

12 Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice

Gorete Reis, Maria José Bule, Luís Sousa, Cristina Marques-Vieira, Olga Ribeiro

NOTA INTRODUTÓRIA

As modificações demográficas, epidemiológicas e sociais desafiam os profissionais à compreensão dos fatores subjacentes a esses fenómenos e a repensarem modelos de intervenção mais ajustados aos cidadãos.

A saúde deve ser preservada pelas próprias pessoas, em processos de autocuidado que podem ser apoiados pelo agir profissional.

O *continuum* de vida vai mostrando, nos adultos e idosos, a acumulação de fatores de risco que os podem eventualmente fragilizar.

Abordar situações de doença complexa requer, muitas vezes, intervenção transdisciplinar, onde se localizam os cuidados de enfermagem de reabilitação. É preciso ajudar as pessoas a manterem a capacidade de autocuidado e a viverem as transições de vida de modo saudável.

O foco do agir é a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratar, a reabilitação e a gestão de sintomas, capacitando, no seu conjunto, para a independência e para as transições saudáveis. Capacitar as pessoas em vários contextos é um imperativo dos cuidados de reabilitação.

O CICLO DE VIDA E OS FATORES ASSOCIADOS

A longevidade traduz uma conquista da humanidade que foi conseguida pelo controlo de determinantes relacionados com as condições de trabalho e de vida, relevantes para explicar a saúde. As condições de vida têm relação direta com as disponibilidades materiais para que a pessoa possa ter uma alimentação equilibrada, alojamento condigno, saneamento básico e ambiente salutar. O trabalho é o meio que facilita uma vida digna. Naturalmente, as condições disponíveis na comunidade e as opções de cada pessoa influenciam o seu modo de vida e moldam o estilo que é escolhido. No entanto, é essencial

que os países criem ambientes sociais e físicos promotores da saúde para todos, que contribuam para a saúde e bem-estar e reduzam as iniquidades entre os cidadãos (Organização Mundial da Saúde, 2013), focando os determinantes sociais da saúde (Organização Mundial da Saúde, 2010).

A saúde, ocupando uma posição transversal na vida de cada pessoa, sintetiza a influência de diversos determinantes, como sociais, económicos, culturais e ambientais, além de pessoais, sendo estes os que particularizam o ciclo de vida.

Apesar de os países desenvolvidos mostrarem uma maior conscientização sobre os comportamentos que potenciam a saúde, nem sempre as opções políticas e económicas caminham nesse sentido, assim como nem sempre as escolhas pessoais são a favor da salutogénese. Queremos então realçar que as comunidades devem promover comportamentos de cidadania, e cada uma das pessoas deve ter literacia em saúde para fazer juízos sobre o que é melhor ou pior para si e tomar decisões. As redes sociais e comunitárias são um sistema de suporte ao bem-viver, com a saúde possível.

Vivemos mais anos (INE, 2012), contudo, essa longevidade nem sempre é à custa de anos de vida saudáveis (Jivraj, Goodman, Alissa, Pongiglione, & Ploubidis, 2020) e muitas vezes acompanha-se de dependência. A carga de doenças crónicas é, em média, elevada nos adultos e idosos (Ministério da Saúde, 2018; Westwood & Carey, 2018). Os adultos ocupam a faixa que entremeia os jovens e os idosos, grupos que tendem a mostrar dependência no seu dia a dia (Organização Mundial da Saúde, 2012, 2015). Neste sentido, os adultos têm responsabilidade por apoiá-los em questões do autocuidado (Cheng, Birditt, Zarit, & Fingerma, 2015; Lukman, Leibing, & Merry, 2020), suprindo para eles o apoio de que carecem. As razões

para esse suporte estão identificadas por Cheng e colaboradores quando apontam que esses laços têm carácter recíproco. Quer dizer que se manifestam paulatinamente conforme as necessidades dos membros, as íntimas relações intergeracionais e o suporte que prestam entre si (Cheng et al., 2015).

Os adultos e os idosos mais jovens mantêm-se ativos e sofrem a pressão da agitação diária que os solicita em vários campos. São as áreas da vida familiar, do trabalho e a social que, desencadeando aqueles fenómenos, esperam respostas específicas.

Um dos exemplos é retratado nos Censos 2011, em que muitos cidadãos idosos têm algum tipo de dificuldade no desempenho das atividades de vida diária, apesar de não serem todos dependentes (Geib, 2012; INE, 2012). Ora, são os adultos que devem providir o apoio para que os autocuidados sejam a realidade nos distintos membros da família que manifestam défices no desempenho. Outro exemplo refere-se aos jovens adultos que encontram dificuldade em entrar no mercado de trabalho e que, por isso, se mantêm mais tempo nos agregados familiares, situação geradora de *stress* para os jovens e para os adultos, já identificada em diversas sociedades, com impacto psicológico, físico e económico (Mortimer, Kim, Staff, & Vuolo, 2016).

Os adultos nem sempre colocam o seu bem-estar e saúde no centro das suas preocupações mais prementes. Muitas vezes, não escutam o corpo e desvalorizam os sinais e os sintomas de aviso de que algo carece de atenção. Estes sintomas não traduzem apenas mal-estar físico, mas incluem o psicológico, tantas vezes secundarizado e, dizemos mesmo, escondido pelo seu cunho estigmatizante. Não é indiferente a centralidade que a doença tem na vida da maioria das pessoas, sendo frequente justificar a saúde que percebem em si com a frase: “Não sou doente.”

Ao longo do curso de vida, as pessoas aprendem a cuidar da sua saúde em atividades cruciais, no dia a dia, como são exemplo

os cuidados orais, de higiene geral, a alimentação, o repouso e o sono e a atividade. Todos concorrem para o bem-estar, se forem extensivos no curso de vida e no respeito pelos direitos humanos, holísticos e éticos (Narasimhan, Allotey, & Hardon, 2019). Os cidadãos estão conscientes de que a sua ação é primordial, ainda que inserida num contexto cultural e social com normas particulares, que molda o ambiente onde se inserem. A OMS entende “o autocuidado como a habilidade dos indivíduos, família e comunidade para promover e manter a saúde, prevenir a doença, e lidar com a doença e incapacidade com ou sem suporte dos sistemas de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2019).

É reconhecido que o autocuidado aumenta a escolha, a acessibilidade e a tomada de decisões informadas sobre a própria saúde e os cuidados desse âmbito, e que as intervenções podem criar iniquidades, se o conhecimento e os recursos disponíveis não forem adequados. Quer isto significar que o sistema deve estar centrado no cidadão, nos seus legítimos interesses, pelo que os sistemas devem prover as políticas e as regras para situar o autocuidado e aquele que é provido formalmente, mantendo o poder no indivíduo (Narasimhan et al., 2019), ou seja, promovendo o empoderamento deste. Situações como a da longevidade associada a comorbilidades fazem emergir casos complexos que exigem cuidados complexos, onde se situa maioritariamente a intervenção dos profissionais de saúde (Narasimhan et al., 2019), particularmente dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER).

Considerando que o autocuidado se aprende (Meleis, 2012) no seio familiar e comunitário, que em determinadas circunstâncias as pessoas carecem de algum tipo de apoio para continuarem a gerir o seu cuidado, que os profissionais de saúde, e em particular os enfermeiros, têm a missão de apoiar as pessoas na concretização das suas capacidades, devemos explicitar de que modo podem

estes profissionais ser um recurso para a saúde e bem-estar. Facilitam a promoção da saúde, orientam na prevenção do risco, agem na complementaridade aos cuidados de tratamento e cura, apoiam na elevação dos potenciais das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2011) (Ordem dos Enfermeiros, 2019a) afetadas pela deficiência e incapacidade e ainda se interessam pela reinserção comunitária (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, 2019b). Estão comprometidos com os cidadãos na saúde e na doença, levando-os à melhor condição de vida. Estas são razões para que as experiências humanas de vida e a consequências no bem-estar sejam foco de estudo dos académicos e dos profissionais.

Cada pessoa experiencia mudanças substantivas no seu curso de vida, que têm repercussões no modo de viver e implicações na reorientação e redefinição do modo de ser e de estar (Meleis, 2010). Estes marcos, de natureza distinta, tipificam-se em transições de saúde-doença, desenvolvimentais, situacionais e organizacionais. Decorrem conforme padrões complexos e múltiplos, sendo facilitadas e inibidas por condições decorrentes das características pessoais, da comunidade e da sociedade. O resultado almejado é ter mestria, que se traduz numa resposta visível correspondente a sentir-se ligado e situado, capaz de interagir, confiar e adaptar-se (Meleis, 2012).

Idealmente, cada pessoa deveria desenvolver uma atitude proativa e militante da sua condição saúde-doença. No entanto, são relevantes os fatores internos, como os suportes emocional, instrumental e educacional, que influenciam o desempenho das atividades de vida. Os fatores externos são as condições de vida e os recursos disponíveis. Ambos marcam perfis de autocuidado identificados conceptualmente por Backman e Hentinen (1999) como: responsável, formalmente guiado, independente e de abandono. Os perfis conciliam traços da individualidade de cada pessoa, em que não são indiferentes os contextos de vida. Foram estudados por

outros investigadores (Imaginário, Rocha, Machado, Antunes, & Martins, 2018), que concluíram que o estilo de vida é marcado por valores e pela cultura, mas também pela idade, pela funcionalidade, pela emocionalidade e pelos comportamentos. Assim, estamos em condição de propor que estes aspetos sejam tidos em consideração aquando do agir profissional.

A teoria de Dorothea Orem aplica-se de sobremaneira a este quadro, na medida em que aborda o autocuidado de modo compreensivo, nomeadamente através: da Teoria do Autocuidado, que refere a capacidade universal de cada pessoa se autocuidar; a Teoria do Défice de Autocuidado, que supõe um desequilíbrio a ser corrigido por profissionais; e ainda a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001).

QUANDO, COMO E ONDE INTERVÉM O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO?

Estamos perante três questões importantes para se perceber o enquadramento da ação profissional. Somos, no entanto, da opinião de que as necessidades dos cidadãos em matéria de saúde e bem-estar devem ter uma abordagem abrangente, com vista a obter um diagnóstico de saúde global e a se desenharem intervenções transdisciplinares (CordisBright, 2018). Muitos dos problemas apresentados são complexos e, por isso, exigem intervenções complexas que não colhem a resposta apenas num campo disciplinar. Um olhar atento, conjugando distintas perspetivas, é capaz de realizar um diagnóstico mais amplo e, ao mesmo tempo, oferecer respostas compreensíveis e coordenadas (CPA, 2014). Temos o imperativo de cuidar bem, sintetizando a interação com outros profissionais.

Afinal, quando intervimos? Ainda que pareça um lugar-comum, dizemos que o

fazemos: “Sempre que alguém beneficie da nossa intervenção.” Contudo, o processo só é continuado se os cuidados estiverem centrados na pessoa alvo dos cuidados. Na prática, isso mostra-se no envolvimento da pessoa, que deve ser sempre envolvida e informada dos juízos profissionais e das propostas de ação (Ngangue et al., 2020). Neste sentido, podem os profissionais apoiar em distintos momentos do ciclo de vida, sempre que se reconheça a falta de conhecimento para se viverem vidas mais plenas. Estamos a referir-nos concretamente ao desenvolvimento na infância, na juventude, na idade adulta e na velhice. Mas é reconhecida a intervenção do EEER nas transições saúde-doença, numa ação muito próxima com a pessoa doente e seu cuidador, apoiando-os e elevando ao máximo os seus potenciais.

Outro momento da vida que deve ser foco de atenção é a velhice. Aqui, focamos num processo de intervenção que atrase as perdas, potencie ganhos e capacite para a adaptação, para que o envelhecimento seja vivido ativamente, mesmo que intercetado pela carga da doença crónica. Agimos no curso de vida, quando há interferências na saúde cuja resposta beneficia da ação do EEER, para elevar as potencialidades da pessoa no sentido do seu maior envolvimento no autocuidado (Meleis, 2010).

Pensar global e agir localmente é uma filosofia que revela o quão importante é acompanhar a investigação e as recomendações sobre as evidências, que devem ser criteriosamente seguidas na prática, sendo por isso ajustadas à pessoa concreta, nas suas circunstâncias (Engle et al., 2019). Neste caso, o profissional pode estabelecer a diferença, se for conhecedor sobre o assunto, se acompanhar e contribuir para as orientações, refletindo-as nos cuidados, em vez de ser um mero repetidor de procedimentos técnicos que segmentam a pessoa, não a vendo globalmente. Somos a favor da primeira condição. A prática é iluminada pela teoria e, simultaneamente, nutre-a, na medida em

que questiona a realidade e busca as melhores respostas para os problemas (Martins, Faria, Ribeiro, Monteiro, & Reis, 2018). Esta dialética, nem sempre consciente, catapult a prática profissional para níveis que só podem beneficiar quem dela precisa e tem acesso, fazendo avançar a qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

A maioria das situações vividas pelas pessoas assistidas pelos EEER são causadoras de dependência e tendem a modificar os estilos de vida, manifestando-se no dia a dia. Não abrange apenas a dimensão física, mais visível na motora, mas todas aquelas que envolvem a vida humana. Por isso, o cuidado deve ser tão envolvente quanto o combinado com o doente/família (Ngangue et al., 2020). Quer isto dizer que o processo de cuidados deve dar centralidade à pessoa e à família, deixando-lhes a condição de o influenciar (Petronilho, 2008).

Nem sempre os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros de reabilitação, percebem o real impacto na pessoa da condição doença e do caminho que tem para percorrer, bem como o modo como o vão fazer. A “vulgaridade” atribuída à condição de doença não é vivida de igual modo pela pessoa doente e pelo profissional. Os tempos são personalizados e, por isso, existe uma trajetória singular que cada pessoa vai vivendo (Abreu, 2017) A assunção da normalidade é, muitas vezes, sentida como incompreensão por quem vive na primeira pessoa a situação de doente ou de familiar do doente. Dar tempo, esperar que a pessoa aceite conscientemente a crise, mostrar empatia pelo momento que ela vive e deixar que as peças construam um *puzzle* que a pessoa integra e compõe face ao modo como vai percecionando o futuro é a expressão da individualização dos cuidados. Ter compaixão e mostrar o quanto os profissionais são parceiros naquele processo de reabilitação dá alento e segurança. Ter uma voz que fala pela pessoa doente, que advoga quando ela não tem a capacidade para o fazer (Davoodvand,

Abbaszadeh, & Ahmadi, 2016) e que não a esquece é o auge do cuidado de reabilitação. Sentir que o outro bem me quer é viver a essência do cuidar.

O evento na saúde-doença está imbuído de uma dinâmica que envolve um processo, a percepção do mesmo e uma rutura. Quer isto dizer que o evento tem a capacidade de alterar a trajetória de vida, obrigar a pessoa a tomar consciência da situação e a atribuir-lhe significado, perspetivando uma mudança de rota, num caminho com ruturas nas relações, nos compromissos e na segurança. Espera-se que as terapêuticas de enfermagem sustentem e facilitem a transição saudável (Meleis, 2010) e segura (Baixinho, & Ferreira, 2019), dando uma percepção de conforto na nova identidade (Imaginário et al., 2018).

QUE TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM?

Como antes assinalado, os cuidados dos EEER acentuam intervenções de distinta natureza (Reis, & Bule, 2016). Podem prevalecer as de promoção da saúde e prevenção do risco. Nesse caso, são exemplo as condições de vida que levam às transições desenvolvimentais que se acompanham de crescimento corporal, com alteração da estrutura e funcionamento, e que obrigam a uma atenção particular para encontrar o equilíbrio. É o caso das crianças e dos mais idosos. São exemplo as posturas corporais decorrentes de uma mecânica desconhecida e mal gerida. O modo de caminhar, de se sentar, de carregar objetos ou mesmo as posturas corporais associadas ao trabalho e ao desporto, que são frequentemente causa de dores (Bessa, Ribeiro, & Coelho, 2018). Aprender desde cedo a usar o corpo como uma máquina eficaz é um dos focos de ensino dos EEER.

Os eventos advindos de acidentes traumáticos ou as ruturas provocadas pelas doenças (Ministério da Saúde, 2018) solicitam cuidados

específicos que devem ser instituídos precocemente, para evitar sequelas que são barreiras à reabilitação. A transição saúde-doença obriga à consciencialização da situação e à motivação para experimentar um processo de mudança que provoca a adaptação, simultânea à passagem para outra condição (transição) (Meleis, 2012). Sabemos quão difícil é aceitar viver este processo e perspetivar-se noutra cenário, muitas vezes mais limitado.

Por esta razão, devem os EEER, em parceria com outros profissionais, estar desde cedo atentos ao perfil psicológico da pessoa, à sua personalidade, e conhecer como é que ela habitualmente lida com as adversidades, as alegrias e as crenças. Estamos, assim, atentos às condições inibidoras/ facilitadoras associadas às características pessoais, a que se adicionam os conhecimentos e as habilidades, e ainda os comportamentos necessários às novas circunstâncias. Almeja-se que o encontro entre o sujeito e a adversidade, a resiliência, seja positivo, isto é, que se sinta satisfeito e com bem-estar subjetivo (Brandão, & Nascimento, 2019).

Ora, as terapêuticas de enfermagem devem ser orientadas para alcançar a mestria, que em muitas situações deve ser entendida como a correspondente à máxima potencialidade daquela pessoa (Castro, Martins, Couto, & Reis, 2018; Ferreira et al., 2018; Pimenta, Costa, Bule, & Reis, 2019). É preciso melhorar o conhecimento da pessoa, recorrendo a estratégias educativas ajustadas, para que possa compreender a situação; desenvolver habilidades psicomotoras, que permitam a destreza necessária à participação no autocuidado e nas tarefas do dia a dia; motivar e apoiar as iniciativas, transmitindo confiança; e apoiar as tomadas de decisão e o empreendimento de ações, em ordem a viver com satisfação o seu papel de cidadão autónomo (Gomes, & Reis, 2019).

Ainda que a ação dos EEER esteja prioritariamente associada às transições saúde-doença, não podemos esquecer a interligação entre as distintas transições que, em

muitos casos, ocorrem em simultâneo. Uma pessoa afetada, por exemplo, com uma doença neurológica, respiratória, cardíaca ou musculoesquelética sente fisicamente as repercussões dessa condição, mas também pode tê-las nos papéis a desempenhar, como cônjuge, mãe/pai, filho, trabalhador, líder, etc. Pode ainda ver dificultado o desenvolvimento da carreira profissional ou até a concretização do casamento ou do nascimento de um filho. Porventura, é na transdisciplinaridade da equipa de cuidados que se encontram os planos de cuidado abrangentes e personalizados que respondam ao momento, mas que perspetivam o futuro.

Embora a intervenção do EEER se inicie, frequentemente, na transição saúde-doença, constatamos que as restantes transições podem depender do modo como aquela se manifesta. Nesta circunstância, os recursos disponíveis na comunidade, como sejam as políticas de apoio à integração e os recursos físicos, podem fazer a diferença entre viver uma vida plena ou limitada pela deficiência. O EEER deve estar informado sobre esses recursos para orientar a pessoa/família.

Tal como Meleis, reforçamos que os enfermeiros podem implementar ações intencionais que compreendem conteúdos específicos para concretizar objetivos com vista à competência para o desempenho de novos papéis (Meleis, 2010).

ONDE ACONTECEM OS CUIDADOS?

O acesso aos cuidados depende da natureza do evento, quer seja agudo, quer seja crónico, e do foco da intervenção, ou seja, a promoção da saúde, a prevenção do risco, o tratamento, a reabilitação e a gestão de sintomas. Por vezes, não há uma clara separação entre a natureza do foco, porque os cuidados conjugam ações preventivas, curativas, de reabilitação e paliativas. Na verdade, todos os EEER têm a responsabilidade de atender em todas estas dimensões, quer dizer que devem promover a saúde, prevenir o risco,

tratar, reabilitar e palear. Os membros da família podem ser mobilizados na ajuda mútua, como é o caso de programas formativos que visam os netos, por serem companheiros frequentes dos avós. Por essa razão, estão em posição de detetar precocemente sinais e sintomas de eventos de saúde-doença e apelar para o socorro imediato (Sim-Sim et al., 2018).

Aos enfermeiros especialistas na área da enfermagem de reabilitação exige-se que tenha uma capacidade de avaliação mais acurada, de diagnóstico mais específico, de previsão sobre resultados mais realista, de planeamento e implementação de cuidados mais personalizados. Esse facto leva-nos a questionar se os EEER são competentes em todos os focos de intervenção. Somos da opinião de que o exercício da perícia obriga a que se limitem os campos de ação para se poder estudar, pesquisar, investigar e agir com maior certeza.

Na maioria dos casos, os episódios inaugurais são no hospital, onde é estabelecido o diagnóstico e se inicia a trajetória assistencial, numa perspetiva de estabilização da situação clínica que depois se projeta em continuidade noutras unidades da comunidade.

A intervenção sistematizada pode acontecer nas Unidades de Cuidados Intensivos, onde a mobilização articular precoce indicia, em distintos projetos com populações limitadas, ganhos em saúde imediatos (Brissos, 2019; Reis, 2019; Varela, 2019), bem como retardam a síndrome de fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos e melhoram a capacidade respiratória (Amorim, 2019; Reis, 2019) As unidades de cuidados hospitalares de Medicina, Neurologia ou Ortopedia, entre outras, acolhem doentes com potencial para a reabilitação. Ainda que envolvam poucos participantes, os resultados de projetos de intervenção sistematizados vão ao encontro da melhoria na capacitação para os autocuidados (Cano, 2019; Guerreiro, 2019; Trindade, 2020).

O foco dos cuidados passou a ter a sua centralidade na comunidade onde nascem, crescem e vivem as pessoas. Os mais velhos são quem mais deseja viver no seu contexto habitual, mantendo a máxima independência possível (Grimmer, Kay, Foot, & Pastakia, 2015; Iecovich, 2014). Não podemos desvalorizar o peso que as doenças crónicas e a polimedicação têm na vida dos gerontes. A organização de uma rede de serviços pode facilitar o desejo de permanecer na própria habitação. Os cuidados acontecem na casa das pessoas (Reis, 2018), em particular os de enfermagem de reabilitação, mas devem ser sistematizados em programas focados em diagnósticos ou necessidades na busca da capacitação (Pereira, 2019).

No entanto, o ambiente deve manter-se congruente com as capacidades dos cidadãos, para se constituírem espaços de segurança (Organização Mundial de Saúde, 2009; Ribeiro, Silva, Gois, Grilo, & Reis, 2017). As quedas são efetivamente um evento que pode determinar a perda de independência e um flagelo de saúde pública. Neste âmbito, os EEER podem criar programas com triplo foco: a promoção da saúde, com idosos mais independentes; na prevenção do risco, com os que já manifestam algumas dificuldades de força, equilíbrio e coordenação; e no tratamento e reabilitação daqueles que sofreram alguma lesão ou efeitos de doença, que se manifesta por incapacidades. Os desenhos dos programas devem ajustar-se a grupos que vivem independentes na comunidade (Jr. et al., 2018), em casa (Dimas, 2020; Pereira, 2019) ou em estabelecimentos residenciais para pessoas idosas, e ainda nos que estão a viver trajetórias de saúde com níveis elevados de dependência (Gomes, Soares, & Bule, 2019).

NOTA FINAL

A idade adulta e a velhice traduzem trajetórias de vida particulares que tornam único cada o ciclo de vida. No entanto, é inter-

cetado por fatores menos favoráveis que têm potencial para dificultar o autocuidado e as transições de vida. Os EEER são recursos ao serviço da pessoa, dos grupos e da comunidade, facilitadores dos processos de vida e de transição, mesmo que intercetados pela doença ou incapacidade.

Centrados na pessoa ou nos grupos, os EEER atuam sobre os ambientes envolventes de modo a torná-los mais seguros e mais amigáveis em acessibilidades e, desta forma, recuperar ou adaptar trajetórias individuais que se desviaram da saúde ou da independência.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, A. (2017). Breve intervenção psicológica em doentes internados após síndrome coronária aguda: essencial ou acessória? *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(9): 651-4. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.005>.
- Amorim, R. (2019). *O Desmame Precoce da Pessoa submetida a Ventilação Mecânica Invasiva: O Impacto das Intervenções de Enfermagem de Reabilitação*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.
- Backman, K., & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3): 564-72.
- Baixinho, C. L., & Ferreira, O. (2019). Do hospital para a comunidade - a transição (in)segura. *Revista Baiana de Enfermagem*, 33, 35797. <https://doi.org/DOI 10.18471/rbe.v33.35797>.
- Bessa, B., Ribeiro, O., & Coelho, T. (2018). Assessing the social dimension of frailty in old age: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78: 101-13. Retirado de: <http://10.0.3.248/j.archger.2018.06.005>.
- Brandão, J. M., & Nascimento, E. do. (2019). Resiliência psicológica: da primeira fase às Abordagens Baseadas em Trajetória. *Memorandum: Memória e História Em Psicologia*, 36: 1-31. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2019.6875>.
- Brissos, V. (2019). *Contributo de um Programa de Reabilitação de Mobilidade Precoce do Doente sob Ventilação Mecânica*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.

- Cano, F. M. P. C. (2019). *Capacitação do auto-cuidado transferir-se na pessoa com déficit de mobilidade*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.
- Castro, P. O., Martins, M. M., Couto, G., & Reis, M. G. (2018). *Terapia por caixa de espelho e autonomia no autocuidado após acidente vascular cerebral: programa de intervenção*. *REvista de Enfermagem Referência, Série IV*(17): 95-106. Retirado de: file:///C:/Users/Admin/Downloads/REF_jun2018_95to106_port.pdf (4).pdf.
- Cheng, Y. P., Birditt, K. S., Zarit, S. H., & Finger- man, K. L. (2015). Young Adults' Provision of Support to Middle-Aged Parents. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(3): 407-16. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt108>.
- CordisBright. (2018). What are the key factors for successful multidisciplinary team working? *Integrated Health and Social Care Evidence Reviews* [em linha]. Retirado de: <https://www.cordisbright.co.uk/admin/resources/05-hsc-evidence-reviews-multidisciplinary-team-working.pdf>.
- Centre for Policy on Ageing-Rapid. (2014). *The effectiveness of care pathways in health and social care* [em linha]. Retirado de: <http://www.cpa.org.uk/glossary/glossary.html#Care08>.
- Davoodvand, S., Abbaszadeh, A., & Ahmadi, F. (2016). Patient advocacy from the clinical nurses' viewpoint: A qualitative study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9: 1-8.
- Dimas, A. (2020). *Capacitar a pessoa com déficit respiratório em contexto comunitário*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Engle, R. L., Mohr, D. C., Holmes, S. K., Seibert, M. N., Afable, M., Leyson, J., & Meterko, M. (2019). Evidence-based practice and patient-centered care. *Health Care Management Review*, Publish Ah(0): 1-13. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000254>.
- Ferreira, A., Ludmila, P., Inês, V., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. G. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16): 85-94.
- Geib, L. T. C. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(1): 123-33. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>.
- Gomes, J., Soares, C., & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de Reabilitação na Prevenção de Quedas em Idosos no Domicílio. *RPER*, 2(1): 11-7. <https://doi.org/doi:http://dx.doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>.
- Gomes, L., & Reis, G. (2019). Effectiveness of an Educational Program to Enhance Self-care Skills. After Acute Coronary Syndrome: A Quasi-Experimental Study. In Garcia Alonso & Fonseca (Eds.), *IWoG 2018, CCIS 1016* (1.ª edição, pp. 269-279). https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_24.
- Gorete, R.. (2018). O adulto com dependência assistido nos autocuidados no domicílio. In M. Sotto Mayor, C. Sequeira, & G. Reis (Eds.), *Visita Domiciliária* (1.ª edição, pp. 119-140). S/C: Autores.
- Grimmer, K., Kay, D., Foot, J., & Pastakia, K. (2015). Consumer views about aging-in-place. *Clinical Interventions in Aging*, 10: 1803-11. <https://doi.org/10.2147/CIA.S90672>.
- Guerreiro, J. (2019). *Ganhos decorrentes dos cuidados de Reabilitação à pessoa com alteração do equilíbrio*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.
- Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1): 21-32.
- Imaginário, C., Rocha, M., Machado, P., Antunes, C., & Martins, T. (2018). Self-care profiles of the elderly institutionalized in Elderly Care Centres. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.05.012>.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Relatório*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jivraj, S., Goodman, Alissa; Pongiglione, B., & Ploubidis, G. (2020). Living longer but not necessarily healthier: The joint progress of health and mortality in the working-age population of England. *Population Studies*, 74(3): 399-414. <https://doi.org/DOI: 10.1080/00324728.2020.1767297>.
- Jr, B., Olmo, D., Vera, I., Kg, S., Resende, J., Olmo, D., ... Silva, G. C. (2018). Integrative Review Article Evaluation and Intervention of Equilibrium in the Elderly, 12(9): 2479-99.

- Lukman, N. A., Leibing, A., & Merry, L. (2020). Self-Care Experiences of Adults with Chronic Disease in Indonesia: An Integrative Review. *International Journal of Chronic Diseases*, 2020: 1379547. <https://doi.org/10.1155/2020/1379547>.
- Martins, M. M., Faria, A. C. A., Ribeiro, O. M. P. L., Monteiro, M. C. D., & Reis, M. G. M. (2018). A Longa Transição do Cliente com AVC Sustentada no Referencial Teórico de Meleis. In N. Figueiredo, W. Machado, & M. M. Martins (Eds.), *Reabilitação: Nômade em busca de Sentido para o Cuidado da Pessoa com Deficiência Adquirida* (1ª edição, pp. 159-194). Curitiba: Editora CRV.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and situation-specific theories in nursing Research and practice*. New York: S. P. Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress* (5th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Ministério da Saúde. (2018). *RETRATO-DA-SAUDE 2018*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mortimer, J., Kim, M., Staff, J., & Vuolo, M. (2016). Unemployment, Parental Help, and Self-Efficacy During the Transition to Adulthood. *Work Occup.*, 43(4): 434-65. <https://doi.org/10.1177/0730888416656904>.
- Narasimhan, M., Allotey, P., & Hardon, A. (2019). Self care interventions to advance health and wellbeing: A conceptual framework to inform normative guidance. *BMJ [em linha]*, 365, 1-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.l688>.
- Ngangue, P. A., Forges, C., Nguyen, T., Sasseville, M., Gallagher, F., Loignon, C., ... Fortin, M. (2020). Patients, caregivers and health-care professionals' experience with an interdisciplinary intervention for people with multimorbidity in primary care: A qualitative study. *Health Expectations*, 23(2), 318-27. <https://doi.org/10.1111/hex.13035>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Retirado de: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série, n.º 26: 4744-50.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 392/2019 – Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II Série, n.º 85: 13565-68. Retirado de: <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing Concept of Practice* (6th edition). St. Louis: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde. (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Genebra: OMS. Retirado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867_por.pdf.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração - Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Health 2020- An European policy framework and strategy for the 21st century*. Copenhagen: Organização Mundial da Saúde. Retirado de: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Informe Mundial sobre El Envejecimiento y la Salud*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Directrices Unificadas sobre Intervenciones de Autoasistencia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Conexos*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <https://doi.org/10.1136/bmj.l688.A>.
- Pereira, S. (2019). *Reabilitar a pessoa com equilíbrio corporal comprometido*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10400.26/29462>.
- Petronilho, F. (2008). *A Transição da Família para o Exercício do papel de Cuidadora*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Retirado de: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>.
- Pimenta, E., Costa, A., Bule, M. J., & Reis, G. (2019). Recuperar a expressão facial

após parésia facial central. *Revista Ibero-Americana De Saúde e Envelhecimento*, 5(1): 1691-706. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5\(1\).1691](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2019.5(1).1691).

Reis, & Bule, M. J. (2016). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57-65). Loures: Lusodidacta.

Reis, C. (2019). *Ganhos de Reabilitação Respiratória em Pessoas com Insuficiência Respiratória Submetidas a Ventilação Não-Invasiva*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.

Ribeiro, L., Silva, P., Gois, S., Grilo, E., & Reis, M. G. (2017). Enfermagem de Reabilitação e a Acessibilidade da Pessoa com Incapacidade. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1): 823. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).823](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).823).

Sim-Sim, M., Bule, M. J., Reis, G., Fernandes, M. A., Casas-Novas, M. V., & Pires, E. (2018). *Perceção sobre AVC dos idosos frequentadores de Associações do concelho de Évora*.

Trindade, I. S. (2020). *A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação para o Autocuidado da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.

Varela, M. M. (2019). *Mobilização precoce da pessoa em situação crítica - um passo para a independência*. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal.

Westwood, S., & Carey, N. (2018). Ageing with physical disabilities and/or long-term health conditions, (November). In S. Westwood (Ed.), *Ageing, Diversity and Equality: Social justice perspectives*. London: Routledge.