma a reabilitação da pessoa com AVC, ao nível da aprendizagem e funções mentais, seguiu uma conduta de serenidade, tom de voz calmo, reforço da autoeficácia, evitando impaciência nas ações, promovendo a concentração e tentando transmitir estímulos positivos e frequentes (Menoita, 2014; Rodrigues & Varanda, 2017). A gestão do ambiente, em fatores como a iluminação, ruído, disposição de mobiliário ou temperatura, foram outros aspetos importantes que se consideraram (Cramer et al., 2011; Menoita, 2014; Rodrigues & Varanda, 2017). Quando se diagnosticou confusão ou problemas isolados da memória, utilizou-se a técnica de orientação para a realidade, no tempo e espaço, recorrendo a informação atualizada, repetindo frequentemente as informações e promovendo a

socialização (Cramer et al., 2011; Menoita, 2014; Rodrigues & Varanda, 2017). Tendo em conta que um ambiente propício para a neuroreabilitação é o domicílio da pessoa, dada a riqueza de estímulos positivos, os familiares/cuidadores foram ensinados acerca da conduta a manter ao lidar com a pessoa nesta situação, gestão do ambiente, promoção de estímulos frequentes na continuidade dos programas de reabilitação e a fomentar a integração social da pessoa (Menoita, 2014; Rodrigues & Varanda, 2017).

2.4.2.3. Conceito de Comunicação

O conceito de comunicação é constituído por quatro indicadores com 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%)

Tabela 30 - Indicadores que constituem o conceito de Comunicação, ENCS

<i>Indicadores de Avaliação</i>	
<i>Conceito de Comunicação</i>	Falar (d330); Conversação (d350); Comunicar e receber mensagens orais (d310); Relacionamentos familiares (d760)

Tabela 31 - Descrição do conceito de Comunicação nas subamostras e total

		SR1		SM2		Total	
		M1 (Inicial)	M2 (Final)	M1 (Inicial)	M2 (Final)	M1 (Inicial)	M2 (Final)
<i>Comunicação</i>	Não há problema (0 - 4%)	66,7%	72,2%	66,7%	75%	66,7%	73,3%
	Problema Ligeiro (5 - 24%)	27,8%	22,2%	33,3%	25%	30%	23,3%
	Problema Moderado (25 - 49%)	5,6%	5,6%	-	-	3,3%	3,3%
	Problema Grave (50 - 95%)	-	-	-	-	-	-
	Problema Completo (96 - 100%)	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Relativamente ao conceito *comunicação*, no SR1 observou-se no momento inicial, (M1) a existência de 5,6% das pessoas com “*problema moderado*”, 27,8% de pessoas com “*problema ligeiro*” e 66,7% referiram não ter problemas em comunicar. No momento M2, observou-se a mesma percentagem de pessoas com “*problema moderado*” (5,6%), diminuindo a percentagem das pessoas com “*problema ligeiro*” (22,2%) e 72,2% não apresentaram problemas no momento final.

No serviço SM2, no momento M1, 33,3% das pessoas apresentaram “*problema ligeiro*” em comunicar e 66,7% não referiram problemas. No final da avaliação observou-se a diminuição da percentagem de pessoas da subamostra com “*problema ligeiro*” (25%) e o aumento das pessoas sem problemas ao nível da comunicação (75%).

Intervenções do EEER no conceito de comunicação

O conceito de comunicação privilegia códigos da CIF, que englobam aspetos relacionados com alterações da linguagem. Assim, perceberam-se maiores défices a este nível nas pessoas que sofreram AVC. As alterações da linguagem mais evidenciadas pelos participantes na estratégia de intervenção foram a disartria e a afasia.

A disartria é uma perturbação da articulação verbal, devido à diminuição da força, tónus e coordenação dos músculos intervenientes na fala, não sendo considerada uma perturbação de carácter cognitivo (Menoita, 2014). Caracteriza-se pela dificuldade em produzir determinados sons, tornando o discurso pouco inteligível (Menoita, 2014). De entre os recursos terapêuticos para a disartria, o mais utilizado na intervenção foi a reeducação dos músculos da face. Esta intervenção torna-se ainda mais importante quando se associam paralisias faciais ao quadro de disartria, pelo que os músculos acometidos devem ser estimulados e treinados (Menoita, 2014). Deste modo, desenvolveram-se vários exercícios envolvendo a utilização destes músculos (sorrir, encher a boca de ar, expressões faciais) com vista à obtenção de ganhos funcionais. Trata-se de um comprometimento do uso da linguagem após danos no cérebro, que afeta em até um terço das pessoas após o acidente vascular cerebral (Stephens, 2017).

A afasia pode afetar as modalidades verbais ou escritas, desde dificuldades ocasionais de encontrar a palavra apropriada, até meios de comunicação verbal eficazes

e compreensão limitada da linguagem falada ou escrita (Stephens, 2017). As intervenções na afasia relacionaram-se com as intervenções já faladas anteriormente no conceito *aprendizagem e funções mentais*, visto a presença de estímulos positivos ser fundamental para a aquisição ou reaquisição de competências e funções perdidas, especialmente a nível cognitivo (Menoita, 2014). Deste modo, utilizaram-se técnicas para aumentar a capacidade de expressão verbal, como o encorajamento da pessoa a expressar-se, a repetição da mensagem da pessoa em voz alta ou o facto de conceder mais tempo à pessoa para se expressar (Menoita, 2014). Outras estratégias utilizadas passaram pela utilização de linguagem não-verbal ou a verbalização de palavras associadas (Menoita, 2014).

2.4.2.4. Conceito de Relação com Amigos e Cuidadores

Este último conceito é constituído por três indicadores com 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%).

Tabela 32 - Indicadores que constituem o conceito de Relação com Amigos e Cuidadores, ENCS

<i>Indicadores de Avaliação</i>	
<i>Conceito de Relação com Amigos e Cuidadores</i>	Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340); Profissionais de saúde (e355); Amigos (e320)

Tabela 33 - Descrição do conceito de Relação com Amigos e Cuidadores nas subamostras e total

		SR1		SM2		Total	
		M1 (Inicial)	M2 (Final)	M1 (Inicial)	M2 (Final)	M1 (Inicial)	M2 (Final)
<i>Relação com amigos e cuidadores</i>	Não há problema (0 - 4%)	25%	20%	-	-	20%	16,7%
	Problema Ligeiro (5 - 24%)	-	-	100%	100%	20%	16,7%
	Problema Moderado (25 - 49%)	75%	60%	-	-	60%	50%
	Problema Grave (50 - 95%)	-	20%	-	-	-	16,7%
	Problema Completo (96 - 100%)	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Relativamente à *relação com amigos e cuidadores*, no serviço de reabilitação observou-se no momento inicial (M1) a existência de 75% das pessoas com “*problema moderado*” e 25% de pessoas sem problemas a este nível. No momento M2, observou-se um aumento da percentagem de pessoas com problemas, sendo que 20% referiram ter “*problema grave*” neste conceito, 60% das pessoas apresentaram “*problema moderado*” e 20% a referir a não existência de problemas.

No serviço SM2 não existiram alterações entre os dois momentos de avaliação (M1 e M2), sendo que todas as pessoas da subamostra referiram tanto no momento inicial como final, problemas ligeiros na relação com amigos e cuidadores.

Intervenções do EEER no conceito de relação com amigos e cuidadores

O conceito de *relação com amigos e cuidadores* reúne os domínios dos prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos. Na avaliação destes parâmetros através do instrumento ENCS, pretendeu-se a averiguação sobre a perspetiva da pessoa, do suporte/apoio oferecido por estes agentes. No âmbito do suporte dos profissionais de saúde, a intervenção teve por base uma atuação de enfermagem de reabilitação que coloca a pessoa no centro do processo, dando-lhe o poder de decidir sobre a sua saúde e oferecendo-lhe todo o suporte necessário. Neste sentido, atuou-se conforme o Regulamento n.º 125/2011 que define a competência do EEER para “*avaliar os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade*” (pp. 8658), bem como “*ensinar a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado*” (pp. 8658). A nível do suporte que os amigos e cuidadores oferecem, a intervenção, como se descreveu, teve que ver com os ensinamentos, instruções e treinos que se proporcionaram a estes elementos, de maneira a existir uma inclusão dos mesmos no plano terapêutico, promovendo uma continuidade de cuidados, mais seguros e eficazes, na perspetiva primordial do bem-estar da pessoa, maximização de funcionalidades e sua reintegração social. Tendo em conta o suporte à família e cuidador, a atuação neste âmbito desenvolveu-se segundo a ótica de Messecar (2012), que refere poderem ser utilizadas estratégias para auxiliar o prestador de cuidados da pessoa dependente, a assumir o seu papel, através do estabelecimento de parcerias com o

cuidador e partilha de estratégias, identificação das lacunas a trabalhar conjuntamente, auxílio ao cuidador na motivação e gratificação no seu papel e na mobilização de recursos da comunidade, auxiliar na gestão das respostas físicas e emocionais e integrar a abordagem interdisciplinar.

2.4.2.5. Medida de Independência Funcional

No seguimento, apresentam-se as estatísticas que descrevem os valores obtidos pelos participantes nas dimensões da independência funcional, através da Medida de Independência Funcional (valores mínimos, máximos, médios e desvios-padrão) no momento de admissão e no momento da alta através da Tabela 8 e do Gráfico 13.

Tabela 34 - Distribuição segundo a Independência Funcional (MIF): Admissão/Alta

	Mínimo		Máximo		Média		Desvio Padrão	
	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta	Admissão	Alta
Autocuidados	6	6	40	42	20,43	29,80	9,464	10,447
Controlo de Esfíncteres	2	2	14	14	8,30	10,70	3,888	3,761
Transferências	3	3	18	21	8,77	14,17	4,554	5,596
Locomoção	2	3	12	14	4,23	8,30	2,373	3,621
Score Subtotal Motor	14	20	70	91	41,73	62,97	16,735	21,423
Comunicação	8	8	14	14	12,93	13,00	1,660	1,640
Cognição Social	8	8	21	21	18,17	18,93	2,995	2,766
Score Subtotal Cognitivo	20	20	35	35	31,10	31,93	4,113	3,912
Score Total	43	55	104	126	72,83	94,90	18,490	23,517

Ao analisar os dados, conclui-se o aumento significativo em todas as dimensões da Escala de Medida de Independência Funcional (MIF), quando comparados os momentos de admissão e alta. Todavia, é de fácil identificação no gráfico 13, que as dimensões com um aumento mais significativo foram as dimensões motoras (autocuidados, controlo de esfíncteres, transferências e locomoção), enquanto as dimensões de carácter cognitivo sofreram menores alterações.

2.4.3. Score Geral de Funcionalidade

Através da utilização do instrumento ENCS (Fonseca & Lopes, 2014), realizou-se a análise ao *score* geral de funcionalidade das subamostras incluídas na estratégia de intervenção, de forma a compreender se os resultados obtidos pela ação levada a cabo possuíam significância estatística. O *score* geral de funcionalidade engloba todas as variáveis avaliadas pelo instrumento em causa, no momento M1 e M2 da intervenção.

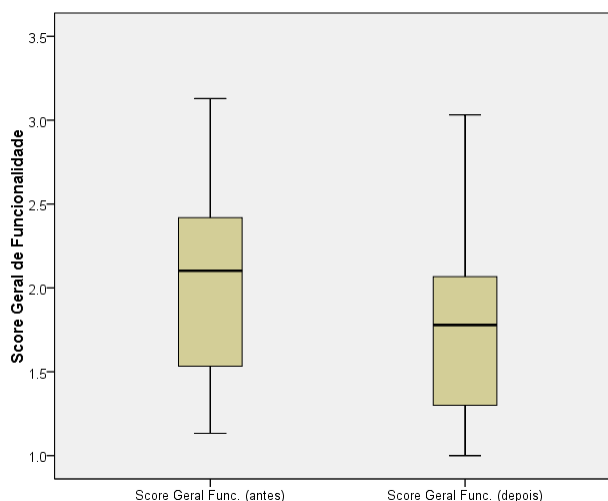
SRI

No contexto do SR1, guiou-se a análise através da pergunta: “*a intervenção do EEER levou a uma melhoria do score geral de funcionalidade, no caso do serviço SRI?*” O pressuposto da Normalidade foi validado para os dois momentos, antes (M1) e depois (M2), com o teste Shapiro-Wilk ($p_{\text{Antes}} = 0.835$ e $p_{\text{Antes}} = 0.504$), para um nível de significância estatística de 0.05.

Tabela 35 – Teste de Normalidade para a subamostra do SR1

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	$p(\text{bilateral})$	Estatística	gl	$p(\text{bilateral})$
SCGFUNC (antes)	.109	18	.200*	.972	18	.835
SCGFUNC (depois)	.097	18	.200*	.955	18	.504

Gráfico 9 – Box plot para os valores do Score Geral de Funcionalidade “Antes” e “Depois”, na subamostra do SR1



Recorreu-se ao teste de *t*-Student para amostras emparelhadas. Os resultados mostram que se observa uma melhoria estatisticamente muito significativa ao nível do score geral de funcionalidade (31 variáveis, $t(17) = 8.55$ e $p < 0.001$)¹¹, relativamente aos momentos “Antes” (*Média* = 2.07 e *Erro Padrão da Média* = 0.131) e “Depois” (*Média* = 1.77 e *Erro Padrão da Média* = 0.132). A correlação *Pearson* entre as variáveis antes e depois é muito elevada e estatisticamente muito significativa ($r = 0.966$ com $p < 0.001$).

SM2

No contexto do SM2, a pergunta orientadora foi: “A ação do EEER levou a uma melhoria do score geral de funcionalidade, no caso do serviço SM2?”. O pressuposto da Normalidade não foi validado para os dois momentos, antes (M1) e depois (M2), com o teste Shapiro-Wilk ($p_{Antes} = 0.245$ e $p_{Depois} = 0.037$), para um nível de significância estatística de 0.05.

Tabela 36 – Teste de Normalidade para a subamostra do SM2

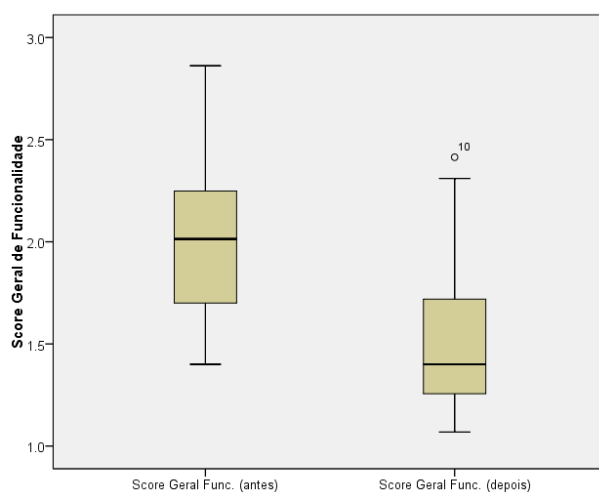
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	<i>p</i> (bilateral)	Estatística	gl	<i>p</i> (bilateral)
SCGFUNC (antes)	.164	12	.200*	.915	12	.245
SCGFUNC (depois)	.248	12	.041	.850	12	.037
*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.						
a. Correlação de Significância de Lilliefors						

¹¹ Rejeita-se H_0 em que:

H_0 : Score médio “Antes” \leq Score médio “Depois”;

H_1 : Score médio “Antes” $>$ Score médio “Depois”, sabendo que a estatística do teste *t*-Student é positiva ($t=8.55$), pelo que o valor *p* é para o teste unilateral à direita (p (bilateral)/2).

Gráfico 10 - Box plot para os valores do Score Geral de Funcionalidade “Antes” e “Depois”, na subamostra do SM2



Recorreu-se assim ao teste não paramétrico de Wilcoxon. Os resultados mostram que se observa uma melhoria estatisticamente significativa ao nível do score geral de funcionalidade (31 variáveis, $p < 0.001$)¹², relativamente aos momentos “Antes” (*Mediana* = 2.014) e “Depois” (*Mediana* = 1.400). A correlação de *Spearman* entre as variáveis “Antes” e “Depois” da intervenção do EEER é muito elevada e estatisticamente muito significativa ($r = 0.944$ com $p < 0.001$).

Tabela 37 – Sumarização de Teste de Hipótese na subamostra do SM2

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A mediana das diferenças entre Score Geral Func. (antes) e Score Geral Func. (depois) é igual a 0.	Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon de Amostras Relacionadas	.002	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é .05.

¹² Rejeita-se H_0 em que:

H_0 : Score mediano “Antes” \leq Score mediano “Depois”;

H_1 : Score mediano “Antes” $>$ Score mediano “Depois”, sabendo que a estatística do teste Wilcoxon é ($t = -3.059$), o valor p que importa é para o teste unilateral e é de $p < 0.001$ e não para o caso do teste bilateral.

2.5. DISCUSSÃO

Nesta secção irá proceder-se à discussão dos resultados apresentados, confrontando-os com estudos publicados no âmbito dos ganhos sensíveis aos cuidados de ER, utilizando para esse efeito os resultados da RSL efetuada e outros estudos relevantes para a discussão. Numa primeira fase serão analisados os dados sociodemográficos da amostra e em seguida os resultados obtidos nos conceitos *autocuidado*, *aprendizagem e funções mentais*, *comunicação e relação com amigos e cuidadores*, de forma individual e particularizada, segundo cada contexto de cuidados onde decorreu a estratégia de intervenção.

Os contextos onde se desenrolou a estratégia assinalam grande variabilidade de características, desde a nível organizacional até às particularidades humanas a que dão resposta. Tendo em conta esta variação e considerando o tamanho diminuto da amostra, entendeu-se ser possível obter resultados satisfatórios e estatisticamente significativos, se para tal fosse usada uma estratégia coerente e adaptada. Desta forma, utilizou-se uma metodologia que distingue a maximização das capacidades funcionais da pessoa, assente na TDAE de Orem (2001); a metodologia de cuidados de Lopes (2006), que preconiza a centralização da pessoa no plano do cuidar e corresponde às características científicas da prestação de cuidados de enfermagem e ainda a perspetiva da qualidade dos cuidados de Donabedian (2005), objetivando resultados seguros, consistentes e replicáveis. Além disto, a escolha dos instrumentos de avaliação tornou-se fundamental, porque deste modo se podem evidenciar e disseminar ganhos em saúde, da forma mais exata possível.

No que respeita à análise sociodemográfica das pessoas dependentes com comorbilidade, a primeira variável avaliada foi a idade, diferindo significativamente em cada contexto abordado. No SR1 foi percebido um intervalo de idades alargado, com variação entre os 21 anos e 83 anos, enquanto no SM2 o intervalo de variação é menor, centrando-se entre os 50 anos e 88 anos. Pode referir-se que a subamostra do SR1 é mais jovem que a homóloga do SM2, dado que a idade média em cada serviço se situa nos 55,9 e 69,4 anos, respetivamente. Como já referido, estas diferenças são explicadas por via da

diferente organização, filosofia e localização dos serviços de saúde. Nos estudos consultados, verificaram-se amostragens em que a variável idade difere consideravelmente. Deve sublinhar-se, que segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 125/2011), os cuidados de ER abrangem as fases do ciclo vital, em todos os contextos da prática de cuidados, pelo que são prestados a qualquer pessoa, em qualquer idade.

A nível da variável sexo, observou-se que existem algumas semelhanças nos dois contextos, havendo em ambos uma maior proporção de indivíduos do sexo masculino que do sexo feminino, assemelhando-se ao relatado num estudo de Santos (2017), sobre ganhos sensíveis aos cuidados de ER, num serviço de medicina física e reabilitação. A restante literatura encontrada contraria estes dados e indica o sexo feminino como maioritário.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos participantes é casada mas os dados apontam para diferenças significativas ao relacionar esta variável com o sexo. Observa-se que a maioria das pessoas do sexo feminino são viúvas (75%), ao contrário das pessoas do sexo masculino, em que 88,9% são casadas. A associação entre as variáveis sexo e estado civil é mencionada com frequência na literatura. Num estudo de König, Bernert e Angermeyer (2005), os autores relatam diferenças na capacidade de autocuidado, em que as mulheres apresentam maiores dificuldades do que os homens. Da mesma forma, Chang, Chiou, Lin, Lin, e Tai (2005) e Bould, Smith e Longino (1997) também observaram a mesma relação. Araújo, Paúl e Martins (2011), ao estudar o grau de dependência de idosos em Portugal, referem que as mulheres viúvas apresentam níveis mais altos de dependência. Mais recentemente, os estudos sobre a dependência no autocuidado de Fonseca e Lopes (2014) e Petronilho (2013), fazem referência ao facto das participantes femininas, serem em grande número, viúvas. Segundo dados do INE (2017), corroboram-se estes autores, particularmente em Portugal, onde as projeções das atuais e futuras pirâmides etárias, apontam para uma tendência de longevidade do sexo feminino, como observado no enquadramento inicial. Durante o contexto prático não se encontraram alterações no desenvolvimento das intervenções de reabilitação, relacionadas com o estado de viuvez das participantes.

No que concerne ao IMC, não se encontram diferenças significativas relativamente aos dois locais do estudo mas destaca-se que no SR1 metade da subamostra apresenta pré-obesidade (50,0%) e no SM2 a maioria das pessoas tem peso saudável. Neste contexto, Ortiz, Cabriales, González e Meza (2010) e Den Ouden, Schuurmans, Arts, e Van Der Schouw (2013), ao investigar a influência do IMC nos fatores de desempenho do autocuidado, referem maiores dificuldades em pessoas com IMC mais elevado. Na experiência dos investigadores, não se encontraram maiores dificuldades na reabilitação de pessoas com diferentes IMC.

No que respeita à variável escolaridade, é observada grande oscilação na amostra, com maior predomínio das pessoas com a 4ª classe completa, a existência de 13,3% de pessoas com o ensino superior concluído e uma percentagem de 6,7% de pessoas analfabetas. Segundo os estudos de Karakurt, Kasimoğlu, Bahçeli, Atalikoğlu Başkan e Ağdemir (2017), Lee, Tsai, Luo e Tsay (2010) e Lei e Cai (2018), a escolaridade relaciona-se com a capacidade de autocuidado, pelo que níveis de educação mais baixos traduzem maiores défices a este nível. Assim, pode referir-se, na ótica da experiência dos investigadores, que as intervenções de reabilitação levadas a cabo junto dos indivíduos mais escolarizados, foram facilitadas relativamente à motivação, aceitação e perceção dos benefícios inerentes, enquanto os indivíduos menos escolarizados demonstraram maiores dificuldades na aprendizagem e desenvolvimento de técnicas de reabilitação. Deste modo, os participantes menos escolarizados necessitaram, muitas vezes, de mais tempo e de mais instruções para executar as ações propostas.

Após uma primeira abordagem à caracterização sociodemográfica da amostra, analisar-se-á a caracterização funcional dos participantes nos momentos M1 e M2 da estratégia, nos conceitos de *autocuidado*, *aprendizagem e funções mentais*, *comunicação e relação com amigos e cuidadores*.

Autocuidado

O conceito de *autocuidado* avaliado através do instrumento ENCS (Fonseca & Lopes, 2014) engloba os códigos da CIF (OMS, 2004) que correspondem ao aperfeiçoamento e amadurecimento da prática de atividades que a pessoa inicia e desenvolve, de forma a preservar a vida e o bem-estar pessoal (Orem, 2001). Neste

contexto, segundo Petronilho (2013), o autocuidado é um fator modificável por via do potencial de aprendizagem do indivíduo. A intervenção neste domínio e sua melhoria é tida como uma estratégia determinante, na perspetiva da qualidade dos cuidados de enfermagem (Petronilho, 2013).

No SR1, a intervenção de ER, incidiu essencialmente em pessoas com altos défices de autocuidado, pelas patologias prevalentes (AVC e LVM). Neste serviço, os resultados indicam uma melhoria no aumento da funcionalidade.

No momento M1 observou-se a existência de 5,6% das pessoas com “*problema completo*”, ou seja, pessoas com incapacidade completa (96 - 100%), o mesmo não se verificando no momento M2 (0,0%). Esta percentagem da subamostra experimentou uma transição para níveis superiores de capacidade funcional no autocuidado, apresentando maior funcionalidade no final da intervenção. Da mesma forma, a percentagem de pessoas com “*problema grave*”, ou seja, incapacidade de 50% a 95%, também diminuiu. Pelo contrário, a percentagem de pessoas com “*problema moderado*” no autocuidado (25 - 49%) aumentou no momento M2.

As ilações retiradas indicam a existência de uma progressão gradual e transversal, no sentido de uma maior funcionalidade e conseqüente menor nível de problema, em todas as pessoas, independentemente do seu nível de incapacidade. Desta forma, pessoas com alto nível de comprometimento funcional progrediram para um nível de maior funcionalidade e assim sucessivamente. Van Der Meer e colaboradores (2017) e Nogueira, Rabeh, Caliri e Haas (2013), em estudos sobre a dependência da pessoa com lesão medular, referem a elevada necessidade de cuidados destas pessoas, devido ao alto grau de comprometimento funcional. Os mesmos autores referem, que dependendo do nível neurológico da lesão, esses indivíduos necessitam de auxílio total ou parcial para a realização das AVD, principalmente as pessoas com tetraplegia, já que são dependentes de cuidados a longo prazo. No que se refere ao AVC, é uma das principais causas de incapacidade mundial, afetando gravemente a independência dos sobreviventes (Feigin, Norrving, & Mensah, 2017; Kerr, 2012; Menoita, 2014). Ao tratarem-se de doenças em que a incidência de recuperação total é baixa, muitas vezes não é possível alcançar um estadió funcional igual ou próximo daquele que antecedeu a lesão, pelo que os resultados

apresentados no aumento das pessoas com “*problema moderado*”, no momento M2, são concordantes com a evidência existente. Neste sentido, pode dizer-se que pessoas com níveis altos de incapacidade alcançaram melhorias na funcionalidade, mas mantiveram-se dependentes, ainda que em menor escala. Existe assim uma progressão para estadios mais baixos de dependência, mas torna-se pouco provável que se alcance a independência total. Relativamente às pessoas com “*problema ligeiro*”, ou seja, incapacidade entre 5% e 24%, no momento inicial totalizavam 22,2% e no final, pela melhoria funcional e devido à utilização de dispositivos auxiliares, as mesmas transitaram para o nível “*não há problema*”. Para estes resultados, contribuíram de forma decisiva, as intervenções dirigidas ao treino de AVD/autocuidados e as intervenções nos focos: espasticidade, movimento muscular, rigidez articular, parésia, equilíbrio corporal, ventilação, limpeza das vias aéreas e expetorar. Nas pessoas acometidas com LVM, existem grandes alterações a nível da motricidade, locomoção, sensibilidade superficial e profunda (Diccini, 2017). Sabendo que a pessoa com LVM pode apresentar um conjunto variado de défices, consoante a localização da lesão, consideraram-se as especificidades dos utentes, tendo em conta as suas ambições a nível de reabilitação, respeitando e acompanhando o seu projeto de saúde. De uma forma geral, existiram metas de reabilitação comuns a todos os casos, como a reabilitação do processo de eliminação, a prevenção das consequências relacionadas com a imobilidade, o treino de autocuidados de forma adaptada e a gestão das alterações psicossociais. Neste âmbito, reproduzem-se algumas expressões, face aos ganhos autopercebidos pelos utentes, relativamente à reabilitação:

Notas de campo

“Sinto que quando me fazem isso (exercícios musculares e articulares passivos) fico mais relaxado e tenho menos espasmos.”A5PC-289-2

“Hoje tenho as pernas mais rijas (espasticidade)! Ontem fiquei melhor depois dos exercícios que me fez...”A5PC-410-1

“Ontem o enfermeiro (de reabilitação) ensinou-me a fazer (autocateterismo vesical intermitente) e hoje já comecei a treinar. Acho que já me “ajeito” mais ou menos... e até prefiro assim (maior autonomia na eliminação) ...”A17AT-2210-2

Também se enfatiza a importância da RR, principalmente nas situações em que o nível de lesão foi mais alto, devido ao maior compromisso respiratório e possíveis complicações. A este nível os utentes referiram expressões como:

Notas de campo

“Quando acabo de fazer (reabilitação respiratória) até fico com os pulmões “mais abertos!”A5PC-1010-2

“Acho que isto é bom (reabilitação respiratória) ... também me ajuda a descontrair e a ficar menos tenso”A5PC-810-3

Estas ações visaram a melhoria da funcionalidade geral e o ajustamento às incapacidades destas pessoas, atendendo que são processos longos, em que os cuidados físicos são primeiramente assimilados, enquanto a perspectiva de *coping* se mantém de forma contínua, na aprendizagem diária (Diccini, 2017). No AVC, sabendo que é causa de alta morbidade, existem também défices específicos consoante o local e tipo de acidente vascular. Neste âmbito, as intervenções a nível dos autocuidados foram relevantes para ganhos de funcionalidade e autonomia, bem como as intervenções que visaram a redução da espasticidade e rigidez articular, promoção do movimento muscular e do equilíbrio corporal. Ao intervir na pessoa com AVC, ao nível do hemicorpo parético, a mobilização de segmentos musculares e articulares a este nível levou geralmente, a que no fim da intervenção os utentes referissem melhorias:

Notas de campo

“Hoje o braço está “bera” (membro parético)! Ontem fiquei melhor depois do que me fez (exercícios musculares e articulares) ...”A3FM-299-1

“Vocês (Enfermeiros de Reabilitação) haviam de poder fazer isto todos os dias (exercícios musculares e articulares). Sei que há aqui muita gente para tratar, mas isto “tira-me” mais as dores”A10JD-219-2

“Quando aqui cheguei (à instituição) este lado não mexia nada (sequelas de AVC) ... Agora, já faço mais coisas como a barba, levantar-me e deitar-me quase sozinho e já consigo comer sozinho, que antes não conseguia...”A4JB-299-2

Os resultados obtidos a nível de ganhos no autocuidado são corroborados por vários estudos da RSL efetuada. Um estudo realizado na China, através de um ensaio randomizado controlado, comprovou que a reabilitação do AVC precoce (nas 48 horas pós-AVC) melhora a sobrevivência e os resultados funcionais em pessoas com hemorragia intracerebral (Cadilhac et al., 2014). A amostra foi composta por 243 pacientes de forma randomizada que integraram os grupos de intervenção e de controlo. Os resultados foram consistentes e observou-se que os pacientes que usufruíram de cuidados de reabilitação tiveram maior probabilidade de sobrevivência aos 6 meses do que aqueles que receberam cuidados padrão (Cadilhac et al., 2014). A amostra apresentou também aumento da vitalidade, aumento da função física, diminuição da dor, diminuição da ansiedade (Shepherd & While, 2012), aumento da performance nas AVD, diminuição do tempo de internamento (Xian-Liang Liu et al., 2014), diminuição de complicações, diminuição da mortalidade e aumento da qualidade de vida. Segundo Cadilhac e colaboradores (2014), o sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC depende de uma série de rotinas de exercícios que devem ser progressivos, repetitivos e persistentes, não devendo ultrapassar a capacidade individual da pessoa. Noutro estudo realizado numa instituição portuguesa de reabilitação, pretenderam-se avaliar os ganhos em habilidades motoras e de conhecimento, através de um instrumento de vídeo sobre técnicas de autocuidado e reabilitação motora, em pessoas com LVM (Isabel & Silva, 2016). O grupo de intervenção foi exposto ao visionamento de vídeos educacionais, sobre técnicas de reabilitação e autocuidado e posteriormente foram avaliadas a execução das técnicas por peritos (Isabel & Silva, 2016). Como resultado observou-se o significativo aumento das habilidades motoras e do conhecimento dos participantes (Abredari et al., 2015; Isabel & Silva, 2016).

No SM2, os resultados não diferiram destes em grande medida. Ao contrário da filosofia do SR1, este é um serviço de medicina, que de uma forma geral recebe pessoas com problemas do trato respiratório e em que existem poucos EEER. As ações centraram-se na reabilitação respiratória, uma vez que as patologias deste tipo caracterizam-se habitualmente por sintomas incapacitantes como dispneia, tosse e intolerância ao esforço (Cordeiro & Menoita, 2012; GOLD, 2018). Uma vez controlado este quadro sintomatológico, as pessoas podem autocuidar-se de forma mais eficaz (Beauchamp et al., 2013; Cordeiro & Menoita, 2012).

Os resultados indicam, tanto no momento M1 como no momento M2, a inexistência de pessoas com “*problema completo*”, ou seja, incapacidade completa (96% - 100%) ao nível do autocuidado. A existência de pessoas com “*problema grave*” (50% - 95% de incapacidade) neste conceito assentou nos 25% no momento M1, com diminuição para 8,3% no momento M2. Da mesma forma que no contexto anterior, existiu uma evolução no aumento de capacidades funcionais, resultando numa progressão para menores níveis de problema e incapacidade. Assim, observa-se que uma percentagem considerável de pessoas com “*problema grave*” transitou para um nível de “*problema moderado*” (25%-49% de incapacidade), da mesma forma que as pessoas com “*problema moderado*” cursaram para o nível de “*problema ligeiro*” (5%-24% de incapacidade). No final da avaliação 50% da subamostra refere que “*não há problema*”, ou seja, não tem dependência no autocuidado, 25% refere “*problema ligeiro*”, enquanto o restante da subamostra se divide entre “*problema moderado*” (16,7%) e “*problema grave*” (8,3%).

As patologias onde se interveio, como referido anteriormente, foram as doenças respiratórias restritivas e obstrutivas. Após uma cuidada avaliação da função respiratória, através da semiologia e da interpretação de ECD, levaram-se a cabo as intervenções a nível da RR, considerando holisticamente a pessoa, o seu estado clínico geral e as contra-indicações da RR (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). Deve referir-se, que no contexto do SM2, a população alvo dos cuidados de ER foram pessoas mais envelhecidas, com comorbilidades associadas, em que obrigatoriamente teve de existir um cuidado especial nas intervenções de reabilitação levadas a cabo, pelo perigo de agudização/descompensação. A nível da doença restritiva, as intervenções tiveram o objetivo de manter uma ventilação alveolar normal, melhorar a compliance pulmonar e torácica e aliviar a intolerância ao esforço (OE, 2018). Assim, foram utilizadas as técnicas de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios, posicionamentos, expiração com os lábios semi-cerrados, respiração abdominodiafragmática e técnicas de limpeza das vias aéreas, de forma a reduzir a frequência respiratória, melhorar a ventilação e a *clearence* mucociliar (OE, 2018). Quando foi necessário, recorreu-se a dispositivos auxiliares como o inspirómetro de incentivo, sacos de areia ou bastão, para maior execução das técnicas. Por outro lado, a adesão ao regime terapêutico foi dificultada por alguns fatores, como

isolamento social, crenças, diminuição da força muscular ou intolerância ao esforço. As referências obtidas indicam melhorias autopercebidas:

Notas de campo

“Ainda ninguém me tinha ensinado a fazer isto bem (terapêutica inalatória), mas assim já vou mais descansada para fazer em casa...”B22IR-1012-1

“Realmente se me “puser” nesta posição, acho que respiro melhor...”B30FF-1012-1

“Ontem fiz como me disse, comi melhor, bebi água e fiz a “bomba”(inalador). Hoje sinto-me melhor. E o tabaco... desta vez, tenho de diminuir...”B23LD-2212-1

A nível da doença obstrutiva, a atuação realizada circunscreveu-se à DPOC. Neste sentido, o alívio dos sintomas como a dispneia, a melhoria da tolerância ao exercício, e a prevenção das exacerbações e progressão da doença, foram objetivos da RR (Cordeiro & Menoita, 2012). As intervenções realizadas tiveram o intuito profilático e terapêutico e incidiram nos exercícios respiratórios (técnicas de relaxamento, dissociação dos tempos respiratórios, posições de melhoria ventilatória, expiração com os lábios semi-cerrados, respiração abdominodiafragmática e técnicas de limpeza das vias aéreas), treino de músculos respiratórios, treino de exercício, técnicas de conservação de energia e os ensinamentos sobre terapêutica inalatória, alimentação e cessação tabágica (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2018). As pessoas alvo de intervenção notaram melhorias e referiram satisfação:

Notas de campo

“Hoje já me sinto melhor (dia após intervenções de RR)! Dói-me menos o peito e já consegui ir tomar duche sozinha.”B25MR-1511-1

“Hoje está só a sair “porcaria” cá de dentro (após técnicas de limpeza das vias aéreas) ...”B19JS-1211-1

“Ainda ninguém me tinha ensinado a fazer isto bem (terapêutica inalatória), mas assim já vou mais descansada para fazer em casa...”B22IR-1012-1

A este nível, os ganhos obtidos enquadram-se na evidência encontrada. Uma revisão sistemática onde se incluíram 733 pessoas de forma randomizada avaliou o impacto dos programas de reabilitação pulmonar, a nível da qualidade de vida relacionada com a saúde

e outros resultados de saúde (Xian-Liang Liu et al., 2014). Os utentes em estudo apresentaram diminuição significativa dos sintomas de dispneia, um dos sintomas respiratórios mais associados à DPOC (Xian-Liang Liu et al., 2014). Os mesmos autores (2014) também observaram aumento na atividade física (Predeger et al., 2014), aumento da função pulmonar, diminuição do tempo de internamento (Cadilhac et al., 2014) e das readmissões hospitalares. Beauchamp e colaboradores (2013) determinaram o efeito de programas de exercícios supervisionados após a reabilitação pulmonar sobre a capacidade de exercício. Neste estudo, a amostra contou com 619 indivíduos com DPOC, realizando-se uma avaliação aos 6 e 12 meses (Beauchamp et al., 2013). Os autores (2013) concluíram o aumento significativo da capacidade funcional a médio prazo (6 meses). Os programas de exercícios de reabilitação supervisionados de manutenção, mostraram resultados superiores aos cuidados habituais, como forma de sustentar benefícios na capacidade de exercício a médio prazo, para pacientes com DPOC (Beauchamp et al., 2013). Os autores do estudo consideram que a manutenção de mudanças comportamentais complexas é desafiante e numa doença como a DPOC a manutenção é ainda mais complicada, pela progressão da doença e suas exacerbações (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015; Beauchamp et al., 2013). Num outro estudo que avaliou a Técnica Progressiva de Relaxamento Muscular na fadiga e na qualidade do sono, também em pacientes com DPOC, observou-se a eficácia da técnica na melhoria de saúde dos pacientes (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015). A técnica compreende uma sequência de exercícios de respiração, treino de exercício dos membros inferiores e superiores e exercícios dos músculos respiratórios (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015). Nas 45 pessoas avaliadas registou-se a diminuição do nível de fadiga e o aumento da qualidade do sono (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015). Assim, corroborando o estudo de Xian-Liang Liu et al. (2014), considera-se que os programas de reabilitação pulmonar são imprescindíveis na continuidade dos cuidados aos pacientes com DPOC, de forma a diminuir o número de exacerbações da doença, as hospitalizações, possibilitando ganhos a nível da qualidade de vida (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015; Beauchamp et al., 2013; Xian-Liang Liu et al., 2014).

Aprendizagem e Funções Mentais

Quanto ao segundo conceito, *aprendizagem e funções mentais*, este engloba variáveis que dizem respeito à função cognitiva, funções emocionais, funções de orientação, funções da atenção e funções da consciência.

No SR1 observou-se no momento M1 a inexistência de pessoas com “*problema grave*” (0,0%) ou “*problema completo*” (0,0%). Quanto ao “*problema moderado*” (25% - 49% de incapacidade), em M1 constatou-se a existência de 27,8% de pessoas, e no momento M2 deu-se uma diminuição para a percentagem de 16,7% de pessoas com este nível de incapacidade. Relativamente ao “*problema ligeiro*” (5% - 24% de incapacidade), a mesma percentagem manteve-se no momento inicial e final (27,8%). Por outro lado, a percentagem de pessoas sem problemas, ou seja, sem dependência, aumentou no momento final.

No seguimento dos resultados anteriores do conceito *autocuidado*, também aqui se observam melhorias da funcionalidade. Desta forma, a progressão dos participantes, de níveis superiores de incapacidade, para níveis inferiores, continua a verificar-se. Não obtendo resultados tão evidentes neste conceito, realça-se que a estratégia de intervenção preconizada teve uma maior predominância na capacitação para o autocuidado e AVD, com menor incidência nas funções cognitivas. Além disto, a literatura indica que a reabilitação cognitiva é um processo longo, demorado, disciplinado e repetitivo (Cramer et al., 2011; Menoita, 2014), influenciado por fatores como a idade e gravidade das lesões (Gatens & Musto, 2011), pelo que resultados efetivos a este nível necessitam de uma intervenção continuada. Deste modo, as intervenções de ER no conceito *aprendizagem e funções mentais* incidiram em grande medida, nas pessoas acometidas por AVC, dadas as consequências neurológicas associadas a esta doença. No âmbito das intervenções a este nível, considerou-se o conceito de neuroplasticidade, referente à capacidade do sistema nervoso para responder a estímulos intrínsecos e extrínsecos, reorganizando a sua estrutura, função e conexões (Cramer et al., 2011). Desta forma, a reabilitação de funções cognitivas desenvolveu-se através da gestão de um ambiente de estímulos positivos, adequados à aprendizagem, evitando estímulos negativos. Os ensinamentos aos utentes foram realizados seguindo uma conduta de serenidade, repetição e reforço positivo. Os

familiares foram instruídos, de forma a darem seguimento aos cuidados iniciados no internamento, por forma à maximização de capacidades, num contexto ainda mais estimulante, como é o domicílio da pessoa.

No SM2, no momento inicial 25% da subamostra referiu “*problema moderado*” e no final da intervenção não existiram pessoas com problemas deste nível (0,0%). Relativamente às pessoas com “*problema ligeiro*”, no momento M1 existiu uma percentagem de 50%, que se manteve no momento M2. No que respeita às pessoas que referiram não existir problema, observou-se um aumento de 25% da subamostra em M1, para 50% em M2, mantendo-se o registo de aumento de funcionalidade.

No contexto do SM2, não se encontraram lacunas tão evidentes como no SR1, a nível das funções cognitivas. Não obstante, a atuação foi idêntica, na tentativa de proporcionar o melhor ambiente de reabilitação para a aquisição de capacidades.

Segundo a RSL, são vários os autores que referem as questões da aprendizagem e dos ensinamentos como fundamentais no processo de reabilitação e atribuem este papel ao EEER. Vários estudos reconhecem a importância de estabelecer programas de exercícios de reabilitação graduais, com supervisão nos estágios iniciais e um período de acompanhamento após a conclusão do programa inicial (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015; Beauchamp et al., 2013; Powden et al., 2017). Além disto, os ensinamentos de saúde também podem ajudar a fortalecer a motivação de um paciente para modificar o seu comportamento relacionado com a saúde (Cadilhac et al., 2014; Xian-Liang Liu et al., 2014). Akgün Şahin e Dayapoğlu (2015) e Cadilhac e colaboradores (2014) consideram que o EEER tem um papel fundamental no acompanhamento da pessoa com AVC e sua família, bem como no apoio psicológico e adaptação ao meio. Os autores Abredari e colaboradores (2015) levaram a cabo um estudo, com o intuito de investigar a existência de correlação entre o comportamento de autocuidado e o locus de controlo interno de saúde em pessoas com pé diabético, numa amostra de 120 pessoas. O locus de controlo da saúde é um conceito que se traduz na crença que um povo tem acerca das forças que controlam a suas vidas (Abredari et al., 2015). As pessoas que possuem locus de controlo externo de saúde, reconhecem fatores fora do seu controlo como responsáveis na sua própria condição de saúde (profissionais de saúde, sorte ou destino), inversamente, as

peças com controle interno, reconhecem-se a si mesmos como responsáveis pela sua saúde (Abredari et al., 2015). O resultado deste estudo indica que existe relação direta entre o comportamento de autocuidado e o locus de controle interno de saúde (Abredari et al., 2015). Foi também observada uma relação direta e significativa entre o locus de controle interno de saúde com o nível de educação (Abredari et al., 2015). Neste âmbito, vários autores referem que as intervenções de enfermagem, através de programas e planos de educação ao paciente, levam ao fortalecimento do locus de controle interno de saúde, através da melhoria do nível de literacia em saúde, melhorando e fortalecendo os comportamentos de autocuidado dos pacientes e o seu envolvimento no tratamento (Abredari et al., 2015; Isabel & Silva, 2016; Predeger et al., 2014). No estudo já mencionado de Isabel e Silva (2016), sobre vídeos simuladores de autocuidado, refere-se que os mesmos estimulam o ensino e aprendizagem das técnicas de reabilitação, não devendo substituir as intervenções do profissional de saúde *in loco*, mas servindo de complemento para discussão e análise crítica interativa (Abredari et al., 2015; Isabel & Silva, 2016). Através de um estudo com o objetivo de avaliar se a reabilitação influenciava as estratégias de *coping* em homens, após o tratamento ao cancro da próstata com radioterapia, reuniu-se uma amostra com 161 pessoas (Dieperink et al., 2017). Observou-se que as pessoas adquiriram maior capacidade para lidar com situações do seu contexto de saúde através do acompanhamento que obtiveram nos programas de reabilitação (Dieperink et al., 2017). É comum aos vários estudos, a influência dos cuidados de ER na adoção de estratégias de *coping* mais consistentes, confrontando a doença de uma forma ativa, induzindo menores sintomas depressivos e uma maior capacidade de autogestão da doença a todos os níveis (Abredari et al., 2015; Buijck et al., 2014; Cadilhac et al., 2014; Isabel & Silva, 2016; Shepherd & While, 2012)

Comunicação

No que respeita ao conceito de *comunicação*, também se obtiveram ganhos de funcionalidade em ambos os contextos. A comunicação engloba fatores linguísticos, cognitivos e pragmáticos (Boss & Wilkerson, 2011). Por esse motivo, a reabilitação neste campo é um processo demorado e exigente, que depende das particularidades da pessoa (Menoita, 2014; Stephens, 2017).

No SR1 observou-se a existência de pessoas com “*problema moderado*”, “*problema ligeiro*” e sem problema na *comunicação*. Nas pessoas com “*problema moderado*”, ou seja, com um nível de incapacidade entre 25% e 49%, a percentagem de resultado foi igual no momento M1 e no momento M2 (5,6%). No que respeita aos indivíduos com “*problema ligeiro*” (5% - 24% de incapacidade), os resultados apontam para um aumento da funcionalidade, com a diminuição de pessoas neste nível, do momento M1 (27,8%), para o momento M2 (22,2%). Assim, existiu uma progressão para patamares mais altos de funcionalidade, uma vez que o número de pessoas independentes (0% - 4% de incapacidade) no conceito *comunicação* aumentou do momento M1 (66,7%) para o momento M2 (72,2%), observando-se ganhos funcionais.

De forma semelhante relativamente ao conceito *aprendizagem e funções mentais*, também o conceito *comunicação* engloba aspetos predominantemente cognitivos, pelo que no SR1 as pessoas com AVC apresentaram maiores dificuldades a este nível. Neste âmbito, a ação de ER foi levada a cabo no âmbito da reabilitação da disartria e afasia. Nos casos de disartria, as intervenções basearam-se nos exercícios das estruturas envolvidas na comunicação e nos casos de afasia, levaram-se a cabo as técnicas para a capacidade de expressão verbal, como o encorajamento da pessoa a expressar-se, a repetição da mensagem da pessoa em voz alta ou a utilização de linguagem não-verbal.

No SM2, da mesma forma, também se verificaram ligeiras melhorias entre M1 e M2. A percentagem de pessoas com “*problema ligeiro*” diminuiu de 33,3% para 25% e as pessoas independentes, ou seja, que não referiram problemas, aumentaram de 66,7% em M1, para 75% em M2.

Não existindo no SM2, níveis altos de incapacidade na *comunicação*, a nossa atuação foi direcionada para casos específicos de disartria, utilizando as técnicas já faladas.

Na literatura, encontraram-se alguns estudos que corroboram a influência das técnicas de reabilitação, ao nível da comunicação. Godecke e colaboradores (2014) ao encetarem um estudo que pretendeu comparar a implementação de terapia da fala precoce no AVC, com um grupo de controlo de cuidados habituais em fase tardia (4-5 semanas pós-AVC), obtiveram ganhos de comunicação significativamente maiores no grupo de intervenção em comparação ao grupo de controlo. Aydelott, Leech e Crinion (2010)

referem que as pessoas idosas descrevem dificuldades de comunicação relacionadas com complicações crescentes na percepção e compreensão da fala, perda auditiva, isolamento social e perda de cognição. Poslawsky, Schuurmans, Lindeman e Hafsteinsdóttir (2010), através de uma RSL sobre a reabilitação do AVC em pacientes com afasia, concluíram que a utilização do rastreio e de instrumentos específicos utilizados pelos enfermeiros, permite detetar precocemente sinais e sintomas de afasia, condição prévia para que se possa iniciar todo o processo de reabilitação da comunicação.

Relação com Amigos e Cuidadores

Por último, analisando o conceito de *relação com amigos e cuidadores*, observou-se uma discrepância dos restantes resultados obtidos nos conceitos anteriores, uma vez que no SR1, entre os dois momentos de avaliação, ocorreu um agravamento dos problemas das pessoas neste domínio. No SM2 não existiram alterações entre M1 e M2. Estes resultados serão discutidos à luz da evidência disponível, referindo que este conceito avalia o suporte fornecido pelos amigos, cuidadores e profissionais de saúde, relativamente ao doente.

No SR1 constatou-se que no momento inicial os participantes não referem “*problema grave*” (0,0%), mas no momento final da avaliação observam-se 20% de pessoas com “*problema grave*” na *relação com amigos e cuidadores*, significando aumento dos problemas. A nível das pessoas com “*problema moderado*”, no momento M1 cerca de 75% das pessoas refere problemas, e em M2 existe uma diminuição para 60% de pessoas com problemas a este nível. Relativamente ao parâmetro “*não há problema*”, no momento M1 cerca de 25% da subamostra refere não ter problemas na *relação com amigos e cuidadores* e em M2 esta percentagem desce para 20%, significando uma diminuição de pessoas sem problema, relativamente ao início da estratégia.

Assim, constata-se um aumento gradual dos problemas das pessoas, na *relação com amigos e cuidadores*, entre M1 e M2. A atuação levada a cabo seguiu uma atitude de centralidade da pessoa no plano terapêutico, dando-lhe o poder de decidir sobre a sua saúde, oferecendo-lhe todo o suporte necessário às suas decisões. Integrou-se a família no processo de cuidados através dos ensinamentos, instruções e treinos facultados a estes

elementos, como forma de inclusão, promovendo a continuidade de cuidados, mais seguros e eficazes, na perspectiva primordial do bem-estar da pessoa, maximização de funcionalidades e sua reintegração social.

Segundo a literatura consultada, vários fatores podem contribuir para o agravamento dos resultados entre os dois momentos de avaliação. Ainda assim, devido à presença direta no contexto com as pessoas e suas famílias/cuidadores, pensa-se que o principal fator destes resultados se relacione com a sobrecarga das famílias e cuidadores, quando existe uma transição da unidade de saúde para casa. Segundo Denson, Winefield, & Beilby (2013) as decisões de planejamento de alta podem ser difíceis e angustiantes para pessoas idosas, famílias e profissionais de saúde e, apesar das boas intenções e do foco compartilhado nos melhores interesses da pessoa, as pessoas significativas podem ter percepções muito diferentes sobre a alta. Xie e colaboradores (2015), num estudo sobre os custos de cuidados médicos e encargos familiares, na alta de pacientes com fratura por osteoporose, referem que as famílias ficam sobrecarregadas de forma substancial devido a serviços de enfermagem, serviços de nutrição, transporte e dispositivos que têm de adquirir. Os mesmos autores (2015) referem que a quantidade de tempo de trabalho e os custos para os cuidadores, foram mais elevados que os custos combinados de assistência médica direta e indireta. Xie e colaboradores (2015) referem ainda que as possíveis razões para estes altos encargos familiares incluem a falta de instalações de reabilitação, inexistência de seguros de saúde que cubram os custos da reabilitação ambulatoria, preferências da pessoa para o atendimento domiciliar e questões culturais. Num estudo de Yigitalp, Surucu, Gumus e Evinc (2017) sobre os preditores da sobrecarga do cuidador em cuidadores de pacientes crónicos, concluem que o aumento do apoio social e profissional reduz a sobrecarga do cuidador, enquanto a ausência de um auxiliar do cuidador, num agregado familiar extenso, expõe o cuidador a alto nível de *stress*, aumentando a sobrecarga. Neste sentido, segundo Shyu, Chen, Liang, e Tseng (2012), os enfermeiros devem ter em atenção os resultados de saúde, especialmente a saúde geral, vitalidade e saúde mental dos cuidadores e levar a cabo intervenções de enfermagem durante e após a alta para avaliar e melhorar o apoio social percebido pelos cuidadores familiares. Outros autores também referem que o EEER tem um papel fundamental no acompanhamento da pessoa e da sua família, bem como na adaptação ao meio e no apoio psicológico (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015; Cadilhac et al., 2014). Neste

enquadramento, Buijck e colaboradores (2014) ao identificar os determinantes da qualidade de vida dos pacientes e da sobrecarga do cuidador informal, observaram que a alta funcionalidade estava associada a maior qualidade de vida e a menores sintomas depressivos. O cuidador informal é diretamente afetado pelos sintomas neuropsiquiátricos da pessoa cuidada, aumentando a sobrecarga do mesmo (Buijck et al., 2014). Na literatura também é referido que o EEER, através da sua atuação especializada, deve desempenhar um papel ativo no fornecimento de apoio psicossocial a estes doentes, contribuindo para a gestão da doença por parte dos mesmos e dos próprios cuidadores, diminuindo a sobrecarga exercida em ambos (Buijck et al., 2014; Cadilhac et al., 2014; Shepherd & While, 2012; Xian-Liang Liu et al., 2014). Ainda no âmbito da diminuição da sobrecarga do cuidador e aumento da qualidade de vida para cuidador e pessoa cuidada, foi realizada uma revisão sistemática que pretendia estudar a relação da qualidade de vida, com a eficácia de programas conservadores de reabilitação, em indivíduos com instabilidade crónica do tornozelo (Powden et al., 2017). Percebeu-se um considerável aumento da qualidade de vida, tal como observado noutros estudos (Cadilhac et al., 2014; Shepherd & While, 2012; Xian-Liang Liu et al., 2014). Vários autores referem a preponderância do EEER neste âmbito, intervindo em aspetos como independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal e informal, segurança ambiental e de saúde e uso de estratégias adaptativas, de capacitação do doente e família (Buijck et al., 2014; Cadilhac et al., 2014; Dieperink et al., 2017; Isabel & Silva, 2016; Predeger et al., 2014).

Análise aos resultados do Score Geral de Funcionalidade

Através da análise estatística efetuada, os resultados observados demonstram ganhos inequívocos na funcionalidade das pessoas incluídas neste estudo. Salienta-se que, no âmbito do instrumento ENCS, nas 31 variáveis avaliadas, pontuações mais baixas significam níveis de funcionalidade maiores. Deste modo, no SR1, para as 31 variáveis avaliadas, obteve-se uma melhoria do momento M1 (*Média* = 2.07 e *Erro Padrão da Média* = 0.131) para o momento M2 (*Média* = 1.77 e *Erro Padrão da Média* = 0.132). A correlação *Pearson* entre as variáveis nos momentos M1 e M2 é muito elevada e estatisticamente muito significativa ($r = 0.966$ com $p < 0.001$). No SM2, da mesma forma, existe uma melhoria da funcionalidade relativamente aos momentos M1 (*Mediana* = 2.014) e M2 (*Mediana* = 1.400). A correlação de *Spearman* entre as variáveis nos

momentos iniciais e finais da intervenção do EEER é muito elevada e estatisticamente muito significativa ($r = 0.944$ com $p < 0.001$).

Concluindo a discussão dos resultados obtidos, através da estratégia de intervenção profissional, pode afirmar-se que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação contribuem de forma inequívoca para ganhos em saúde nas pessoas dependentes no autocuidado com comorbidade, a todos os níveis. Através da análise estatística efetuada, demonstrou-se que as intervenções em ambos os contextos foram estatisticamente significativas, levando a uma melhoria dos *scores* gerais de funcionalidade, proporcionando ganhos em saúde. Além desta constatação, a análise dos estudos incluídos na RSL aponta no mesmo sentido, revelando a clara influência destes profissionais na melhoria das condições de vida das pessoas com estas características. Ao associar a estratégia de intervenção profissional com a evidência científica produzida na RSL, pode afirmar-se, no que respeita aos resultados de saúde das pessoas dependentes no autocuidado com comorbidade, que a Readaptação e Reeducação Funcional, Bem-estar e Autocuidado e Qualidade de Vida são as variáveis em que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação demonstra maiores ganhos.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo, realizar-se-á a análise às competências adquiridas através do desenvolvimento deste relatório e percurso subjacente, de acordo com os objetivos propostos.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista é o profissional que possui conhecimentos aprofundados da enfermagem, das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que revela perícia no julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento n.º 350/2015, 2015). As competências do enfermeiro especialista são o conjunto de competências clínicas especializadas que resultam do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 350/2015). Assim, os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, extensíveis a todos os contextos da prestação de cuidados de saúde, seja a nível primário, secundário ou terciário, que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança (Regulamento n.º 350/2015). Além disto, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de disseminar conhecimento e levar a cabo investigação pertinente, de forma a melhorar a prática da enfermagem (Regulamento n.º 350/2015).

O primeiro domínio de competências comuns do enfermeiro especialista, corresponde ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento n.º 122/2011). Este refere-se ao desenvolvimento de uma prática profissional e ética e à promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 122/2011). Durante o trajeto efetuado nos contextos clínicos, colocou-se em prática uma conduta de centralização da pessoa no

processo de cuidar, adotando uma estratégia de resolução de problemas em parceria com a pessoa, proporcionando-lhe a consciência do seu poder para alcançar os objetivos, aumentando o controlo sobre a sua própria saúde (Lopes et al., 2016). Para isto, foi essencial ter como pedra basilar a Declaração Universal dos Direitos do Homem, através da conceção de que todas as pessoas têm “*direito à vida, à liberdade e à segurança*”, repudiando torturas, penas ou tratamentos cruéis, desumanos e degradantes (ONU, 1948, pp. 2). Não menos importante, tendo em conta a profissão de enfermagem, a sustentação da atuação clínica fez-se através da regulamentação que serve de base à profissão e à especialidade de ER. Guiou-se a tomada de decisão pelo Código Deontológico, incorporando elementos do enquadramento jurídico da saúde e da enfermagem, respeitando os valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos. Na prestação de cuidados, gerais ou específicos, promoveu-se o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, à privacidade, confidencialidade e segurança da informação. Ao considerar a importância do desenvolvimento teórico da disciplina de Enfermagem, seguiu-se um enquadramento metodológico baseado numa aceção científica, através de ações suportadas em princípios, valores e normas deontológicas, com uma avaliação sistemática dos métodos e dos resultados da tomada de decisão. No âmbito da estratégia de intervenção profissional, de uma forma particular, as considerações éticas sobre os procedimentos da investigação seguem esta conduta, garantindo a presença constante dos princípios e valores da dignidade, justiça, equidade, solidariedade e ética profissional (Momborg, 1998).

No que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade, este preconiza a conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade e na manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 122/2011). A qualidade possui complexos determinantes e em saúde assume-se como uma tarefa multiprofissional, com um contexto de aplicação local (Hesbeen, 1998). Segundo Hesbeen (1998), uma prática de cuidados de qualidade é aquela que “*faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde*” (pp. 52). Neste sentido e como se referiu na abordagem da metodologia, elegeu-se o modelo conceptual de Donabedian (2005) de forma a estruturar as ações implementadas, nomeadamente no que diz respeito à estratégia de intervenção profissional. Segundo o autor (2005) as informações sobre a qualidade dos

cuidados podem ser obtidas das categorias: estrutura, processo e resultados. A estrutura descreve o contexto da prestação de cuidados, o processo indica as relações entre pessoas e profissionais em toda a prestação de cuidados de saúde e os resultados referem-se aos efeitos dos cuidados no estado de saúde das pessoas e populações (Donabedian, 2005). Por outro lado, não podia existir distanciamento da regulação da especialidade de ER, uma vez que, no que concerne à qualidade, assumiram-se as disposições do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem de Reabilitação (Regulamento n.º 350/2015). Desta forma, contribuiu-se no desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados de ER tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Utilizou-se a evidência científica mais recente para uma prestação de cuidados segura e fundamentada, recorrendo a instrumentos válidos e fidedignos para avaliação das ações e definiram-se, através de uma revisão sistemática da literatura, indicadores para a medição da obtenção de ganhos em saúde. A utilização de uma metodologia científica para a prestação de cuidados favorece a qualidade dos processos, tendo em conta que a avaliação e reformulação das ações é um passo determinante (A. V. Carneiro, 2009). Muitas vezes, esta avaliação passou pela discussão de temáticas, processos e ações de ER com o supervisor, orientador e equipa multidisciplinar, identificando lacunas e meios de progressão (Hesbeen, 2001). Salienta-se neste âmbito, a importância atribuída à codificação dos dados das pessoas, quer para investigação, quer no contexto prático, tendo em vista a manutenção da segurança.

Relativamente às competências do domínio da gestão dos cuidados, estas enquadram-se na gestão e otimização dos cuidados e adaptação e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 122/2011). Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), na gestão em saúde, os enfermeiros promovem a aprendizagem, aumentando os recursos pessoais, familiares e comunitários para responder aos desafios de saúde. Desta forma, no desenrolar das ações em contexto clínico, procurou-se ter em conta noções de gestão no que respeita aos cuidados e aos ambientes de prestação de cuidados. As intervenções seguiram a pertinência e adequação ao processo de reabilitação, numa ótica de complementaridade da ação terapêutica com outros profissionais, de forma a rentabilizar e mobilizar recursos em prol da pessoa, para uma maior eficácia, eficiência e efetividade dos cuidados. A reflexão constante sobre os cuidados prestados teve como

objetivo a melhor forma de atuar, trazendo para a equação todos os recursos e conhecimentos disponíveis. Neste sentido ao seguir uma prática de cuidados baseada na evidência, entendeu-se promover uma gestão de cuidados segura e informada, porque segundo A. V. Carneiro (2009), a saúde moderna, de qualidade, equitativa e custo-eficaz, deve basear-se na melhor evidência científica disponível, já que esta melhora a qualidade do sistema de saúde. O mesmo autor (2009) refere que a utilização da melhor evidência no contexto de cuidados educa sobre as melhores práticas clínicas, melhora os resultados e a qualidade em saúde e serve como instrumento de transformação de políticas de saúde, identificando lacunas e distribuição equitativa dos recursos. Segundo Ruthes e Cunha (2009), a avaliação de recursos tecnológicos, organizacionais e humanos, exigidos para uma eficaz gestão do conhecimento, deve ser uma competência dos profissionais de enfermagem.

Por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pretende-se que o profissional desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua *praxis* clínica especializada, em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Regulamento n.º 122/2011). Relativamente a este último domínio, pensa-se que o percurso realizado ao longo da especialização, integrando uma multiplicidade de ambientes, desde a aprendizagem teórica ao contexto prático de cuidados, contribuiu para uma atualização e evolução das perceções sobre o contexto envolvente. Desta forma, os obstáculos e dificuldades encontrados ao longo deste processo, inevitavelmente contribuíram para um crescimento profissional e pessoal, permitindo a aquisição de maiores capacidades de autocontrolo, autoconhecimento, gestão de sentimentos e conflitos. Segundo Hesbeen (2001), o caminho da aprendizagem e da experiência estão intimamente ligados, dado que a perícia na prática de cuidados é fruto de um longo processo. Nesta ótica, o processo de formação pelo qual se enveredou, teve a finalidade de uma maior capacitação para “*pensar a ação na perspectiva do cuidar*” (Hesbeen, 2001, pp. 115). Por outro lado, com este relatório julga-se terem sido identificadas lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, com intuito da disseminação de evidência que contribua para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. Objetivou-se, desta forma, favorecer a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Seguindo a ideia de Hesbeen (2001), deu-se uma formulação e reformulação constante, não cedendo ao facilitismo ou ao superficial,

colocando ao dispor da pessoa, sólidos e válidos padrões de conhecimento, que a ajudem a tomar as melhores decisões para o seu projeto de saúde e de vida.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A regulação de qualquer profissão é um processo primordial e em enfermagem não foi exceção, já que a definição de competências possibilita a clarificação do seu conteúdo funcional. A definição de competências visa, por um lado, providenciar um enquadramento “*regulador para a certificação das competências*” e, por outro lado, dar a conhecer aos cidadãos os padrões de cuidados de que podem usufruir, por parte dos Enfermeiros (Regulamento n.º 190/2015, pp. 10087). Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação visam a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade e da maximização das capacidades (Regulamento n.º 125/2011). Desta forma, o EEER concebe, implementa, monitoriza e avalia planos de reabilitação, baseados na identificação das necessidades específicas da pessoa ou grupo, no âmbito da funcionalidade (Regulamento n.º 125/2011).

Segundo Silva e Silva (2004), o desenvolvimento de competências de enfermagem deve realizar-se em contexto prático, pois é graças ao confronto com situações reais que se faz o processo de aquisição. Da mesma forma, Hesbeen (2001) refere que a mobilização e aquisição de competências se realizam na prática clínica, reestruturando conhecimento e saberes. Sabendo que a formação teórica e teórico-prática é conduzida durante o período de formação dos cursos de especialização, é em contexto clínico que se desenvolve um maior aporte de aquisições, mobilizando saberes ancorados, por via do contacto com situações reais. Neste sentido, através da estratégia de intervenção profissional, conduziram-se ações através das competências específicas que suportam a prestação de cuidados de ER. Considera-se uma estratégia de intervenção profissional abrangente, atual e inovadora, implementada no *continuum* da dependência/independência, atenta aos processos naturais e às transições saúde/doença. Considerando a evidência de uma transição demográfica e epidemiológica, construiu-se

uma estratégia que possibilitasse responder de forma humanizada, centrando a pessoa em todo o processo. Assim, em cada oportunidade, aplicaram-se os conceitos de ER, avaliando a funcionalidade, diagnosticando incapacidades e concebendo planos de intervenção para promoção de capacidades adaptativas, autocontrolo e autocuidado, maximizando ou reeducando funções. Após o planeamento e implementação das intervenções fez-se a avaliação dos resultados, em busca da melhoria contínua e da qualidade. Os contextos onde se atuou premiaram pela diversidade de características e filosofias, pelo que a resposta dada se moldou a cada particularidade e individualidade encontrada. Foram abarcadas múltiplas variáveis diferentes, desde o acompanhamento de jovens a séniores, pessoas em diferentes situações económicas e sociais, diferentes culturas e costumes e notoriamente diferentes quadros patológicos. As questões relacionadas com a funcionalidade foram a pedra angular desta atuação, pelo que se interveio na capacitação da pessoa dependente no autocuidado, segundo o referencial de Orem (2001), através de uma metodologia de cuidados e de qualidade, com vista à possibilidade de fazer regressar a pessoa a uma funcionalidade anterior ao problema, reinseri-la no seu meio social, proporcionando-lhe qualidade de vida.

3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Segundo o Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto, que regula o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, o grau de mestre é conferido, numa área de especialidade, ao que possuir e souber aplicar um elevado nível de conhecimentos, sabendo resolver problemas em diferentes situações, ter a capacidade para integrar conhecimentos, deter da capacidade para comunicar os seus raciocínios e conclusões e possuir competências que lhe permitam uma aprendizagem contínua, de forma autónoma.

A estratégia de intervenção profissional implementada, segundo os princípios reguladores da profissão de enfermagem, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEER, demonstra a aquisição de competências clínicas, atuando sob uma conduta metodológica de maximização de

capacidades, centralização da pessoa, cientificidade, segurança e qualidade dos cuidados. Neste sentido, evidenciam-se os resultados estatisticamente significativos da intervenção, fundamentação das ações e a conduta de princípios promotores da eficácia, eficiência e efetividade em contexto clínico. Tendo em conta as responsabilidades éticas, sociais e profissionais das intervenções, atuou-se de forma altruísta e solidária, pela proteção e defesa da pessoa humana de práticas que contrariem os direitos, a ética ou o bem comum. Em todo este processo, uma mobilização constante de conhecimentos e aptidões, de reflexões e aperfeiçoamentos, foi levada a cabo. A evidência científica orientou os processos subjacentes às tomadas de decisão e intervenções de ER, aliadas à análise e discussão com orientador e supervisor dos ensinamentos clínicos. Realizou-se também uma revisão sistemática da literatura, para posterior confrontação de resultados obtidos e orientação profissional, através da prática baseada na melhor evidência. Participou-se de forma proactiva nas equipas multidisciplinares, promovendo bons ambientes de cuidados, integrando e conectando profissionais, pessoas e suas famílias em prol da saúde. Os cuidados prestados respeitaram um padrão de conduta pessoal dignificadora da profissão, premiando pela solidarização com os outros membros da profissão, no desígnio da elevação profissional. Pela identificação de um quadro epidemiológico, social e demográfico atualmente instalado e no futuro potencialmente gerador de maiores défices de saúde nas populações, a investigação levada a cabo e consequentes ganhos em saúde, refletem a preocupação com a saúde, o bem-estar e melhoria das condições de vida das populações. Além disto, a estratégia realizada segue os princípios da promoção da excelência profissional, entende-se com um contributo válido para o desenvolvimento teórico e alargamento do horizonte de conhecimentos de uma disciplina científica como a Enfermagem de Reabilitação. Desta forma, consideram-se globalmente adquiridas as competências de Mestre.

CONCLUSÃO

A generalidade dos países desenvolvidos enfrenta atualmente um processo de acentuado envelhecimento demográfico, um paradigma que caminha para se tornar numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações em quase todos os setores da sociedade (OMS, 2015; ONU, 2015). Estas transformações influenciam os índices de mortalidade e morbidade, conduzindo ao aumento da esperança média de vida mas também a um exponencial aumento de pessoas idosas com comorbilidades e em situação de dependência no autocuidado (Afshar et al., 2015; R. Carneiro et al., 2012; Chi et al., 2017; Kapahi et al., 2010; Nunes, 2017; OMS, 2017; Petronilho et al., 2017). Neste sentido, as comorbilidades associam-se a piores resultados de saúde, gestão clínica mais complexa e aumento dos custos em cuidados de saúde. (Fabbri et al., 2015; Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury & Roland, 2009). Como resposta humana, o autocuidado assume uma dimensão muito relevante no contexto global da saúde e do bem-estar dos cidadãos, com especial atenção nos grupos mais vulneráveis (Fonseca & Lopes, 2014; Petronilho, 2013)

Em resposta ao enquadramento atual, o enfermeiro de reabilitação encontra-se em privilegiada posição, já que possui um *“conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde”*, apresentando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento n.º 125/2011, pp. 8648). Este dá assistência a pessoas com incapacidades, visando obter ou manter a maximização das capacidades funcionais e um nível de saúde e bem-estar ótimos, não se limitando a seguir planos de cuidados medicamente *standardizados* (Regulamento n.º 125/2011; S. P. Hoeman, 2011). O EEER tem um papel fundamental na prevenção de alterações da funcionalidade, na promoção da capacidade funcional da pessoa para o autocuidado, identificando as necessidades de intervenção para otimizar ou reeducar funções (Regulamento n.º 125/2011)

Segundo J. Santos (2017), atualmente, um dos desafios da Enfermagem de Reabilitação, passa pela efetiva afirmação dos profissionais especializados nesta área,

através da obtenção de ganhos mensuráveis em saúde, que demonstrem de forma inequívoca serem uma mais-valia na prestação de cuidados e na gestão das unidades prestadoras de cuidados.

Desta forma, com a finalidade do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do EEER e competências de mestre, adotou-se uma estratégia profissional de intervenção profissional, para investigação dos ganhos em saúde, sensíveis às intervenções do EEER, fundamentada na teoria do défice de autocuidado de Orem (2001), na teoria da relação enfermeiro-utente de Lopes (2006), no modelo de qualidade de cuidados de Donabedian (2005) e no conceito de funcionalidade da CIF (OMS, 2004).

Ao considerar a importância do desenvolvimento teórico da disciplina de Enfermagem, seguiu-se um enquadramento metodológico baseado numa aceção científica, através de ações suportadas em princípios, valores e normas deontológicas, com uma avaliação sistemática dos métodos e dos resultados da tomada de decisão. No âmbito da estratégia de intervenção profissional, de uma forma particular, as considerações éticas sobre os procedimentos da investigação seguiram esta conduta, garantindo a presença permanente dos princípios e valores da dignidade, justiça, equidade, solidariedade e ética profissional (Momberg, 1998).

Os resultados obtidos através desta estratégia, confirmam que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação contribuem de forma evidente para ganhos em saúde nas pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade, a todos os níveis. Ao realizar-se uma análise estatística dos resultados, demonstrou-se que as intervenções em ambos os contextos onde decorreu a estratégia foram estatisticamente significativas, conduzindo a uma melhoria dos *scores* gerais de funcionalidade, proporcionando ganhos em saúde. Além disto, a análise dos estudos incluídos na RSL aponta no mesmo sentido, revelando a clara influência destes profissionais na melhoria das condições de vida das pessoas com estas características. Ao associar a estratégia de intervenção profissional com a evidência científica produzida na RSL, pode afirmar-se, no que respeita aos resultados de saúde das pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade, que a Readaptação e Reeducação Funcional, Bem-estar e Autocuidado e Qualidade de Vida são as variáveis

em que a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação demonstra maiores ganhos. Assim, a estratégia realizada seguiu os princípios da promoção da excelência profissional, entendendo-se com um contributo válido para o desenvolvimento teórico e alargamento do horizonte de conhecimentos de uma disciplina científica como a Enfermagem de Reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboderin, I. A. G., & Beard, J. R. (2015). Older people's health in Sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 385 (9968), 9-11.
- Abredari, H., Bolourchifard, F., Rassouli, M., Nasiri, N., Taher, M., & Abedi, A. (2015). Health locus of control and self-care behaviors in diabetic foot patients. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 29: 283. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26913246>
- Abreu, A., & Peixoto, J. (2009). Demografia, mercado de trabalho e imigração de substituição: tendências, políticas e perspectiva no caso português. *Análise Social*, 44 (193), 719–746. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1260461201Q1sGZ3kf5Hp17AW8.pdf>
- Afshar, S., Roderick, P. J., Kowal, P., Dimitrov, B. D., & Hill, A. G. (2015). Multimorbidity and the inequalities of global ageing: A cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health*, 15(1), 1–11. doi: 10.1186/s12889-015-2008-7.
- Akgün-Şahin, Z., & Dayapoğlu, N. (2015). Effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with chronic obstructive lung disease (COPD). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21 (4), 277–281. doi: 10.1016/j.ctcp.2015.10.002.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2011). Living older in the family context: dependency in self-care. *Revista Da Escola De Enfermagem da USP*, 45 (4), 869-875. doi: 10.1590/S0080-62342011000400011.

- Aslani, Z., Alimohammadi, N., Taleghani, F., & Khorasani, P. (2016). Nurses' Empowerment in Self-Care Education to Stroke Patients: An Action Research Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4 (4), 329–338. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27713896> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5045977>
- Association of Rehabilitation Nurses (2014). *Standards and scope of rehabilitation nursing practice* (6^a ed.). Chicago, IL: Association of Rehabilitation Nurses
- Aydelott, J., Leech, R., & Crinion, J. (2010). Normal adult aging and the contextual influences affecting speech and meaningful sound perception. *Trends In Amplification*, 14 (4), 218-232. doi: 10.1177/1084713810393751.
- Beard, J. R., & Bloom, D. E. (2014). Towards a comprehensive public health response to population ageing. *The Lancet*, 385 (9968), 658-661.
- Beauchamp, M. K., Evans, R., Janaudis-Ferreira, T., Goldstein, R. S., & Brooks, D. (2013). Systematic review of supervised exercise programs after pulmonary rehabilitation in individuals with COPD. *Chest*, 144 (4), 1124–1133. doi: 10.1378/chest.12-2421.
- Boss, B., & Wilkerson, R. (2011). *Comunicação: Linguagem e Pragmática*. In S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4^a ed.) (pp.525-550). Loures: Lusodidacta.
- Bould, S., Smith, M. H., & Longino, C. F. (1997). Ability, disability, and the oldest old. *Journal of Aging & Social Policy*, 9, 13-31. doi: 10.1300/J031v09n01_03.
- Boylan, L. N. (2011). *Doenças Neuromusculares*. Em *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 443–468). Loures: Lusodidacta.

- Buijck, B. I., Zuidema, S. U., Eijk, M. S., Bor, H., Gerritsen, L., & Koopmans, R. T. C. M. (2014). Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation. *Aging and Mental Health*, 18 (8), 980–985. doi:10.1080/13607863.2014.899969.
- Cadilhac, D. A., Liu, N., Andrew, N. E., Zeng, L., Li, Z., Li, J., ... Wang, J. (2014). Randomized controlled trial of early rehabilitation after intracerebral hemorrhage stroke: Difference in outcomes within 6 months of stroke. *Stroke*, 45(12), 3502–3507. Doi:org/10.1161/STROKEAHA.114.005661
- Cameron, V. (2013). Best practices for stroke patient and family education in the acute care setting: a literature review. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 22 (1), 51–55, 64. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469500>
- Camicia, M., Black, T., Farrell, J., Waites, K., Wirt, S., Lutz, B., & Wildermuth, J. (2014). The essential role of the rehabilitation nurse in facilitating care transitions: A white paper by the association of rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing*, 39 (1), 3–15. doi: 10.1002/rnj.135.
- Carlos, J. S. (2016). Multimorbilidade – o Doente, a Coordenação de Cuidados e o Sistema de Saúde. *Factores de Risco*, (39), 10-16.
- Carneiro, A. V. (2009). Cuidados de Saúde Baseados na Evidência e nas Normas de Orientação Clínica. Em *Governança dos Hospitais* (pp. 57–74). Alfragide: Oficina do Livro - Sociedade Editorial, Lda.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. J. (2012). O envelhecimento da população: Dependência, Ativação e Qualidade. Disponível via Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa em http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

- Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (2015). O Centro. Disponível em: <http://cmra.pt/centro/organizacao/>
- Chang, H., Chiou, C., Lin, M., Lin, S., & Tai, T. (2005). A population study of the self-care behaviors and their associated factors of diabetes in Taiwan: results de the 2001 National Health Interview Survey in Taiwan. *Preventive Medicine*, 40 (3), 344-48. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.06.012.
- Chi, W. C., Wolff, J., Greer, R., & Dy, S. (2017). Multimorbidity and decision-making preferences among older adults. *Annals of Family Medicine*, 15(6), 546–551. doi: 10.1370/afm.2106.
- Chibante, C. L., Santos, T. D., Valente, G. C., Helena, F., Santo, E., & Santos, L. Dos. (2016). Nursing Care Management To Elderly Patients: the Search for Evidence O Gerenciamento Do Cuidado De Enfermagem Aos Clientes Idosos: a Busca Por Evidências El Gerenciamiento Del Cuidado De Enfermería a Los Clientes Ancianos: La Búsqueda Por Evidencias. *J Nurs UFPE on Line.*, Recife, 10, 848–58. <https://doi.org/10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201620>
- CIE (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1.0* (3ª Edição). Genebra: International Council of Nurses.
- Cordeiro, M. C. O., & Menoita, E. C. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.
- Coronel-Restrepo, N., Bonilla-Abadía, F., Agualimpia, A., Echeverri, A. F., Ospina, F. E., Cañas, C. A., & Tobón, G. J. (2016). The Aging as a Consequence of Diverse Biological Processes. *Ageing International*, 41 (3), 265–282. doi: 10.1007/s12126-016-9247-5.
- Cramer, S. C., Sur, M., Dobkin, B. H., O'Brien, C., Sanger, T. D., Trojanowski, J. Q., ... Vinogradov, S. (2011). Harnessing neuroplasticity for clinical applications. *Brain: a journal of neurology*, 134 (6), 1591–1609. doi: 10.1093/brain/awr039.

- Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto (2013). Diário da República 1ª Série, n.º 15.
Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/498425>
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (1996). Diário da República I Série – A, n.º 205. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Decreto-Lei nº 101/ 2006 de 6 de junho (2006). Diário da República I Série – A, n.º 109. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82-BE86B31314C3/18627/38563866.pdf>
- Den Ouden, M., Schuurmans, M. J., Arts, I. E., & Van Der Schouw, Y. T. (2013). Association between physical performance characteristics and independence in activities of daily living in middle-aged and elderly men. *Geriatrics & Gerontology International*, 13 (2), 274-280. doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00890.x.
- Denson, L. A., Winefield, H. R., & Beilby, J. J. (2013). Discharge-planning for long-term care needs: The values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27 (1), 3–12. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00987.x.
- DGS (2014). Portugal idade maior em números – 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Lisboa: DGS. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugalidade-maior-em-numeros-2014.aspx>
- DGS (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>
- Dicini, S. (2017). *Enfermagem em neurologia e neurocirurgia*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Dieperink, K. B., Johansen, C., Hansen, S., Wagner, L., Andersen, K. K., Minet, L. R., & Hansen, O. (2017). Male coping through a long-term cancer trajectory.

Secondary outcomes de a RTC examining the effect of a multidisciplinary rehabilitation program (RePCa) among radiated men with prostate cancer. *Acta Oncologica*, 56 (2), 254–261. doi: 10.1080/0284186X.2016.1267395.

Dijkstra, A., Hakverdioğlu, G., Muszalik, M., Andela, R., Korhan, E. A., & Kędziora-kornatowska, K. (2015). Health Related Quality of Life and Care Dependency among Elderly Hospital Patients: An International Comparison. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235 (3), 193-200. doi: 10.1620/tjem.235.193.

Doessing, A., & Burau, V. (2015). Care coordination of multimorbidity: a scoping study. *Journal of Comorbidity*, 5 (1), 15–28. doi: 10.15256/joc.2015.5.39.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly – A multidisciplinary journal of population Health and Health policy*, 83 (4), 691-729. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

Eichhorn-Kissel J. (2011) The Care Dependency scale for Rehabilitation (CDS-R) – an investigation of its psychometric properties and clinical utility. (Tese de Doutoramento). Medical University of Graz, Institute of Nursing Science, Graz - Austria. Disponível na Researchportal (https://forschung.medunigraz.at/fodok/suchen.publikationen_mug_autoren?sprache_in=en&ansicht_in=&menue_id_in=206&id_in=4005&publikation_id_in=110623)

Eurostat (2015). People in the EU: who are we and how do we live? 2015. <https://doi.org/978-92-79-50328-3>

Eurostat (2017a). Population pyramids. Obtido Março 15, 2018, de [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_pyramids,_EU-28,_2016_and_2080_\(%25_of_the_total_population\).png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_pyramids,_EU-28,_2016_and_2080_(%25_of_the_total_population).png)

Eurostat (2017b). Projected old-age dependency ratio. Obtido a Maio 24, 2018, de <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics->

explained/index.php?title=File:Projected_old-age_dependency_ratio,_EU-28,_2016-80_(%25).png

Fabbri, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M. E., Studenski, S. A. & Ferrucci, L. (2015). Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(8), 640–647. doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.013.

Farias, N., & Buchalla, C. M. (2004). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (2). doi: 10.1590/S1415-790X2005000200011.

Feigin, V. L., Norrving, B., & Mensah, G. A. (2017). Global Burden of Stroke. *Circulation Research*, 120 (3), 439–448. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308413.

Ferrer-Arnedo, C., Santamaría-García, J. M., Fernández-Batalla, M. & Salazar-Guerra, R. (2014). The value of nursing care in the paradigm of chronicity and dependency. New roles and redesigns. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 32(3), 488–497. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Fonseca, C. (2014). Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem. (Tese de Doutorado). Disponível no Repositório da Universidade de Lisboa (<http://hdl.handle.net/10451/12196>)

Fortin, M., Côte, J., & Filion, F. (2006). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidata.

Frederico, M., & Leitão, M. A. (1999) Princípios de administração para enfermeiros. Coimbra: Formasau.

- Gatens, C., & Musto, M. (2011). *Cognição e Comportamento*. Em S. P. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª ed.) (pp.551-578). Loures: Lusodidacta
- George, J. B. (2000). *TEORIAS de ENFERMAGEM. Os Fundamentos à Prática Profissional* (4a Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2018). *GLOBAL STRATEGY FOR THE DIAGNOSIS, MANAGEMENT, AND PREVENTION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE - 2018 REPORT*. Global Obstructive Lung Disease. Doi:org/10.1097/00008483-200207000-00004
- Godecke, E., Ciccone, N. A., Granger, A. S., Rai, T., West, D., Cream, A., ... Hankey, G. J. (2014). A comparison of aphasia therapy outcomes before and after a Very Early Rehabilitation programme following stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49 (2), 149–161. doi: 10.1111/1460-6984.12074.
- Guyatt, G. H., & Rennie, D. (2002). *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based practice*. Chicago: American Medical Association
- Helmy, H., Emara, T., El-Mously, S., Arafa, M., Mansour, W., & El-Kafrawy, N. (2014). Impact of trunk control on balance and functional abilities in chronic stroke patients. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 51(3), 327–331.
- Henriques, F., & Fumincelli, L. (2017). *A Pessoa com Lesão Medular*. Em *CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA* (pp. 433–450). Loures: Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (1998). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e Acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *A Reabilitação - Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação-Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. P. (2011). História, Controvérsias e Tendências. Em *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª Edição, pp. 1–14). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S. P., Liszner, K., & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional nas Atividades de Vida Diária. Em *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (pp. 209–270). Loures: Lusodidacta.
- Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. (2017a). História. Obtido a Abril 10, 2018, em <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/historia/>
- Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. (2017b). Medicina 1. Obtido em <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/medicina-1/>
- Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E. (2017c). Missão e Valores. Obtido em Maio 12, 2018, de <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/missao-e-valores/>
- INE (2014). Destaques. Projeções de população residente 2012-2060. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUE_Sdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2
- INE (2014). Informação Estatística. Destaques. Projeções de população residente 2012-2060. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- INE (2017a). Estatísticas demográficas. DCI/Serviço de coordenação. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009085&contexto=bd&selTab=tab2

- INE (2017b). Informação estatística. Publicações. Estatísticas demográficas – 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEspub_boui=277094583&PUBLICACOEsmodo=2&xlang=pt
- INE. (2012). Censos 2011. Resultados Definitivos - Região Alentejo. Obtido May 10, 2018, de [file:///C:/Users/António Lista/Downloads/Censos2011_RDefinitivos_Alentejo_3 \(1\).pdf](file:///C:/Users/António Lista/Downloads/Censos2011_RDefinitivos_Alentejo_3 (1).pdf)
- Isabel, C., & Silva, R. (2016). Impact of self-care modeling videos on people with spinal cord injury. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (9), 57–64. doi: 10.12707/RIV15066.
- Janssen, D. J. A., Franssen, F. M. E., Wouters, E. F. M., Schols, J. M. G. A., & Spruit, M. A. (2011). Impaired health status and care dependency in patients with advanced COPD or chronic heart failure. *Quality of Life Research*, 20 (10), 1679–1688. doi: 10.1007/s11136-011-9892-9.
- Janssen, D. J. A., Wouters, E. F. M., Schols, J. M. G. A., & Spruit, M. A. (2013). Care Dependency Independently Predicts Two-Year Survival in Outpatients With Advanced Chronic Organ Failure. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14 (3), 194–198. doi: 10.1016/J.JAMDA.2012.09.022.
- Jia, H., & Lubetkin, E. I. (2016). Impact of nine chronic conditions for US adults aged 65 years and older: an application of a hybrid estimator of quality-adjusted life years throughout remainder of lifetime. *Quality of Life Research*, 25(8), 1921–1929. doi: 10.1007/s11136-016-1226-5
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Australia: Joanna Briggs Institute, 2014.
- Kagaya, H., Takahashi, H., Sugawara, K., Kasai, C., Kiyokawa, N., & Shioya, T. (2009). Effective Home-Based Pulmonary Rehabilitation in Patients with

Restrictive Lung Diseases. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 218 (3), 215–219. doi: 10.1620/tjem.218.215.

Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39 (1), 31-36.

Kapahi, P., Chen, D., Rogers, A. N., Katewa, S. D., Li, P. W. L., Thomas, E. L., & Kockel, L. (2010). With TOR, less is more: a key role for the conserved nutrient-sensing TOR pathway in aging. *Cell Metabolism*, 11 (6), 453–65. doi: 10.1016/j.cmet.2010.05.001

Karakurt, P., Kasimoğlu, N., Bahçeli, A., Atalikoğlu-Başkan, S., & Ağdemir, B. (2017). The effect of activities of daily living on the self-care agency of patients in a cardiovascular surgery clinic. *Journal of Vascular Nursing: official publication of the Society for Peripheral Vascular Nursing*, 35 (2), 78–85. doi: 10.1016/j.jvn.2016.10.004.

Kerr, P. (2012). Stroke rehabilitation and discharge planning. *Nursing Standard*, 27 (1), 35–39. doi: 10.7748/ns2012.09.27.1.35.c9269.

Koller, D., Schön, G., Schäfer, I., Glaeske, G., Van Den Bussche, H., & Hansen, H. (2014). Multimorbidity and long-term care dependency - A five-year follow-up. *BMC Geriatrics*, 14 (1). doi: 10.1186/1471-2318-14-70.

König, H., Bernert, S., & Angermeyer, M. (2005). Health Status of the German population: results of a representative survey using the EuroQol questionnaire. *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 67 (3), 173-182. doi: 10.1055/s-2005-857991.

Lall, R. K., Irfan, S. M., Jayavelu, J., & Saxena, S. (2017). Functional gain in stroke patients based on functional independent measure. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 11 (3) 10–13.

- Lee, H. C., Tsai, Y. F., Luo, S. F., & Tsay, P. K. (2010). Predictors of disability in Taiwanese patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (21–22), 2989–2996. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03335.x.
- Lei, X., & Cai, M. (2018). Self-care ability and influencing factors in chronic heart failure patients. *Biomedical Research*, 29 (3), 595–601. Disponível em: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&de=export&id=L621415844>
- Liu, N., Cadilhac, D. A., Andrew, N. E., Zeng, L., Li, Z., Li, J., ... Wang, J. (2014). Randomized controlled trial of early rehabilitation after intracerebral hemorrhage stroke: Difference in outcomes within 6 months of stroke. *Stroke.*, 45 (12), 3502–3507. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.005661.
- Lohrmann, C., Schönherr, S., & Mandl, M. (2012) Europäische Pflegequalitätserhebung. Austria: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität.
- Lopes, M. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.
- Lopes, M., Mendes, F., Nunes, L., Ruivo, A., & Amaral, A. (2016). Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade. *Revista Ibero-Americana de Saúde E Envelhecimento*, 2 (3), 723 - 752. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/153/255
- Luís, M. L. S., Barros, I. M., Olazabal, M., Caneira, J. & Castanheira, F. (2003). História da enfermagem de reabilitação. *Ordem Dos Enfermeiros*, (9), 12-13. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_9final.pdf

- Lundström E, Terént A, & Borg J. (2008). Prevalence of disabling spasticity 1 year after first- ever stroke. *European Journal of Neurology*, 15 (6), 533-539. doi: 10.1111/j.1468-1331.2008.02114.x.
- Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2015). "Box 1.3: Rating system for the hierarchy of evidence for intervention/treatment questions" in *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3rd ed.) (pp. 11). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Menoita, E. C. (2014). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Messeccar, D. (Ago. 2012). Nursing standard of practice protocol: family caregiving. Acedido em 04/06/2013. Disponível em http://consultgerirn.org/topics/family_caregiving/want_to_know_more.
- Momberg (1998). Políticas de Salud: Ética en la Asignación de recursos. Em M.M.G. Calvente (Ed.). *Ética y Salud* (pp. 77-87). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Mujica-Mota, R. E., Roberts, M., Abel, G., Elliott, M., Lyrtzopoulos, G., Roland, M., & Campbell, J. (2015). Common patterns of morbidity and multi-morbidity and their impact on health-related quality of life: evidence de a national survey. *Quality of Life Research*, 24 (4), 909–918. doi: 10.1007/s11136-014-0820-7.
- Muszalik, M., Kędziora-Kornatowska, K. & Kornatowski, T. (2009) Functional assessment and health-related quality of life (HRQOL) of elderly patients on the basis of the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT)-F questionnaire. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49 (3), 404-408. doi: 10.1016/j.archger.2008.12.007
- Nogueira, P. C., Rabeh, S. A. N., Caliri, M. H. L., & Haas, V. J. (2013). Cuidadores de indivíduos com lesão medular: sobrecarga do cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (3), 607–614. doi: 10.1590/S0080-623420130000300012.

- Nunes, A. M. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20 (1), 133 - 154. doi: 10.23925/2176-901X.2017v20i1p133-154.
- OCDE (2016). *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- OCDE (2018a). Elderly population (indicator). doi: 10.1787/8d805ea1-en (Accessed on 21 May 2018)
- OCDE (2018b). Life expectancy at birth (indicator). doi: 10.1787/27e0fc9d-en (Accessed on 21 May 2018)
- OMS (2000). *The World Health Report 2000. Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic*. Geneve,
- OMS (2015). *Health in 2015: de Millennium Development Goals to Sustainable Development Goals*. doi: 978-92-4-156511-0.
- OMS (2017). *World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the Sustainable Development Goals*. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- ONU (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Disponível em: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf
- ONU (2013). *World population prospects: The 2012 revision. Highlights and Advance Tables*. Disponível em: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf
- ONU (2015). *World population, ageing, 2015*. Disponível via United Nations em: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA_2015_Report.pdf

OPSS (2015). Acesso aos cuidados de saúde: Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015. Disponível via Observatório Português dos Sistemas de Saúde em: www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde. Disponível em <https://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. Cadernos OE, I (2). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Core de Indicadores por categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Padrão documental dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boas Prática - Reabilitação Respiratória (1ª série No. 10). Cadernos OE. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf

Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6ª ed.). St. Louis: Mosby.

- Ortiz, L. G. C., Cabriales, E. C. G., González, J. G. G., & Meza, M. V. G. (2010). Conduas de autocuidado e indicadores de saúde em adultos com diabetes tipo 2. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18 (4), 1-7. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_03.pdf
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual. A step by step guide to data analysis using SPSS (4ª ed.)*. Filadélfia: Open University Press
- Pedersen, I., Patil, G., Berget, B., Ihlebæk, C., & Gonzalez, M. T. (2016). Mental health rehabilitation in a care farm context: A descriptive review of Norwegian intervention studies. *Work*, 53 (1), 31–43. doi: 10.3233/WOR-152213.
- Pefoyo, A. J. K., Bronskill, S. E., Gruneir, A., Calzavara, A., Thavorn, K., Petrosyan, Y., ... Wodchis, W. P. (2015). The increasing burden and complexity of multimorbidity. *BMC Public Health*, 15 (1), 1–11. doi: 10.1186/s12889-015-1733-2.
- Petronilho, F. (2009). *Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar*. *Sinais Vitais*, 52, 35 - 43.
- Petronilho, F. A. S. (2013). *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. (Tese de Doutorado)*. Disponível no Repositório da Universidade de Lisboa (<http://hdl.handle.net/10451/10572>)
- Petronilho, F. A. S., Pereira, C. M. B. C., Magalhães, A. I. da C., Machado, D. M. F. C., Oliveira, J. M. C., Castro, P. R. C. V., & Pereira, M. M. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (14), 39–48.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização (5ª ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- PORDATA (2018). Índice sintético de fecundidade. Obtido April 1, 2018, de <https://www.pordata.pt/Europa/Índice+sintético+de+fecundidade-1251>
- Poslawsky, I. E., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1–2), 17–32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03023.x>
- Powden, C. J., Hoch, J. M., & Hoch, M. C. (2017). Rehabilitation and Improvement of Health-Related Quality-of-Life Detriments in Individuals With Chronic Ankle Instability: A Meta-Analysis. *Journal of Athletic Training*, 52 (8), 753-756. doi: 10.4085/1062-6050-52.5.01.
- Predeger, E. J., O'Malley, M., Hendrix, T., & Parker, N. M. (2014). Oncology Rehabilitation outcomes over time: a mixed-methods approach. *Oncology Nursing Society*, 41 (2), 56–63. doi: 10.1188/14.ONF.E56-E63.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. S., & Filho, A. J. A., J (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 157–164. doi: 10.12707/RIV14081.
- Redol, F., & Rocha, C. (2017). Intervenção de Enfermagem com a Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. Em *CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA* (pp. 271–280). Loures: Lusodidacta.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2º Série, nº 35. Disponível em: <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>
- Regulamento n.º 125/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2º Série, nº 35. Disponível em:

http://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompeticenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

Regulamento nº 190/2015 de 6 de Março (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República, 2º Série, nº 79. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf

Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, II série, nº 119. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Reynolds, R., Dennis, S., Hasan, I., Slewa, J., Chen, W., Tian, D., ... Zwar, N. (2018). A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Family Practice*, 19 (1), 11. doi: 10.1186/s12875-017-0692-3.

Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (1), 25–36. doi: 10.12707/RIII12162.

Rodrigues, C., & Varanda, E. (2017). Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 215-225). Loures: Lusodidacta.

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi.

Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. K. O. (2009). Competências do enfermeiro na gestão do conhecimento e capital intelectual. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2, 901–905.

Obtido de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=537522&indexSearch=ID>

Sampaio, F., Pinto, C. V., Parada, F., Antunes, F., Silva, H. T. da, Caldas, J., ... Mirco, T. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Medicina Física e Reabilitação. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-MFR.pdf>

Santos, J. (2017). Prefácio. Em CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA (pp. XIII–XIV). Loures: Lusodidacta.

Santos, J. M. (2017). Ganhos em saúde no serviço de medicina física e reabilitação - contributo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal. Disponível no Repositório Comum (<http://hdl.handle.net/10400.26/18657>)

Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. Em CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA (pp. 15–24). Loures: Lusodidacta.

Schussler, S., Dassen, T., & Lohrmann, C. (2016). Care dependency and nursing care problems in nursing home residents with and without dementia: a cross-sectional study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 28 (5), 973-982. doi: 10.1007/s40520-014-0298-8.

Shepherd, C. W., & While, A. E. (2012). Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (6), 755–771. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.019.

Shyu, Y. I. L., Chen, M. C., Liang, J., & Tseng, M. Y. (2012). Trends in health outcomes for family caregivers of hip-fractured elders during the first 12 months

after discharge. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (3), 658–666. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05778.x.

Sidani, S. (2011). Self-care. Em D. M. Doran (Ed.) *Nursing Outcomes: The state of the science*, (pp. 79 – 130). Mississauga, Ontario, Canada: Jones & Bartlett Learning

Silva, D. M., & Silva, E. M. V. B. (2004). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium, Journal of Education, Technologies and Health*, 30 (9), 103-119. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>

Stephens, M. (2017). The Effectiveness of Speech and Language Therapy for Poststroke Aphasia. *The American Journal of Nursing*, 117 (11), 19. doi: 10.1097/01.NAJ.0000526741.00314.d9.

Steves, C. J., Spector, T.D., & Jackson, S. H. (2012). Ageing, genes, environment and epigenetics: What twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*, 41 (5), 581–586. doi: 10.1093/ageing/afs097.

Tabali, M., Ostermann, T., Jeschke, E., Dassen, T., & Heinze, C. (2013). Does the care dependency of nursing home residents influence their health-related quality of life? -A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11 (1), 11-41. doi: 10.1186/1477-7525-11-41.

Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. *Dysphagia*, 31 (3), 434–441. doi: 10.1007/s00455-016-9695-9.

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5^a ed.). Loures: Lusociência.

- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals Of Family Medicine*, 7 (4), 357–363. doi: 10.1370/afm.983
- Van Der Meer, P., Post, M. W. M., Van-Leeuwen, C. M. C., Van-Kuppevelt, H. J. M., Smit, C. A. J., & Van Asbeck, F. W. A. (2017). Impact of health problems secondary to SCI one and five years after first inpatient rehabilitation. *Spinal Cord*, 55, 98–104. doi: 10.1038/sc.2016.103.
- Vasto, S., Scapagnini, G., Bulati, M., Candore, G., Castiglia, L., Colonna-Romano, G. ... Caruso, C. (2010). Biomarkers of aging. *Frontiers in Bioscience*, 2S (2), 392-402. Disponível em: <https://iris.unipa.it/retrieve/handle/10447/59547/34260/Frontiers%20in%20bio.pdf>
- Wilkinson, A., & Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (8), 1143–1147. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011.
- Xian-Liang L., Tan, J. Y., Wang, T., Zhang, Q., Zhang, M., Yao, L. Q., & Chen, J. X. (2014). Effectiveness of Home-Based Pulmonary Rehabilitation for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Rehabilitation Nursing*, 39, 36–59. doi: 10.1002/rnj.112.
- Xie, Z., Burge, R., Yang, Y., Du, F., Lu, T., Huang, Q., ... Xu, W. (2015). Posthospital Discharge Medical Care Costs and Family Burden Associated with Osteoporotic Fracture Patients in China de 2011 to 2013. *Journal of Osteoporosis*, 2015, 1-6. doi: 10.1155/2015/258089.
- Yigitalp, G., Surucu, H. A., Gumus, F., & Evinc, E. (2017). Predictors of Caregiver Burden in Primary Caregivers of Chronic Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 10 (3), 1168–1177. Disponível em: http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/7_cumus_original_10_3.pdf

Yu, D. S. F., Lee, D. T. F., Thompson, D. R., Jaarsma, T., Woo, J., & Leung, E. M. F. (2010). Psychometric properties of the Chinese version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 458–467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.08.011>

Zatloukal, J., Neumannová, K., Olšáková, H., Kolek, V., Zatloukal, J., Lošťáková, V., & Jašková, J. (2013). An Effect of the Outpatient Rehabilitation Programme in Patients With Chronic Respiratory Diseases. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis* 43(4), 33–38

APÊNDICES

Apêndice I - Formulário de Consentimento Informado

Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em Estudo de Investigação

Caro senhor(a),

No âmbito da Especialização em Enfermagem de Reabilitação, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, estou a realizar o estudo "*Ganhos sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Dependente no Autocuidado com Comorbilidade*", cujo objetivo é identificar os Ganhos em Saúde obtidos pelas ações do Enfermeiro de Reabilitação. Para a realização deste estudo, é necessário recolher dados através de questionários. A análise destes dados vai permitir uma melhor compreensão deste tema e o avanço da investigação nesta área. Assim, garanto a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo e prometo o anonimato dos dados, já que serão codificados com uma chave à qual só os investigadores terão acesso. Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros, nem publicada. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Por favor, leia com atenção a informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Nome: _____

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas de
Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora



Documento	1	8	0	5	8
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Fernando Capela e Prof. Doutor Luís Sebastião, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa dependente no autocuidado com comorbilidade*" do investigador **António José Marmelo Lista** (mestrando) e Prof. Doutor César Fonseca (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

Anexo II – Declaração de Anuência de Orientação



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Largo do Senhor da
Pobreza,
7000-811 Évora
geral@eseesjd.uevora.pt
tel.: +351 266 730 300
fax: +351 266 730

DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação

César João Vicente da Fonseca, professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem, da Universidade de Évora, declara assumir a orientação, no âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização: Enfermagem de Reabilitação, o projeto subordinado ao tema "Ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa dependente no autocuidado com comorbidade", a elaborar pelo estudante António José Marmelo Lista, com o Número 37019.

Data 08| 11| 2017

Assinatura

Assinado por: **CESAR JOÃO VICENTE DA
FONSECA**
Num. de Identificação Civil: B101876459
Data: 2017.11.06 10:58:57 Hora padrão de GMT

