

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto
Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes
Dias Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde**

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | **Enfermagem de Reabilitação**

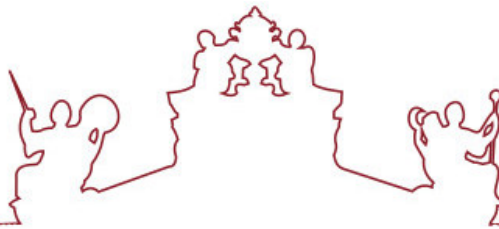
Relatório de Estágio

**Capacitação de Cuidadores de pessoas com alterações do
autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem
de Reabilitação**

Carla Patrícia da Cunha Gomes

Orientador(es) | César Fonseca

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Reabilitação

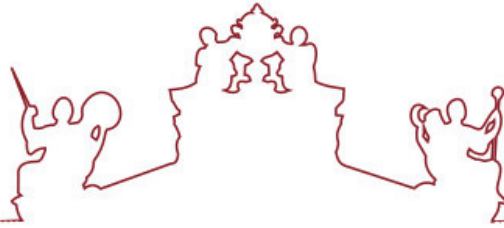
Relatório de Estágio

Capacitação de Cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Carla Patrícia da Cunha Gomes

Orientador(es) | César Fonseca

Évora 2023



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Ermelinda Caldeira (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Lúcia da Silva João (Universidade de Évora) (Arguente)
César Fonseca (Universidade de Évora) (Orientador)
Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)

A vida existe com o cuidar. Desde a sua génese, alicerçada, idealmente, em afetos, valores, princípios, partilha, para que a vida prevaleça e continue até ao fim do seu ciclo. A enfermagem nasce deste sentido do cuidar e a enfermagem de reabilitação eleva o cuidar a um sentido de arte que o lapida de tal forma, tornando-o mais precioso.

Carla Gomes

AGRADECIMENTOS

“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe.” Clarice Lispector

Ao professor César, pelo apoio descomplicado que me deu ao longo de todo o processo, desembaraçando novos por vezes complexos de desconstruir.

Aos Enfermeiros orientadores, excelentes exemplos de humanidade, dedicação, que aguçaram dentro de mim, ainda mais, o bichinho da reabilitação e a importância de um cuidar cada vez com mais qualidade e rigor.

Aos enfermeiros-chefes, pela forma cordial com que me receberam.

A todos os utentes/famílias que fizeram parte deste percurso, e contribuíram com os seus ensinamentos, se deram, no seu sofrimento e na sua dor, na sua vida, para o meu crescimento pessoal, e o quanto espero ter contribuído o pouco para suavizar o seu caminho.

A todos aqueles que me impulsionam a acreditar que é possível e que sou capaz, que me permitem crescer e aprender, que fazem de mim uma pessoa, uma profissional cada vez melhor.

À minha família, onde o amor nunca falta, aquela que me inunda de ar puro e me traz energias de criança.

À minha trupe, pelos desabafos, pelos momentos de corta-gelo, abraços e carinho, apoio nos momentos de desânimo e palavra amiga nos momentos de exaustão.

Ao Gabriel, à Margarida e ao Afonso, as minhas pessoinhas luz, pela compreensão em todos os momentos de ausência, de pouca tolerância, de pouco colo e pouca atenção, pela constante capacidade de darem mimo, abraços fortalecedores, sorrisos que iluminam, lufadas de ar fresco, AMOR!

Ao Alexandre, pilar fundamental, pedra basilar, que me fez acreditar que era possível, que desmistificou momentos de stress, que colmatou os momentos de ausência, que aconchegou o meu coração quando senti falhar...

Agradecer a mim mesma, atriz principal desta história alucinante, difícil, desafiante, esgotante, recheada de dúvidas, medos, angústias, de muito estudo, mas que nesta caminhada exaustiva da vida de uma esposa, mãe de três, enfermeira, estudante, foi possível, fui capaz. Porque também eu acreditei... todos os dias!

Obrigada por terem feito comigo, este pedaço de caminho e o tornarem ainda especial!

RESUMO

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de reabilitação

Enquadramento: O aumento da esperança média de vida e a prevalência de doenças crónicas, tem levado a um maior índice de dependência, em que a família assume um papel preponderante na prestação de cuidados à pessoa dependente. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume um papel fundamental na promoção da capacidade funcional do utente e do seu cuidador, permitindo ganhos em saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Objetivo: Desenvolver competências de EEER e de mestre na capacitação do cuidador familiar de pessoas com défice no seu autocuidado, em contexto domiciliário.

Metodologia: Optou-se por uma abordagem com base na Teoria de Médio Alcance de Lopes, usando como instrumento de colheita de dados a *Elderly Nursing Core Set* e a escala da sobrecarga do cuidador informal.

Resultados: Melhoria do conhecimento, da sobrecarga do cuidador familiar, da funcionalidade geral e do autocuidado de todos os intervenientes no plano reabilitação.

Conclusão: Foram desenvolvidas competências na capacitação do cuidador familiar, obtendo ganhos na funcionalidade em geral e promoção do autocuidado do cuidador familiar e da pessoa dependente.

Palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação, Envelhecimento, Autocuidado, Cuidador familiar, Capacitação.

ABSTRACT

Empowering Caregivers of People with Self-Care Disorders: Sensitive Gains from Rehabilitation Nursing Care

Background: The increase in average life expectancy and the prevalence of chronic diseases, which has led to a higher dependence rate, in which the family plays a leading role in providing care to the dependent person. The Specialist Nurse in Rehabilitation plays a key role in promoting the functional capacity of the user and his/her caregiver, enabling health gains and the sustainability of health systems.

Objective: To develop skills as a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and as a master in empowering family caregivers of people with deficits in their self-care, in a home context.

Methodology: An approach based on Lopes' Middle Range Theory was chosen, using the Elderly Nursing Core Set and the informal caregiver burden scale as data collection instruments.

Results: Improved knowledge, family caregiver burden, general functionality, and self-care of all stakeholders in the rehabilitation plan.

Conclusion: Skills were developed in empowering of the family caregiver, achieving gains in overall functionality and promoting self-care for the family caregiver and the dependent person.

Key words: Nursing, Rehabilitation, Aging, Self-care, Family Caregiver, Capacity

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Tabela n.º 1 – Índice de Dependência de idosos no concelho em estudo (Pordata, 2022)	28
Tabela 2: Perfil Funcional e as Necessidades de cuidados de enfermagem	60
Tabela 3: Pontuação e níveis de dependência do índice de Barthel (Sequeira, 2018)	67
Tabela 4: Classificação da pontuação da Escala de sobrecarga do cuidador informal	69
Tabela 5: Plano de Intervenção do EEER no utente do foro ortopédico	77
Tabela 6: Plano de Intervenção do EEER no utente do foro neurológico	82
Tabela 7: Plano de Intervenção do EEER no utente do foro respiratório	86
Tabela 8: Caracterização sociodemográfica da amostra recolhida no estágio de enfermagem de reabilitação.....	88
Tabela 9: Ganhos gerais de funcionalidade Estágio de enfermagem	89
Tabela 10: Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica da amostra recolhida no estágio de enfermagem de reabilitação - UCI	90
Tabela 11: Ganhos gerais de funcionalidades em UCI	92
Tabela 12: Caracterização Sociodemográfica da Amostra do estágio final e condição de saúde ECCI	92
Tabela 13: Ganhos gerais de funcionalidade em ECCI	94
Tabela 14: Necessidades de aprendizagem do cuidador informal identificadas.....	95
Tabela 15: Avaliação diagnóstica: ECCI	97
Tabela 16: Avaliação final: ECCI	98

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico n.º 1 – Índice de Envelhecimento no concelho em estudo (INE, Pordata, 2022)	27
Figura 2: Escala de sobrecarga do cuidador informal (Escala de Zarit).....	97

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

- ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária
- ACeS – Agrupamento dos Centros de saúde
- APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
- ARDS – Acute Respiratory Distress Syndrome
- ARS - Administração Regional de Saúde (ARS)
- AVD – Atividades de Vida Diária
- CF – Cuidador Familiar
- CHU – Centro Hospitalar Universitário
- CHUA – Centro Hospitalar Universitário do Algarve
- CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem falta bibliografia
- CSP – Cuidados De Saúde Primários
- DGS – Direção Geral da Saúde
- DL – Decreto Lei
- EC – Estudo De Caso
- ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- EGA – Equipa de Gestão de Altas
- ENCS - Elderly Nursing Core Set
- ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável
- ER – Enfermagem de Reabilitação
- FMACI - Fraqueza Muscular Adquirida nos Cuidados Intensivos
- IFA - International Federation Of Ageing
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- MIAPE - Plataforma de Avaliação Integrada Multidimensional para Idosos
- MPP - Modelos De Prática Profissional
- MRC-SS – Medical Research Council Sum-Score
- MS – Ministério da Saúde
- NACI – Necessidades De Aprendizagem Do Cuidador Informal
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- RASS - Richmond Agitation Sedation Scale

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

S5Q - 5 Standardized Questions for Cooperation

SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SIGIC - Sistema informático de gestão de inscritos para cirurgia

SNG – Sonda Nasogástrica.

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPMFR - Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação -

UC – Unidade de Convalescença

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UDC – Unidade de Descanso do Cuidador

UIDA - Unidade de internamento de Doentes Agudos

ULDMD – Unidade de Longa Duração e Manutenção

UMDR – Unidade de média Duração e Reabilitação

UP – Úlceras de pressão

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	6
ÍNDICE DE TABELAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE	10
INTRODUÇÃO	12
1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO	20
1.1. CHU – Cuidados De Saúde Diferenciados	20
1.1.1. Serviço de Ortopedia	21
1.1.2. Serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)	23
1.2. Unidade De Cuidados Na Comunidade – Cuidados De Saúde Primários	26
2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	31
2.1. Pessoa idosa dependente	32
2.2. Contexto domiciliário	36
2.3. Família	38
2.3.1. Conceito Família	39
2.3.2. Processo de transição saúde-doença	40
2.3.3. A família e o impacto no cuidar	41
2.4. O Enfermeiro de Reabilitação e a Família da Pessoa Idosa Dependente	44
2.4.1. O papel do Enfermeiro de reabilitação e o papel da família	44
2.4.2. Parceria do EEER e Família Capacitação da família	47
2.4.3. Intervenção do EEER na família e na pessoa dependente indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem	50
2.4.4. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação	52
2.5. Modelo De Capacitação para o Autocuidado, a Base dos Cuidados à Pessoa Dependente	54
2.6. Justificação Da Estratégia De Intervenção	61
2.7. Metodologia	64
2.8. População-Alvo	66
2.9. Instrumentos de apreciação diagnóstica	67
2.10. Plano de intervenção	70

2.10.1. Plano de intervenção do foro Ortopédico	70
2.10.2. Plano de Intervenção do Foro Neurológico	78
2.10.3. Plano de Intervenção ao doente do foro Respiratório	83
2.11. Considerações éticas	87
3. APRESENTAÇÃO DE DADOS DE APRECIÇÃO DIAGNÓSTICA	87
3.1. Estágio de Reabilitação – Serviço de Ortopedia	87
3.2. Estágio Final	89
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	98
4.1. Domínio cognitivo e comportamental	99
4.2. Domínio Físico	104
4.3. Domínio emocional ou psicossocial	120
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	127
5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	128
5.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação 139	
5.3. Competências de Mestre em Enfermagem	144
CONCLUSÃO	146
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	149

INTRODUÇÃO

“A finalidade da profissão de enfermagem é o bem-estar de outros seres humanos, de acordo com os projetos de saúde e vida que eles mesmos demandam – então, esta não é uma finalidade científica ou técnica, mas de ordem moral; ou seja, assenta num conceito moral básico (a preocupação com outras pessoas) e os conhecimentos, capacidades e competências requeridas dirigem-se para responder a esta finalidade” (Nunes, 2014, p. s/p).

No caminho do desenvolvimento profissional, surge a realização deste relatório de estágio que se encontra inserido no plano de estudos do 5º Mestrado em Associação de Enfermagem, ministrado pela Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, tendo como principal objetivo a obtenção de grau de Mestre na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação subordinado ao tema **“Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”** refletindo a aquisição de competências e conhecimentos e traduzindo a trajetória do Estágio de Enfermagem de Reabilitação ao Estágio Final.

O motivo da escolha deste tema prende-se com a mudança de paradigma no campo da saúde, resultante da adoção de estilos/comportamentos de vida pouco saudáveis, o aumento da incidência de acidentes (trabalho ou rodoviários) (Marques-Vieira & Sousa, 2017), assim como os constantes avanços na ciência e da medicina, melhoria das condições sanitárias, o aumento do sedentarismo, que contribuíram para o aumento da esperança média de vida, assim como da crescente prevalência de doenças crónicas e incapacitantes - que originam um maior índice de dependência (Sequeira, 2018) - ambos impulsionados pelo avanço das tecnologias e do conhecimento, sobretudo a nível da saúde, que permite a sobrevivência a situações potencialmente fatais (OE, 2018b).

Envelhecimento não tem que ser sinónimo de dependência. Envelhecimento é inato e idealmente, a pessoa vive saudavelmente, de forma autónoma e independente, contudo pelas razões acima apresentadas, envelhecer assume-se agora como um dos maiores desafios do século XXI e este facto deve ser trabalhado e não ignorado.

A família vê-se, então, a assumir a prestação de cuidados à pessoa dependente de cuidados esses cada vez mais complexos e exigentes, por outro lado, também o Estado tem uma responsabilidade acrescida no apoio à família e no seu desempenho do papel como cuidador. Esta mudança leva a que a tomada de decisão em saúde, necessita de maior rigor, para obtenção de ganhos em saúde e melhoramento da sustentabilidade do Sistema de Saúde, implicando mais

e melhores saberes e aprofundamento das competências dos profissionais que o representam, para que a intervenção seja mais efetiva (Teixeira, et al., 2017).

Não obstante, esta necessidade de trabalhar um tema relacionado com o autocuidado, a capacitação da família e os ganhos que podem advir de uma intervenção mais especializada e efetiva na área da reabilitação, prende-se com a necessidade de desenvolvimento e experiência pessoal e profissional. O trabalho com utentes dependentes e as suas famílias é extremamente desafiante, principalmente quando este é desenvolvido no domicílio do utente, onde a premissa “projeto de saúde” ganha uma dimensão especial, uma vez que é efetivamente o que faz sentido para o utente, no seio da sua família e com a sua família. Deixa de ter um cariz individual para ter um cariz familiar. Uma vez que uma situação de doença “é, em primeira análise, uma experiência humana (...) não depende só de quem a vive, mas também, de com quem a vive” em que a “arte da presença” (Lopes M. J., 2006, p. 19) assume um cariz medular na sua inter-relação constante - utente, família, enfermeiro (saúde), comunidade.

Assim sendo, ao que a este trabalho importa, será abordada a capacitação de cuidadores familiares, de idosos dependentes no seu autocuidado em contexto domiciliário, excluindo a hospitalização domiciliária.

Neste sentido, e de acordo com as “Projeções da População Residente 2015-2080” prevê-se que o índice de envelhecimento duplique em 2080, ou seja por cada 100 jovens existirão 317 idosos (INE, 2018). Num país, onde a esperança média de vida para mulheres é de 84,3 anos e para homens de 78 anos, importa referir que, os anos de vida saudável para mulheres é de 57,8 anos e para os homens 60,6 anos, significa que 32% dos anos vividos nas mulheres e 22% nos homens, estes desenvolverão algum tipo de limitação funcional ou alguma incapacidade, vivendo de forma limitadora e dependente (PORDATA, 2021). Estes valores revelam-se preocupantes e mostram-se um desafio para as organizações de saúde para dar resposta a esta problemática. Estas mudanças, refletem um paradigma em que a estratégia política deixa de estar centrada nos hospitais e nas doenças, mas antes direcionar o seu olhar para a qualidade dos cuidados, centrados nas pessoas, proporcionando um maior bem-estar (Escoval, 2016). Como refere Marques-Vieira & Sousa (2017) ser possível reduzir “custos a nível individual, familiar, profissional, social e económico” (p. XVII) com uma visão mais holística do utente.

Entenda-se que utente dependente é aquele que, de forma permanente ou temporária, se vê privado de autonomia física, psíquica ou intelectual, necessitando de apoio para realizar as suas atividades de vida diária (Decreto-Lei [DL] n.º 101/2006, de 6 de junho, 2006); e autocuidado, segundo Orem (2001), reúne um conjunto de ações deliberadas e realizadas pelo próprio indivíduo, essenciais à vida e à sua saúde, de forma a se autorregular, manter o funcionamento do organismo, crescimento e desenvolvimento, ou seja é “Atividade executada

pelo próprio: 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” (OE, 2018, p. 12). Autocuidado é aprendido, automatizado, intrínseco ao próprio ser humano, sendo a base de manutenção da saúde e da gestão da doença, em que é no cumprimento do autocuidado que a fragilidade se desnuda e a dignidade da pessoa se coloca mais em causa. Tudo aquilo que possa interferir no mesmo, influencia a forma de ser, de estar, a identidade enquanto pessoa e a sua qualidade de vida.

Tomando de ponto de partida o conceito de autocuidado de Orem, quando a pessoa já não consegue dar resposta ao seu próprio autocuidado, dentro do seio familiar, este passa a ser responsabilidade dos familiares cuidadores (Costa & Castro, 2014).

Verifica-se, então, a necessidade de a família assumir o cumprimento do autocuidado do utente, no seu domicílio. No entanto, não se pode descurar que esta situação implica um conjunto de serviços de proximidade, para que haja um apoio constante e se consiga promover um envolvimento e capacitação das famílias cuidadoras, de forma a desencorajar a institucionalização e incentivar a continuidade de cuidados por parte dos cuidadores no seu domicílio, reduzindo o impacto na sua própria vida (Teixeira, et al., 2017) como pessoa e como cuidador.

No contexto de prestação de cuidados, pode-se assumir de duas formas, proporcionado por cuidadores formais – profissionais devidamente qualificados (enfermeiros, médicos, etc.) – ou por cuidadores informais – são pessoas que pertencem à família, rede de amigos, vizinhos, e que prestam os cuidados à pessoa de forma não remunerada, não estruturada, de forma contínua (Sequeira, 2018).

Os cuidadores informais assumem um papel primordial na sustentabilidade dos sistemas sociais e da saúde de forma a dar resposta aos desafios que se interpõe na tendência crescente do duplo envelhecimento demográfico que se tem verificado em Portugal (Teixeira, et al., 2017).

Família continua a ser “grupo primário básico de apoio” (Sequeira, 2018, p. 172), a primeira das unidades sociais que a pessoa se insere, que colabora no desenvolvimento e formação da personalidade, assumindo a responsabilidade para com os seus elementos, em que é um dever da família, nomeadamente entre cônjuges e entre pais e filhos, auxílio mútuo, socorro e proteção, respeito e cooperação (DL n.º 47344/66, 1966).

Por isso, neste trabalho, a intervenção será dirigida a cuidadores familiares, por representarem ainda a grande percentagem de cuidadores e porque a “função do cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada essencialmente à família” (Sequeira, 2018, p. 168). Inclusivamente, porque muitas vezes se vêm a assumir o papel de cuidador de forma abrupta, por vezes precipitada e inopinada, pelo que é necessário investir na capacitação para o

autocuidado para a manutenção do bem-estar e qualidade de vida da díade pessoa-cuidador familiar (CF).

Capacitação é referente às ações de promoção da saúde, de forma que as pessoas (ou neste caso, o cuidador familiar) consiga realizar completamente o seu potencial de saúde, reportando-se a decisões mais inteligentes sobre a sua saúde (Carta de Ottawa, 1986), ou do seu familiar, aqui remetendo-se à capacitação do cuidador familiar, para prestar os melhores cuidados possíveis, através do seu empoderamento, aumento de competências e habilidades no cuidar do seu familiar e de si mesmo, em contexto domiciliário.

“Cuidar em casa” permite “Ageing at home” (envelhecer em casa) (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2018), que em termos culturais é basilar para o bem-estar da pessoa e para o seu conforto, ou seja, é uma forma de ter qualidade de vida. Envelhecimento é o resultado de um caminho que teve o contributo da sociedade, do contexto familiar e da história pessoal. “O ambiente ainda impõe muitas barreiras que limitam a capacidade funcional e a participação das pessoas idosas na sociedade” (DGS, 2017, p. 29). No entanto, o Estado terá que assumir um papel ativo e garantir condições para que tal ocorra para que o utente se mantenha em segurança e não veja negligenciados os cuidados de que necessita.

Nos anos que a pessoa tiver de vida não saudável, terão o Estado (os enfermeiros como seu representante) e a família, cada um na sua dimensão, de se corresponsabilizar, de forma a proporcionar proteção da saúde, qualidade de vida e dignidade Humana em momentos de tão grande fragilidade como a doença/situações de dependência, direitos essenciais da vida humana.

O enfermeiro como promotor do Estado de Direito, norteia a sua conduta profissional em valores éticos e deontológicos, de onde ressaltam um conjunto de competências e conhecimentos em prol de um agir para transformar, na defesa pelos direitos universais da pessoa humana.

“A enfermagem enquanto profissão tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista e enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde” (OE, 2022, p. 179).

Sendo uma área do conhecimento que contribui para a saúde e bem-estar da sociedade, na sua dimensão prática (Lopes M. J., 2006).

Na prática clínica, o enfermeiro presta cuidados nos três níveis de prevenção ao indivíduo, família, grupos populacionais e comunidade, de forma autónoma, responsável em que o ato do

enfermeiro encerra em si individualidade, construindo-se com reflexões, vivências, valorizações e experiências pessoais, valores e princípios de construto pessoal em constante interação com o outro, no respeito dos valores universais e princípios éticos da profissão, alicerçado na aquisição de conhecimento, adotando processos de investigação e tomada de decisão assente na última evidência científica (OE, 2018b) de forma a que “a reflexão conduza a ação e que esta reconduza à reflexão” (Nunes, 2013a, p. 4) pois, desta forma, se consegue uma prática de qualidade. Descreve, explica e compreende a natureza dos fenómenos (de enfermagem), antecipando a sua ocorrência, implicando uma estreita relação entre teoria, prática e investigação (Petronilho & Machado, 2017).

A exigência crescente dos cuidados de saúde implicam cuidados de enfermagem com maior rigor técnico e científico, sendo que a diferenciação e especialização proporcionam acréscimo de competências em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e envolve “educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” nos vários domínios de intervenção: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a, p. 4744).

É nesta instância que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) assume um papel crucial. Uma intervenção mais efetiva no processo de adaptação do utente e família, processo de transição saúde/doença, independência/dependência, definição de um novo projeto saúde, enquadrado nas “funções desaparecidas” (Santos L. , 2017, p. 15), na capacitação do utente e do seu cuidador e aumento da literacia em saúde, ganha uma nova dimensão com o objetivo de promoção da saúde do utente, proteção da sua dignidade em momentos de fragilidade e melhoria da qualidade de vida, maximizando a sua funcionalidade, e apoiando o cuidador familiar na prestação de cuidados à pessoa dependente, capacitando-o para o cuidado.

Atente-se ao facto de o EEER, integrar conhecimentos e procedimentos específicos, que permitem uma intervenção em fase aguda, crónica ou da qual resultem sequelas, em que o potencial funcional é elevado ao expoente máximo, melhorando a função, promovendo a independência, maximizando a “satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (OE, 2019b, p. 13565).

Assim, este relatório, cumprindo os requisitos estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros e pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, reflete o percurso na aquisição/desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista, EEER e Mestre

cumprindo o programa formativo assente nas áreas de intervenção neurológica, cardiorrespiratória e músculo-esquelética (OE, 2018b).

Neste sentido, este relatório será o reflexo detalhado do percurso efetuado ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos e respetivos locais de estágio das diferentes áreas de intervenção (neurológico, ortotraumatológico e respiratório), refletindo os planos de intervenção de reabilitação implementados, tendo em conta as necessidades reais de cada pessoa/cuidador familiar, com vista a cumprir a missão do EEER: “manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades”, “melhorar funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas” (OE, 2019b, p. 13565).

O EEER focaliza a sua intervenção no utente e na sua família, uma vez que “só teremos sucesso na reabilitação se conseguirmos intervir nas pessoas, nas suas famílias, na comunidade e no ambiente.” (Martins, Martins, & Martins, 2017, p. 68). Terá como expoente máximo, a reflexão relativamente às competências adquiridas e desenvolvidas como Enfermeira Especialista em Enfermagem e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação de Reabilitação e como Mestre.

O Estágio de Enfermagem de Reabilitação decorreu no serviço de Ortopedia, de um Centro Hospitalar Universitário (CHU) do sul do país tendo a durabilidade de 6 semanas. Perceber os ganhos sensíveis à intervenção do EEER tão precocemente quanto possível no utente do foro ortotraumatológico, uma vez que, segundo Sousa & Carvalho (2017) a sua intervenção neste contexto, demonstra “aumento da força muscular e amplitude de movimento articular, diminuição da dor, melhoria do equilíbrio, no desempenho nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e na qualidade de vida, e ainda diminuição do tempo médio de internamento” (p.417), mas possuindo também um papel imprescindível na preparação do regresso a casa e continuidade do processo de reabilitação no domicílio ou numa dada instituição.

O Estágio final, subdividiu-se em dois ensinamentos clínicos em contextos completamente opostos. O primeiro com uma duração de 10 semanas que decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), da mesma unidade Hospitalar, onde o foco incidiu em utentes do foro neurológico e respiratório, em que a intervenção de reabilitação no doente crítico permite “redução da incidência de fraqueza muscular adquirida nos cuidados intensivos, uma maior probabilidade de extubação precoce e melhoria da qualidade de vida e prognóstico vital de doentes admitidos nas UCI” (Thomas, Mehrholz, Bodechtel, & Elsner, 2019). O segundo ensino clínico decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) enquadrada na Administração Regional de Saúde (ARS), com duração de 6 semanas, onde foi possível implementar o projeto estabelecido. Na comunidade, o EEER tem um papel crucial, permite a maximização do desenvolvimento de

capacidades pelo utente, não deixando de ser indivíduos ativos na sua família, comunidade e sociedade de uma forma geral (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER], 2010) e onde é possível incluir, efetivamente, as famílias como parte integrante do processo de reabilitação, pois também elas se modificam “quando vivenciam processos de doença, particularmente quando estes determinam dependência, deficiência, incapacidade e desvantagem” (Martins, Martins, & Martins, 2017, p. 68).

Ao longo dos diferentes campos de estágio o foco principal de intervenção assentou no bem-estar, qualidade de vida, fazer a diferença do dia a dia para que não se perca aquilo que faz a vida valer a pena “quando todos os dias são assim, semelhantes uns aos outros, quer dizer que as pessoas deixaram de se aperceber das coisas boas da sua vida” (Coelho P. , 1994, p. 54).

A introdução serve de alavanca para estabelecer objetivos deste relatório, em que o desenvolvimento de competências de Mestre e Especialista em Enfermagem, e EEER assume como o objetivo geral. Os objetivos específicos prendem-se com identificação de necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com deficit do autocuidado principalmente idosos e o seu cuidador informal, particularizando os cuidadores familiares, em contexto domiciliário (excluindo a hospitalização domiciliária), planificando e efetuando um plano de intervenção adequado às necessidades reais da pessoa e da sua família, por forma a identificar ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, nas diferentes áreas de intervenção, promovendo a aquisição de competências como EEER.

Partindo deste pressuposto e de forma a dar resposta aos objetivos estabelecidos, este relatório terá a seguinte estrutura: numa primeira instância será efetuada uma apreciação do contexto onde decorreram os diferentes ensinamentos clínicos, seguidamente será abordada a estratégia de intervenção profissional, efetuando um enquadramento teórico da problemática em estudo, a justificação da estratégia de intervenção, metodologia, população-alvo, instrumentos de apreciação diagnóstica e o plano de intervenção. No terceiro ponto serão apresentados os dados e seguidamente discutidos os mesmos em vários domínios. A análise reflexiva sobre as competências adquiridas surge como quinto ponto. O relatório fica concluído com uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido.

Atente-se ao facto de durante o texto do relatório, poderão ser efetuadas diferentes abordagens ao cuidador, tal como cuidador informal, cuidador familiar, prestador de cuidados, família, querendo sempre reportar à pessoa que presta cuidados de forma informal, privilegiando o termo cuidador familiar, porque, como refere Teixeira et al. (2017), acaba por ser uma forma de valorização do cuidador, maioritariamente é familiar.

Na execução deste trabalho, recorreu-se às normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior São João de Deus, Universidade de Évora e a referênciação

biográfica tiveram por base as normas da American Psychology Association (APA), 7ª Edição, 2020.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

“O direito à proteção da saúde constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado e compreende o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e cuidados paliativos”

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (2019, p. 56)

O SNS, dirigido pelo Ministério da Saúde (MS), reúne todos os serviços de saúde públicos prestadores de cuidados de saúde onde, o Estado, efetiva a sua responsabilidade pela proteção da saúde. Este deve ser universal, geral, tendencialmente gratuito, permitir a integração de cuidados, equidade, qualidade, proximidade, sustentabilidade financeira e ser transparente (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, 2019).

A prestação de cuidados de Medicina Física e Reabilitação aos doentes do SNS após a alta hospitalar, deve incluir a colaboração de um conjunto de serviços, seja a nível hospitalar (Hospitais, Centros regionais de reabilitação) seja da comunidade (Cuidados de Saúde Primários, Unidades de Cuidados Continuados Integrados ou no domicílio (Ministério da Saúde, Despacho n.º 7219/2018).

1.1. CHU – Cuidados De Saúde Diferenciados

O CHU é uma Entidade Pública Empresarial (EPE), que se encontra no SNS, sendo de natureza empresarial, constitui-se uma pessoa coletiva de direito público, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A sua missão é

“Prestar os melhores cuidados de saúde diferenciados em toda a região do Algarve, e parte do Alentejo, com elevado nível de rigor, competência e excelência, estimulando a formação pré e pós-graduada e a investigação assente na humanização dos cuidados e promoção do espírito de equipa e pertença institucional de todos os profissionais.” (Concelho de Administração do CHUA, 2022, p. 16).

Assume formalmente a designação de “Centro Hospitalar Universitário” pelo Decreto-Lei nº 101/2017, de 23 de Agosto, assumindo valências na área da Medicina Física e Reabilitação, antes assumidas pela ARS.

A atividade desenvolvida por esta Unidade Hospitalar, rege-se por valores e princípios como a humanização, a excelência, competência, motivação, satisfação, trabalho de equipa, equidade,

centralidade do utente, respeito pela dignidade humana, direitos dos utentes, segurança e qualidade, efetividade e eficiência (Concelho de Administração do CHUA, 2022).

É composto por três Unidades Hospitalares, sendo também encarregue pelo Serviço de Urgência Básica do Algarve e pelo Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul. É responsável por prestar cuidados de saúde diferenciados a 16 concelhos, numa extensão de quase 5000m², à população residente e visitante, cerca de 470 mil residentes (2021), atingindo um milhão de pessoas no pico sazonal (Concelho de Administração do CHUA, 2022).

De referir ainda que o CHU em causa, apresenta um rácio de camas hospitalares 20% inferior à média nacional, apesar dos picos sazonais significativos, verificando-se uma demora média de internamento de cerca de 10 dias (Concelho de Administração do CHUA, 2022).

A região apresenta um índice de envelhecimento de 176,7, apesar de inferior à média nacional (182,1), mantém a tendência crescente do mesmo, verificando-se um aumento de 33,9% desde 2011. Relativamente ao índice de dependência é de 34,9% (dados de 2020), encontrando-se este discretamente superior à média nacional (34,7%), contando com um rácio de 6,4 enfermeiros por mil habitantes, muito inferior à média nacional de 7,8. (INE, 2022a).

1.1.1. Serviço de Ortopedia

No serviço de Ortopedia do referido CHU teve lugar o primeiro ensino clínico, que decorreu entre os dias 3 de janeiro e 7 de março de 2022.

O plano de intervenção desenvolvido neste âmbito remete-se a uma modalidade de internamento na qual os doentes do foro ortotraumatológico são a sua maior valência. Em recursos humanos, o serviço possui uma enfermeira-chefe, trinta enfermeiros generalistas e dois EEER prestando cuidados especializados de enfermagem de reabilitação (ER) aos doentes internados. A restante equipa multidisciplinar conta com quatro médicos Ortopedistas, dezoito assistentes operacionais, uma terapeuta da fala, um assistente social e quatro fisioterapeutas, onde todos trabalham com o objetivo comum de promoção e recuperação mais rápida e efetiva do doente.

A patologia osteoarticular tem um grande impacto na qualidade de vida dado que interfere diretamente com o desempenho do autocuidado da pessoa, pelo que a intervenção precoce e controlada é primordial para evitar incapacidades futuras, pois este tipo de patologia e situação clínica tem um impacto importante no aumento do absentismos e reformas antecipadas

(Duarte, et al., 2013) e é especialmente impactante na vida das pessoas idosas (Sousa & Carvalho, 2017) e, conseqüentemente, das suas famílias.

O serviço de Ortopedia em causa, apresenta um espaço adequado, bastante amplo e no que à ER diz respeito, com recursos materiais adequados passíveis de permitirem o ensino, instrução e treino da pessoa, com vista a proporcionar bem-estar, melhoria no desempenho do autocuidado, readaptação funcional e, inclusivamente, a prevenção de complicações, nomeadamente um dispositivo de mobilização passiva, vários meios auxiliares de marcha (andarrilhos, tripés, canadianas), cadeirões, cadeiras de rodas, cadeiras de banho, além de camas totalmente elétricas para facilitar a alternância de posicionamento, transferências (entre outros), faixas elásticas, pesos, halteres, material para execução de tração, bola suíça, triângulo de abdução, tábuas de transferência. Não obstante, eram cenário de cuidados, as escadas de acesso aos pisos da instituição, para se efetuar o treino de subida e descida de escadas. O ginásio da instituição, apesar de outrora estar disponível para os doentes poderem realizar outro tipo de intervenções, teve de se circunscrever o treino funcional ao internamento, devido a situação pandémica por Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SarsCov-2), pois ainda se faziam sentir vários surtos no momento do ensino clínico.

O processo de cuidados em reabilitação fundamenta-se nas duas grandes premissas “encontro” e “acompanhamento”, para o estabelecimento de uma relação terapêutica. Ir ao encontro do outro para se conseguir efetuar o percurso conjunto e o estabelecimento de uma relação terapêutica é a base do processo. Esta deve ser assente na confiança e no respeito por aquilo que a pessoa sente, deseja, pelas suas vivências. Acima de tudo, ir-se ao encontro e procurar dar resposta às principais preocupações do utente, na busca incessante de ajudar a “encontrar ou reencontrar o equilíbrio, ao longo do caminho que lhe pertence” (Hesbeen, 2003, p. 77).

Desta feita, a intervenção do EEER tem início logo após o processo de admissão, onde se efetua a avaliação inicial, se inserem dados relativos aos antecedentes pessoais, situação atual, motivo de internamento hospitalar, assim como apoios sociofamiliares, condições habitacionais e possíveis barreiras arquitetónicas presentes no domicílio (promover uma preparação da alta o mais ajustada à realidade/necessidades da pessoa, de forma a promover a autonomia, para que a chegada a casa, na sua nova condição, seja o mais tranquila possível), contextualizar preocupações presentes e desmistificar medos futuros.

Através da avaliação inicial, é possível identificar défices de condições ideais para o regresso ao seu domicílio, ponderando referenciação para a Equipa de Gestão de Altas (EGA), para avaliação e ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Unidades de Internamento ou Unidades de Cuidados na Comunidade), com vista à potenciação da

autonomia e funcionalidade e, conseqüente, proteção da saúde e promoção da qualidade de vida da pessoa. Esta situação permite, em situações mais complexas, que o processo de transição seja efetuado de forma mais fleumática, dando tempo à pessoa e família para assimilar a nova condição.

A intervenção do EEER, principalmente em cirurgias programadas, tem início no período pré-operatório, permite ao doente a exposição de dúvidas e expectativas relativamente à cirurgia e à fase de recuperação, a iniciação à reabilitação para prevenção de complicações pré, intra e pós-operatórias, a minimização de quadros de ansiedade e a promoção da centralidade do doente no processo de reabilitação. A evidência científica é clara, a intervenção precoce previne complicações, tal como diminui o tempo de internamento (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021). Nesta fase, avalia-se o potencial de reabilitação, efetua-se o primeiro contacto com ajudas técnicas (caso não seja do conhecimento e uso da pessoa), função respiratória, orientando para exercícios de Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e Reeducação Funcional Motora (RFM) (exercícios isométricos e isotónicos) por forma a facilitar o período pós-operatório (Sousa & Carvalho, 2017).

O processo de reabilitação, se a situação do doente o permitir, continua logo no pós-operatório imediato, após consulta de análises clínicas e exames radiológicos, com uma revisão dos ensinamentos efetuados no pré-operatório, avaliação da dor e tolerância do doente, avaliação da força muscular e função respiratória. Seguem-se atividades terapêuticas no leito, a execução do 1º levante mediante consentimento e vontade do doente, levante do leito, avaliação/treino de equilíbrio, treino de marcha, inicialmente com andarilho e, mediante tolerância, progressão para canadianas, treino de Atividades de Vida Diárias (AVD's), com vista à melhoria da qualidade de vida, promovendo a capacitação e potenciando a autonomia e independência do doente.

1.1.2. Serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP)

A UCIP onde decorreu o ensino clínico no período 14 de março a 17 de maio de 2022, com a duração de 10 semanas, pertence ao CHU em apreço.

A UCIP encontra-se estrategicamente localizada próxima a serviços como Urgência Geral, Urgência pediátrica, Bloco Operatório, Cirurgia Ambulatória, Hospital de Dia de Oncologia, Anestesiologia, Imagiologia, Análises Clínicas e Patologia Clínica. Já com 22 anos de existência, é uma unidade especializada na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, de nível III, ou seja, detém “quadros próprios ou pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24

horas” (Ministério da Saúde, 2003, p. 8), contemplando meios de diagnóstico, monitorização e terapêutica, programas de controlo da qualidade contínuos, de formação e treino em Cuidados Intensivos.

O serviço é composto por uma sala *open space*, onde se pode encontrar estrategicamente a central de monitorização de todos os doentes, facilitando a sua visualização e vigilância, assegurando, assim, uma prestação de cuidados mais célere. Esta sala aberta é composta por 5 camas separadas por cortinas e um quarto em box de isolamento com paredes em acrílico, com antecâmara e sistema de pressão negativa ou positiva, todas elas com capacidade de visualização direta do doente. Existe ainda uma segunda sala, com duas camas de cuidados intensivos, três de intermédios, que se encontram desativadas, e ainda uma box de isolamento.

Cada unidade do doente permite a exposição à luz natural, promovendo o ritmo circadiano, facilitando a recuperação do mesmo, sendo composta por ventilador de suporte invasivo e não invasivo, um monitor conectado à central de monitorização, onde é possível a vigilância de parâmetros ventilatórios e hemodinâmicos, invasivos e não invasivos, e ainda rampas de oxigénio, ar comprimido, aspiração, entre outros consumíveis.

Composta por uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicas, e cooperação de vários profissionais de saúde mediante a exigência da pessoa em situação crítica (médicos das mais diversas especialidades, fisioterapia, terapia da fala, técnico superior de serviço social, nutricionista, psicólogo e ainda outros técnicos superiores de saúde e de diagnóstico e terapêutica), para que, de forma rigorosa, o doente seja avaliado em todas as valências necessárias para a recuperação do mesmo.

No que concerne à equipa de enfermagem, a equipa conta com três Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico Cirúrgica e seis EEER.

No mesmo dia em que o estágio teve início arrancou o Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “Mobilização Precoce e Reeducação Funcional Respiratória da Pessoa em Situação Crítica”, onde foi destacado um EEER diariamente para prestação de cuidados especializados aos doentes internados de 2ª a 6ª feira, das 10 às 18 horas.

As consequências da sobrevivência a uma doença crítica, após passagem por uma UCI, onde o doente foi submetido a um conjunto de terapias e medidas, com o sentido de salvar a vida, podem persistir para além da alta e, inclusivamente, dificultar a recuperação, repercutindo-se, especialmente, na capacidade funcional e cognitiva. As patologias são diversas, mas doentes com sépsis, choque, acidente vascular cerebral, trauma e pós-operatório, são mais comuns (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

Para recuperação da pessoa em situação crítica, pela sua instabilidade hemodinâmica, é necessária uma intervenção global. A medicação, a ventilação, o suporte nutricional e os longos

períodos de imobilidade, têm implicações que apenas uma equipa focada na resolução da situação permite desfechos mais felizes e mais facilmente recuperáveis do ponto de vista motor e cognitivo, permitindo uma melhor qualidade de vida pós-alta (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

Atente-se ao facto de que a intervenção do EEER pretende a capacitação da pessoa, assim como a maximização de capacidades, por isso o seu papel em UCI é primordial: para diminuir complicações associadas ao longo período de imobilidade no leito, à duração da ventilação mecânica invasiva e não invasiva ou com oxigenoterapia por cânula de alto fluxo, não esquecendo as situações de compromisso de deglutição (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

Atualmente, reconhece-se que, devido à inatividade muscular, promovida pelos fármacos e pela ventilação mecânica invasiva, o doente pode desenvolver fraqueza muscular, adquirida nos cuidados intensivos (FMACI). A FMACI tem uma progressão rápida, ocorre de forma generalizada, difusa e simétrica, que contribui para desmames ventilatórios difíceis, pois verificam-se alterações dos reflexos tendinosos profundos (diminuídos), da sensibilidade dolorosa, térmica e vibratória, com afetação dos músculos proximais dos membros e músculos respiratórios (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

A avaliação da FMACI requer avaliação da força muscular, que exige a cooperação e colaboração do doente, recorrendo à escala do Medical Research Council Sum-Score [MRC-SS], em que vários movimentos bilaterais (abdução do ombro, flexão do cotovelo, extensão do punho, flexão da anca, extensão do joelho, dorsiflexão do tornozelo) são observados, e um resultado inferior a 48/60 revelam FMACI. A recuperação do sistema neuromuscular é lenta, progressiva, mas pode estender-se até aos 2 anos ou mais (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

É intenção do EEER em contexto de UCI minimizar as implicações da FMACI, implementando, o mais precocemente possível, planos de reabilitação para que a recuperação funcional seja maximizada, e retardando a instalação desta situação clínica. No entanto, é necessária estabilidade hemodinâmica para que o doente seja capaz de suportar o aumento do trabalho cardiovascular e consumo de oxigénio, inerentes às intervenções de reabilitação. A mobilização precoce é exigente fisicamente, apesar de todos os benefícios que traz, inequivocamente, ao doente, e é segura, melhora a recuperação do quadro funcional, prevenindo incapacidades, e ainda diminui o tempo de ventilação mecânica, e consequentemente o tempo de internamento na UCI e mesmo no Hospital, assim como diminui a incidência de *delirium* e a sua durabilidade (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

O plano de atuação para reabilitação neuromotora no doente crítico é sugerido pela Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação (SPMFR), incluindo critérios de segurança para a intervenção com primazia da estabilidade cardiovascular, neurológica e respiratória. No entanto, vários são os estudos recentes que apontam como sendo intervenções

seguras e uma incidência de efeitos adversos baixa (Bartolomeu & Rodrigues, 2021). Concomitantemente, são definidos critérios para interrupção da intervenção e mesmo contra-indicações absolutas ou relativas. É nesta base que o projeto em implementação na UCI assenta, que associada à estabilidade hemodinâmica, reúne as condições ideais para a intervenção do EEER florescer na UCI, promovendo ganhos em saúde.

A UCI tem um conjunto de recursos materiais que permite complementar o plano de reabilitação, permitindo “uma rápida progressão de mobilização passiva para mobilização ativa, mobilidade na cama, treino de equilíbrio sentado, erguer-se, treino de transferências e reeducação da marcha” (Bartolomeu & Rodrigues, 2021, p. 339), nomeadamente: bastão, bandas elásticas de várias forças, andarilho, cicloergómetro, *cough assist*, cadeirões, elevador de transferência, ainda um WC completamente adaptado onde se poderia iniciar o treino de alguns autocuidados.

O plano de atuação segue as indicações de reabilitação neuromotora no doente crítico recomendado pela SPMFR (2020) (Bartolomeu & Rodrigues, 2021), que implica a avaliação através da escala “Richmond Agitation Sedation Scale” (RASS), da “5 Standardized Questions for Cooperation” (S5Q) e avaliação do MRC-SS. Os objetivos principais são:

“otimização da ventilação e oxigenação; Manutenção e/ou recrutamento de volume pulmonar; prevenção e tratamento de atelectasias, facilitação da remoção de secreções traqueobrônquicas; melhorar a força dos músculos respiratórios; facilitar o desmame ventilatórios com redução do tempo médio para extubação e do tempo médio de internamento em UCI; evitar sequelas de internamento em UCI; melhorar outcome funcional e vital de doentes admitidos com ARDS” (SPMFR, 2020, p. 8).

1.2. Unidade De Cuidados Na Comunidade – Cuidados De Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários são o serviço base do SNS pois efetuam o acompanhamento do utente e da sua família ao longo de todo o ciclo vital. Estabelece uma verdadeira relação terapêutica e confiante, sendo capaz de responder às suas necessidades através das determinantes em saúde, promovendo o bem-estar da pessoa e da sua família, seja ele físico, mental ou social. “Os enfermeiros têm um papel fundamental na prestação, expansão e coordenação dos cuidados de saúde primários. Através da sua formação e do seu trabalho, demonstraram prestar cuidados seguros e eficazes na prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão e reabilitação de doenças” (OE, 2020, p. s/p).

A ARS Algarve, I.P., tutelada pelo MS, tem autonomia administrativa, financeira e patrimonial e a sua principal missão é a “prestação de cuidados de saúde, adequando recursos disponíveis

às necessidades, cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção” (ARS Algarve, IP, s/d).

Localizado a Oeste da região do Algarve, o **ACeS Barlavento** incorpora 7 concelhos, numa área de 2061km², correspondendo a 41,3% do território da região. Os ACeS, estabelecidos pelo Decreto-Lei n. 28/2008, possuem autonomia administrativa e na sua missão incorporam a prestação de cuidados à população da sua área geográfica de abrangência. Na sua constituição são várias as unidades funcionais que a podem compôr: nomeadamente Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na comunidade, Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que são constituídas por equipas multiprofissionais, em constante cooperação, mas com autonomia organizativa e funcional.

Segundo os dados dos Censos 2021, o concelho onde decorreu o estudo tem uma área de 88,25km², abrangendo cerca de 23.718 utentes numa área de intervenção com características geodemográficas urbanas e rurais, em que 23,4% da população tem 65 anos ou mais, com um índice de envelhecimento de 172,7 (113,7 em 2011).

Gráfico n.º 1 – Índice de Envelhecimento no concelho em estudo

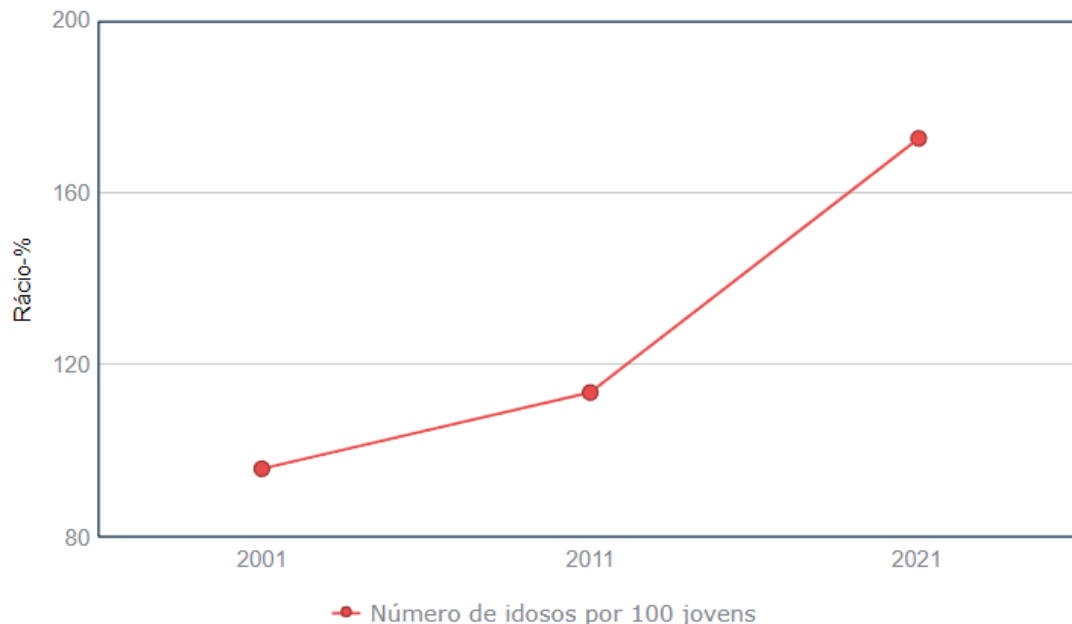


Figura 1: Gráfico n.º 1 – Índice de Envelhecimento no concelho em estudo (INE, Pordata, 2022)

Possui também, cerca de 25,8% de famílias unipessoais (9,9 em 1960) e 34,2% de famílias compostas por 2 pessoas (20,3 em 1960), ou seja 60% da população vive em famílias de

dimensão reduzida. Apresentando um índice de dependência de idosos crescente de 37,2 (PORDATA, 2022).

Tabela n.º 1 – Índice de Dependência de idosos no concelho em estudo

Territórios	Índice de dependência de idosos					
	Anos	1960	1981	2001	2011	2021
Portugal		12,7	18,2	24,2	28,8	Pro 36,8
Algarve		15,9	25,1	27,9	29,6	Pro 37,8
		15,2	22,6	22,8	26,8	Pro 37,2

Tabela 1: Tabela n.º 1 – Índice de Dependência de idosos no concelho em estudo (Pordata, 2022)

A UCC, nomeadamente a ECCI onde decorreu o estágio faz parte da RNCCI.

O aumento da incapacidade funcional nos idosos, de doentes com multimorbilidades crónicas, incuráveis, seja em estado avançado ou fim de vida, trouxe novas exigências aos sistemas de saúde e sociais. Neste sentido surge a RNCCI¹, criada pelo Decreto-Lei nr. 101/2006, de 6 de junho, para prestar cuidados de saúde e apoio social de proximidade, continuados e integrados, a pessoas que, de forma permanente ou temporária, se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade, desta forma:

“assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como o processo activo e contínuo, por período que se prolonga para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e compreendem: a) A reabilitação, a readaptação e a reintegração social; b) A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis” (DL n.º 101/2006, de 6 de junho, p. 3858).

E permite que as pessoas possam envelhecer no seu ambiente habitual, promovendo cuidados de maior qualidade, obtendo apoio nos diferentes níveis de prestação de cuidados e de apoio social, permitindo ganhos em saúde e atrasando situações de dependência.

A referenciação dos utentes para ingresso na Rede poderão ter origem em equipas prestadoras de cuidados continuados, nas equipas de referência no Centros de Saúde (USF ou UCSP), ou na EGA durante a hospitalização (DL n.º 101/2006, de 6 de junho), quando é efetuado diagnóstico de dependência. Mediante as necessidades da pessoa, esta é orientada para a tipologia que mais se enquadre à sua situação – unidades de internamento [Unidade de Convalescença (UC), Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR), Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)], Unidades de Ambulatório (unidades de dia e unidades de promoção da autonomia), Equipas Hospitalares (EGA) e Equipas Domiciliárias (ECCI).

¹ Também denominada apenas por Rede, ao longo do trabalho.

O último estágio decorreu numa ECCI situada numa região do Algarve no período de 6 semanas, de 23 de maio a 7 de julho de 2022.

A UCC encontra-se integrada num Centro de Saúde, do Agrupamento de Centros de Saúde do (ACeS) Barlavento, da ARS Algarve, I.P. e incorpora na sua missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade aos utentes na área geográfica onde se insere, de forma a contribuir para a melhoria do estado de saúde da população e, conseqüentemente, obtenção de ganhos em saúde, missão coincidente com o ACeS do Algarve II – Barlavento da ARS Algarve, I.P. - com especial enfoque na satisfação e desenvolvimento profissional dos elementos da equipa e dos seus utentes. Assente em valores como humanização dos cuidados, responsabilidade, qualidade, justiça, equidade, iniciativa e cooperação (SNS, 2022).

A UCC em causa, é uma equipa multidisciplinar, composta por sete enfermeiros (quatro enfermeiros de cuidados gerais, dois Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Comunitária e dois EEER), um Assistente Técnico, dois Assistentes Operacionais, contando com profissionais que tem horas alocadas à UCC nomeadamente, Técnico Superior de Serviço Social, Fisioterapeuta, Enfermeira Especialista em Enfermagem Materno-Obstétrica, Higienista Oral, Psicóloga e um Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar.

O horário da UCC e de atendimento é das 9h às 16 horas, de segunda a sexta-feira; a ECCI ainda efetua trabalho ao sábado, no mesmo horário, onde a grande parte da sua intervenção é efetuada na comunidade e em contexto domiciliário.

A UCC possui uma carteira de serviço e áreas de atuação importantes, no entanto vamos debruçar-nos apenas na ECCI por ter sido o local onde decorreu o estágio e por ser o contexto que enquadra no projeto do mesmo.

Novas políticas sociais emergem de ser criadas para fazer face aos novos paradigmas que se encontram associados ao rápido envelhecimento da população, assegurando os seus direitos, em todas as dimensões da existência humana (Presidência do Conselho de Ministros, 2016). Assim, o contributo dos cuidados informais é preponderante para a qualidade de vida do idoso, uma realidade alcançável (Sequeira, 2018) para manter a sustentabilidade dos serviços de saúde.

As ECCI são equipas multiprofissionais, da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e apoio social para prestação de cuidados domiciliários, que efetuam a avaliação global do utente e da sua família em termos de necessidades, médicas, enfermagem, reabilitação e apoio social e outros demais necessários, a pessoas que se encontrem em situação de dependência funcional, estados terminais, ou convalescença de processos de doença, em que a situação não necessite de internamento, mas que a pessoa não se consiga deslocar de forma autónoma aos serviços de saúde (DL n.º 101/2006, de 6 de junho). Assegurando:

“a) Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e ter por base as necessidades clínicas detectadas pela equipa; b) Cuidados de fisioterapia; c) Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; d) Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; e) Apoio na satisfação das necessidades básicas; f) Apoio no desempenho das actividades da vida diária; g) Apoio nas actividades instrumentais da vida diária; h) Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.” (DL n.º 101/2006, de 6 de junho, 2006).

Esta ECCI tem capacidade para 25 utentes, sendo o número de utentes internados variável mediante as admissões e as altas. Desenvolve um projeto desde 2012 denominado “Ser Cuidador”, onde o principal objetivo é a capacitação e otimização de competências dos cuidadores informais e formais de doentes dependentes, que com o contexto pandémico acabou por ficar parado, aguardando que haja recursos humanos disponíveis para poder voltar a ser colocado em prática.

Em termos de intervenção propriamente dita, o EEER tem um papel fundamental no seguimento dos doentes integrados em ECCI, no entanto por falta de recursos humanos e materiais, essa intervenção dirigida e especializada tem sido bastante dificultada. Durante o estágio, a equipa organizou-se de forma a poderem ser prestados cuidados especializados de ER durante o período do mesmo.

Numa primeira abordagem, é efetuada uma visita domiciliária, para perceber as necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação do utente e do seu cuidador, tal como quais as suas maiores dificuldades, intenções, rotinas e motivações, não havendo - à partida - nenhum plano estruturado de intervenção, deixando o utente e a sua família guiar a intervenção para se conseguir colmatar as verdadeiras dificuldades, ansiedades dos mesmos e potenciar motivações, procurando estabelecer uma relação terapêutica.

O EEER tem um papel fundamental nas ECCI, pois intervém junto das pessoas com deficiência, com incapacidade, prevenindo a ocorrência de desvantagens, e quando ocorrem ajudar a minimizar ou eliminar as mesmas. É um gestor de obstáculos e um facilitador no processo de transição e (re)adaptação, (re)educação a uma condição clínica diferente da anterior, com vista à maximização e potenciação da autonomia seja do doente seja na capacitação da sua família/cuidadores para que o utente veja o seu autocuidado cumprido em pleno, e possa ter qualidade de vida nos anos de vida que lhe restam, com dignidade e proteção da sua saúde de forma mais efetiva (UCC Chamusca/Golegã, s/d) em contexto domiciliário, permitindo o “*ageing at home*”.

Sobretudo a intervenção especializada, quando precoce, e apoiada em informação, em estar presente, em capacitar, em treino, ver e desmistificar medos, permite que o processo de transição seja mais tranquilo, diminuindo sobrecarga do prestador de cuidados e uma satisfação

pelos cuidados prestados, promovendo a dignidade da pessoa cuidada, e da sua família e o seu bem-estar e qualidade de vida.

2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

“Um olhar sobre o ombro”

Lucília Nunes, 2012

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2050 as pessoas com 60 anos ou mais representarão 22% da população mundial. Na Europa, poder-se-ão alcançar valores na ordem dos 34%, e, em Portugal, que é já um dos países com maior índice de envelhecimento, segundo a Eurostat (2019), no relatório *Ageing Europe 2019*, será o país que envelhecerá mais rapidamente, estimando-se que em 30 anos, 47,1% da população tenha 55 anos ou mais (Portugal - Ministério da Saúde, 2022).

Perante estes dados é emergente uma revisão sobre as condições que temos para envelhecer em segurança, com qualidade de vida e quais os recursos necessários, implicando uma mudança de comportamento e atitude perante o envelhecimento (Fonseca A. M., 2021).

Após o 25 de Abril verificou-se em Portugal, uma disseminação de equipamentos sociais destinados aos idosos, contando com uma lotação sempre perto dos 100%. No entanto, apesar de ser visto como uma evolução social, não é possível ou expetável, nem mesmo desejável, continuar indefinidamente a alargar este tipo de resposta social em detrimento de outras que permitem o *“ageing at home”*. Em muito tem contribuído o crescendo de Serviços de Apoio Domiciliário que dão resposta às necessidades das pessoas e permitem que estas permaneçam no seu domicílio, junto à sua família, na sua comunidade, conseguindo-se retardar ou evitar a institucionalização (Fonseca A. M., 2021).

O envelhecimento é um marco histórico no desenvolvimento da humanidade, resultado da grande diversidade de conquistas que se tem efetuado no âmbito das condições sociais, da medicina, qualidade da saúde pública, tecnologia e condições económicas (Fonseca A. M., 2021; Teixeira, et al., 2017). Idealmente, pretende-se que, com este aumento da expetativa de vida, os idosos sejam mais úteis socialmente, principalmente para as suas famílias, amigos, vizinhos (IFA - International Federation og ageing, 2011).

“As repercussões do envelhecimento biológico na redução da força e resistência físicas, têm geralmente efeitos psicológicos negativos sobre a autoestima e a autoeficácia. Por outro lado, se o ambiente social tratar a pessoa que envelhece acentuando as suas perdas e desvalorizando as capacidades que ainda persistem, ao invés de estimular a manutenção da autonomia e da funcionalidade estará a contribuir para que uma progressiva dependência possa instalar-se mais precocemente.” (Fonseca A. M., 2021, p. 16).

Numa visão holística, a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, pressupõe maximização da funcionalidade da pessoa, na sua dimensão biopsicossocial (Miler, 2012). Com as alterações decorrentes do envelhecimento, é prioridade da OMS até 2030 a promoção do envelhecimento saudável: em que o “envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar das pessoas idosas” (Fonseca A. M., 2021, p. 21; OMS, 2015). Quer isto dizer que, capacidade funcional vai traduzir aquilo que cada um mais valoriza, nomeadamente a satisfação de necessidades básicas, a tomada de decisão, mobilidade, conseguir estabelecer e manter relacionamentos, aprendizagens e poder continuar a contribuir para a sociedade. Para a OMS, a promoção de “ambientes que preservem e promovam a capacidade funcional é a chave para o envelhecimento saudável” (Fonseca A. M., 2021, p. 21).

2.1. Pessoa idosa dependente

“A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer”

Claúdia Moura

O decréscimo da taxa de natalidade, motivado pela diminuição do índice de fecundidade e o aumento da esperança média de vida traduzem-se no envelhecimento demográfico cada vez mais acentuado. Com o envelhecimento podem verificar-se perda de faculdades, capacidades e funcionalidades, que são potenciadas por multimorbilidades, polifarmácia, alimentação (por vezes) deficiente, ajudas técnicas inadequadas ou inexistentes, habitações pouco estruturadas para as necessidades da pessoa idosa (Sequeira, 2018), expondo-a a riscos acrescidos de ocorrência de complicações/acidentes potencialmente evitáveis.

Consequentemente, verifica-se um aumento da prevalência do índice de dependência (Sequeira, 2018), o que se tem traduzido na crescente procura pelos cuidados hospitalares e aumento no consumo em cuidados de saúde.

Em Portugal, 23,4% da população total tem 65 anos ou mais – idade que é preconizada para a pessoa idosa em Portugal (DGS, 2006) –, enquanto que 12,9% representa a faixa etária da

população com menos de 15 anos (INE, 2022b), verificando-se uma duplicação da referida faixa etária nos últimos 40 anos (Sequeira, 2018), em que o número de idosos passará de 2,2 milhões (2018) para 2,8 milhões em 2080 (INE, 2018).

Bem-estar e melhoria da saúde das pessoas idosas – que se encontra diretamente relacionada com direitos fundamentais como Dignidade da pessoa humana (Organização das Nações Unidas, 1948) – necessita de uma ação integrada, multissetorial e multidisciplinar, onde segurança, ambientes desadequados, educação, violência, negligência, abusos físicos, psicológicos, sexuais ou financeiros, deverão ser uma prioridade de intervenção política (DGS, 2006).

Antes de ser visto como o peso da sociedade, envelhecer constitui um marco do desenvolvimento humano, em que a pessoa idosa devia ser cuidada e tratada com o máximo de respeito, porque é nela que vive a tradição, memórias de um povo, cultura e costumes da sociedade, sendo símbolo de sabedoria, experiência e evolução. Dignificar a pessoa idosa é um dever, uma responsabilidade, um direito em que as próprias sociedades têm um papel fulcral na exigência e no cumprimento do mesmo, e em casos de fragilidade, vulnerabilidade, esse papel é ainda mais importante, em que a família e os profissionais de saúde, assim como todo o meio envolvente, deviam assumir uma postura de proteção da dignidade da pessoa.

O processo de envelhecimento conjuga vários fatores que se interrelacionam: biológicos, psicológicos e sociais. Biologicamente, ao seu ritmo, todos caminham para a velhice, em que as alterações decorrentes deste processo são irreversíveis, e vão ter implicações na imagem corporal e na funcionalidade, tornando as pessoas mais suscetíveis de contrair doenças. A adoção de estilos de vida mais saudáveis que promovem um melhor funcionamento celular, tecidos e órgãos e que evite uma rápida senescência (Fonseca A. M., 2021).

A nível psicológico, observa-se um declínio das capacidades cognitivas de processamento da informação, da atenção, da memória e da atividade psicomotora, que além do processo de senescer, tem um papel preponderante, o isolamento social, o desenquadramento da sociedade onde vive e a baixa autoestima. No entanto, existem ganhos que a sociedade pode trazer para si que é a sabedoria da pessoa idosa (Fonseca A. M., 2021) e que deve ser valorizada.

A componente social, engloba questões de mudança de papéis, e adaptação aos mesmos, assim como a sociedade vê os idosos. Revela-se uma espécie de *bullying* da terceira idade consentida, com as ideias pré formadas sobre o que é ser idoso, o que representa para a sociedade, para a família, carregando uma carga negativa e traz várias consequências ao bem-estar da pessoa idosa. Apesar de não se encontrar muito estudado a verdade é que este *bullying* leva à solidão, insegurança, vulnerabilidade e trás repercussões negativas na autoestima e na autoeficácia (Fonseca A. M., 2021).

Segundo dados dos Censos 2011, 53% das pessoas com 65 anos ou mais apresentam muita dificuldade ou não conseguem realizar pelo menos uma das seguintes atividades: “a) Dificuldade em ver, mesmo usando óculos ou lentes de contacto, b) Dificuldade em ouvir, mesmo usando aparelho auditivo, c) Dificuldade em andar ou subir degraus, d) Dificuldades de memória ou de concentração, e) Dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho, f) Dificuldade em compreender os outros ou fazer-se entender usando a língua em que habitualmente se expressa” (Gabinete dos Censos [INE], 2010, p. 118.). Destes idosos, mais de metade vivem sozinhos ou são acompanhados exclusivamente por outros idosos (Gabinete dos Censos [INE], 2010). A dificuldade em andar ou subir degraus é dada como a limitação principal afetando cerca 37% de idosos.

Após avaliação dos dados anteriores é possível analisar a emergência de uma política de envelhecimento ativo e saudável. Logo que nascemos inicia-se o processo de envelhecimento, pelo que intervir o mais precocemente possível e evitar a incidência de dependências potencialmente evitáveis deverá ser uma prioridade.

A promoção da funcionalidade, a prevenção, redução e adiamento de incapacidades, assume-se como uma área a priorizar nas políticas sociais e aquela que mais contribuirá para a qualidade de vida da pessoa idosa e para uma sociedade mais justa, solidária, mais sustentada e inclusiva (DL n.º 101/2006, de 6 de junho, 2006). O ambiente social deverá estabelecer como prioridade o estímulo da autonomia e da funcionalidade, caso contrário, só estará a contribuir para que a dependência se instale mais rapidamente (Fonseca A. M., 2021).

Ao idoso que se encontra em situações de risco, de forma permanente ou temporária, a abordagem curativa não deverá ser o foco principal, mas antes a promoção de saúde. Evitar internamentos desnecessários, desperdício de recursos, stress do prestador de cuidados/família, e incremento de dependências potencialmente evitáveis (DGS, 2006) deverão ser interesse público, assim como a criação de serviços de maior proximidade, continuidade e integração dos cuidados, “garantindo eficiência e sustentabilidade dos recursos disponíveis” (DGS, 2017, p. 22).

É através de uma visão holística e, não tanto biomédica, que será possível a adaptação saudável da sociedade, das políticas de saúde e sociais ao envelhecimento, em que a melhoria o bem-estar é uma área fulcral.

Atente-se ao facto de conceitos de autonomia, incapacidade, funcionalidade e dependência têm designações diferentes. Segundo a OMS (2015) e o Plano Nacional de Saúde das pessoas Idosas (DGS, 2006), autonomia reporta-se à forma como cada pessoa, na sua individualidade, toma decisões, sendo responsável pelas mesmas e se adapta às circunstâncias em que ocorrem. Tem grande influência sobre a dignidade, integridade, independência e liberdade.

Dependência define-se como:

“a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (DL n.º 101/2006, de 6 de junho, 2006, p. 3857).

Incapacidade, segundo a Classificação Internacional da funcionalidade, Incapacidade e Saúde, [CIF] (2004) reporta-se à falta de capacidade, restrição de atividade e de participação, e presença de deficiências, ou seja, verifica-se temporária ou permanentemente, limitações na realização de atividades.

Funcionalidade, traduz-se pela capacidade de a pessoa conseguir realizar tarefas de subsistência, envolvendo-se e tendo participação ativa com o meio (DL n.º 101/2006, de 6 de junho, 2006), abarcando todas as funções do corpo, atividades e participação (OMS & DGS, 2004).

Alguns dos princípios da RNCCI (2006) passam pela “avaliação integral das necessidades da pessoa em situação dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia” (p. 3858), assim como a sua promoção, recuperação contínua ou manutenção. A avaliação funcional é uma das áreas que mais carece de análise, pois permite identificar dimensões que tendencialmente são suscetíveis de degradação e perceber quais as necessidades de intervenção, seja ela formal ou informal, para que a pessoa idosa tenha asseguradas as suas necessidades humanas básicas (Sequeira, 2018).

No âmbito deste relatório importa abordar a questão da dependência funcional e a forma como ela interfere no autocuidado. A OMS propõe a CIF, que proporciona uma linguagem única e padronizada, uma estrutura para a planificação de cuidados e descreve o estado de saúde (OMS & DGS, 2004).

Através de indicadores de incapacidade – limitação de atividades, limitação da capacidade funcional – é possível, à posteriori, definir as necessidades de cuidados de saúde (Lopes & Fonseca, 2013). Assim, surge em Portugal o Elderly Nursing Core Set (ENCS), que partiu da CIF. Este instrumento, proporciona uma avaliação das necessidades de cuidados da pessoa idosa, promovendo a articulação entre toda a equipa multidisciplinar, encabeçado pelo enfermeiro, direcionado à pessoa, enquadrada no seu contexto habitual, em que a funcionalidade é avaliada como fazendo parte de um processo de interação ou relação complexas entre os fatores ambientais e pessoais e a condição de saúde da pessoa idosa. O foco parte da autonomia e/ou

promoção da readaptação aos défices que se instituíram no autocuidado e da participação do utente, de forma multifatorial (Lopes & Fonseca, 2013).

Maximizar a funcionalidade, é uma necessidade urgente de intervenção, segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), que vai ao encontro da missão da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (2017) “Promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem” (p. 18).

2.2. Contexto domiciliário

“Qual é o lugar ideal para envelhecer?
aquele que eu já conheço!”

Fonseca A. M., 2021

A Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025, faz referência à criação da Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas, em que a preocupação principal se prende com a participação dos idosos na sociedade e na vida comunitária, de forma a se manterem ativos. Para isso, é necessário que as cidades, comunidades e organizações mundiais criem lugares propícios ao envelhecimento ativo e saudável. Reconhecer as potencialidades e capacidade das pessoas mais velhas e os seus contributos para a sociedade, respeitando as suas decisões e criando estratégias de proteção dos mais vulneráveis, promovendo inclusão e contributo na comunidade a que pertencem (DGS, 2017).

Envelhecer faz com que as pessoas fiquem mais sensíveis e vulneráveis ao ambiente onde vivem. A sua casa e comunidade, são uma parte fundamental da fase final do seu ciclo de vida. “Cuidar em Casa” assume visibilidade e um maior investimento, devido às alterações demográficas que se tem verificado nos últimos anos, pela inadequação das respostas estatais às necessidades das pessoas idosas dependentes, o que traz vantagens na economia e benefícios na promoção da qualidade de vida (Sequeira, 2018).

Criar condições para se conseguir viver em casa o máximo de tempo possível, implica analisar vários fatores sensíveis à maximização da funcionalidade: “a habitação e o espaço envolvente, a existência de serviços e recursos indispensáveis à vida quotidiana, a concretização de

oportunidades de cariz social, cívica e económico, a participação em funções úteis e socialmente reconhecidas” (Fonseca A. M., 2021, p. 31).

A casa é o pilar, onde se realizam as atividades básicas e instrumentais da vida diária, encerrando em si memórias de vida, segurança, proteção e confere controlo sobre a sua própria vida, que não se verifica quando institucionalizados.

Atendendo às pessoas com multimorbilidades, “cuidar em casa” permite o “ageing at home” (SNS, 2018), o que em termos culturais é basilar para promoção do bem-estar e conforto. É intenção do SNS (2018) apoiar os idosos através do apoio em atividades básicas da vida diária, respostas adequadas para a promoção da saúde, gestão e apoio nas doenças crónicas e reabilitação – promover a recuperação de funções ou retardar perdas de funcionalidade.

Prestar cuidados no domicílio, implica uma mudança de cenário, deslocando-se a instituição à casa do utente, exigindo uma redefinição do processo de cuidados. Utente/família passam a ser o foco da ação numa coprodução de cuidados promovendo a centralidade da díade, na sua verdadeira essência.

Este ambiente, que não é controlado pelo profissional de saúde, permite um maior à-vontade do utente/família e diagnóstico das reais necessidades e potencialidades dos mesmos. É possível identificar presença de barreiras arquitetónicas, promover a sua modificação, remoção e/ou a colocação de ajudas técnicas à mobilização, de forma a maximizar potencialidades e a independência, no desempenho do autocuidado. Os cuidados de proximidade permitem saber as limitações da comunidade ou as redes de apoio existentes que possam facilitar o processo de envelhecimento, situações muitas vezes desvalorizadas pelo utente/família. Consegue-se, *in loco*, efetuar diagnósticos mais adequados, perceber as reais condições económicas, o suporte familiar existente, a recetividade do utente e da família às necessidades do mesmo, perceber processos de (re)adaptação a uma nova condição.

A anulação das normas institucionais que se verifica no domicílio é libertador, havendo, habitualmente um tempo de prestação de cuidados e atenção superior ao que seria expectável num ambiente de consulta normal, proporcionando maior disponibilidade ao utente/família, o estabelecimento de maior vínculo, relação entre o utente/família e o profissional de saúde, usando uma comunicação mais eficaz e uma maior afetividade entre os intervenientes, uma vez que a proximidade aqui é inequívoca.

O domicílio acaba por ser um espaço gerador de cooperação e colaboração. A casa vai para além do espaço onde se mora, é um lugar de memórias que através das mesmas mantêm os idosos conectados com o presente e, é através desta conexão e ao partilhar este espaço com o profissional de saúde, que muitas vezes se consegue maior motivação para continuar.

No entanto, é preciso ter em atenção à personalidade do ambiente, não o descaracterizar de forma a trazer repercussões negativas para o utente/família. É de extrema importância a adaptação do ambiente, uma vez que também ele faz parte do processo de cuidados, para melhorar a funcionalidade do espaço, da pessoa e da família, mas sem ter que medicalizar o mesmo (Duarte S. , 2010).

Atente-se ao facto de que o domicílio não é isento de dificuldades. A prestação de cuidados por parte do profissional de saúde, mais concretamente o enfermeiro, acarreta uma série de atitudes que o mesmo não pode descurar. É necessário respeitar a fronteira da privacidade idoso/família, vontade da pessoa, não deixando de capacitar o utente e/ou a sua família, colocando-lhes a responsabilidade do cumprimento do seu projeto de saúde, sem ser gerenciador de conflitos, promovendo a adequada gestão do poder.

É uma linha ténue que existe entre a responsabilização, avaliação de situações como a suspeita de maus tratos ou abandono e a aceitação/rejeição por parte do cuidador do seu papel. O profissional de saúde terá que ser gestor de conflitos, sentimentos, potencialidades e, por vezes, ser o advogado seja do utente seja da família.

A proatividade dos cuidados permite uma perfeita continuidade de cuidados, com qualidade superior, estabelecendo intervenções mais adequadas, mobilizando os diferentes intervenientes em prol do bem-estar do utente, no seu projeto de saúde.

Qualidade de vida é subjetiva, multidimensional, individual de cada pessoa, de cada família, de cada momento de crise. Na dúvida, é deixar o idoso/família guiar a intervenção.

2.3. Família

“Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para ela possa permanecer. Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do individuo, morte do grupo, morte da espécie” Collière, M. (1999 p.27)

Privilegiar a manutenção da pessoa dependente no seu domicílio implica, como já anteriormente referido, serviços de proximidade que marquem efetivamente presença e requer o envolvimento e capacitação das famílias cuidadoras (Teixeira, et al., 2017). Tendo em conta que não existem políticas, efetivamente organizadas, para dar respostas às características da população envelhecida dependente, as altas cada vez mais precoces, agravadas pela pandemia, levam os utentes a regressarem casa, com cuidados cada vez mais complexos, com forte

impacto, na família em geral e no membro prestador de cuidados em particular, traduzindo-se num “sistema invisível de cuidados de saúde suportados pelas famílias em casa” (Pereira, 2011).

Nos processos de doença em que resulta perda de funcionalidade da pessoa, também a família tem que se adaptar, passando ela a ser, também, foco de cuidados. (Martins, Martins, & Martins, 2017).

2.3.1. Conceito Família

Família é sentimento e conhecimento. Família é a base da vida social, “family is who they say they are” (Wright & Leahey, 2009, p. 50), onde todos os seus constituintes estabelecem relações entre si e com o ambiente a que pertencem, transformando-se mutuamente, sendo basilar no apoio, desenvolvimento e crescimento pessoal (Sequeira, 2018). É construída de afetos e vínculos, sentimento de pertença e um envolvimento desmedido (Wright & Leahey, 2009).

Atualmente, existe uma grande multiplicidade de famílias. Pelo que a sua individualidade e personalidade deve ser foco, maximizando potencialidades e minimizando, sempre que possível, fragilidades. Esta deve ser avaliada de forma holística, no seu todo e em cada elemento em particular e do contexto social e cultural onde se encontra inserida. É no seio da família que a pessoa se desenvolve, assume diferentes papéis, valores e germinando enquanto indivíduo, construindo-se das histórias individuais e do conjunto, dos laços e do estatuto legal/religioso.

Enquanto unidade, a família caracteriza-se pela inter-relação dos seus atores, que se baseia mais do que em laços de sangue, alicerçando-se em relações de confiança, suporte constante, sendo a primeira instituição que além de promover socialização e desenvolvimento, é a entidade responsável pela formação da individualidade e personalidade de cada um. É aqui que se aprende a responsabilidade para com os seus membros (Martins, Martins, & Martins, 2017) em obrigações futuras (Wright & Leahey, 2009), revendo-se aqui a verdadeira essência do que é a arte do cuidar, que permitirá a continuidade de cuidados.

A responsabilidade da família para com os seus elementos vem preconizada no Código Civil Português (1966) que aborda questões de cooperação e assistência entre cônjuges, assim como o auxílio mútuo entre pais e filhos, onde ambos tem a obrigação de se socorrer e proteger.

Jurídica e moralmente a família detém a responsabilidade do cuidado para com a pessoa em situação de fragilidade, ao Estado é incumbida a tarefa da proteção da saúde.

A família é o pilar, o porto seguro da sociedade humana. É dentro do seio familiar que a pessoa se constrói. Qualquer desequilíbrio que surja, em qualquer um dos seus elementos, terá repercussões em todos os membros da família e será no seu seio que serão reunidos esforços e

estratégias para alcançar novamente a estabilidade e o bem-estar (Martins, Gonçalves, & Fernandes, 2012), ideia que é reiterada na Saúde 21.

É, então, plausível relacionar família com domicílio, pois é no domicílio que se encontra um grupo de pessoas que se coresponsabilizam em saúde. Estes momentos de transição saúde/doença, revelam sempre, de forma mais ou menos intensa, o quanto a família é um “ser único”, e os seus membros se encontram em constante interação, e destes com o ambiente externo (Martins, Martins, & Martins, 2017).

2.3.2. Processo de transição saúde-doença

O ciclo vital de uma pessoa e da sua família é recheado de momentos de transição, que poderão ter as mais diversas naturezas: situacional, desenvolvimento, saúde-doença e organizacional (Meleis, 2010). Quer isto dizer que, ao longo da vida a pessoa e a sua família reestruturam-se continuamente no tempo, readaptam-se a novos papéis, sempre que existem momentos de mudança – chamados também momentos de crise.

“As famílias modificam-se quando vivenciam processos de doença, particularmente quando estes determinam dependência, deficiência, incapacidade e desvantagem” (Martins, Martins, & Martins, 2017, p. 68). Em Portugal, os internamentos hospitalares têm uma durabilidade cada vez mais reduzida, sendo a demora média de internamento é de 9,5 dias (INE, 2022a), acabando por se exigir às famílias a capacidade de prestar cuidados a pessoas com crescente grau de complexidade, incapacidade e dependência, sem muitas vezes, se efetuar sequer uma avaliação cuidada das condições situacionais, sociais, económicas, psicológicas ou físicas onde o doente será inserido. Verificando-se ainda grandes falhas na comunicação e preparação da transição hospital-casa, o que revela uma grande insatisfação por parte do utente e da sua família (Pereira, 2011), provavelmente por ainda dominar um modelo biomédico na informação que é transmitida no momento de transição de cuidados (Costa, Martins, & Encarnação, 2022).

Estas situações promovem uma fraca capacitação do prestador de cuidados, não sendo validados conhecimentos, nem treino de competências para uma prestação de cuidados mais segura. O prestador de cuidados acaba, por ser a pessoa “que aparece, o que é mais significativo ou mesmo o que não tem capacidade para dizer não” (Martins, Martins, & Martins, 2017, p. 73). Ter que dar resposta às necessidades do outro, sem ter as suas próprias necessidades equilibradas após um episódio de transição, é um desafio dantesco que se tem colocado às famílias (Petronilho F. , 2007).

Numa situação aguda, em que o utente passa por momentos de transição saúde-doença, independência-dependência de pessoas ou equipamentos, é fundamental entender este momento de transição. A transição de membro de uma família para membro prestador de cuidados, que em contexto domiciliário, assume uma importância extraordinária, onde a família é capacitada para os cuidados de saúde (Ribeiro, Pinto, & Regadas, 2014) onde, nem sempre esta redefinição de papéis e readaptação é harmoniosa.

Transição é um processo, que “implica uma mudança de estado de saúde, de relações, de expectativas ou de habilidades, pelo que o cliente, ou clientes, consoante o contexto e a situação, têm de incorporar novos conhecimentos” (Meleis, 2010). Assenta na adaptação, a uma situação diferente do que já se vivenciou, pelo que exigirá novos comportamentos, formas de estar e identidades diferentes, aquisições e perdas.

Percebe-se então, a necessidade destes utentes e famílias terem apoio incondicional nestes momentos de transição, para que o mesmo seja mais tranquilo. É aqui que os enfermeiros assumem um papel impactante. O conhecimento que possuem relativamente a situações de dependência permite desmistificar e facilitar os processos de transição, capacitar, levando o foco de intervenção além do utente, este completa-se quando a família é parte integrante do mesmo (Martins, Martins, & Martins, 2017).

2.3.3. A família e o impacto no cuidar

“Cuidar de uma pessoa dependente, é muito mais do que os aspetos instrumentais e físicos, (...).

Exige uma entrega total (...), o que requer da parte do cuidador uma disponibilidade cognitiva, emocional e física, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensado” Marques (2007)

Dependência é um desafio gigantesco seja para quem a vivência, seja para quem irá colaborar no desempenho do autocuidado.

Partindo do pressuposto, já anteriormente referido, do que é dependência, do que é autocuidado, assim como o papel da família e a responsabilidade do cuidado, é fácil depreender o desafio e a honra que é a prestação de cuidados à pessoa dependente, permitindo manter a dignidade, o conforto e o bem-estar da pessoa cuidada.

A forma como a pessoa dependente é recebida no regresso a casa, pela sua família, na forma como o prestador de cuidados encarna o seu papel, do apoio que recebem, as suas necessidades e dificuldades, vai implicar um processo mais ou menos facilitado.

Para Pavarini & Neri (2000), verificam-se cinco dificuldades principais ao prestar cuidados a pessoas dependentes: 1) a carga física e financeira que aumenta consoante a situação da pessoa dependente se deteriora e, conseqüentemente, aumenta com o grau de dependência; 2) baixa literacia em saúde, apoios sociais e emocionais escassos, e uma rede formal de apoio e especializada extremamente limitada; 3) conflito de papéis entre o que era o familiar cuidador previa e posteriormente à doença; 4) o cuidar de familiares, principalmente pais ou cônjuges faz inundar o prestador de cuidados em conflitos interiores e familiares e sentimentos ambivalentes, muito difíceis de gerir; 5) é um trabalho solitário, não havendo grande apoio social mesmo até por quem vive ou já vivenciou situações semelhantes.

Ao longo dos anos tem-se verificado uma atomização das famílias, novos tipos de família, assim como a saída da mulher para o mercado do trabalho, que diminuiu significativamente a “disponibilidade para providenciar cuidados informais/familiares, tradicionalmente pertença da população feminina” (Duarte S. , 2012, p. 187). O surgimento de dependência no seio familiar, tem um impacto fortíssimo, gerando medos, incertezas, pois os cuidados à pessoa dependente requerem um esforço físico, psicológico e económico muitas vezes pouco valorizado (Teixeira, et al., 2017; Sequeira, 2018). Por vezes, estas situações são inesperadas, o que provoca uma desorganização individual e da família. Redefinir papéis, cortar com modalidades anteriores de estilos de vida e rotinas familiares, adaptar-se e encarar as dificuldades para fazer face às exigências deste novo panorama familiar (Monteiro, 2010), são requisitos que se impõe.

Verifica-se uma perda de qualidade de vida por parte dos cuidadores, surge exaustão (Sequeira, 2018; Teixeira, et al., 2017), devido à exigência dos cuidados, colocando em risco tanto a saúde do próprio prestador de cuidados como a continuidade de cuidados necessária ao utente dependente.

Privilegiar a permanência do utente dependente no seu domicílio, implica a criação de serviços de proximidade que promovam o apoio, a capacitação, o acompanhamento das famílias para que sintam que têm uma muleta a quem recorrer no caso de sentir algum desequilíbrio na prestação de cuidados.

A notícia de dependência, principalmente em situações inaugurais, envolve o cuidador familiar em sentimentos de insegurança nas competências para o cuidar, promovidas pelo desconhecimento da situação e na celeridade e pouca preparação para a alta. Na maioria das vezes, não é dado tempo à família para se adaptar e digerir toda a situação. No momento em que ainda estão a processar diagnósticos pesados, o medo pela vida do outro, a possibilidade de alta precoce assume um papel assustador. O prestador de cuidados pode assumir uma postura de negação, levando-o até a estar ausente no internamento e nos momentos de capacitação promovidos para o efeito, pois parece-lhe inconcebível um doente com grande

complexidade de necessidades em cuidados de saúde conseguir sobreviver fora de um ambiente tão controlado como é o hospital (Duarte S. , 2010).

No entanto, várias são as estratégias que tentam adotar para fazer face aos desafios, nomeadamente a capacitação ainda no internamento (quando é possível e estão disponíveis para), manter a atividade profissional, partilhar o cuidar com mais elementos da família, a procura de apoio formal de equipas domiciliárias em saúde para apoio na higiene e conforto no domicílio e, ainda, a procura de eliminação de barreiras arquitetónicas e a aquisição de ajudas técnicas que se adequem à situação do doente para que se consiga maximizar funcionalidade do doente e da família enquanto prestadora de cuidados (Martins & Monteiro, 2012).

O contacto com a realidade, a receção do doente dependente em casa, o contacto com a exigência dos cuidados, a continuidade ao longo do tempo, pode conduzir a situações de negligência do próprio autocuidado (Martins & Monteiro, 2012); “Viver em família implica reajustamentos progressivos, em função dos acontecimentos que, de um modo ou de outro, interferem no funcionamento familiar, como é o caso da dependência, onde cada elemento influencia e é influenciado” (Sequeira, 2018, p. 109).

Considere-se o facto de que, ser cuidador familiar, vai muito além de cuidados de higiene, administração de medicação e alimentação, o cuidador dá-se por inteiro, anula-se no seu autocuidado para cuidar do outro, para zelar pelo seu familiar de forma holística, não sendo remunerado para o efeito. Existindo uma estreita relação entre dependência e sobrecarga.

Dependência é preditor de sobrecarga (Gratão, et al., 2013) em que quanto maior a dependência maior o grau de sobrecarga (Ma, Lu, Xiong, Yao, & Yang, 2014).

Vários serviços de proximidade têm sido criados para dar resposta às necessidades do cuidador familiar no cumprimento da sua missão. Da RNCCI, as ECCI, as Unidades de Descanso do Cuidador (implantadas nas ULDM, podendo usufruir de 90 dias, por ano, não consecutivos, para descanso do cuidador) e da rede social, as equipas de Serviço de Apoio Domiciliário.

De forma a valorizar o seu papel de cuidador, o Estado redigiu dois documentos importantes: Estatuto do Cuidador Informal que “regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa, estabelecendo as respetivas medidas de apoio” (Lei n. 100/2019, de 6 de setembro, 2019, p. 3) valorizando, assim o papel do prestador de cuidados, formalizando o seu campo de ação; e o Regime do Maior acompanhado (Lei n.º 49/2018, de 14 de Agosto, 2018) que permite a qualquer pessoa que, por razões de saúde, deficiência ou pelo seu comportamento se encontre impossibilitada de exercer pessoal, plena e conscientemente os seus direitos ou de cumprir os seus deveres, possa requerer junto do Tribunal as necessárias medidas de acompanhamento. Permite, ainda, que possa escolher por quem quer ser acompanhado (pessoa ou pessoas incumbidas de a ajudar ou representar na tomada de decisões de natureza pessoal ou

patrimonial). As medidas de acompanhamento podem também ser requeridas pelo Ministério Público, pelo cônjuge, pelo unido de facto ou por qualquer parente sucessível da pessoa que carece daquelas medidas.

2.4. O Enfermeiro de Reabilitação e a Família da Pessoa Idosa Dependente

“Quando a pessoa não tem possibilidade de desenvolver por si só o autocuidado, por incapacidade ou perda de autonomia, o enfermeiro e, na continuidade, os membros da família poderão ajudá-la.” (Pereira, 2011)

O compromisso do enfermeiro de cuidar para com o ser humano prende-se com a prestação de cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo de vida a todos os indivíduos, famílias, grupos e comunidades, nos vários níveis de intervenção “de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2015a, p. 99).

Ao enfermeiro são-lhe reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas, que através da sua intervenção, junto daqueles que são o foco da sua atenção, emana mais valias, permitindo a aquisição de conhecimentos, competências e facilitando processos de transição.

É por ser o elemento da equipa multidisciplinar, no exercício da sua profissão, que se encontra numa posição mais privilegiada de acompanhamento do utente e da sua família, pela sua proximidade e tempo de permanência junto dos mesmos, em qualquer nível de cuidados, que o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica, capaz de dotar o utente e/ou família de aptidões, conhecimentos e supervisiona os cuidados prestados (Martins R., 2019).

2.4.1. O papel do Enfermeiro de reabilitação e o papel da família

Na procura da excelência do exercício profissional, o enfermeiro foca a sua relação interpessoal com o utente, com as famílias ou com a comunidade (OE, 2012), individualmente e em conjunto. Do Código Deontológico ressalta a importância de “exercer a profissão com adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015a, p. 78).

Assim, tendo em conta as últimas evidências científicas, em que a família, unidade privilegiada de suporte, representa uma alavanca importante para o bem-estar e saúde dos seus membros, interferindo na vivência da doença, o foco dos cuidados dos enfermeiros passa a centralizar-se na família (Wright & Leahey, 2009), alargando o conceito cliente e o estabelecimento de relações de parceria à família, sendo, também ela o alvo do processo de cuidados (OE, 2011).

É missão da ENEAS (DGS, 2017) “Promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem”. Não obstante, a OMS (2002) enuncia três pilares fundamentais no envelhecimento ativo: saúde, participação e segurança. Saúde, fomentando a autonomia e a independência; participação, estimulando o envolvimento na sociedade; e segurança, na proteção e satisfação dos cuidados necessários em fase avançada. Tendo sido acrescentado, mais tarde, um 4º pilar: aprendizagem ao longo da vida, onde está incluída a capacitação e o empoderamento.

Se qualidade de vida e bem-estar estão intimamente ligados com funcionalidade é fácil perceber a importância que a enfermagem de reabilitação assume neste âmbito, pois tem como objetivos essenciais:

“assegurar que as pessoas mantêm a sua saúde e as com doença crónica, designadamente, as portadoras de deficiências possam desenvolver ao máximo as suas capacidades físicas e mental, garantindo-lhes o acesso aos serviços e às mesmas oportunidades, assim como a serem intervenientes ativos na comunidade e sociedade em geral” (APER, 2010).

Empoderar a família, permite decisões mais conscientes em saúde, permitindo aos sistemas familiares serem mais eficazes no seu exercício de cidadania (OE, 2011).

A família, no seu dever de proteção e cuidado para com o utente dependente, está em constante interação com os profissionais de saúde, pois ela é base da estrutura social, em que o ambiente familiar é facilitador da prestação de cuidados humanizados e de maior motivação.

O cuidador informal e cuidador principal é o membro da família, ou alguém próximo, que assume a responsabilidade da concretização do autocuidado à pessoa dependente de cuidados, no domicílio próprio, sem formação específica para o efeito (Sequeira, 2018), não assumindo, maioritariamente, este papel por vocação, mas por sentirem uma responsabilidade moral e/ou social (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

Partindo dos pressupostos anteriores, percebe-se que o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o utente/família é a base que permite identificar fragilidades,

motivar para o desenvolvimento de competências, e permitir a adaptação progressiva aos cuidados (Landeiro M., 2016). Esta intervenção inspira tempo, treino e um acompanhamento afincado por parte do enfermeiro, fazendo face às dificuldades que vão surgindo por parte do utente/família no cumprimento dos diferentes cuidados, promovidas por défices em literacia, em rigor técnico e em informação (Sequeira, 2018).

Valorizando a funcionalidade, partindo do conceito de cuidar (OE, 2018b), a intervenção do EEER melhora a qualidade dos cuidados de Enfermagem, que promove “a reintegração do cliente no seio da comunidade, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e a participação social” (OE, 2018b, p. 9), em que as dificuldades sentidas com as alterações demográficas expandem, a necessidade de cuidados de Reabilitação.

Na sua missão a Enfermagem de Reabilitação incorpora a “pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital. Visa o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando das mesmas gerando ganhos em saúde” (OE, 2018b, p. 6). Intervém “na educação dos clientes e pessoas significativas (...) nomeadamente na preparação do regresso a casa na continuidade de cuidados” (OE, 2018b, p. 6).

O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de cuidados de enfermagem de reabilitação, baseados em problemas reais e potenciais das pessoas. A inclusão de EEER em todos os contextos, mas acima de tudo na comunidade, assumindo um papel muito mais interventivo, é promissor na promoção da saúde das pessoas e das suas famílias, na promoção de um envelhecimento ativo e saudável, assim como melhorar a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Previne complicações, maximiza potencialidades da pessoa e da família, foco da sua intervenção, e parte integrante para o sucesso da reintegração da pessoa na comunidade.

É através da sua intervenção, idealmente, o mais precoce possível, antes do regresso a casa para analisar recursos e limitações do ambiente e do cuidador, que reúne as condições necessárias para a receção do utente no seu seio familiar, trabalhando em parceria com a família envolvendo-a em todo o processo de reabilitação.

No EEER é projetado um papel de facilitador e encorajador, simplificando momentos de transição para situações de doença, readaptação a cada recaída e nova dificuldade, na (re)definição de novos objetivos e (re)definição de novos projetos de saúde na trajetória incessante de proteção de um bem comum que é a proteção da saúde, a promoção da qualidade de vida e acima de tudo da dignidade humana, humanizando os cuidados.

O EEER, pelo corpo de conhecimentos que possui, assim como os procedimentos que fazem parte das suas competências, é dos profissionais que se encontra mais preparado para apoiar a

família no cumprimento da sua missão de cuidar de forma mais proficiente, pois consegue ir ao encontro das suas dificuldades, colmatando-as, respondendo às necessidades da pessoa dependente, promovendo o seu autocuidado e funcionalidade (Hoeman, 2011). A família é uma mais valia e sem a qual o processo de cuidados era impossível (Sousa E. , 2011) “reabilitar um deficiente sem envolver a família será criar, no futuro, uma barreira no entendimento do viver em conjunto. Não basta ensinar o deficiente a ser independente, quando a família vai dificultar essa independência e reforçar a dependência” (Martins M. M., 2002, p. 98)

A relação terapêutica que se estabelece entre o EEER, o doente e a sua família, permite um clima de confiança, onde as expectativas do enfermeiro relativamente à recuperação do doente são elevadas, e o doente e os seus familiares vêm no enfermeiro a pessoa de referência, determinante para o reequilíbrio familiar. É através desta relação, da corresponsabilização e da parceria estabelecida, que é possível diagnosticar problemas, discutir e implementar os planos de intervenção, estabelecendo metas a atingir, efetuando a gestão de expectativas da família, do enfermeiro com o real potencial de reabilitação do doente. Sendo o processo de reabilitação lento, pequenas conquistas são grandiosas vitórias, o desânimo pode surgir e condicionar o sucesso do processo de reabilitação (Sousa E. , 2011).

2.4.2. Parceria do EEER e Família | Capacitação da família

“Arte da presença”

Manuel Lopes

Segundo o relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2019) os principais motivos de referência para as ECCI são, em 92% dos casos para “Ensino utente/cuidador informal” e 87% por “dependência de AVD (Atividades de vida diária)”, 51% para reabilitação, 32% para tratamentos de feridas/úlceras de pressão, 12% por úlceras de pressão múltiplas. Em que 69,7% dos utentes referenciados vivem com a família natural e 25,1% vivem sozinhos. Revelando também que 81% do apoio é prestado por familiares, 20% por ajuda domiciliária, 16% por técnicos de saúde e por técnicos da segurança social 13%.

A “arte da presença” (Lopes M. J., 2006) assume uma importância grande, em que na dúvida, é deixar o pessoa/família guiar a intervenção, de forma que a pessoa/família compreendam.

A importância da família em todo o processo e projeto de saúde da pessoa, deve ser valorizado pelo enfermeiro, e pelas equipas de saúde, assumindo-o como parceiro de cuidados,

promovendo as melhores condições possíveis para o desempenho da sua função como família cuidadora.

Assim, o EEER tem o “propósito de ajudar os membros da família cuidadores a incorporarem no seu dia-a-dia comportamentos adequados, permitindo, deste modo, adaptação aos novos desafios de saúde” (Petronilho F. , 2007, p. 71) (Menoita, Sousa, Alvo, & Vieira, 2012), assumindo-se que a participação dos cidadãos no projeto de saúde quer individuais, quer da família, é um direito fundamental, o papel de parceria é a base para o sucesso da intervenção (Lopes M. , 2016).

O investimento na capacitação do prestador de cuidados fortalece laços e a centralidade do doente, resultando numa maior vigilância, ambientes mais seguros, ganhos em saúde e consequentemente melhoria do sistema económico do país.

Ninguém, melhor que a família, conhece o doente, nas suas vontades, gostos, sentimentos e emoções, manias e formas de encarar e ultrapassar problemas. Quem melhor conhece aquela família na forma de viver momentos de crise, potenciar as suas funcionalidades e passar por interações transformativas de processos de reciprocidade?

Ao enfermeiro, cabe o papel de reconhecer a família como sujeito, no seu ciclo de vida com direitos e responsabilidades, pois é detentor de conhecimentos empíricos e teóricos que permitem delinear planos de intervenção abrangentes, onde a família e o doente são parte integrante (Collet & Rocha, 2004). A base da relação é a empatia, proporcionando ambientes mais fortalecidos para encarar o processo de transição saúde-doença.

A família, enquanto elemento prestador de cuidados, para promover a continuidade de cuidados, a segurança dos mesmos e qualidade crescente, desenvolve competências em três categorias: informação, mestria e suporte. Informação sobre o cuidar, o saber, abastecer-se de conhecimentos que permitam identificar as necessidades da pessoa cuidada e estratégias para conseguir colmatar essas necessidades. Mestria, saber fazer, desenvolvimento de competências instrumentais, para determinados procedimentos essenciais a manutenção do bem-estar, conforto e cumprimento do autocuidado do outro. Suporte, saber ser, porque sem se autocuidar a disponibilidade para autocuidar do outro será uma tarefa mais complexa, tensa e pouco prazerosa (Sequeira, 2018). Estas competências são basilares e deverão estar em linha de observação e atenção do enfermeiro, para que a sua intervenção seja mais efetiva e permitir uma continuidade de cuidados muito mais eficaz.

Desta parceria estabelecida entre EEER e família, nasce uma relação terapêutica, onde é expectável que haja uma reciprocidade de confiança, o EEER deve confiar na família como prestadora de cuidados, envolvendo-a, promovendo a integração, a formação, a capacitação, marcando presença assídua no apoio a esta família no desempenho das suas tarefas,

promovendo a autoestima da família, encorajando-o e incentivando a capacidade para o desempenho de determinadas tarefas que se julgam incapazes (Regadas & Marques, 2012); e a família deverá confiar no EEER para manifestar as suas dúvidas, medos, receios, relativamente a cuidados a ter em situações inesperadas (Lima, 2003) e as suas necessidades.

O EEER deverá ser capaz de ver para além do óbvio e colocar-se no lugar do outro, uma vez que a proatividade não é uma característica universal e existem cuidadores que nem sequer sabem o que precisam exatamente, principalmente em situações inaugurais, nem o que perguntar, nem o que a situação realmente implica. Muitos cuidadores aguardam que sejam os enfermeiros a antecipar acontecimentos, a antecipar necessidades a antecipar intervenções. Nem sempre o silêncio é sinónimo de entendimento (Creasy, Lutz, Young, Ford, & Martz, 2013) e é preciso ver o que mais ninguém vê, ou que escolhem não ver, seja por medo, conformismo, ansiedade, e marcar presença, para colmatar estes silêncios ensurdecedores.

Cuidar do outro é uma tarefa árdua, complexa, repetitiva, que pode mesmo exceder todos os limites físicos, mentais, psicológicos, sociais e económicos (Pavarini & Neri, 2000), principalmente quando ao familiar cuidador não é proporcionado “um conjunto de conhecimentos, capacidades e suporte que lhe permita enfrentar as tarefas inerentes ao cuidar, de forma a que a pessoa se sinta capaz e motivada para responder aos desafios de saúde” (Petronilho F. , 2007, p. 47).

Sobrecarga do prestador de cuidados, apresenta uma estreita relação com os conhecimentos, capacidades, suporte social e económico que este possui (Petronilho F. , 2007).

Esta problemática encontra-se descrita na CIPE, sendo foco da atenção da enfermagem o stress do prestador de cuidados que é definido como:

“um tipo de *coping* com as características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro da família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados” (International Council of Nursing, 2003).

Segundo Duarte, S. (2010) a parceria estabelecida com a família tem um propósito, e que evolui por fases dinâmicas, interligadas e sequenciais. Fase preparatória, fase da primeira visita domiciliária, de diagnóstico das necessidades que pode ou não ter seguimento para a fase seguinte; a Fase instrutória, onde são estabelecidos cuidados, normas de atuação e vigilância, frequência da visita domiciliária, esta fase pode estagnar ou evoluir para a seguinte; Fase de estado, da constante interação enfermeiro-família é delineado um plano de intervenção que é alterado conforme as necessidades sentidas, onde progressivamente os cuidados são prestados

de forma mais segura; fase de convalescença, quando o processo de transição está completo e a família já é independente nos cuidados a prestar. Por último, sucede a alta por melhoria do quadro ou falecimento do familiar (Duarte S. , 2010).

O regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018b) refere a importância da integração da pessoa e da família no processo de cuidados na readaptação funcional, onde inclui ensinamentos, instrução e treino sobre técnicas promotoras de continuidade de cuidados.,

Em suma, é uma inovação para a enfermagem planejar intervenção através da co-construção de continuidade de cuidados no domicílio, onde entram em sinergia as necessidades da pessoa, da família, os recursos da comunidade, a mobilização de conhecimentos técnicos e disciplinares de enfermagem, que priorizando a centralidade da pessoa e da sua família conseguem cuidados de elevada qualidade e verdadeiramente holísticos (Duarte S. , 2010).

2.4.3. Intervenção do EEER na família e na pessoa dependente | indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem

É intenção do SNS (SNS, 2018) dar resposta às necessidades básicas das pessoas idosas, ao nível dos cuidados de saúde, promovendo respostas diversificadas no âmbito da gestão e apoio nas doenças crónicas e ainda a promoção da reabilitação – recuperar a função ou retardar a perda de funcionalidades – acompanhamento em processos agudos e paliativos.

Neste encadeamento, promover a funcionalidade, prevenir, reduzir e retardar incapacidades, são prioridades das políticas sociais, expectando-se que mais contribuam para a qualidade de vida e para uma sociedade mais justa e solidária (DL n.º 101/2006, de 6 de junho, 2006).

O domicílio é o lugar privilegiado para a centralidade do utente/família. Durante o processo de transição/adaptação a integração de todos os membros da família, do meio, a comunidade, no processo da reabilitação é indicador de eficiência da intervenção (Martins, Martins, & Martins, 2017). A avaliação inicial que, idealmente, deveria ser efetuada pelo EEER, deverá ter em linha de conta o nível cognitivo, comportamental e afetivo, para um plano de reabilitação mais realista e adequado, onde são parte integrante todos os elementos, para que a nova condição de vida, o novo projeto de saúde, seja erguido numa base sólida familiar capaz de conseguir novas formas de viver, nas condições mais favoráveis possível (Martins, Martins, & Martins, 2017).

Do “interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo – regresso do mesmo à normalidade – deixam de ser possíveis” (Hesbeen, 2003) surge a intervenção EEER, como prestador de cuidados. Contribui para que haja uma humanização dos cuidados, em que o cuidado assume aqui a missão de “fermento da vida” (Hesbeen, 2003, p. XII) e que exige um olhar mais perspicaz para além daquilo do que são os desejos de quem presta cuidados, indo ao encontro dos desejos daquele que recebe cuidados (Hesbeen, 2003).

A ação do profissional deverá enquadrar-se na direção que a pessoa deseja e não enquadrar no que é ideal. Daí que a motivação é fundamental, na medida em que a eficácia da intervenção só terá frutos se ela fizer sentido para o utente e para a sua família. Por vezes é difícil ao utente e à sua família, principalmente em momentos de vulnerabilidade, de transição e adaptação, vislumbrar um futuro, ou perceber qual direção seguir, daí que o EEER tem um papel crucial a indicar os vários caminhos, as várias saídas e mostrar o que é possível.

“O prestador de cuidados tem por missão ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação e isso, independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeição” que “oferece àquele que cuida, um mapa das estradas”. “Este mapa não indica por onde é que se deve seguir, mas mostra os diferentes locais onde se pode ir e os inúmeros caminhos para la chegar” (Hesbeen, 2003, p. XIV).

É aqui que o EEER, dotado de trunfos imprescindíveis consegue elaborar um mapa onde se veem explanadas as várias possibilidades, em que pode apanhar a boleia dos vários recursos que o EEER lhe disponibiliza, promovendo complementaridade e articulação entre todos os elementos da tríade – enfermeiro/doente/família.

É deste cariz dinâmico, que a intervenção do EEER, representa o alicerce da família, tal como refere o Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015b), só é possível a verdadeira caracterização da condição da pessoa, quando o EEER padroniza cuidados com a pessoa-doente e o prestador de cuidados. O prestador de cuidados, no desempenho das suas funções, tem, também ele, repercussões no processo terapêutico da pessoa.

No referido documento, o foco de atenção do EEER passa pela dimensão prestador de cuidados, onde o foco se concentra no potencial para melhorar o conhecimento – o EEER avalia conhecimentos, aptidões, capacidade do cuidador para desenvolver determinada atividade e posteriormente ensina, instrui, treina o prestador de cuidados para a ação, apoiando-o continuamente e promovendo uma adaptação segura, para que a qualidade dos cuidados seja crescente, no cuidado ao outro, dignificando-o.

É desta relação de parceria para com a família que a dignidade se torna uma realidade e a construção de uma nova história de vida pelo doente é novamente possível, permitindo extrair

ganhos em saúde. Mesmo não havendo dados concretos sobre a intervenção do prestador de cuidados, e dos ganhos obtidos com a sua intervenção, consegue-se, através da análise de indicadores na pessoa cuidada, não sendo possível dissociar o utente da sua família, é através dela que a continuidade de cuidados é garantida e que os ganhos em saúde são alcançados. Família é âncora nos momentos de desânimo, estímulo na desmotivação, força na depressão, amor, essencialmente amor.

Ganhos como melhoria do grau de dependências no autocuidado e melhoria das capacidades do familiar/cuidador para a continuidade dos cuidados, otimização da recuperação funcional e social (Silva R. , 2012), são alguns exemplos dos ganhos passíveis de se alcançarem com a intervenção do EEER no domicílio.

2.4.4. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (PQCEER), são um instrumento que permite a reflexão dos cuidados de enfermagem em reabilitação com vista a maximização e excelência dos mesmos. Assim, sendo os mesmos direcionados à pessoa, a família é veículo de cuidados e pode, em conjunto com o EEER contribuir para a excelência dos cuidados de enfermagem de reabilitação.

A satisfação do utente, passa pela satisfação da família. No processo de reabilitação da pessoa idosa e, acima de tudo, daqueles que não são capazes de mencionar as suas vontades, quem melhor conhece a pessoa, nas suas necessidades e gostos pessoais, aquilo em que acredita e valoriza como pessoa e história de vida, de forma que o processo de reabilitação não colida com as suas intenções de projeto de saúde, é a família, aquela que partilhou consigo momentos de privacidade e que melhor conhece a individualidade daquele ser, continuando a escrever o caminho que faria sentido para o mesmo. No entanto, a satisfação da família como parte fundamental do processo, também deve ser foco da atenção do EEER, para que se estabeleçam objetivos comuns passíveis de serem alcançados no seio daquela família com e para com ela, de e para o utente.

A promoção de saúde remete à adoção de estilos de vida saudáveis. Ao EEER não cabe um papel de policiamento do cumprimento de estilos de vida saudáveis ou mais adequados, antes promove o conhecimento através de ensinamentos e aconselhamentos, para comportamentos mais adequados, que só terão um impacto verdadeiro se fizerem sentido para a família no seu

todo, a intervenção quer-se multidisciplinar, com o objetivo comum de melhoria do estado de saúde, do idoso e conseqüentemente, quiçá, da família também. Então a árdua intervenção do EEER passa por perceber vivências que sejam facilitadoras ou barreiras para a aquisição de conhecimento, assim como motivação para aprender do utente e da sua família, para que seja o mais adequada possível ao núcleo familiar.

Fundamental, também, é a prevenção de complicações. A família deverá estar apta para identificar situações de risco e sensibilizada para sinais de alerta e formas de atuação, maior segurança na prestação de cuidados previne situações de stress e antecipação de complicações. De forma que o EEER deve estar atento à ação da família, para que não seja esta um fator preditivo de complicações, nomeadamente o stress do prestador de cuidados, isolamento social, depressão, entre outros. A monitorização deve ser efetuada pelo EEER, antecipar comportamentos e atitudes, ensinar a família, estar presente na fase de transição e adaptação. Aqui, revela-se imprescindível trabalhar os silêncios, as dúvidas que não foram expostas, “o essencial é invisível aos olhos”, ver para além do evidente, dos sorrisos, do olhar vago. O estabelecimento de relações de confiança entre a tríade enfermeiro-família-utente é basilar para o alcance da excelência profissional e a prevenção de complicações.

Bem-estar e autocuidado, em que o autocuidado é a base da manutenção da saúde e da gestão da doença, sendo o ponto de partida para o estabelecimento de estratégias de intervenção. É nas dificuldades em cumprir o autocuidado que a pessoa mais se sente frágil, com a sua dignidade abalada, interferindo na forma de ser, de estar, na identidade enquanto pessoa. E principalmente, em idades tão maduras, assumir e assimilar que há perda de faculdades, progressiva ou abruptamente, será um sentimento revoltante e revolucionário – perder autonomia e independência enquanto pessoa, perder o controlo absoluto da sua vida -, onde é preciso voltar a acreditar, reaprender a ser feliz na sua nova condição de vida, de forma a alcançar um novo bem-estar. Manter o máximo tempo possível um papel ativo na sociedade, na família é precioso, sendo que a família deverá impulsionar a atividade do idoso, não fazer por ele, substituir só no essencial, uma vez que é ela que assume o cumprimento do autocuidado no caso do utente não o conseguir fazer, dar mais dependência do que aquela que se tem é proporcionar a desmotivação, a baixa autoestima e a incapacidade, prejudicar o bem-estar. Mais uma vez, o EEER na inclusão da família no plano de reabilitação, deve explicar à família onde fica o limite entre a substituição e o incentivo do cumprimento do autocuidado ao utente.

Então, reeducação e readaptação funcional, passa também pela família. A família é um prestador de cuidados, capacitado, ativo e impulsionar para se atingir o fim, para se conseguir uma maior adesão ao processo de reabilitação. A família tem que saber gerir a renitência do idoso para determinadas atividades, e a verdadeira necessidade de substituição.

A inclusão social é um dos grandes desafios da excelência do exercício. Quebrar estigmas relativamente ao papel do idoso, quebrar com o bullying que é feito ao idoso ainda que de forma disfarçada, na conotação negativa que lhe dão, o peso com que é visto pela sociedade tem que ser alterado para proteção da sua dignidade, respeito absoluto pelas experiências de uma vida, sabedoria de uma nação, evolução das sociedades. Dignificar a pessoa, principalmente a que se encontra em situação vulnerável, é um dever, uma responsabilidade de todos e um direito para com o outro. A sociedade tem que assumir um papel mais ativo e exigente no cuidado digno à pessoa idosa “Reconhecer a dignidade absoluta desse outro, homem, mulher ou criança, é recusar-se a desumanizá-lo, pensando por ele, substituindo-o a ele; é permitir-lhe que seja ou que volte a ser ele mesmo o criador da sua história de vida” (Hesbeen, 2003, p. XV) . E a dignificação começa no seio familiar, onde o EEER deverá sensibilizar a família para a necessidade de proporcionar ao idoso qualidade de vida, uma vida incluída na sociedade. Envelhecer no seu ambiente, é por si só, promoção de autonomia e independência. Uma vez que a partilha de saberes, valores, tradições, e potenciador de bem-estar, integração e reconhecimento social, daí que deve ser a família a incentivar e a valorizar o convívio com os mais velhos “a proximidade da família e da comunidade possibilita a facilidade de criação de ambientes de Intergeracionalidade, fundados no princípio basilar de que todos os seus elementos, independentemente da idade e ou grau de dependência, são cidadãos de pleno direito” (DGS, 2017, p. 30).

Assim, a organização de cuidados de enfermagem do EEER deve ter a sua génese no idoso que se encontra inserido numa família, família que também passa por um processo de adaptação, de transição, de dependência, em que toda a unidade e cada elemento em particular terá que reencontrar um novo ponto de equilíbrio. No processo de enfermagem – avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de resultados – também a família tem que estar incluída para que a intervenção do EEER, elevando-a ao expoente máximo e na sua máxima qualidade. A intervenção deve centrar-se na família como cuidadora, na família como recetora de cuidados, e claro, no utente, o modelo de intervenção dos cuidados de enfermagem deixam o cariz individualista para um modelo de intervenção onde o elemento família é também cliente.

2.5. Modelo De Capacitação para o Autocuidado, a Base dos Cuidados à Pessoa Dependente

A enfermagem tem acompanhado, enquanto disciplina e profissão, as exigências de cuidados que se vão interpondo ao longo dos tempos. Esta situação tem representado uma excelente oportunidade para a enfermagem refletir sobre a sua prática, com vista à excelência dos cuidados prestados, e conseqüentemente uma maior proteção da saúde da pessoa e maior segurança na prática diária. Desta forma, tem-se verificado uma franca evolução na enfermagem, enquanto disciplina, com um grande investimento académico e profissional, levando a tornar-se, cada vez mais, uma profissão autónoma (Ribeiro O. , Martins, Tronchin, Silva, & Forte, 2019).

Os modelos de prática profissional de Enfermagem (MPP), norteadores e orientadores da prática, formação e investigação, onde a base é o cuidado centralizado na pessoa e o estabelecimento de uma relação de parceria entre quem recebe e quem proporciona cuidados (Ribeiro O. , Martins, Tronchin, Silva, & Forte, 2019), é a base disciplinar. Através deles existe sustentação do exercício profissional, na sua ausência facilmente se perde a orientação na prática clínica (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018). Todos os modelos partem de um enquadramento conceptual, de teorias que o apoiam, sempre enquadrado na visão holística e humanizada da pessoa, não descurando que o projeto é construído e dinamizado pela pessoa, dentro dos limites que define, com o apoio, de quem de direito, tem o dever do cuidado pela proteção da sua saúde (Mendes, 1997).

A enfermagem de reabilitação, como área de intervenção especializada, tem como foco a “manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida e a recuperação da funcionalidade, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (OE, 2015c), que necessita de uma sustentação para que o exercício profissional seja mais rigoroso, sistematizado e intencional. Desta maneira, é possível estabelecer processos de enfermagem mais eficientes e efetivos, pois a avaliação inicial, o levantamento de diagnósticos, o planeamento e implementação do plano de intervenção, o levantamento e avaliação dos resultados terão sempre a mesma linha orientadora (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018).

Portanto, parece-nos que um MPP que se baseia num modelo de autocuidado, é um excelente contributo para cuidados especializados em enfermagem de reabilitação de qualidade crescente uma vez que “dependência no autocuidado apresenta-se como foco central no processo de cuidados dos enfermeiros, particularmente dos EEER, para os quais se constitui como intervenção de grande relevo capacitar a pessoa no desempenho das atividades que compõe cada um dos diversos domínios do autocuidado” (Petronilho & Machado, 2017, p. 8). Indo ao encontro de um estudo realizado em 36 instituições hospitalares em Portugal Continental, onde se conclui que os EEER usam na sua prática, maioritariamente, entre outras,

a teoria de Dorothea Orem, Afaf Meleis e Callista Roy, ou seja a preocupação dos EEER prende-se com a promoção do autocuidado, a facilitação de processos de transição e na capacidade de adaptação das pessoas, sempre em prol da melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde (Martins, Ribeiro, & Silva, 2018).

Segundo a OMS (2021, s/p) “o autocuidado é a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doenças e deficiências com ou sem o apoio de um profissional de saúde”. Todas as intervenções que promovam o autocuidado são ferramentas de qualidade baseadas em conhecimento científico sólido, que promovem a eficiência da prestação de cuidados, assim como o acesso e cobertura dos serviços de saúde, sendo as ações prioritárias, para manutenção de serviços essenciais de saúde (WHO, 2021).

Segundo a WHO (2022), o autocuidado pode ainda ser promotor da sustentabilidade dos sistemas de saúde, prevendo-se escassez de profissionais de saúde até 2030, mas com as crescentes necessidades em saúde da população e as ameaças constantes que incluem crises humanitárias e pandemias, como a COVID-19, a existência de pessoas que não terão acesso sequer aos cuidados básicos será uma crescente. Portanto ações promotoras de autocuidado, são promissoras de manutenção da saúde, do bem-estar, da qualidade de vida das pessoas, pois impulsionam a autodeterminação, a autogestão, autoeficácia, a autonomia, o empoderamento em saúde tanto para as pessoas como para as suas famílias.

A base do autocuidado é a literacia em saúde pois “implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida” (DGS, 2019a). A baixa Literacia em Saúde, pode ter impacto nos internamentos, na recorrência a serviços de urgência, levando a uma menor prevalência de atitudes quer pessoais quer da família de ações preventivas relativamente à promoção de saúde, implicando uma menor qualidade de vida (Espanha, 2022).

O autocuidado é considerado universal por considerar todos os aspetos vivenciais, pois não se limita às AVD's nem às atividades instrumentais.

O autocuidado, termo que foi introduzido por Orem em 1956, é intrínseco à própria pessoa, aprendido mediante as experiências vividas sejam elas de natureza cognitiva, cultural ou social (Fonseca C. , 2013). Assenta no projeto de vida de cada pessoa, na sua autogestão e tomada de decisão, permitindo a preservação da vida, promoção da saúde e o melhor bem-estar possível.

Segundo Orem (2001), ambiente e ser humano influenciam-se mutuamente. O autocuidado engloba o agente do autocuidado e o comportamento de autocuidado. O agente do autocuidado

implica a capacidade da pessoa para desenvolver comportamentos de autocuidado em todas as situações de crise. É fundamental perceber o agente do autocuidado no domínio cognitivo, na forma como encara a sua saúde, a sua literacia em saúde, capacidade de autogestão para que a tomada de decisão seja consciente; percebê-lo no domínio físico, avaliando a sua capacidade para a ação; passando pelo domínio emocional, enquadrando expectativas e satisfação com a vida, motivações pessoais partindo de valores, princípios e crenças; culminando no domínio comportamental, esmiuçando as capacidades de desenvolvimento de comportamento de autocuidado por parte do agente do autocuidado (Fonseca C. , 2013).

Já o comportamento de autocuidado encontra-se relacionado com a forma como a pessoa inicia e executa determinada atividade num determinado momento, implicando requisitos de universalidade, desenvolvimento e de desvio de saúde, onde também ele é influenciado por fatores de ordem cognitiva, psicossocial, física, demográfica e sociocultural (Queirós, 2014).

Para facilitar o desenvolvimento de autocuidado nas suas principais vertentes (Agente de autocuidado e comportamento de autocuidado), são fundamentais programas de autogestão, que permitam a todos os envolvidos (utente, família, comunidade e profissionais de saúde) melhorar competências, potenciadoras de tomadas de decisões mais conscientes, mais informadas, por forma a se obter um maior controle da sua doença, não permitindo inversão de papéis (que a doença controle a vida da pessoa e família) (Galvão & Janeiro, 2013).

Este referencial, na ER, sustenta a prática, na medida em que quando as necessidades de autocuidado excedem a capacidade para o autocuidado, as pessoas necessitam de ajuda para o seu desempenho para que aprendam novas formas de concretizar o autocuidado, dado as limitações que surgiram exigindo apoio profissional sistematizado e intencional, centralizada e focada na promoção do autocuidado (Ribeiro, Moura, & Ventura, 2021). Na resposta ao autocuidado, é possível o alívio de sintomas e diminuição das complicações, diminuição do tempo de recuperação assim como a diminuição os internamentos e reinternamentos. Para isso, a premissa fundamental está, segundo Orem, em que todo o ser humano está disposto a ocupar-se de si mesmo e dos familiares que desenvolvam dependência (Santos, Ramos, & Fonseca, 2017). Aqui assumindo, particular relevância, a intervenção do EEER, onde as suas principais metas são “promoção do autocuidado, a reconstrução da autonomia e o bem-estar” (Ribeiro, Moura, & Ventura, 2021, p. 53).

O modelo do autocuidado proposto por Orem (2003), integra três teorias de enfermagem:

- Teoria do autocuidado: esclarece o motivo pela qual cada pessoa cuida de si mesma, para se manter viva em todo o seu esplendor e vivências, ou seja, o autocuidado prende-se com todos os comportamentos individuais, propiciando autorregulação, saúde e bem-estar, sendo aprendido ao longo do ciclo de vida, através do contexto, da família, da comunidade, da

educação, tradição, cultura, experiências. Encerra em si mesma três categorias de necessidades de autocuidado, as necessidades universais (essenciais à manutenção da vida relacionadas com as atividades de vida diária e a interação social), de desenvolvimento (que regula e promove o desenvolvimento das diferentes fases da vida) e de desvio de saúde (aquando de situações de doença ou lesão) (Fonseca C. , 2013).

- Teoria do Défice de autocuidado: reporta-se às necessidades que a própria pessoa não consegue dar resposta necessitando de ajuda de terceiros, assentando no "agir para fazer ou para orientar e dirigir, fornecer suporte físico ou psicológico e fornecer e manter um ambiente de apoio e ensino" (Fonseca C. , 2013, p. 47), elemento fundamental para justificar cuidados de enfermagem (Petronilho F. , 2012).

- Teoria dos Sistemas de Enfermagem: "estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem" (Orem, 2001, p. 147), em que os cuidados de enfermagem dão respostas às necessidades do doente e da sua família/familiar cuidador no desempenho do autocuidado, tendo em conta as suas capacidades (Fonseca C. , 2013).

Não obstante, a OMS (2022) refere a existência de 3 elementos basilares para estabelecimento de planos de intervenção para o autocuidado, com ênfase nos cuidados de saúde primários: dar respostas às necessidades da pessoa, com serviços integrados e abrangentes, como a promoção, a reabilitação, os cuidados paliativos, entre outras, ao longo do todo o ciclo de vida; abordar sistematicamente as determinantes de saúde partindo de políticas e ações que tenham por base a evidencia; capacitar indivíduos, famílias e comunidades, empodera-los de forma a tomarem decisões mais conscientes para a sua saúde, promovendo e protegendo o seu bem-estar e a sua saúde.

Mediante o exposto, o modelo do autocuidado, proposto por Fonseca (2013), sustentado na Teoria do Autocuidado desenvolvida por Orem (2001), que procura estabelecer estratégias de intervenção, partindo da avaliação inicial, permitindo o planeamento e auxiliando na implementação do plano de reabilitação, num continuum entre funcionalidade/incapacidade alicerçada na CIF, procura nortear a intervenção do EEER junto da pessoa e do seu familiar cuidador, colmatando limitações e promovendo a sua funcionalidade (Fonseca C. , 2013).

Atente-se ao facto de que a CIF (OMS & DGS, 2004), desenvolvida pela OMS, permite uma linguagem unificada e padronizada para os cuidados de enfermagem, avaliando e definindo perfis funcionais – não há problema (nenhum, ausente, insignificante - 0-4%); problema ligeiro (leve, pequeno - 5-24%); problema moderado (médio, regular - 25- 49%); problema grave (grande, extremo - 50-95%); problema completo (total - 96-100%) –, sendo também um complemento à CID-10, pois permite, por exemplo identificar consequências das doenças (Ribeiro, Faria, & Ventura, 2021). Esta última estabelece os diagnósticos de doenças e

perturbações enquanto que a primeira indica o estado funcional da pessoa, o que permite uma tomada de decisão mais consciente, pois, em conjunto, proporcionam uma visão completa e mais significativa da saúde das pessoas, assim como perceber quais as consequências para a saúde das diferentes situações patológicas (facultadas pela CID-10).

Sabemos que o envelhecimento faz parte do processo natural da vida, no entanto os estilos de vida que se adotam ao longo de todo o ciclo vital vão influenciar a forma como envelhecemos e muitas vezes criam-se as condições propícias para o desenvolvimento de multimorbilidades que por sua vez pode resultar em incapacidades funcionais, e trazer consigo dependência para o autocuidado, assim como a necessidade de apoio para o desempenho do mesmo, e essa situação é pois, na sua grande maioria, evitável (Lopes, et al., 2021).

Há uma necessidade emergente de focalizar a atenção para as pessoas com multimorbilidades, revelando obter-se melhores resultados se houver uma avaliação prévia da sua funcionalidade. A capacidade funcional é um importante preditor de saúde do idoso, de qualidade de vida e bem-estar (Lopes, et al., 2021).

Ora, para fazer face a estas problemáticas, envelhecer de forma ativa e saudável e a promoção de cuidados de longa duração devem ser uma prioridade desde cedo no ciclo de vida.

A recorrência à CIF para avaliar os resultados das intervenções de saúde, permite classificar 1) a funcionalidade, incapacidade e saúde da pessoa relacionando-os com estado de saúde da pessoa; 2) funções e estruturas do corpo; 3) a execução de tarefas; 4) a participação nas tarefas do dia a dia; 5) avalia ainda o contexto, podendo funcionar como facilitador ou barreira (Lopes, et al., 2021).

O modelo supracitado permite avaliar a funcionalidade, sendo possível determinar o défice de autocuidado e consequentemente as necessidades de cuidados de enfermagem. Segundo Fonseca (2013), este modelo permite levantar intervenções que promovem a autonomia e/ou a readaptação, permitindo comportamentos de autocuidado.

Assim, segundo o Modelo de Autocuidado para pessoas com 65 ou mais anos de idade, a relação entre os perfis funcionais e as necessidades de cuidados de enfermagem, encontra-se explanada na tabela nº2:

Tabela nº2 – Perfil Funcional e as Necessidades de cuidados de enfermagem (Adaptado de Fonseca (2013))	
Perfil funcional	Necessidades de cuidados de enfermagem
Não há problema (0-4%) ou existe um problema ligeiro (5-24%) – Autocuidado na atividade	A pessoa é autónoma no desempenho do seu autocuidado, necessitando apenas de supervisão ou acompanhamento na tomada de decisão,

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

	através de educação para a saúde, capacitação (Petronilho F. , 2012).
Problema moderado (25-49%) – Défice do autocuidado terapêutico moderado	As necessidades vão além da capacidade da pessoa na atividade, traduzindo-se num défice de autocuidado, necessitando de apoio de terceiros para desempenhar o seu autocuidado. é um sistema parcialmente compensatório, onde o enfermeiro ou o familiar (p.e.) compensam as limitações da pessoa no desempenho do seu autocuidado (Petronilho F. , 2012).
Problema grave (50-95%) ou completo (96-100%) - Défice de autocuidado terapêutico completo ou grave	Recorre a um sistema totalmente compensatório. As necessidades vão para além do défice de autocuidado terapêutico, sendo necessário apoio total no autocuidado de forma universal (Fonseca C. , 2013).

Tabela 2: Perfil Funcional e as Necessidades de cuidados de enfermagem

Ao que a este trabalho importa, é refletir e compreender as necessidades de intervenções em enfermagem de reabilitação, em contexto domiciliário, contribuindo para a melhoria do estado de saúde da população promovendo a máxima autonomia e independência no autocuidado.

Partindo da Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), do Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013) e da Teoria do Autocuidado de Orem (2001), estabelecemos um plano de intervenção, tendo em conta as necessidades no desempenho do autocuidado, mas ainda nas capacidades funcionais e de conhecimento dentro do contexto da pessoa/família e com a pessoa/família.

É expectável a obtenção de ganhos em saúde relativamente a melhorias funcionais, melhoria no desempenho do autocuidado, controlo de sintomas, nomeadamente da dor, educação para a saúde do utente e da sua família, e ainda apoio, comunicação, maior motivação, menor sobrecarga do prestador de cuidados, menor incidência de complicações e reinternamentos hospitalares.

Através da Revisão Sistemática da Literatura (RSL), em que foram analisados os ganhos sensíveis aos cuidados do EEER na pessoa com alterações respiratórias, verificamos que a implementação de programas de reabilitação, contribuem para uma melhoria funcional, através do aumento da capacidade ao esforço, melhorias na autogestão por parte do utente e da sua família, na capacitação para o autocuidado, melhorias na implementação, incentivo e acompanhamento, e na satisfação das necessidades, com conseqüente melhoria do estado de

saúde, maior adesão terapêutica, altas mais precoces, maior conhecimento e redução da mortalidade Revelando uma maior satisfação da pessoa, do seu bem-estar e do seu autocuidado.

2.6. Justificação Da Estratégia De Intervenção

É urgente criar políticas de saúde que “promovam o envelhecimento bem-sucedido; incentivem a coesão e a interação familiar; protejam o idoso de negligência, de más práticas e de violência física e psicológica” (Sequeira, 2018, p. s/p).

Os profissionais de saúde têm a hercúlea tarefa de efetuar a capacitação dos cuidadores com “competências cognitivas (informação), competências instrumentais (saber-fazer) e competências pessoais (saber lidar com)” (Sequeira, 2018, p. s/p), que se vão traduzir em ganhos de saúde, seja para o utente, seja para o familiar cuidador.

As dificuldades de capacitação do cuidador da pessoa com alterações no seu autocuidado é um desafio e uma situação que requer intervenção cada vez mais proficiente e especializada. Privilegiar dar vida aos anos e não tanto anos à vida, porque qualidade de vida é dos maiores objetivos de vida de toda a qualquer pessoa humana e entenda-se qualidade de vida individual, particular e singular de cada pessoa.

Por todas as situações acima explanadas é claro que o foco principal da intervenção dos cuidados do EEER é a pessoa idosa e a sua família, nomeadamente o familiar que assume o papel de cuidador, privilegiando aquela díade que apresenta alterações basicamente fulcrais na dependência no autocuidado. A intervenção do EEER abandona a visão biomédica e centraliza a sua ação no doente e na sua família, de forma holística, para que cada indivíduo/família seja único(a), favorecendo a tomada de decisão compartilhada, mediante as preferências, os desejos, as necessidades e o que faz realmente sentido e que encaixa na realidade daquele utente que é parte integrante de uma família, membros de uma comunidade, numa visão empática, (WHO, 2015) acima de tudo “o bem-estar da pessoa na singularidade da sua existência”, tendo liberdade para “se ouvir a si mesmo (...)que com a ajuda dos profissionais, lhe permitam encontrar novas saídas, descobrir novos caminhos, significativos e compatíveis com a sua situação” (Hesbeen, 2003, p. XV) reconhecendo-lhe dignidade em absoluto.

O EEER reúne no seu plano de intervenção um conjunto de competências de elevado rigor científico e conhecimento que permite dar respostas às necessidades atuais da sociedade e obter ganhos em saúde. A intervenção:

“visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades” (OE, 2019b, p. 13565).

Sendo a prestação de cuidados ao domicílio, já uma realidade pessoal, por todas as exigências do novo paradigma em saúde, e ainda revelando-se como uma das áreas de investigação para a Especialidade de enfermagem de Reabilitação considerada emergente, a dependência no Autocuidado em contexto domiciliário, e a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal uma área prioritária (OE, 2015d), faz todo o sentido enveredar por este contexto. Da mesma forma que não se pode abordar dependência no autocuidado sem abordar o cuidador familiar, que assume os cuidados em 85% das situações de prestação de cuidados ao doente dependente (Eurocarers, 2021).

O cuidador familiar apresenta várias necessidades aquando da prestação de cuidados, muitas delas escondidas nos silêncios ensurdecadores, mas que também elas devem ser alvo de atenção, que vão desde necessidades informativas, sociais, organizativas e mesmo de valorização e reconhecimento da sociedade do seu papel enquanto cuidador (Carvalho, 2021), verificando-se que existem necessidades do cuidador que não se encontram colmatas, como apoio económico (45,9%), apoio ao cuidador (30,2%), apoio por parte dos cuidados de saúde primários e de especialidade (28,9%) entre outros, esta situação comporta, então, sobrecarga ou exaustão (Alves, Ribeiro, & Paúl, 2020).

O EEER capaz de “(...) utilizar técnicas específicas e intervém na educação de clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados., e na reintegração das pessoas na família e na comunidade (...)” (OE, 2019b, p. 13565), ou seja, o processo de reabilitação só fica completo quando toda uma equipa se encontra reunida e é ela foco da intervenção. A capacitação do prestador de cuidados é fundamental, o seu papel, as suas necessidades ou expectativas não podem ser minimizadas, com apoio, informação, orientação e tempo para se familiarizarem com os cuidados, com o doente dependente, com a exigência dos cuidados (Hesbeen, 2003); (Carvalho, 2021).

Neste sentido, é alvo a pessoa com alterações do autocuidado, por ser tão basilar ao ser humano, e ser parte integrante do quadro de competências do EEER, onde este desempenha um papel preponderante na recuperação e readaptação da pessoa com défice de autocuidado, maximizando o seu potencial funcional e readaptação à sua nova condição de vida (Petronilho, et al., 2021), e também o seu familiar cuidador, obtendo ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Pois ganhos em saúde permitem ganhar anos de vida, diminuição dos

episódios de doença, complicações, diminuição do tempo de recuperação, redução das incapacidades (sejam elas temporárias ou permanentes), e o aumento da funcionalidade seja física ou cognitiva e até mesmo social, e principalmente na redução de sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida (Lopes, Mendes, Nunes, Ruivo, & Amaral, 2016).

Os ganhos em saúde dependem em grande escala da capacidade de intervir assim como do conhecimento existente relativamente às necessidades mobilizando recursos existentes (Lopes, Mendes, Nunes, Ruivo, & Amaral, 2016). Tal como é esperado do EEER, que tem um papel fulcral na identificação de necessidades do utente dependente e da sua família prestadora de cuidados, elaborando planos de reabilitação com os mesmos, implementando e avaliando-os, sempre com vista ao bem-estar e à qualidade de vida da díade. Não obstante, ao Enfermeiro especialista são exigidas competências em quatro domínios que permitem um elevado julgamento clínico e tomada de decisão: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e aprendizagens profissionais, mais especificamente na sua área de especialidade.

Da intervenção do EEER ressalta a satisfação do cliente, a promoção de saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, reeducação funcional, promoção da inclusão social e a organização dos cuidados, ela é completa, holística, e promove a excelência do exercício profissional.

Assim, a base metodológica parte da Teoria de Media Alcance de Lopes (2006) pois através da relação enfermeiro-doente/família é possível a concretização de uma intervenção mais pragmática, e no modelo de autocuidado de Fonseca (2013) que, tendo por base o modelo do autocuidado de Orem (2001), consegue definir um planeamento adequado de intervenção de enfermagem, tendo em conta o grau de dependência no autocuidado e respetivo nível de funcionalidade perspetivado pela CIF.

Podemos traduzir, então, os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

-Desenvolver competências de Mestre e Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos cuidados à pessoa idosa dependente e à sua família, cuidador familiar, em contexto domiciliário;

Objetivos Específicos:

-Diagnosticar as principais necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com deficit no autocuidado, principalmente idosos, e do seu cuidador familiar, em contexto domiciliário;

-Planificar e efetuar um plano de intervenção adequado às necessidades reais da pessoa e da sua família;

-Identificar ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa idosa e seu cuidador familiar, com base no modelo de autocuidado.

Destarte, efetuamos uma avaliação inicial aos utentes selecionados e ao seu CF, no domicílio, percebendo e analisando as suas principais preocupações, necessidades, angústias e medos e tentando perceber qual era o projeto de saúde de cada um e de cada um dentro da sua família, e da sua família/elemento familiar cuidador, procedendo, posteriormente e faseadamente, à planificação de um plano de intervenção dinâmico, com reavaliações constantes e análise dos ganhos obtidos.

2.7. Metodologia

“O que está em causa numa situação de doença, não é apenas, nem principalmente, um processo fisiopatológico, mas antes e sobretudo, uma experiência humana” (Lopes M. J., 2005, p. 221)

Face à natureza do tema do projeto “Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação” optou-se por uma abordagem com base na Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), porque é através da relação enfermeiro-doente, seja na natureza da relação seja o processo em mútua influencia que é possível estabelecer estratégias de intervenção organizadas e adequadas; e no modelo do Autocuidado de Fonseca (2013) que tem por base o modelo do autocuidado de Orem (2001), porque não se pode dissociar planeamento de cuidados do autocuidado.

Como refere Lopes (2006) o enfermeiro é o elemento da equipa multiprofissional que mais tempo passa junto do utente, por isso a relação como instrumento terapêutico encerra em si um trunfo para conseguir estabelecer relações de confiança, e um conjunto de oportunidades que permitem um diagnóstico de necessidades mais ajustado ao utente/família. A Teoria de Medio Alcance de Lopes (2006) explica a relação enfermeiro-doente, neste caso relação enfermeiro-doente/família e baseia-se em duas componentes que apesar de distintas, se interligam: a natureza da relação e o processo da relação, ou seja, uma fase diagnóstica e uma fase de intervenção essencial para a prática clínica do EEER e para estabelecimento de planos de reabilitação com maior rigor e qualidade.

A natureza da relação compreende o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica de enfermagem. Em que o primeiro constrói-se continuamente no

tempo, de forma sistemática e dinâmica, integrado no plano de intervenção, permitindo a avaliação e reavaliação da situação do utente/família, sendo o guia norteador dos cuidados (Lopes M. J., 2006). É nesta fase que o EEER através da colheita minuciosa de dados, da avaliação que faz do utente e da sua família, das suas necessidades, potencialidades, assim como as suas preocupações e capacidades, sendo o momento ideal para traçar o perfil funcional determinando um diagnóstico adequado às problemáticas do utente e família e reavaliando sempre que necessário, ajustando-se aquilo que é o projeto de saúde do utente em conjunto com a família (Fonseca, 2013). É nesta fase que o EEER enquadra as pessoas no autocuidado na atividade, défice de autocuidado terapêutico moderado ou défice de autocuidado terapêutico completo ou grave, traçando o perfil funcional da pessoa.

Já o processo de intervenção terapêutica, que é multifocal, baseia-se na intervenção do enfermeiro planeada mediante o perfil funcional do utente, onde são estabelecidas medidas de intervenção, havendo interação e gestão de sentimentos entre ambas as partes, estabelecimento de relação de confiança/segurança e a troca constante e harmoniosa de informações para que se consiga dados fidedignos e contextualizados (Lopes M. J., 2006).

O processo de relação, ou fase de intervenção compreende três fases: princípio da relação, corpo da relação e fim da relação, reporta-nos ao estabelecimento de uma relação entre o enfermeiro-utente-família, de confiança e proximidade, facilitando o processo de cuidados e traduzindo-se em ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de Reabilitação, tendo uma importância crucial, o contexto onde ocorre, para o sucesso da mesma (Lopes M. J., 2006), numa intervenção global à pessoa-família.

O presente trabalho procura perceber quais os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, em contexto domiciliário, com a capacitação do cuidador de pessoas com alterações no seu autocuidado, partindo de planos de reabilitação holísticos, específicos para cada pessoa/família, onde estes têm um papel central no plano de cuidados e onde o mesmo é construído com os mesmos, numa constante ação/reflexão.

O Regulamento das Competências Comuns (Regulamento nº 140/2019) e das Competências Específicas do EEER (Regulamento nº392/2019), os Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em ER (2018), assim como o padrão documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015), foram os documentos norteadores da intervenção.

O EEER adapta-se de forma a dar resposta às “necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza

permanente ou temporária”, é a partir desta fase de diagnóstico que se constrói a fase de intervenção onde o EEER “concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade” (OE, 2019b, p. 16566), “Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”, “Interage com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (OE, 2019b, p. 13567) em que o objetivo mor a promoção da qualidade de vida, com vista a dignificação da pessoa humana.

Apesar da importância do estabelecimento de planos de reabilitação, o grande desafio prende-se com a colaboração e empenhamento do utente/família em cumprir o recomendado de forma a alcançar os resultados possíveis.

2.8. População-Alvo

No desenvolvimento do projeto de intervenção, tendo em conta o tempo disponível para implementação e avaliação, foram selecionadas 5 pessoas e os seus cuidadores familiares

Definiu-se como critérios de inclusão na população-alvo: pessoas integradas em ECCI onde decorreu o estágio final, com idade superior ou igual a 65 anos de idade, com défice no autocuidado e alterações de funcionalidade, com necessidades de intervenção por parte do EEER e continuidade de cuidados, considerados ricos pelo orientador de estágio, e que possuíssem um cuidador familiar.

Tendo em conta o tempo disponível e os critérios de inclusão, a amostra é não aleatória, acidental, sendo um método de amostragem que permite selecionar pessoas que se encontram no local certo no momento oportuno (Fortin, 2009).

Dos 5 participantes que se enquadravam para o desenvolvimento do estudo um deles recusou o plano de intervenção, pelo que da amostra constaram 4 participantes (EC9, EC10, EC11 e EC12) e os seus familiares cuidadores (CF9, CF10, CF11 e CF12).

Foram ainda escolhidas um total de 8 pessoas com alterações no desempenho do seu autocuidado, com intervenção dos diversos ensinamentos clínicos:

-Estágio do foro ortopédico – incluídas 3 pessoas (EC1, EC2 e EC3), que foram internadas no serviço de Ortopedia de forma programada ou não, com necessidade de cirurgia por alterações músculo-esqueléticas.

- Estágio do foro respiratório – incluídas 3 pessoas (EC4, EC5 e EC6), diagnosticadas com Pneumonia por SARS-Cov-2, com défice do autocuidado, e risco de FMACI.

- Estágio do foro neurológico – Incluídas 2 pessoas (EC7e EC8) com diagnóstico de AVC e Síndrome de Guillian-Barré.

2.9. Instrumentos de apreciação diagnóstica

A colheita de dados, nomeadamente a seleção de um instrumento de avaliação, deve ser apropriado às questões em estudo, fiável em que os resultados sejam suficientemente sensíveis, traduzindo alterações clínicas (Sousa, Marques-Vieira, Severino, & Caldeira, 2017).

Assim para dar resposta aos objetivos do projeto os instrumentos escolhidos foram o índice de Barthel, ENCS, Escala de NACI e escala de Zarit, Escala de Braden e Escala de Morse.

Segundo a DGS (2011), o plano terapêutico de reabilitação individual deve ter em conta, entre outros, a avaliação funcional e a pontuação do índice de Barthel.

O Índice de Barthel permite avaliar o índice de independência da pessoa na realização de dez atividades básicas da vida diária, ou seja, aquilo que a pessoa é capaz de fazer no momento da avaliação sem qualquer tipo de ajuda (seja física ou verbal), nomeadamente comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Permite reportar indicadores relativamente à capacidade funcional de forma geral e particular em cada atividade((Sequeira, 2018).

Tabela 3 – Pontuação e níveis de dependência do índice de Barthel (Sequeira, 2018)

Tabela 3 – Pontuação e níveis de dependência do índice de Barthel (Sequeira, 2018)	
Pontuação	Nível de dependência
90-100	Independente
60-89	Ligeiramente dependente
40-55	Moderadamente dependente
20-35	Severamente dependente
<20	Totalmente dependente

Tabela 3: Pontuação e níveis de dependência do índice de Barthel (Sequeira, 2018)

A funcionalidade é um dos grandes focos de atenção do EEER assim como o autocuidado, o segundo fragiliza-se com a deterioração do primeiro, então utilizou-se como instrumento de

diagnóstico ENCS, uma vez que se baseia no Modelo do autocuidado de Fonseca (2013) e na CIF, servindo de norteador dos cuidados de enfermagem de reabilitação, pois remete às reais necessidades de cuidados de ER e permite avaliar os ganhos obtidos da intervenção.

O ENCS apresenta boas características psicométricas, a nível de fiabilidade e validade interna com uma alfa Cronbach de 0,963 (Fonseca, et al., 2019). Através deste, e em constante interação com a restante equipa multidisciplinar, é possível estabelecer um processo de cuidados, orientado pelo enfermeiro, destinado a pessoa idosa no seu contexto, considerando a funcionalidade da pessoa. É constituída por 25 itens onde a resposta a cada item é efetuada através de uma escala tipo Likert com 5 pontos (1. Não há problema: 0-4%; 2. Problema ligeiro: 5-24%; 3. Problema moderado: 25-49%; 4. Problema grave: 50-95%; 5. Problema completo: 96-100%), onde é possível avaliar 4 domínios: Autocuidado, aprendizagem e funções mentais, Comunicação e relação com os amigos e cuidadores (Lopes & Fonseca, 2013). Quanto maior o score menor capacidade funcional a pessoa tem (Fonseca C. , 2013).

Foram aplicados estes dois instrumentos na admissão e na alta e/ou no término do estágio, sendo através deles que foi possível definir prioridades, planificando programas de reabilitação com vista a promoção das capacidades adaptativas de autocontrolo e autocuidado nos processos de transição, permitindo a reeducação da função, que respondam de forma eficaz aos fatores contextuais, maximizando autonomia e proporcionando a máxima qualidade de vida possível (OE, 2019b).

A escala de Braden avalia o grau de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (UP), é constituída por seis dimensões: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. O score pode variar entre 6 e 23, alto risco de desenvolver UP e baixo risco de desenvolver UP, respetivamente, ou seja, quanto maior a pontuação menor o risco de desenvolver UP e resulta do somatório de cada subescala que varia entre 1 e 4 (menor valor, maior risco) (Apóstolo, 2012). Segundo a DGS (2011) a escala de Braden deve ser aplicada na primeira Visita domiciliária e ser reavaliado semanalmente, no internamento hospitalar deve ser avaliada a cada 48 horas. Nunca esquecendo que as UP diminuem a qualidade de vida das pessoas e dos seus cuidadores e sendo que 95% destas são evitáveis, o conhecimento da sua etiologia e os fatores de risco que lhe estão associados são o caminho para a prevenção e tratamento.

A escala de morse, avalia o risco de queda, e sendo as quedas um dos maiores acidentes que ocorrem no domicílio entre a população idosa, constituindo a maior causa de morte acidental em pessoas acima dos 65 anos de idade e percussoras de grandes perdas de funcionalidade (Fundación Mapfre, 2010). Integra na sua estrutura seis itens de avaliação: antecedentes de queda / história de queda, diagnóstico secundário, apoio na deambulação, terapia endovenosa

em perfusão, tipo de marcha e estado mental / percepção mental. A pontuação varia de 0-125 pontos: sem risco 0-24 pontos, baixo risco ≥ 25 e ≤ 50 pontos e alto risco ≥ 51 pontos. Deve ser avaliada no momento de admissão, sempre que ocorra alterações do estado clínico, em momentos de transferência intra ou inter-hospitalar e quando ocorre uma queda. (DGS, 2019b).

No que se refere ao Cuidador informal, neste caso familiar, no dia de admissão ou primeira avaliação, foram aplicados instrumentos de colheita de dados para que o plano de reabilitação fosse o mais contextualizado possível. Assim foram aplicadas a escala das Necessidades de aprendizagem do Cuidador Informal (NACI) e a escala de sobrecarga do cuidador informal (Zarit).

A NACI permite avaliar a capacidade e a competência que o prestador de cuidados informal relativamente a 14 itens: alimentação, levantar/transferência, comunicação, uso do sanitário, higiene, eliminação intestinal, eliminação vesical, posicionamento, marcha/auxiliares de marcha, controlo da dor, exercícios terapêuticos, produtos de apoio, prevenção de quedas e prevenção de úlceras de pressão, permitindo perceber se não há problema (0-4%), ou se há problema ligeiro (5-24%), problema moderado (25-49%), problema grave (50-95%) e problema completo (96-100%), através da pontuação de 1-5 em cada item.

Relativamente à escala de sobrecarga do cuidador informal, permite avaliar objetiva e subjetivamente a sobrecarga que o cuidador informal está sujeito no desempenho do seu papel como cuidador. Num total de 22 questões, onde cada item é pontuado qualitativa e quantitativamente da seguinte forma: nunca -1, quase nunca - 2, às vezes - 3, muitas vezes - 4, quase sempre - 5, dando resposta a “informações sobre a saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento” (Sequeira, 2018, p. 237). O somatório da totalidade de pontos pode variar de 22 a 110, com os seguintes pontos de corte:

Tabela 4 - Classificação da pontuação da Escala de sobrecarga do cuidador informal.	
Pontuação	Sobrecarga
< 46	Sem sobrecarga
46-56	Sobrecarga ligeira
> 56	Sobrecarga intensa

Tabela 4: Classificação da pontuação da Escala de sobrecarga do cuidador informal

O processo de colheita de dados foi efetuado logo no início do estágio, na primeira avaliação pelo EEER – avaliação inicial, e terminado aquando do término do estágio final ou alta, que foi

designado como avaliação final. Desta forma, perceber a efetividade do plano de reabilitação estabelecido na capacitação do cuidador familiar do utente com défices no seu autocuidado, após o estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação tendo por base o Padrão documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (OE, 2015b) e as reais necessidades do utente e do seu cuidador.

2.10. Plano de intervenção

“ (...) Só através da prática se pode aprender e aperfeiçoar o saber clínico” (Álvarez et al., 2003, p.19)

O plano de intervenção em Enfermagem de Reabilitação reúne em si um conjunto de etapas fundamentais para que a tomada de decisão seja a mais criteriosa possível, individual, de forma a centralizar-se na resolução dos problemas, permitir a continuidade de cuidados, assim como prevenir complicações e promover a capacitação melhorando a qualidade de vida da pessoa/família (OE, 2019b) estabelecendo relações de parceria com o utente e o seu familiar cuidador.

“A excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia”, onde a “Enfermagem de Reabilitação como a área de intervenção da enfermagem, de excelência e de referência, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico” (...) (OE, 2018b, p. 5) “uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação, e isso independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afeição” (Hesbeen, 2003).

A intervenção do EEER, nos diversos contextos da prática, tem enfoque principalmente no bem-estar e autocuidado, na readaptação funcional e na prevenção de complicações.

2.10.1. Plano de intervenção do foro Ortopédico

As situações do foro ortopédico são situações que podem gerar dependência no autocuidado, independentemente se serem eventos com evolução progressiva ou resultantes

de eventos traumáticos, pelo que é este um dos domínios centrais da intervenção do EEER (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).

Assim durante este estágio foi desenvolvido o plano de intervenção de ER dirigido à pessoa com patologia osteoarticular, nomeadamente processos degenerativos da articulação do joelho e um processo agudo traumático que resultou em fratura impactada do colo do fémur. Não foi possível incluir o prestador de cuidados pelos surtos de COVID que se verificaram no serviço durante o estágio, pelo que as visitas foram proibidas.

O plano de intervenção teve início no período pré-operatório e término com a alta do utente. A avaliação é efetuada em 3 momentos – pré-operatório, pós-operatório imediato aquando do 1º levante e no momento da alta –, para comparar também a situação funcional previa à cirurgia e pós cirurgia (alta) e comprar funcionalidade entre o 1º levante e a alta.

Tabela 5 – Plano de Intervenção do EEER no utente do foro ortopédico			
Dados relevantes	Foco (CIPE)	Intervenções	Objetivos
Pré-operatório			
<p>Estabelecimento de relação</p> <p>Esclarecimento de dúvidas sobre a cirurgia, cuidados pós-cirúrgicos, preocupações, desmistificar medos, gestão de expectativas, reduzir a ansiedade, a dor.</p>	<p>-Potencial para melhorar o conhecimento</p> <p>-Potencial para melhorar a capacidade</p> <p>-Ventilação</p> <p>-Expertorar</p>	<p>Fase diagnóstica</p> <p>- Avaliação inicial: colheita de história clínica de enfermagem, condição clínica anterior, limitações, aspetos habitacionais e apoio familiar e social, exame físico; aplicação de instrumentos de avaliação da funcionalidade (ENCS), do índice de independência (Barthel), Risco de queda (morse) e risco de UP (Escala de Braden), escala de avaliação da força muscular (escala de Lower), avaliação da dor através da escala analógica.</p> <p>Fase de intervenção</p> <p><u>Reeducação funcional respiratória</u> (Sousa & Carvalho, 2017)_(OE, 2018)_(Cordeiro & MENOITA, 2012)</p> <p>-Vigiar ventilação</p> <p>-Vigiar respiração</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre autocontrolo do padrão respiratório</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação</p> <p>-Ensinar sobre autocontrolo do padrão respiratório</p> <p>-Ensinar sobre técnica de posicionamento para otimizar a ventilação (Correção postural)</p> <p>-Ensinar sobre técnica respiratória para otimizar a ventilação</p> <p>-Incentivar uso de técnicas respiratórias (Dissociação dos tempos Respiratórios e controlo da respiração; Respiração abdomino-diafragmática)</p>	<p>- Perceber as necessidades reais da pessoa e construir um plano de reabilitação em consonância, tendo em conta os objetivos do próprio doente.</p> <p>- Diminuir ansiedade, tranquilizar (Sousa & Carvalho, 2017); Antecipar procedimentos.</p> <p>- Prevenção de complicações respiratórias decorrentes do processo cirúrgico ou mesmo pela restrição de movimento (ex. pneumonias ou atelectasias) (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021)</p> <p>- Melhorar a capacidade pulmonar.</p>

<p>Apreciação da potencialidade para adquirir conhecimentos e capacidades para cumprimento do plano de reabilitação. Prever a necessidade de um Prestador de cuidados. (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021)</p>	<p>-Potencial para melhorar a adesão ao Regime de Reabilitação -Movimento corporal</p>	<p>- Ensino da tosse -Assistir a tossir - Executar cinesiterapia respiratória (Abertura costal global)</p> <p><u>Reeducação funcional motora</u> (Sousa & Carvalho, 2017)</p> <p>- Ensino de exercícios isométricos: contrações isométricas abdominais, glúteos e quadríceps. - Ensino de exercícios isotônicos: realização de mobilizações ativas livres/ assistidas/resistidas dos membros superiores e inferiores - Ensino de exercícios isotônicos, mediante tolerância, ativas assistidas/resistidas no membro afetado, dando especial atenção aos movimentos luxantes (no caso de ATA) - Ensino de exercícios ativos e isométricos protetores de fenómenos tromboembólicos - Ensino sobre exercícios terapêuticos como a ponte, rolar e levantar - Instrução para o uso de auxiliares de marcha</p> <p><u>Preparação da alta</u></p> <p>- Conhecimento sobre as condições habitacionais e presença de barreiras arquitetónicas (escadas, lado da cama que costuma deitar-se e que seja mais confortável, disposição do WC, ou de outras áreas da casa que o utente mais utilize) - Conhecimento do suporte familiar/social ou potenciais cuidadores - Contato com a pessoa significativa ou potencial cuidador - Referenciação do utente para RNCCI (se necessário) - Providenciar Material educativo</p>	<p>- Prevenir complicações da imobilidade, reduzir o edema, melhorar a contratilidade e força dos músculos comprometidos, fortalecer os músculos abdominais, dos membros superiores e membro inferior contralateral (Sousa & Carvalho, 2017) - Promover a adesão ao plano de reabilitação pós-operatório</p> <p>- Continuidade do processo de reabilitação (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021) - Adoção de estratégias que permitam o cumprimento do seu autocuidado - Prevenção de complicações/limitações - Acompanhamento no seu contexto para melhor adaptação às atuais limitações de forma a maximizar potencialidades</p>
--	--	---	--

			- Implicação de uma pessoa significativa no processo de cuidados
Pós-operatório			
<p>Mobilização precoce, ensino, instrução e treino de estratégias para o cumprimento do autocuidado e prevenção de complicações.</p> <p>Alívio da dor</p> <p>Promover o bem-estar, o autocuidado, readaptação funcional e prevenir complicações.</p> <p>Prevenção de complicações articulares,</p>	<p>- Potencial para melhorar a adesão ao Regime de Reabilitação</p> <p>-Ventilação</p> <p>- Potencial para melhorar a capacidade para vestir-se e despir-se</p>	<p>Fase de intervenção</p> <p>Manter as intervenções iniciadas no pré-operatório, adequando as mobilizações ao tipo de cirurgia que o utente efetuou, tendo sempre em linha de conta a tolerância e dor do utente assim como a limitação da amplitude articular (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021) (Sousa & Carvalho, 2017). Devendo iniciar-se o mais precocemente possível a intervenção de reabilitação e incluir (sempre enquadrado na situação particular de cada doente) intervenção nos vários domínios: cognitivo, comportamental, emocional, psicossocial e físico</p> <p>- Promoção da consciencialização da nova condição de saúde, comunicação de emoções, vontade em aprender; envolvimento no processo de ensino/aprendizagem;</p> <p>- Consciencialização do processo de reabilitação</p> <p>-Incentivar ao processo de reabilitação</p> <p>Intervenções semelhantes ao pré-operatório</p> <p>-Instruir e treinar sobre técnicas respiratórias de otimização da ventilação</p> <p>-Executar cinesiterapia respiratória</p> <p>-Gerir oxigenoterapia</p> <p>- Analisar com a pessoa a relação entre dispositivo de apoio e a autonomia para vestir-se e despir-se</p> <p>- Instruir/Treinar sobre dispositivo de apoio para vestir-se/despir-se</p> <p>- Ensinar sobre prevenção de complicações da articulação durante o vestir-se/despir-se</p>	<p>- Maximizar a ventilação pulmonar e prevenir complicações.</p> <p>- Prevenção de contratura e atrofia muscular, rigidez da articulação envolvida com a mobilização precoce;</p> <p>- Promover o fortalecimento muscular dos membros superiores;</p>

	<p>- Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha</p> <p>-Potencial para melhorar a capacidade para autocuidado: uso do sanitário</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar ao treino do equilíbrio - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar - Ensinar sobre auxiliar de marcha - Avaliar conhecimento sobre auxiliar de marcha - Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha - Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha - Instruir sobre andar com auxiliar de marcha - Treinar a andar com auxiliar de marcha - Ensinar, instruir e treinar subir e descer escadas com auxiliares de marcha -Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para usar o sanitário - Instruir sobre o dispositivo de apoio para usar o sanitário - Ensinar sobre prevenção de complicações ao usar o sanitário - Instruir/treinar para prevenir complicações na articulação ao usar o sanitário - Ensinar sobre adaptação do domicílio <p><u>Preparação da alta</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção de quedas no domicílio (remoção de tapetes, uso de calçado antiderrapante fechado, presença de obstáculos, etc.) - Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha, uso sanitário, vestir-se/despir-se 	
--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação (anca ou joelho) durante o transferir-se, sentar-se, uso do sanitário - Reforço de ensinios sobre transferências e treino de marcha com auxiliares de marcha - Continuidade do plano de reabilitação <p><u>Cuidador Familiar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do cuidador familiar sobre a situação da pessoa e os cuidados que lhe estão inerentes - Adequação das condições do domicílio (nomeadamente a disposição da cama, moveis, etc.) - Uso de estratégias adaptativas e produtos de apoio (alteador de sanita, calçadeiras, etc.) - Prevenção de quedas - Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação (anca ou joelho) - Ensinar, instruir e treinar o PC a assistir a andar com auxiliar de marcha <p style="text-align: right;">(Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021) (Sousa & Carvalho, 2017) (OE, 2015b)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar conhecimento do prestador de cuidados sobre a situação da pessoa - Envolver o cuidador familiar no programa de reabilitação <p>(Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021) (Sousa & Carvalho, 2017) (OE, 2015b)</p>
--	--	---	---

Tabela 5: Plano de Intervenção do EEER no utente do foro ortopédico

2.10.2. Plano de Intervenção do Foro Neurológico

A Reabilitação neurológica deve ser iniciada o mais precocemente possível, e tem enquadramento em todos os contextos de cuidados desde os cuidados diferenciados aos cuidados de saúde primários e assumindo um impacto importante no domicílio e na comunidade, pois promove a independência funcional. Ao EEER cabe uma avaliação detalhada dos défices, identificando diagnósticos adequados, de forma a efetuar um plano de intervenção adequado, sempre com vista a readaptação para o cumprimento dos seus autocuidados.

Tabela 6 – Plano de Intervenção do EEER no utente do foro neurológico

Dados relevantes	Foco (CIPE)	Intervenções	Objetivos
Fase diagnóstica			
- Estabelecimento de uma relação terapêutica	-Potencial para melhorar o conhecimento -Potencial para melhorar a capacidade	- Avaliação inicial: colheita de história clínica de enfermagem, condição clínica anterior, limitações, apoio familiar e social, exame físico; aplicação de instrumentos do índice de independência (Barthel), Risco de queda (morse) e risco de UP (Escala de Braden), avaliação da dor através da escala analógica, escala de Borg, avaliação da força muscular através da escala de Lower, tónus muscular através da escala de Ashworth(Gomes & Ferreira, 2017) (Menoita E. , 2012). Consulta de exames complementares de diagnóstico, semiologia clínica, entrevista, qualidade de vida, condições habitacionais (Menoita E. , 2012) - Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa com 65 anos ou mais nos diferentes contextos – ENCS (Fonseca C. , 2013) - Construir um processo de enfermagem completo e adequado às necessidades da pessoa/CF - Necessidades de aprendizagem do CI	- Individualização e humanização dos cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2003) (Menoita E. , 2012) - Orientar a intervenção do EEER, de acordo com as necessidades levantadas e percecionadas (Gomes & Ferreira, 2017).

Fase de intervenção			
- Sinais de negligência unilateral na realização das AVD's e das atividades funcionais	- Negligencia Unilateral	- Estimular a percepção sensorial: varrimento visual, gestão do ambiente - Executar técnica de estimulação sensorial: dicas visuais, verbais e auditivas, estimulação térmica - Ensinar e consciencializar sobre negligência unilateral - Ensinar, instruir e treinar sobre exercícios para melhorar a percepção: ativação do membro, rotação do tronco, treino bilateral dos membros superiores, facilitação cruzada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) (Menoita E. , 2012)	- Negligência unilateral melhorada - Consciencialização sobre a negligência unilateral melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021).
- Alterações da sensibilidade, reflexos, aumento do tempo de deglutição, movimentos assimétricos, alteração do estado de consciência	- Deglutição	- Analisar com a pessoa a relação entre deglutição comprometida e risco de aspiração, e entre dieta e deglutição - Ensinar sobre risco de aspiração - Ensinar, instruir e treinar sobre técnicas compensatórias (posturais, sensoriais e consistência) - Ensinar instruir e treinar técnicas de deglutição -Ensinar, instruir e treinar sobre exercícios de promoção da deglutição (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) (Braga, 2017)	- Deglutição melhorada - Consciencialização da relação entre deglutição comprometida e risco de aspiração melhorada - Conhecimento sobre estratégias compensatórias melhorado - Conhecimento sobre técnica de deglutição melhorado (Braga, 2017) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)
- Assimetrias da face alterações da mímica facial, diminuição da força dos músculos da face, língua com desvio lateral,	- Paresia	- Executar técnicas de mobilização dos músculos da face (passivos, ativos-assistidos e ativos resistidos) - Executar técnicas de estimulação (tátil e térmica) - Executar massagem dos músculos da face - Ensinar, instruir e treinar exercícios de reeducação dos músculos da face (unir as sobrancelhas, enrugar a testa, elevar as sobrancelhas, fechar os olhos abruptamente, sorrir, mostrar os dentes, assobiar, encher a boca de ar, depressão do lábio inferior)	- Paresia da face melhorada - Consciencialização da relação entre os exercícios e a mobilidade da face melhorada - Conhecimentos sobre os exercícios musculares da face melhorados

escape anterior da saliva e/ou líquidos		(Menoita E. , 2012)	- Capacidade para executar exercícios musculares da face melhorada (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)
- Diminuição da força muscular e da mobilidade articular	- Movimento corporal	- Executar técnica de exercícios muscular e articular (passivos, ativos-assistidos e ativos resistidos) membros superiores e inferiores - Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares e articulares, membros superiores e inferiores (mobilizações passivas, ativas-assistidas e ativas resistidas; atitudes terapêuticas: ponte, dissociação da cintura pélvica, rolar, levantar, transferências, automobilização, treino de equilíbrio, treino de marcha) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) (Coelho, Barros, & Sousa, 2017) (Menoita E. , 2012)	- Movimento corporal melhorado - Consciencialização da relação entre os exercícios e a mobilização dos vários segmentos corporais, melhorada - conhecimentos e capacidade para executar os exercícios musculares e articulares dos vários segmentos, melhorados
- Resistência no movimento das articulações -Necessidades do PC	- Espasticidade	- Posicionar em padrão antiespástico - Executar técnica de exercícios musculares (passivos, ativos-assistidos) - Executar massagem - Ensinar, instruir e treinar exercícios musculares e articulares - Ensinar, instruir e treinar posicionamento em padrão antiespástico (deitado/sentado) - Incentivar a manter posicionamento em padrão antiespástico (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) (Menoita E. , 2012) Prestador de cuidados (OE, 2015b): -Avaliar capacidade do PC para o posicionamento em padrão inibitório de espasticidade -Ensinar, instruir e treinar o PC para posicionar em padrão inibitório de espasticidade	- Ausência de espasticidade - Consciencialização da relação entre o posicionamento em padrão antiespástico e prevenção da espasticidade melhorada - Conhecimento sobre exercícios musculares e articulares melhorado - Conhecimento sobre posicionamentos em padrão antiespástico melhorado - Capacidade para executar posicionamento em padrão antiespástico melhorado. (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) -PC capacitado

<p>- Equilíbrio estático sentado/de pé, controlo postural sentado/de pé, capacidade de manter a simetria corporal sentado sem apoio, capacidade de manter estabilidade em pé com os pés paralelos, manter a posição de pé sem apoio</p>	<p>- Equilíbrio</p>	<p>- Executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado/pé) - Ensinar, instruir e treinar sobre exercícios para equilíbrio estático (sentado/pé) - Assistir no treino de equilíbrio estático (sentado/pé) (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) (Menoita E. , 2012)</p>	<p>- Equilíbrio estático melhorado - Equilíbrio dinâmico melhorado - Consciencialização de relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair melhorado (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)</p>
<p>- Capacidade suportar o próprio corpo de pé, de forma equilibrada e de percorrer pequenas distâncias -Necessidades do PC</p>	<p>- Andar</p>	<p>- Assistir a pessoa a andar - Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para andar - Ensinar sobre adaptação do domicílio para diminuição de barreiras arquitetónicas (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) (Menoita E. , 2012)</p> <p>Prestador de cuidados (OE, 2015b): -Avaliar conhecimento do PC sobre adaptação do domicílio para andar -Ensinar PC sobre adaptação do domicílio para andar -Ensinar o PC sobre técnica de adaptação para andar</p>	<p>- Capacidade para andar melhorada - Consciencialização sobre o compromisso no andar melhorada - Capacidade para usar técnica de adaptação para andar melhorada. (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) -Domicílio mais funcional - PC capacitado</p>
<p>- Capacidade para se autocuidar:</p>	<p>- Autocuidado</p>	<p>- Assistir a pessoa a transferir-se</p>	<p>- Capacidade para desempenho do autocuidado melhorada</p>

<p>transferir-se, vestir/despir/ Banho/arranjar-se -Necessidades do PC</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para transferir-se da cadeira para a cama e da cama para a cadeira - Incentivar a pessoa a transferir-se - Ensinar, instruir e treinar sobre dispositivo de apoio para transferir-se - Ensinar instruir e treinar técnica de adaptação para tomar banho - Ensinar, instruir e treinar dispositivo de apoio para tomar banho - Ensinar sobre adaptação do domicílio para tomar banho - Ensinar instruir e treinar técnica de adaptação para vestir/despir - Ensinar, instruir e treinar dispositivo de apoio para vestir/despir - Ensinar instruir e treinar técnica de adaptação para arranjar-se - Ensinar, instruir e treinar dispositivo de apoio para arranjar-se - Ensinar sobre adaptação do domicílio para arranjar-se <p>(Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)</p> <p>Prestador de cuidados (OE, 2015b):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimento do PC sobre adaptação do domicílio para o autocuidado arranjar-se/banho/transferir-se -Ensinar, instruir e treinar o PC sobre dispositivo auxiliar para o autocuidado arranjar-se/banho/vestir/despir/transferir-se 	<ul style="list-style-type: none"> - Conscencialização sobre o compromisso no autocuidado melhorada - Capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado melhorada. <p>(Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Domicílio mais funcional -PC Capacitado
--	--	---	---

Tabela 6: Plano de Intervenção do EEER no utente do foro neurológico

2.10.3. Plano de Intervenção ao doente do foro Respiratório

A Reabilitação respiratória é uma área fundamental no tratamento, prevenção e recuperação de todas as morbilidades que afetam o sistema respiratório, com repercussões importantes no desempenho do autocuidado, assim como no prognóstico da doença, na diminuição do número de (re)internamentos, menor taxa de mortalidade e maior rentabilização de recursos em saúde.

Tabela 7 – Plano de Intervenção do EEER no utente do foro respiratório

Dados relevantes	Foco (CIPE)	Intervenções	Objetivos
Fase Diagnóstica			
- Estabelecimento de uma relação terapêutica	-Potencial para melhorar o conhecimento -Potencial para melhorar a capacidade	- Avaliação inicial: colheita de história clínica de enfermagem, condição clínica anterior, limitações, apoio familiar e social, exame físico; aplicação de instrumentos do índice de independência (Barthel), Risco de queda (morse) e risco de UP (Escala de Braden), escala de avaliação da força muscular, avaliação da dor através da escala analógica, escala de Borg (Gomes & Ferreira, 2017) (Menoita E. , 2012). Consulta de exames complementares de diagnóstico, semiologia clínica, entrevista, qualidade de vida, condições habitacionais (Menoita E. , 2012) - Avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa com 65 anos ou mais nos diferentes contextos – ENCS (Fonseca C. , 2013) - Construir um processo de enfermagem completo e adequado às necessidades da pessoa/CF - Necessidades de aprendizagem do CI	- Individualização e humanização dos cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2003) (Menoita E. , 2012) - Orientar a intervenção do EEER, de acordo com as necessidades levantadas e percecionadas (Gomes & Ferreira, 2017).
Fase de Intervenção			
- Dificuldade no cumprimento do autocuidado	- Autocuidado	- Ensinar, instruir sobre estratégias de gestão de energia	-Conhecimento sobre produtos de apoio e formas de gestão de energia durante o autocuidado.

		<ul style="list-style-type: none"> - Preparação prévia de todo o material necessário, antes de iniciar qualquer autocuidado, promovendo o menor gasto de energia possível, recorrendo a produtos de apoio sempre que possível (banco, escova de cabo longo, roupão atalhado, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> -Maximizar a capacidade funcional -Minimizar impacto das incapacidades (Gomes & Ferreira, 2017)
<ul style="list-style-type: none"> - Alterações do padrão respiratório - Alterações da auscultação pulmonar 	-Ventilação	<ul style="list-style-type: none"> -Executar técnicas de descanso e relaxamento *Posição de cocheiro *Expiração com lábios semicerrados - Ensinar, instruir e treinar técnicas de descanso e relaxamento - Executar técnicas para otimização da ventilação *Controlo e dissociação dos tempos respiratórios *Reeducação diafragmática *Reeducação costal - Informar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação - Ensinar, instruir e treinar técnicas respiratórias pra otimizar a ventilação - Adequar posicionamento corporal de modo a otimizar a ventilação - Executar técnicas de correção postural <p>(Cordeiro & MENOITA, 2012) (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021) (OE, Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória, 2018)</p> <p>Prestador de cuidados (OE, 2015b):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Avaliar capacidade do prestador de cuidados para executar de técnica de posicionamento -Ensinar, instruir e treinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilação melhorada - Ausência de dificuldade respiratória - Conhecimento sobre técnica respiratória melhorada -Reeducar o esforço -Reduzir tensão psíquica e muscular, corrigir defeitos ventilatórios, melhorar ventilação alveolar, assegurar a permeabilidade alveolar <p>(Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021)</p>
	-Aumento da capacidade física (força muscular)	<ul style="list-style-type: none"> -Ensino e treino de exercícios nos membros superiores: isotónicos (concêntricas positivas e negativas); Mobilizações passiva; Ativa-assistida e ativa resistida; Atividades terapêuticas: Rolar e levantar; Ponte: Gerir tempo de repouso entre series 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir complicações decorrentes da imobilidade

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

		-Treino motor com foco no equilíbrio, sentar/levantar e treino de marcha (Coelho, Barros, & Sousa, 2017) (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021)	- Aumentar a força muscular e a aptidão física global - Movimento corporal dos membros superiores melhorado (Coelho, Barros, & Sousa, 2017) (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021)
-Manifestação de cansaço	- Intolerância à atividade	-Ensinar, instruir sobre gestão dos períodos de atividade e repouso -Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade -Ensinar, instruir sobre estratégias adaptativas para realizar as AVD's (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021)	-Intolerância à atividade melhorada; -Consciencialização da relação entre gestão de atividade e repouso -Conhecimento e capacidade para a conservação de energia melhorado -Capacidade para implementar estratégias adaptativas para as AVD melhorada (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021)
-Mecanismos de limpeza das vias aéreas ineficaz	-Limpeza da via aérea	-Executar técnicas para limpeza das vias aéreas *Drenagem postural *Tosse *Manobras acessórias *Huffing *Ciclo ativo da respiração * Técnica da expiração forçada *Drenagem autogénica *Expiração lenta total com a glote aberta em decúbito infralateral *Hiperinsuflação manual *Cough Assist -Ensinar, instruir e treinar técnicas de limpeza das vias aéreas -Ensino da tosse -Incentivar a hidratação oral (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021) (Gomes & Ferreira, 2017)	-Limpeza das vias aéreas melhorada -Conhecimento sobre técnicas para limpeza das vias aéreas melhorado -Consciencialização da relação entre a tosse e limpeza da via aérea melhorada -Capacidade para tossir melhorada (Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021)
-Compromisso no autocuidado	-Autocuidado	-Ensinar, instruir e treinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado -Informar, ensinar, instruir e treinar sobre estratégias de gestão de energia	-Autocuidado efetivo

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

		<p>*preparar antecipadamente todo o material</p> <p>*realizar autocuidado arranjo pessoal sentado num banco com os braços apoiados, com recurso a produtos de apoio</p> <p>-Gerir atividade do doente</p> <p>(Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021)</p>	<p>-Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado melhorado</p> <p>-Consciencialização da relação entre técnicas de conservação de energia e autonomia no autocuidado melhorado</p> <p>(Couto, Silva, Mar, & Gomes, 2021)</p>
--	--	---	---

Tabela 7: Plano de Intervenção do EEER no utente do foro respiratório

2.11. Considerações éticas

Ao longo de todo o processo de execução deste trabalho, as questões éticas foram sempre tidas em consideração, mantendo protegidos os direitos e a liberdade dos utentes e familiares que contribuíram com as suas experiências, vivências e com a sua individualidade, de forma a preservar o seu bem-estar (Nunes, 2013b).

Tal como é recomendado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), princípios como a confiabilidade, honestidade, respeito e responsabilidade foram uma prioridade, durante todo o processo.

Ao enfermeiro é lhe conferido através do seu código deontológico, no artigo 99º, disposto no n.º 1, o respeito pelo princípio geral “defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana” (p.80) e no disposto do artigo 100º, alínea c), assume o dever de proteção e defesa de “práticas que contrariem a lei, a ética e o bem comum” (p. 81) sendo deveres da sua prática clínica a informação (artigo 105º) (alínea b) consentimento informado), o sigilo (artigo 106º) (anonimato da pessoa e família), o respeito pela intimidade da pessoa (107º) (OE, 2015a).

Durante este trabalho o anonimato e confidencialidade foram uma prioridade na recolha e tratamento de dados, procedendo à sua codificação, sendo que os casos serão apresentados por letras e números.

Esta recolha de dados pressupôs o consentimento livre e esclarecido dos diferentes intervenientes, onde foi explicado o processo de intervenção e as fases do mesmo, tendo sido respeitado, a retirada do seu consentimento em qualquer fase de intervenção.

3. APRESENTAÇÃO DE DADOS DE APRECIÇÃO DIAGNÓSTICA

3.1. Estágio de Reabilitação – Serviço de Ortopedia

Neste contexto, o EEER tem uma intervenção pré e pós-operatória com especial enfoque no pós-operatório, com vista à recuperação da funcionalidade o mais precocemente possível, promovendo altas precoces e a menor perda possível de autonomia e funcionalidade.

Por ser o primeiro estágio de intervenção, apenas foram considerados os doentes na avaliação, assim como pela situação pandémica pela COVID-19, pela presença recorrente de

surtos no serviço e pela restrição frequente de visitas. Não sendo, apesar disso, totalmente descurados os cuidadores familiares, sendo sempre esta necessidade avaliada continuamente mediante a evolução da situação clínica da pessoa a necessidade de um prestador de cuidados.

Desta feita, a avaliação efetuada reportou-se a três momentos fulcrais: pré-operatório, 1º levante (pós-operatório imediato) e momento da alta, partindo dos instrumentos de avaliação Índice de Barthel e ENCS, Escala de Braden e Escala de Morse (estas duas últimas foram avaliadas apenas em dois momentos, conforme norma, ou por não haver diferenças relevantes entre avaliações).

Consideraram-se 3 pessoas com possibilidade de intervenção (EC1, EC2 e o EC3), onde foi efetuada uma avaliação de 3 momentos, como referido anteriormente.

Tabela 8 - Caracterização sociodemográfica da amostra recolhida no estágio de enfermagem de reabilitação			
	EC1	EC2	EC3
Idade	78	68	67
Género	Feminino	Feminino	Masculino
Nacionalidade	Portuguesa	Francesa	Portuguesa
Estado civil	Viúva	Casada	Divorciado
Agregado familiar	Filho, nora (cuidadora) e neta	Marido (cuidador)	Mãe
Escolaridade	4ª classe	Licenciada	6ª classe
Profissão	Trabalhadora rural (reformada)	Empresária (reformada)	PSP (reformado) CF atual da mãe
Tipologia de Residência	Moradia em zona rural	Apartamento em zona urbana	Apartamento em zona urbana

Tabela 8: Caracterização sociodemográfica da amostra recolhida no estágio de enfermagem de reabilitação

Todos os participantes tinham 65 anos ou mais, sendo a média de idades de 71 anos de idade e desvio padrão de 4,9, reformados, com uma maior incidência do sexo feminino e nacionalidade portuguesa (66, 67%). Verifica-se que 33,33% eram casados, viúvos ou divorciados, em que o agregado familiar também era muito heterogéneo oscilando entre 3 familiares e um familiar. Todos os participantes sabem ler e escrever e frequentaram a escola. Um dos participantes foi submetido a cirurgia de urgência resultante de uma queda no domicílio da própria altura, em escadas no seu quintal, as restantes (66,67%) foram cirurgias eletivas para artroplastia do joelho. Todos os participantes polimedicados e com pluripatologia associada, e vivem em habitações sem aparentes barreiras arquitetónicas que pudessem dificultar a sua funcionalidade aquando no regresso a casa, seja no acesso, ou na funcionalidade do espaço interior. Ressaltar que o EC3

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

é o CF da sua mãe, que possui algum grau de dependência. Nenhuma das situações teve intercorrências no intraoperatório e pós-operatório. Os ganhos obtidos da intervenção são explanados seguidamente.

Tabela 9 – Ganhos gerais de funcionalidade Estágio de enfermagem					
Participantes	Instrumentos de apreciação diagnóstica		Avaliação diagnóstica	1º Levante	Avaliação Final
EC1	ENCS	Funcionalidade Geral	34,17%	35%	25,83%
		Autocuidado	63,33%	70%	40%
		Aprendizagem e Funções Mentais	26,67%	30%	23,33%
		Comunicação	26,67%	20%	20%
		Ambiente	20%	20%	20%
	Índice de Barthel		30		80
	Escala de Morse		50		50
	Escala de Braden		14		21
EC2	ENCS	Funcionalidade Geral	28,75%	35%	27,92%
		Autocuidado	28,33%	53,33%	31,67%
		Aprendizagem e Funções Mentais	26,67%	26,67%	20%
		Comunicação	40%	40%	40%
		Ambiente	20%	20%	20%
	Índice de Barthel		55		80
	Escala de Morse		50		50
	Escala de Braden		20		21
EC3	ENCS	Funcionalidade Geral	20,42%	27,08%	20,83%
		Autocuidado	21,67%	48,33%	23,33%
		Aprendizagem e Funções Mentais	20%	20%	20%
		Comunicação	20%	20%	20%
		Ambiente	20%	20%	20%
	Índice de Barthel		60		95
	Escala de Morse		65		40
	Escala de Braden		22		22

Tabela 9: Ganhos gerais de funcionalidade Estágio de enfermagem

3.2. Estágio Final

O estágio final foi subdividido em dois campos de estágio, o primeiro com duração de 10 semanas numa UCI e o segundo com duração de 6 semanas numa UCC. Durante este período a intervenção focou-se em doentes do foro neurológico e respiratório.

Relativamente ao primeiro campo de estágio, os doentes alvo de intervenção tinham sessões de reabilitação diariamente, a menos que não cumprissem critérios de segurança ou tivessem alguma contraindicação para a intervenção, com uma duração média de 2 horas. As avaliações portam-se ao momento da 1ª avaliação do EEER e a avaliação na alta/término do estágio, tendo sido selecionados 3 utentes do foro respiratório (EC4, EC5 e EC6) e 2 do foro neurológico (EC7 e EC8). Não foram incluídos os prestadores de cuidados familiares na intervenção uma vez que as situações clínicas dos doentes em UCI são críticas, não se reportando à condição funcional que efetivamente o doente terá quando da alta para domicílio.

Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica da amostra recolhida no estágio de enfermagem de reabilitação – UCI					
	EC4	EC5	EC6	EC7	EC8
Idade	65	72	60	65	63
Género	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Nacionalidade	Portuguesa	Inglesa	Portuguesa	Portuguesa	Inglesa
Estado civil	Casado	Solteiro	Casado	Casado	Casado
Agregado familiar	Esposa e filha	---	Esposa	Esposa e filha	Esposa

Tabela 10: Tabela 10 - Caracterização sociodemográfica da amostra recolhida no estágio de enfermagem de reabilitação - UCI

Sociodemograficamente, os doentes que foram sujeitos a intervenção, apresentam uma média de idades de 65 anos de idade, em que 100% da amostra é do sexo masculino, 80% dos casos são casados e 60% tem nacionalidade portuguesa. Da amostra apenas um doente vive sozinho (n=1) os restantes vivem com as esposas, em que destes, 50% uma filha também integra o agregado familiar.

Os participantes em estudo, os doentes do foro respiratório tratavam-se de doentes com multimorbilidades e com internamento por pneumonia por SARS – CoV – 2 e os doentes do foro neurológico um doente com AVC e um segundo doente com Síndrome Guillian-Barré, com complicações associadas de pneumonia e atelectasia no decorrer do internamento em UCI. O tempo médio de internamento foi de 27 dias.

Tabela 11 – Ganhos gerais de funcionalidades em UCI

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Participantes	Instrumentos de apreciação diagnóstica		Avaliação diagnóstica	Avaliação Final	Ganhos Gerais
EC4	ENCS	Funcionalidade Geral	67,92%	37,08%	30,84%
		Autocuidado	98,33%	75%	
		Aprendizagem e Funções Mentais	40%	20%	
		Comunicação	93,33%	33,33%	
		Ambiente	40%	20%	
	Índice de Barthel		0	30	30
	Escala de Morse		50	15	35
	Escala de Braden		12	18	6
EC5	ENCS	Funcionalidade Geral	33,75%	28,75%	5%
		Autocuidado	65%	48,33%	
		Aprendizagem e Funções Mentais	30%	26,67%	
		Comunicação	20%	20%	
		Ambiente	20%	20%	
	Índice de Barthel		40	60	20
	Escala de Morse		35	50	15
	Escala de Braden		18	20	2
EC6	ENCS	Funcionalidade Geral	85%		Utente Faleceu
		Autocuidado	100%		
		Aprendizagem e Funções Mentais	100%		
		Comunicação	100%		
		Ambiente	40%		
	Índice de Barthel		0		
	Escala de Morse		50		
	Escala de Braden		9		
EC7	ENCS	Funcionalidade Geral	45%	70%	Sem ganhos funcionais por agravamento da situação clínica
		Autocuidado	100%	100%	
		Aprendizagem e Funções Mentais	40%	70%	
		Comunicação	20%	80%	
		Ambiente	20%	30%	
	Índice de Barthel		0	0	
	Escala de Morse		65	50	
	Escala de Braden		17	14	
EC8	ENCS	Funcionalidade Geral	85%	80,83%	4,17%
		Autocuidado	100%	100%	
		Aprendizagem e Funções Mentais	100%	90%	
		Comunicação	100%	93,33%	
		Ambiente	40%	40%	
	Índice de Barthel		0	0	0

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

	Escala de Morse	55	35	20
	Escala de Braden	11	12	1

Tabela 11: Ganhos gerais de funcionalidades em UCI

No segundo campo de estágio do estágio final, com duração de seis semanas, foram realizadas visitas domiciliares em média de 3 por semana, com duração de 1 hora/ 1 hora e 30 min., sempre com o cuidador familiar presente. Assim, foram alvo de cuidados tanto o doente como o seu cuidador familiar (EC9, EC10, EC11 e EC12 e o CF9, CF10, CF11 e CF12), tendo sido aplicados os instrumentos de avaliação diagnóstica ENCS, índice de Barthel e escala de Braden e relativamente aos cuidadores familiares aplicada a escala da sobrecarga do prestador de cuidados – escala de Zarit, e ainda avaliadas as necessidades de conhecimento e capacidades do cuidador informal através do instrumento de colheita de dados NACI.

Tabela 12 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra do estágio final e condição de saúde ECCI				
	EC9	EC10	EC11	EC12
Idade	85	82	80	79
Género	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
Estado civil	Viúva	Casado	Casado	Casada
Agregado familiar	Filho (CF9) e nora	Esposa (CF10) e filho	Esposa (CF11)	Marido (CF12), filho e nora
Escolaridade	4ª Classe	2ª Classe	4ª Classe	Não sabe ler nem escrever
Profissão	Costureira reformada	Militar reformado	Comerciante reformado	Doméstica
Tipologia de Residência	Moradia, zona urbana	Moradia, zona urbana	Moradia em zona rural	Moradia em zona urbana
Origem	UMDR	UCSP	UMDR	Hospital

Tabela 12: Caracterização Sociodemográfica da Amostra do estágio final e condição de saúde ECCI

Na segunda fase do estágio final verificamos que a nossa amostra é composta com utentes do sexo masculino e feminino em igual percentagem (50/50%), com média de idades de 81,5 anos de idade com um desvio padrão de 2,29, onde o utente mais velho é sexo feminino (85 anos de idade) assim como o mais novo (79 anos de idade). Todos de nacionalidade portuguesa, em que a maior parte é casado (n=3) e um deles é viúvo. Todos eles apresentam baixos níveis de escolaridade e apenas um deles não sabe ler nem escrever. Pelas suas idades, acima dos 65 anos de idade, são reformados, vivendo todos em moradias, onde apenas um participante se

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

encontra em zona rural. Quanto ao agregado familiar 1 deles tinha 1 elemento, 2 com 2 elementos e um com 3 elementos.

Da amostra, 75% dos participantes apresentavam patologia do foro neurológico, maioritariamente acidente vascular cerebral (50%), e paralisia supranuclear progressiva (25%) e um dos doentes apresentava neoplasia renal com insuficiência renal crónica e insuficiência venosa.

Tabela 13 – Ganhos gerais de funcionalidade em ECCI					
Participantes	Instrumentos de apreciação diagnóstica		Avaliação diagnóstica	Avaliação Final	Ganhos Gerais
EC9	ENCS	Funcionalidade Geral	90%	87,5%	2,5%
		Autocuidado	100%	98,33%	
		Aprendizagem e Funções Mentais	100%	96,7%	
		Comunicação	100%	100%	
		Ambiente	60%	55%	
	Índice de Barthel		0	5	5
	Escala de Morse		30	30	0
	Escala de Braden		11	16	5
EC10	ENCS	Funcionalidade Geral	42,5%	34,17%	8,33%
		Autocuidado	66,7%	36,7%	
		Aprendizagem e Funções Mentais	23,3%	20%	
		Comunicação	20%	20%	
		Ambiente	60%	60%	
	Índice de Barthel		55	80	25
	Escala de Morse		50	40	10
	Escala de Braden		18	21	3
EC11	ENCS	Funcionalidade Geral	67,1%	50,4%	16,7
		Autocuidado	98,33%	78,33%	
		Aprendizagem e Funções Mentais	56,7%	30%	
		Comunicação	53,33%	33,3%	
		Ambiente	60	60	
	Índice de Barthel		10	25	15
	Escala de Morse		15	25	10
	Escala de Braden		12	18	3
EC12	ENCS	Funcionalidade Geral	92,5%	85,4%	7,1%
		Autocuidado	100%	100%	
		Aprendizagem e Funções Mentais	100%	96,7%	
		Comunicação	100%	80%	
		Ambiente	70%	65%	

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

	Índice de Barthel	0	5	5
	Escala de Morse	30	30	0
	Escala de Braden	10	13	3

Tabela 13: Ganhos gerais de funcionalidade em ECCI

No que se refere ao prestador de cuidados familiar, a média de idades 74,25 anos de idade em que 75% são cônjuges e 25% filho, sendo 50% do género masculino e 50% do género feminino, todos eles residentes com os utentes, em que apenas um deles se encontrava ainda em fase ativa. Não foi questionado, a nenhum dos CF, no momento da alta, sobre a capacidade de dar apoio ao seu familiar, condições físicas e mentais, recursos para os receber. São cônjuges e filhos, os seus familiares tinham alta seja do internamento hospitalar, seja de uma unidade de internamento da RNCCI e não foi trabalhada esta questão do “ser cuidador”. Sabiam de antemão que seria uma tarefa árdua, que vinham mais limitados, mas nunca foram verdadeiramente elucidados sobre a árdua tarefa que é cuidar de alguém dependente.

EC9 – Após cumprir internamento hospitalar e em UMDR regressa ao domicílio com úlceras de pressão e portadora de Sonda Nasogástrica (SNG) por disfagia severa.

EC10 – Encaminhado da UCSP por úlcera arterial, apresenta dependência em grau moderado nas ABVD’s.

EC11 – Após cumprir internamento e unidade de convalescença, regressa ao domicílio totalmente dependente e portador de SNG por disfagia severa.

EC12 – Após internamento por descompensação cardíaca, regressa totalmente dependente, sem capacidade de efetuar levante para cadeira de rodas e portadora da SNG por disfagia severa.

Tendo em conta as exigências de cuidados e condições dos seus familiares, foram avaliadas as necessidades de aprendizagem do CF através da aplicação da NACI.

Tabela 14 – Necessidades de aprendizagem do cuidador informal identificadas

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Item de avaliação	CF9		CF10		CF11		CF12	
	Avaliação diagnóstica	Avaliação final	Avaliação diagnóstica	Avaliação final	Avaliação diagnóstica	Avaliação final	Avaliação diagnóstica	Avaliação final
Alimentação	PM	PL	PL	PL	PC	PL	PC	PM
Levante/transferência	PG	PM	PM	PL	PG	PL	PC	PG
Comunicação	PM	PM	NP	NP	PL	NP	PC	PG
Uso do sanitário	PL	NP	PM	NP	PM	NP	PG	PM
Higiene	PM	PL	PM	NP	PM	NP	PG	PM
Vestuário	PM	NP	PM	NP	PM	NP	PG	PM
Eliminação Intestinal	PM	NP	NP	NP	PL	NP	PG	PM
Eliminação Vesical	PM	NP	NP	NP	NP	NP	PG	PM
Posicionamento	PG	PL	PG	PL	PC	PL	PC	PM
Marcha/ Auxiliares de Marcha	PC	PG	PG	PL	PC	PM	PC	PG
Controlo da dor	PM	NP	PG	PL	PM	PL	PC	PM
Exercício Terapêuticos	PC	PL	PC	PM	PC	PM	PC	PG
Produtos de apoio	PM	PL	PC	PL	PC	PL	PG	PG
Prevenção de quedas	PM	PL	PM	NP	PG	PL	PC	PM
Prevenção de úlceras de pressão	PM	PL	PG	PL	PC	PL	PC	PM

Tabela 14: Necessidades de aprendizagem do cuidador informal identificadas

Legenda: CF – Cuidador Familiar | ■ – Não há problema (0-4%) | ■ PL – Problema Ligeiro (5-24%) | ■ PM – Problema Moderado (25-49%) | ■ PG – Problema Grave (50-95%) | ■ PC – Problema Completo (96-100%)

Todos os cuidadores familiares apresentaram, numa fase diagnóstica, necessidades de conhecimento e competências práticas nos parâmetros avaliados, onde se destacam a alimentação, levante/transferência, posicionamentos, exercícios terapêuticos e a prevenção de úlceras de pressão, que revela ser um problema grave ou completo. Por serem itens com necessidades de intervenção importantes, foram priorizadas intervenções de capacitação do CF neste âmbito, promovendo melhoria de conhecimentos e competências. Os itens em que não houve melhoria das competências práticas reporta-se à situação clínica do doente e ao tempo que o prestador de cuidados necessitou para assimilar conhecimentos em itens que se mostravam prioritários de intervenção.

No parâmetro alimentação denotou-se problema completo na avaliação diagnóstica no caso de CF11 e CF12 e problema grave no CF9, uma vez que eram doentes entubados recentemente, em que não haviam conhecimentos nem competências práticas para dar resposta a esta necessidade do doente. Após intervenção foi possível dotar o CF de conhecimentos e competências práticas para que as necessidades da pessoa possam ser satisfeitas passando a problema ligeiro, à exceção do caso CF12 que apenas conseguiu evoluir para um problema moderado, motivado pela resistência do prestador de cuidados à mudança de comportamentos,

por ter pouco apoio por parte da família mais próxima e por ser um cuidador idoso também, com dificuldades em assimilar a complexidade dos cuidados necessários à esposa.

O levantar/transferência, revelou-se à partida, em todas as situações um problema completo, conseguindo uma evolução para problema moderado em CF9, e para problema ligeiro CF10 e CF11. CF12 apesar de já apresentar alguns conhecimentos, não tinha ainda competências práticas que permitissem satisfazer as necessidades do seu familiar, muito motivado também pelo estado clínico da mesma.

Na avaliação diagnóstica, o item posicionamentos revelou-se como um problema completo pelo CF11 e CF12, e grave no CF9 e CF10. No entanto foi possível melhorar conhecimentos e competências práticas de todos os CF, evoluindo para problema ligeiro em todas as situações à exceção do CF12, que apesar dos conhecimentos e competências práticas, as mesmas ainda não lhe permitiam suprir todas as necessidades do seu familiar.

Situação muito interligada com o item da prevenção de úlceras de pressão, onde o problema se revelou moderado para CF9, grave para CF10 e completo em CF11 e CF12. Mas com o continuar das visitas domiciliárias e apoio do EEER foi possível capacitar o CF para esta problemática de maiores conhecimentos e competências práticas evoluindo todos para problema ligeiro em 75% das situações.

Relativamente à marcha/auxiliares de marcha, revelou-se à partida uma área de pouco ou nenhum conhecimento, porque a maior parte encontrava-se confinado ao leito, e por esse motivo, esta área não era motivo de grande interesse. No entanto, nas pessoas que foi possível realizar intervenção neste âmbito os conhecimentos e competências dos CF melhoraram substancialmente – CF10 evolui de problema grave para problema ligeiro e CF11 de problema completo para problema moderado.

Numa fase de diagnóstico procedeu-se ainda à avaliação da sobrecarga do cuidador informal através da escala de Zarit cujos resultados são apresentados seguidamente.

Figura 2 – Escala de sobrecarga do cuidador informal (Escala de Zarit)

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

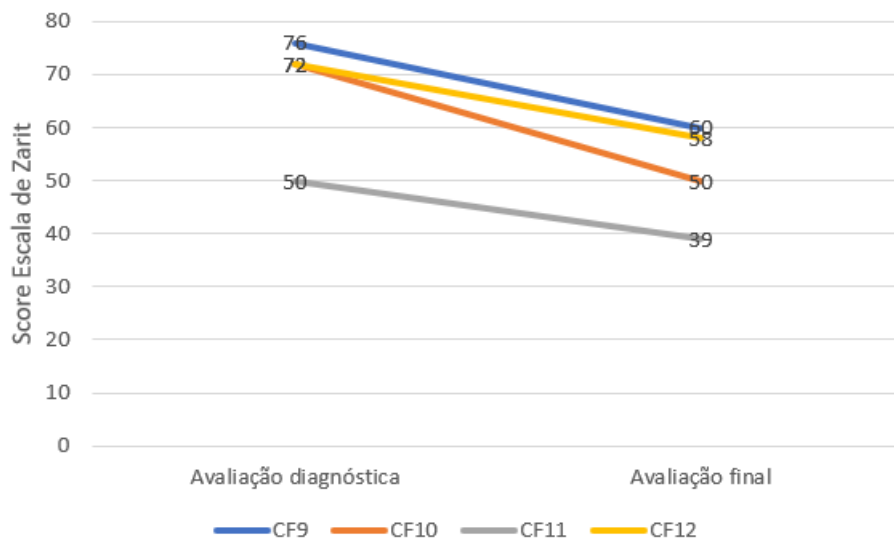


Figura 2: Escala de sobrecarga do cuidador informal (Escala de Zarit)

Legenda: CF – Cuidador Familiar

Pode verificar-se melhoria do score da sobrecarga do cuidador informal de uma fase de avaliação diagnóstica para a avaliação final, em que o CF9 e CF12 mantêm uma sobrecarga intensa, mas com melhoria do score, e CF10 verifica-se uma evolução de sobrecarga intensa para ligeira e CF11 passou de uma sobrecarga ligeira para sem sobrecarga.

Efetando o cruzamento de dados entre os utentes e o seu prestador de cuidados avaliação diagnóstica:

EC	Idade	Funcionalidade Geral	Perfil funcional	Níveis de intervenção EEER	CF	Idade	Zarit
EC9	85	90%	Défice do autocuidado grave	Totalmente compensatório	CF9	63	76
EC10	82	42,5%	Défice de autocuidado moderado	Parcialmente compensatório	CF10	78	72
EC11	80	67,1%	Défice do autocuidado grave	Totalmente compensatório	CF11	74	50
EC12	79	92,5%	Défice do autocuidado grave	Totalmente compensatório	CF12	82	72

Tabela 15: Avaliação diagnóstica: ECCI

Tabela 16 - Avaliação final: ECCI							
EC	Idade	Funcionalidade Geral	Perfil funcional	Níveis de intervenção EEER	CF	Idade	Zarit
EC9	85	87,5%	Défice do autocuidado grave	Totalmente compensatório	CF9	63	60
EC10	82	34,17%	Défice de autocuidado moderado	Parcialmente compensatório	CF10	78	50
EC11	80	50,4%	Défice do autocuidado grave	Totalmente compensatório	CF11	74	39
EC12	79	85,4%	Défice do autocuidado grave	Totalmente compensatório	CF12	82	58

Tabela 16: Avaliação final: ECCI

Objetiva-se que utentes com dependência funcional mais grave, com níveis de intervenção totalmente compensatório, os seus cuidadores apresentavam níveis mais elevados de sobrecarga, 76 e 72, verifica-se que ao melhorar a funcionalidade da pessoa, existem repercussões positivas ao nível da sobrecarga.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A enfermagem de reabilitação, contribui de forma substancial para a obtenção de ganhos em saúde, pois vai ao encontro das necessidades concretas e reais das pessoas/cuidadores, correspondendo de forma eficaz às suas exigências em cuidados de enfermagem atuais. A monitorização desses ganhos permite extrair indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo a melhoria dos cuidados de saúde, uma reflexão constante sobre os cuidados prestados, influenciando políticas de saúde (Gaspar, Loureiro, & Novo, 2021).

A população-alvo de intervenção, foi dividida em 2 grupos – Grupo A (de EC1 a EC8), que inclui as pessoas que tiveram intervenção do EEER em contexto hospitalar e no Grupo B (EC9 a EC12), as pessoas com alterações do seu autocuidado e os seus cuidadores (CF9-CF12) com intervenção do EEER na comunidade. Esta abordagem propõe discutir os resultados obtidos interrelacionando-os com domínios do autocuidado de Orem (2001) de forma a objetivar a “manutenção da vida, saúde e bem-estar” (Orem, 2001), com os Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação nos diferentes contextos, uma vez que este é um “instrumento essencial para a promoção da melhoria contínua destes cuidados” representando

um referencial para a reflexão sobre a prática especializada em enfermagem de reabilitação (OE, 2018b).

Da amostra, a média de idades é de 72 anos, em que 66,67% da população é do sexo masculino.

4.1. Domínio cognitivo e comportamental

Segundo Orem (2001), todas as pessoas têm potencial para desenvolver autocuidado, no entanto existem situações em que a necessidade de autocuidado se sobrepõe às capacidades, havendo a necessidade de intervenção de terceiros – familiares/vizinhos/amigos e/ou profissionais de saúde (Petronilho & Machado, 2017).

O autocuidado prende-se com comportamentos de promoção ou recuperação da saúde e pode ser influenciado num domínio cognitivo e comportamental. O domínio cognitivo reporta-se ao conhecimento de si mesmo, da sua própria condição de saúde e o domínio comportamental refere-se às capacidades intrínsecas para levar a cabo a ação, de forma individualizada, dentro de um determinado contexto (Petronilho & Machado, 2017).

Ao longo das diferentes intervenções, nos diferentes contextos, este foi um dos itens de avaliação primordial, a avaliação do estado de consciência e das funções cognitivas, através da ENCS, no item “aprendizagem e funções mentais” e no item “comunicação”.

O envelhecimento acarreta consigo algum compromisso cognitivo, devendo ser sempre monitorizado, de forma a prevenir complicações. No entanto, a hospitalização pode ter um impacto importante e contribuir para uma maior fragilidade do idoso acelerando o declínio quer físico quer cognitivo (Santos, Amorim, Poltronieri, & Hamdan, 2021).

No Grupo A, destacar os ganhos obtidos, após intervenção, no item “comunicação” de EC1 e no item “aprendizagem e funções mentais” de EC2, ambos de 6,67%.

O processo cirúrgico é motivo de ansiedade e medo por parte da pessoa, nomeadamente apreensão pela cirurgia, pelo o impacto na sua funcionalidade, autonomia, controlo da dor e capacidade para realizar as suas ABVD's. No EC1, o internamento por fratura subcapital do fémur esquerdo impactada, a demora da intervenção cirúrgica, dor não controlada (8 na escala numérica da dor) e perda de capacidade para realizar as suas AVD's, promoveram alguma dificuldade na memória a curto prazo, na adequação, regulação das emoções e até alguma dificuldade em expressar os seus próprios sentimentos, assim como o nível de atenção se encontrava alterado. A intervenção pré-operatória, com apoio constante, controlo da dor,

exercícios de fortalecimento muscular e respiratórios, mediante tolerância da doente, informando sobre a situação clínica, cirurgia e a fase de reabilitação pós-cirúrgica, com continuidade de cuidados no pós-cirúrgico, permitiu uma regulação destes sentimentos, tendo-se verificado melhorias neste campo.

EC2 encontrava-se internada por gonartrose à esquerda, tendo efetuado artroplastia total do joelho, apresentando como antecedentes pessoais algodistrofia do joelho direito após artroplastia total do mesmo, apresentando no pré-operatório deambulação com recurso a canadianas, por dor. Desta feita, a doente de nacionalidade francesa, mostrava-se receosa pela nova cirurgia, que apesar de programada, provocava dúvidas e medos, com alguma dificuldade em gerir as suas próprias emoções, em perceber a totalidade da informação que lhe era transmitida e em iniciar e manter uma conversa, mesmo que a mesma decorresse na sua língua materna. Neste sentido, a intervenção pré-operatória pelo EEER, o treino de reeducação funcional pós-operatória precoce (prévia às 24 horas pós-cirúrgicas), conferiu maior capacidade para realização das suas AVD's com importante redução da dor, e melhoria nas restantes dimensões.

Estas situações, que colocam em causa a funcionalidade dos idosos, provocando situações de dependência no desempenho das AVD's, são potenciadoras de défices cognitivos, sendo que internamentos mais longos, promovem maiores défices. Assim a intervenção do EEER na mobilização precoce do utente, estimulação cognitiva e potencialização das capacidades do utente, melhorando as suas capacidades funcionais no pós-cirúrgico e durante o internamento promovem menor incidência destes défices (Santos, Amorim, Poltronieri, & Hamdan, 2021).

A hipótese de associação de défice cognitivo e hospitalização muito se enquadra também na exposição a complicações, tal como imobilismo, quedas, dor, que nos estudos de caso apresentados não se verificaram, pela intervenção precoce do EEER, verificando-se melhores desempenhos ao nível da cognição no momento da alta, como é corroborado num estudo efetuado por Santos, Amorim, Poltronieri & Hamdan (2021), que revela associação entre o défice cognitivo e a limitação funcional entre doentes institucionalizado, mostrando uma íntima relação entre desempenho das AVD's e o défice cognitivo.

Ainda nos mesmos itens, referir os ganhos conseguidos no doente crítico, destacando-se EC4, EC5 e EC8, com ganhos de 20%, 3,33% e 10% na “aprendizagem e funções mentais” e na comunicação 60%, 0%, 6,67%, respetivamente.

A comunicação é um instrumento de trabalho do enfermeiro, uma necessidade básica de qualquer ser vivo. Nos humanos assume uma dimensão extraordinária, sendo através dela que toda e qualquer pessoa, interage com outras e com o meio ambiente, estabelecendo relações. Esta Relação que é fundamental para discutir um plano terapêutico, trocar informações

importantes, cuidar do outro. É através dela que se estabelece uma relação terapêutica, que conhecemos melhor o outro, a sua individualidade, onde se encerra arte do cuidado holístico e a humanização dos cuidados. Num ambiente tão mecanizado e medicalizado como uma UCI, onde a prioridade é a manutenção da vida, pode ocorrer despessoalização dos utentes. O toque constante durante o plano de reabilitação, comunicando a sua finalidade, observando a resposta ao mesmo, seja um simples franzir de sobrolho ou uma discreta e singela abertura ocular, um aperto de mão ainda que muito subtil, ou ainda, cumprir o exercício exemplificado, após reforço positivo e incentivo constante são formas de comunicar, que permitem transmitir segurança, tranquilidade e diminuir processos de ansiedade e medo. Esta estimulação constante, permite transmitir segurança, respeito, apoio, tranquilidade, encorajamento, essencial ao cuidado integrado, e à comunicação global (Roxo, 2008).

O estado crítico, advém de doença severa, em que a instabilidade hemodinâmica exige a intervenção de uma equipa multidisciplinar para uma intervenção global, de forma a reduzir possíveis complicações seja a curto, médio ou longo prazo tanto a nível motor, como a nível cognitivo (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

EC4, deu entrada com diagnóstico de Pneumonia por Sars-cov-2, não vacinado, para SARS-CoV – 2, com multimorbilidades, iniciou o programa de reabilitação um mês depois do internamento em UCI. Na avaliação inicial, o doente encontrava-se em estado vígil, cooperante (apresentado 5 na escala de cooperação S5Q) cumprindo os comandos solicitados, no entanto a comunicação era dificultada pela presença do tubo endotraqueal, mas, o recurso a códigos alternativos, conseguiu-se uma comunicação mais eficiente, percebendo que apesar de orientado na pessoa, encontrava-se desorientado no tempo e espaço. Durante a fase de intervenção, foi prioridade a orientação para a realidade (local, dia, mês ano) e o estabelecimento de uma comunicação cada vez mais eficaz para o doente perceber todo o âmbito de intervenção enquadrado na sua situação clínica, participando ativamente na mesma.

Ao longo da fase de intervenção verificou-se melhoria da orientação do doente, da comunicação e, conseqüentemente, maior capacidade de colaboração e participação no plano de reabilitação, sugerindo exercícios que se sentia mais confortável, verificando-se também, melhorias significativas relativamente à memória, atenção e comunicação desde a avaliação inicial à alta.

EC5, também com diagnóstico de Pneumonia por Sars-Cov-2, apesar de se ter mantido consciente e orientado durante todo o internamento em UCI, apresentava uma labilidade emocional pela gravidade do seu estado de saúde, por se encontrar na UCI, motivado por ser um doente de nacionalidade inglesa. Com a intervenção consistente do EEER, personalizada e individualizada, foi melhorando a sua capacidade de gerir emoções assim, como atenção e

colaboração no processo de reabilitação, culminando, com a saída do doente do serviço mais animado, bem-disposto em que se mostrou emocionado por perceber a evolução positiva do seu estado de saúde e a capacidade que tinha em colaborar no plano de reabilitação e as capacidades que foi ganhando dia após dia.

Já EC8, um doente de nacionalidade inglesa, que deu entrada na UCI para vigilância e estudo por estado de consciência alterado, após episódio de síncope, com taxa de alcoolémia de 0.33 e canabinóides positivos. Na avaliação diagnóstica pelo EEER, doente sem seditação, com abertura espontânea dos olhos, olhar fixo, mas cumprindo comandos simples como tossir, mas sem movimentos voluntários dos membros superiores e inferiores, apenas atividade reflexa. Foi diagnosticado AVC isquémico por oclusão da artéria basilar e posteriormente também uma meningite. Foi efetuado um trabalho relativamente ao aumento da consciência, facilitando a orientação para a realidade, encorajando a participação constante e a tomada de decisão, sempre num ambiente calmo e tranquilo. Efetuada estimulação dos vários sentidos, chamando sempre pelo nome, cumprimentando o doente, efetuando estimulação tátil com várias texturas e térmica, massagem, solicitando a participação em tarefas simples e decisões simples. Com esta estimulação constante foi possível verificar uma maior atenção, motivação e motivação para a ação ao longo do tempo. O facto de apresentar síndrome de Locked-in, aumentou os episódios de labilidade emocional e humor deprimido. Após alguns dias de intervenção de enfermagem de reabilitação, o utente melhorou o estado de alerta, seguindo com o olhar e fixando objetos, ainda que temporariamente, revelando motivação para ação com resposta intencional com códigos alternativos e cumprindo ordens muitos simples, participando ativamente na decisão de implantação de traqueostomia que o doente recusou.

No grupo B, a intervenção de reabilitação decorreu no domicílio do utente, conjuntamente com a sua família. O domicílio assume aqui um papel fundamental, pois é o local onde, inevitavelmente, irá permanecer a maior parte do seu tempo. É neste local que tão bem conhece, que o idoso sente maior confiança, controlo do ambiente e segurança e que permite, psicologicamente, sentir-se mais à vontade e emocionalmente mais tranquilo rodeado das pessoas que lhe são significativas, funcionando como uma “âncora amnésica” (Fonseca A. M., 2021)

Apesar de serem situações muito complexas e com graves limitações, multimorbilidades, polimedicados, verificaram-se ganhos na aprendizagem e funções mentais assim como na comunicação no EC11 passando de 56,7% e 53,3% na avaliação diagnóstica para 30% e 33,3% na avaliação final. Doente que na 1ª VD tinha um discurso pouco perceptível, apesar de orientado no tempo, espaço e pessoa, o discurso era lentificado, encontrava-se sonolento, colaborante, mas com cansaço fácil. Foram efetuados alguns exercícios de fortalecimento da musculatura

facial, assim como ensinadas algumas posturas compensatórias em frente ao espelho, incentivo e reforço positivo constante. Na avaliação final o discurso do doente encontrava-se completamente coerente e compreensível, com capacidade de organização mental, atenção e memória mais eficaz, melhorando a relação enfermeiro-doente. Na intervenção efetuada com este doente, foi necessário incentivar o CF11 a participar também. Foi uma importante alavanca na execução dos exercícios e estabelecimento de uma comunicação cada vez mais eficaz, afinal “centrar tudo no doente é descurar o que se encontra em seu redor” (Hesbeen, 2003, p. 95).

No caso do EC9 e EC12, na avaliação diagnóstica, quando eram chamados pelo nome, não mostravam qualquer tipo de reação. Durante as visitas foram sempre abordados pelo nome, com constantes reforços positivos, orientação para a realidade pessoa, espaço e tempo. Os cuidadores fizeram parte deste processo, num estímulo constante e incentivados a falar com a pessoa sobre as coisas do dia a dia, a ligar a televisão, o rádio, abrir as janelas, sentar o doente, informar dos cuidados que vão prestar, num estímulo contínuo. Apesar de alguma renitência por parte dos CF's, verificaram-se melhorias neste campo, que apesar de não muito acentuadas, foi possível observar reação aquando do cumprimento, as famílias referiam que por várias vezes tentavam gesticular palavras, numa tentativa de comunicação, o que se revelou positivo. Contribuindo para a satisfação das famílias com estas pequenas conquistas e dos doentes, uma vez que permitiu que percebessem que o estímulo constante é importante e que, apesar de não conseguir comunicar, o vínculo permanece e que este estímulo faz diferença.

Nos CF em estudo verificou-se que os casos de maior dependência funcional são os que revelam maior sobrecarga, mantendo sobrecarga intensa após a intervenção. CF10 progrediu de uma sobrecarga intensa para uma sobrecarga ligeira e CF11 de uma sobrecarga ligeira para sem sobrecarga apesar do seu familiar manter um nível de dependência ainda considerável, mas tinha melhores estratégias de *coping*, contrariamente ao que referem um estudo realizado por Afonso et al. (2019), em que o CI do género feminino apresentam níveis mais elevados de sobrecarga, o que se verificou é que os CF do sexo masculino apresentam nível de sobrecarga mais intensa. O que é compatível com as pessoas com grau funcional mais debilitado, consequentemente com maiores exigências de cuidados.

Neste domínio, mais notoriamente se verifica dos enunciados descritivos a satisfação da pessoa e da família. A satisfação de se sentir compreendido, por quem melhor o conhece e que isso possa ser facilitador da comunicação com o profissional de saúde, promove a satisfação das necessidades tal e qual como é a individualidade de cada um e dando resposta às necessidades reais dos doentes e das suas famílias. A sua satisfação diminui ansiedade, medos, inseguranças, melhora a qualidade dos cuidados e a participação no plano de reabilitação.

Quanto ao cuidador familiar, salientar a presença constante do EEER, com cuidados especializados, promoveu uma melhoria da sua sobrecarga, uma vez que também dava resposta às suas necessidades de aprendizagem. Iniciar e terminar as visitas a questionar como o CF se sentia, dificuldades, preocupações e inclusivamente o que tinha feito para se autocuidar, permitiu ao CF sentir-se valorizado e inclusivamente, referir que “já sentia a sua falta” (sic).

4.2. Domínio Físico

O domínio físico reporta-se à capacidade física da pessoa para realizar a ação (Petronilho & Machado, 2017). A avaliação funcional do doente é fundamental, logo na fase diagnóstica, permitindo estabelecer qual o nível de alteração da funcionalidade no cumprimento de ações de autocuidado, diagnosticando limitações, potencialidades e necessidades, facilitando a definição de estratégias de intervenção mais adequadas.

Capacitar, como processo multidimensional, “envolve conhecimento, decisão e ação” (Sousa, Martins, & Novo, 2020, p. 65), quando enquadrado em educação para a saúde. Pois a (re)construção de conhecimento é condicionada pela tomada de decisão, a sua (in)capacidade ou limitação para ação, e pelos recursos que tem disponíveis. A disciplina de enfermagem, que tem uma íntima relação com processos de transição ao longo do ciclo vital, promove terapêuticas que facilitem este processo, procurando impulsionar a estabilidade e o bem-estar da pessoa a ter uma vida plena (Sousa, Martins, & Novo, 2020).

Desta forma, a avaliação diagnóstica construiu-se de histórias da pessoa, da família, dos seus antecedentes pessoais, história de momentos importantes, história de trabalho ou vida familiar, histórias de condição de saúde anterior e atual, terapêutica habitual, comorbidades, sintomatologia, principalmente aquela que mais implicação tem no seu dia-a-dia, histórias de limitações, de adaptações a essas limitações, de processos de transição e superação.

Na esfera do plano de intervenção, partiu-se da avaliação do índice de Barthel, para avaliar o índice de dependência, do ENCS (Fonseca, 2013) que partindo da CIF permite avaliar o nível de funcionalidade da pessoa com 65 anos ou mais, permitindo definir o perfil funcional da pessoa idosa, estabelecendo a ponte com as necessidades de aprendizagem do cuidador familiar. A funcionalidade é um dos pilares do envelhecimento, “a interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta a dependência/independência de cada um no autocuidado” (Lopes M., Fonseca, Pinho, & Sousa, 2020, p. 6).

Além destes instrumentos, recorreu-se ainda à Escala de Comas de Glasgow, Escala de Avaliação da Força Muscular de Lower/MRC-SS, Escala de RASS, Escala S5Q, avaliação do equilíbrio (estático e dinâmico), avaliação neurológica, auscultação pulmonar e avaliação da função respiratória.

Através da avaliação funcional é possível “incorporar os resultados da avaliação em planos de cuidados centrados no doente, o que, por sua vez, tem tendência direta nos diagnósticos de enfermagem, nas intervenções de enfermagem, e nos critérios de resultados específicos de enfermagem” que, partindo de instrumentos válidos e objetivos, possibilita, de forma significativa, a avaliação multidisciplinar e o planeamento dos cuidados (Kelly-Hayes & Phipps, 2011).

A intervenção de reabilitação deve ser iniciada o mais precocemente possível, a fim de minorar complicações decorrentes da imobilidade, assim como preocupações e apreensão. Imobilismo “é uma síndrome caracterizada por alterações sistémicas (com repercussões cardiocirculatórias, dermatológicas, respiratórias, neuro-músculo-articulares e até mesmo psicológicas) causadas pela permanência prolongada no leito. O decúbito prolongado conduz ao imobilismo, que poderá ser irreversível” (Marques et al., 2022, p. 4). No caso dos doentes do foro ortotraumatológico, a intervenção iniciou-se no período pré-operatório de forma a preparar a pessoa para a cirurgia, efetuar exercícios de RFM e RFR. Esta intervenção permite preparar o processo transitório que se avizinha e facilitar processos de autoeficácia, angústia, perda de esperança, assim como preocupações com a cirurgia e minimizar o impacto que possíveis alterações de funcionalidade possam trazer (Lourenço, Faria, Ribeiro, & Ribeiro, 2021).

Portanto, no pré-operatório é dada ênfase a exercícios de RFR, nomeadamente exercícios de consciencialização dos tempos respiratórios, exercícios abdomino-diafragmáticos, ensino da tosse e reeducação costal global e RFM partindo de exercícios isométricos e isotónicos, assim como mobilizações ativas e ativas-resistidas nos membros superiores, para manter ou melhorar a força muscular dos mesmos, fundamental para o treino de marcha e manutenção da amplitude articular, assim como dos restantes membros livres para evitar a perda de tónus muscular, amplitude articular e manter o adequado trabalho capsulo-ligamentar e das fibras musculares (Sousa & Carvalho, 2017) e alertar para as principais limitações e cuidados a ter no pós-operatório, e efetua-se o primeiro contacto com produtos de apoio.

Já no pós-operatório, manter os exercícios iniciados, com levantar no pós-operatório imediato (por vezes inferior às 24 horas pós-cirúrgico) com uso de meias anti-trombóticas, efetuando ensinamentos, instrução e treino de transferências, treino de marcha e de treino de subir e descer escadas, assim como atitudes terapêuticas (ponte), mobilizações ativas, assistidas e ativas resistidas, sempre respeitando o limiar da dor e tolerância do doente.

Foram, portanto, efetuadas três avaliações distintas nos doentes do foro ortopédico - no pré-operatório, no pós-operatório imediato aquando do 1º levante e no momento da alta, para poder comparar o estado funcional nos diferentes momentos.

Assim, em todos os casos de ortotraumatologia verificou-se um decréscimo da funcionalidade geral entre a avaliação diagnóstica (EC1 – 34,17% EC2 – 28,75%, pré-operatória problema moderado), muito condicionado pela dor, para a avaliação pós-operatória no 1º levante (EC1 – 70% e EC2 – 35%, mantendo problema moderado com scores maiores relativamente a 1ª avaliação), com todas as implicações de um quadro pós-cirúrgico. No entanto, no momento da alta, revelaram um nível de funcionalidade maior (EC1 – 25,83% e EC2 – 27,92%) já muito próximo de um problema ligeiro, quando comparado ao que apresentavam previamente à cirurgia. Revela que com a intervenção precoce do EEER, foi possível melhorar quadros de funcionalidade geral, com repercussões também no desempenho do autocuidado, motivados pela confiança, apoio constante, reforços positivos, incentivos para atividade e treino. EC3 apesar de ainda não ter atingido os valores de funcionalidade prévios à cirurgia, encontra-se muito próximo dos mesmos, encontrando-se apenas limitado pelas próprias limitações de um quadro pós-cirúrgico. Todos os casos apresentaram melhorias no controlo da dor, com mais capacidade para a ação e colaboração no processo de reabilitação. Verificaram-se melhores índices de dependência, segundo Sequeira (2018) EC1 evolui de uma dependência severa para ligeira, EC2 de dependência moderada para ligeira e EC3 passa de uma dependência ligeira para independente.

Referir que nenhuma das situações até ao momento da alta teve qualquer complicação pós-cirúrgica, corroborando o que refere Zou, Cong, Yu e Wang (2019) , que a adequada preparação da pessoa no pré-operatório reduz, consideravelmente a ocorrência de complicações no pós-operatório. Da mesma forma, que o continuar da intervenção do EEER já iniciado numa fase prévia à cirurgia, permite dar continuidade ao plano de reabilitação, reestruturando-o conforme as necessidades e particularidades da pessoa (Malcato, 2017).

O processo cirúrgico que comporta consigo várias experiências desfavoráveis, nomeadamente a perda de funcionalidade, autonomia e qualidade de vida, com a intervenção do EEER, através da aplicação de uma intervenção baseada na última evidencia científica, permite maximização da funcionalidade, satisfação da pessoa, prevenção de complicações, controlo da dor, melhoria no desempenho do autocuidado e bem-estar, readaptação funcional e prevenção de complicações (OE, 2018b), facilitando o processo de inclusão social.

Relativamente aos estudos de caso da UCI, o doente instável é um doente que necessita de uma vigilância constante, é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de

vigilância, monitorização e terapêutica (OE, 2018c), onde na “procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro de reabilitação contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2018b, p. 16). Em contexto UCI, os doentes eram avaliados de forma holística, pela equipa multidisciplinar, onde era debatida a situação do doente e seguidamente analisados critérios de segurança e contraindicações para a implementação do plano de reabilitação. Uma vez cumpridos todos os critérios e não havendo contraindicações à intervenção a avaliação era constante e contínua, no caso mínimo de instabilidade clínica ou efeitos adversos a intervenção parava no imediato.

Abordaremos primeiro os doentes exclusivamente do foro respiratório – EC4, EC5 e EC6, todos eles com pneumonia por Covid-19. As consequências negativas de um internamento em UCI, sejam a curto ou a longo prazo, exigem uma intervenção multiprofissional, de forma a se proteger a qualidade de vida do utente e da sua família (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

Surge em dezembro de 2019, na China, uma nova tipologia de pneumonia viral que foi designada pela OMS por COVID-19, caracterizada pela elevada transmissibilidade, tendo como principais manifestações clínicas tosse, dispneia e febre, em que cerca de 6-10% dos infetados necessita de cuidados intensivos. As complicações mais frequentes são síndrome de dificuldade respiratória (ARDS) e/ou sépsis, em doentes com mais de 65 anos de idade e comorbilidades (Oliveira, Pacheco, Marques, Santos, & Neiva, 2021).

O doente com COVID-19 internado em UCI, permanece, por norma, longos períodos internados (Oliveira, Pacheco, Marques, Santos, & Neiva, 2021). O tempo de indução de um estado de coma implica longos períodos de imobilidade, verificando-se uma acentuada perda de força muscular, sendo ela generalizada, difusa e simétrica, podendo verificar-se também fraqueza dos reflexos tendinosos profundos, assim como alterações da sensibilidade tátil, térmica e dolorosa. A atrofia muscular e perda de massa muscular verifica-se logo na primeira semana de internamento em UCI, levando a alterações do controlo postural e equilíbrio e fraqueza dos músculos respiratórios. A recuperação do sistema neuromuscular tem uma progressão lenta, podendo o tempo prolongar-se de algumas semanas a 2 anos, levando consigo várias limitações funcionais. Assim é intenção do EEER no âmbito de UCI a recuperação funcional do doente, retardar incapacidades, através da mobilização precoce e progressiva (Bartolomeu & Rodrigues, 2021).

A reabilitação, com o objetivo de mobilização precoce do doente, permite diminuir o tempo de dependência da ventilação, reduzindo o tempo de desmame do ventilador, assim como previne as alterações que provem da imobilidade prolongada observando tempo de internamento menor e uma capacidade funcional à saída da unidade mais preservada (Severino, 2017).

EC4 por instabilidade hemodinâmica, alterações do estado de consciência, é ventilado sedado e curarizado, 4 dias após ter recorrido ao serviço de urgência por mau estar súbito, sensação de lipotimia e astenia acompanhado de polipneia, pele marmoreada, hipotensão e bradicardia. A evolução em UCI foi complicada, com desmame da sedação muito difícil por desadaptação ventilatória e agitação psicomotora, episódios de febre e quadro de pancitopenia.

A intervenção do EEER no doente crítico com COVID-19 tem como principais objetivos “otimizar a ventilação/oxigenação; promover a manutenção/recrutamento do volume pulmonar; prevenir e tratar atelectasias; remover secreções brônquicas; melhorar a força dos músculos respiratórios; facilitar o desmame ventilatório; evitar sequelas do internamento em UCI; e melhorar o *outcome* funcional e vital do doente com ARDS” (Oliveira, Pacheco, Marques, Santos, & Neiva, 2021, p. 696)

Assim o doente, inicia acompanhamento por ER cerca de 1 mês depois da admissão em UCI (momento em que iniciou o projeto de melhoria contínua na unidade). À avaliação diagnóstica encontrava-se vígil, cooperante, cumprindo comandos solicitados, usando códigos alternativos de comunicação devido a presença do tubo orotraqueal. Apresentava força muscular diminuída, com uma pontuação de 30 na Medical Research Council Muscle Scale (MRC-SS). Encontrando-se sob ventilação mecânica invasiva em pressão de suporte 8cm H₂O e PEEP de 6cm H₂O com FiO₂ a 40%, bem-adaptado com volumes correntes na ordem os 460ml e SP0₂ acima dos 95%. Apresentava à auscultação pulmonar, murmúrio vesicular presente, mas diminuído no hemitórax esquerdo e presença de fervores. Não apresentava contraindicações para intervenção de ER pelo que foi iniciado um plano de RFM através de mobilizações passivas e ativas assistidas dos diferentes segmentos articulares e alongamentos passivos. No plano de RFR com o objetivo de otimização da ventilação, efetuaram-se exercícios de reeducação abdomino-diafragmática, exercícios de expansão pulmonar através da reeducação costal global e seletiva tendo o objetivo de corrigir eventuais defeitos ventilatórios, melhorar o desempenho dos músculos respiratórios, reeducação do esforço (Oliveira, Pacheco, Marques, Santos, & Neiva, 2021) (Severino, 2017). Seguindo-se técnicas de limpeza das vias aéreas, nomeadamente manobras acessórias (compressão / descompressão / vibração) e drenagem postural modificada privilegiando o decúbito lateral direito, com mobilização de secreções em grande quantidade, mantendo a permeabilidade das vias aéreas (Severino, 2017), com vista ao desmame ventilatório, terminando o processo de intervenção com o posicionamento adequado à situação do doente, com o alinhamento corporal de forma a prevenir complicações associadas à imobilização prolongada do doente crítico (Oliveira, Pacheco, Marques, Santos, & Neiva, 2021).

Iniciou-se levante progressivo sentado à beira da cama, com os pés apoiados no chão, com ajuda total de duas pessoas, e efetuado treino de equilíbrio, por não apresentar equilíbrio

estático nem dinâmico sentado. Além do programa de RFR já descrito, foi associado o ensino da tosse dirigida.

Dois dias de intervenção de ER, foi iniciado protocolo de desmame ventilatório, mas sem sucesso. Efetua TAC Torácico onde é diagnosticada área de atelectasia e cavitação do parênquima pulmonar. Reavaliada força muscular, onde apresentou melhoria do score 40/60 na escala MRC-SS. Mantém plano de RFM associando-se exercícios isométricos do quadríceps e mobilizações ativas resistidas nos membros inferiores e atitudes terapêuticas (ponte). Mantém alterações na auscultação pulmonar e macicez à percussão no hemitórax esquerdo. À higiene brônquica foram associadas manobras de hiperinsuflação manual, com bastante benefício.

O plano de intervenção era bi-diário com ER e Fisioterapia a trabalharem em parceria, com sessões de RFR e RFM, conforme já descritas e mediante tolerância do doente, enquadradas no protocolo de atuação descrito no projeto de melhoria contínua.

Por alterações importantes na gasimetria é implantada uma traqueostomia percutânea ao 6º dia pós início de reabilitação (36º dia após internamento). Ao 7º dia é sentado à beira do leito com pés pendentes, com melhoria no equilíbrio estático, com necessidade de correção postural, pelo que é efetuado treino de equilíbrio. É colocado em respiração espontânea ao 9º dia, sentado novamente a beira da cama com os pés pendentes apresentando equilíbrio estático preservado na posição sentado, equilíbrio dinâmico diminuído.

É transferido para a Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA) por melhoria do quadro clínico e gestão de vagas ao 10º dia após iniciar RFR e RFM, onde é descanulado no dia seguinte. Foi efetuada visita à UIDA pelo EEER da UCI, onde foi efetuada tentativa de colocação em posição ortostática com sucesso, apesar de alguma projeção anterior do tronco, tendo, inclusivamente, efetuado transferência com ajuda apenas de uma pessoa para a cadeira de rodas.

Podemos verificar que com a implementação de medidas de RFR e RFM no doente crítico, foi possível, ainda em UCI promover ganhos funcionais importantes, com mobilização passiva precoce, verificando-se melhoria da força muscular (30/60 1ª avaliação para 42/60 à saída), equilíbrio estático sentado preservado, equilíbrio dinâmico ainda discretamente diminuído, mas com melhorias significativas, conseguindo assumir a posição ortostática e efetuar as transferências com ajuda de terceiros. Verificou-se melhoria da função respiratória e um desmame ventilatório mais fácil, após intervenção, tal como refere a literatura que a intervenção do EEER com a mobilização precoce diminui o tempo de VMI (Oliveira, Pacheco, Marques, Santos, & Neiva, 2021). De forma mais efetiva, ganhos no desempenho do autocuidado de 23,33% e na funcionalidade em geral com a mudança de um problema grave para um problema moderado, que apesar de necessitar de apoio de terceiros para desempenho

do seu autocuidado, foi possível evoluir de um sistema totalmente compensatório para parcialmente compensatório ainda numa fase de cuidados intensivos, promovendo uma recuperação do grau de funcionalidade muito próximo ao que tinha previamente ao internamento, com repercussões importantes na qualidade de vida do utente e consequente da sua família (Oliveira, Pacheco, Marques, Santos, & Neiva, 2021).

EC5, entrou com o mesmo diagnóstico, encontrando-se com aporte de oxigénio por terapia de alto fluxo (Bartolomeu & Rodrigues, 2021) com $FiO_2=60\%$ e fluxo de 60l/min, gasimetria na admissão rácio PaO_2/FiO_2 58,4 mmHg HCO_3^- 28,7mmol/l, ph 7,46, $PaCO_2$ 39,7mmHg, cansaço fácil a pequenos esforços, acompanhado de dessaturação para 90%, acessos de tosse seca vigorosos. Efetuada a avaliação diagnóstica de ER dois dias após admissão, tendo priorizado intervenções de RFR em prol da RFM, nomeadamente num conjunto de técnicas respiratórias de controlo respiratório, posicionamento – incentivo a cumprir períodos em decúbito ventral (renitente em cumprir), após a abordagem do EEER e explicados os benefícios do posicionamento, na melhoria das trocas gasosas e mecânica respiratória, tal como recomendações no tratamento da COVID-19, o utente aceitou, (Bartolomeu & Rodrigues, 2021) –, facilitando o processo fisiológico de trocas gasosas, usando técnicas como controlo da respiração, reeducação da respiração abdomino-diafragmática, abertura costal global com recurso a bastão, dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na fase inspiratória (Bartolomeu & Rodrigues, 2021). Após intervenção verifica-se uma melhoria significativa da relação de PaO_2/FiO_2 que aumentou para 142. Mantendo o plano de RFR, com insistência nas técnicas de controlo respiratório, e posicionamento por sua iniciativa em auto-prone por períodos de 1hora, conseguindo alternar decúbitos de forma autónoma. Verificou-se melhoria à auscultação pulmonar, iniciado treino de equilíbrio e 1º levante para cadeirão ao 5º dia após admissão. Na avaliação final (no momento da alta), utente já capaz de realizar de forma mais assertiva a avaliação da força muscular que apresentava um score 60/60 na escala MRC-SS, sendo possível e tolerado por parte do doente efetuar mobilizações ativas de todos os segmentos dos membros superiores e inferiores. Progredindo para avaliação de equilíbrio em posição ortostática, tendo iniciado treino de marcha com andarilho, onde se avaliou a escala de Borg, 3 na escala de Borg modificada, que com o evoluir do exercício evolui para um score de 5, tendo regressado ao cadeirão. Doente muito emocionado, por voltar a deambular e poder ir à janela desfrutar do sol, referindo que “tinha temido pela minha vida aquando do momento de entrada em UCI”, mas que agora “já estava a andar novamente”. Mediante a ENCS verificou-se uma melhoria significativa da funcionalidade geral passando de 33,75% no momento da avaliação diagnóstica para 28,75%, onde o desempenho do autocuidado verificou ganhos de 16,67% e no índice de independência passa de 40 no índice de Barthel na avaliação diagnóstica

para um score de 60 no momento da alta. Atualmente é uma pessoa que recuperou totalmente a sua condição de vida anterior, apresentando índice de Barthel de 100 e força muscular 60/60, aparentemente sem repercussões psicológicas decorrentes do internamento (dados consulta de follow-up da UCI, que se realizou seis meses após internamento).

No EC6, em muito semelhante a EC4, no entanto com um desfecho mais desfavorável, em que o utente acabou por falecer. As vivências com a morte, principalmente em contexto de pandemia, o EEER mantém a sua atitude, mesmo perante o desconhecido, revelando que perante estes doentes há uma aceitação como um “fim do sofrimento a que ninguém esta imune nesta situação de emergência”, mantendo o rigor de atuação, a qualidade dos cuidados, afinal “a reabilitação pode muitas vezes não seguir o caminho de reabilitar para a vida, mas proporcionar um estado de Bem-estar no processo de morrer” (Cardoso, Martins, Ribeiro, Fonseca, & Pereira, 2020, p. 48). As estimativas indicam que em 2060 serão 48 milhões a morrer com sofrimento atroz relacionados com situações de saúde (26 milhões em 2016), pelo a intervenção do EEER assume um papel preponderante no controlo de sintomas como fadiga, dor, bem-estar, dispneia, estado emocional e função cognitiva e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida. A verdade é que o foco da ER se encontra na pessoa (Alves & Babo, 2021). O EC6 teve melhoria da força muscular de 0 para 24/60, apresentava alguns segmentos com diminuição da amplitude que foram corrigidos, melhoria à auscultação pulmonar, comunicação por mímica labial e movimentos da cabeça. A intervenção de EEER, onde o foco pessoa, tem o objetivo de aliviar sintomas e melhorar o quadro clínico, na sua impossibilidade, proporcionar um fim de vida mais tranquilo e digno, um processo de transição que também ele precisa de facilitadores de processo.

Ao longo do estágio de cuidados intensivos, foi possível contactar com doentes agudos do foro neurológico. O conhecimento crescente nas neurociências tem contribuído para pessoas com alterações neste campo vivam mais tempo, muitas delas com necessidades importantes onde os enfermeiros assumem um papel preponderante (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

A síndrome de Guillain Barré é, em países desenvolvidos, a causa mais comum de paralisia neuromuscular autolimitada. Não obstante, o prognóstico é favorável, no entanto a taxa de mortalidade ainda ronda os 5% e 10% dos utentes podem manter graves incapacidades até 1 ano após os primeiros sintomas. Verifica-se, progressivamente, um comprometimento periférico ascendente e simétrico, com diminuição da força nos membros inferiores, afetação dos pares cranianos e diminuição dos reflexos tendinosos. As sequelas mais frequentes desta síndrome reportam-se à perda de equilíbrio, propriocepção, fraqueza muscular generalizada, em que a reabilitação tem um papel essencial, revelando que o seu início precoce é indicador de bom prognóstico (Rocha, Barboza, & Speciali, 2017).

O EC7 entrou na UCI, consciente, orientado, calmo, com história de desequilíbrios desde há 15 dias, com parestesias bilaterais, simétricas e ascendentes, com nível de sensibilidade T4 (abaixo com hipoestesia) e reflexos osteotendinosos (ROT) praticamente ausentes, sem dispneia, mas apresentando rouquidão e tosse pouco eficaz.

Já em UCI é efetuada avaliação diagnóstica no dia seguinte à admissão. À avaliação, o doente encontrava-se cooperante, cumprindo ordens simples, com diminuição da força, apresentando apenas contração muscular em todos os segmentos avaliados (Score de 10/60 na escala MRC-SS), hipoestesia generalizada, mais acentuada nos membros inferiores, tanto tátil, térmica como dolorosa. Encontrando-se em respiração espontânea, mas com necessidade de aporte de oxigénio por máscara de venturi a 24%, com um padrão respiratório predominantemente misto de média amplitude, e ligeiramente polipneico (Frequência Respiratória (FR) – 20-25 ciclos/min), no entanto com episódios de aumento do trabalho respiratório com uso de músculos acessórios, e com dificuldade em articular frases completas e FR de 30ciclos/min. Iniciada RFR através de técnicas para melhorar a ventilação e potenciar a expansão pulmonar, como controlo e dissociação dos tempos respiratórios, respiração abdomino-diafragmática e expiração com lábios semicerrados, colocação em posição de conforto e relaxamento, pois “através de técnicas que permitam a consciencialização da mecânica ventilatória” (Gomes & Ferreira, 2017, p. 255) o impacto negativo é minimizado, modificando padrões respiratórios ineficazes, corrigindo assinergias e deficiências ventilatórias, otimizando a ventilação e promovendo o recrutamento alveolar (Gomes & Ferreira, 2017). RFM foi adiada para conservação de energia e minimização do esforço.

Nesse mesmo dia, por evolução desfavorável, por picos hipertensivos, dor 10 a nível abdominal e ombros, apenas com comunicação não verbal, e evidente dificuldade respiratória, com uso de músculos acessórios, é entubado orotraquealmente.

Nas avaliações e intervenções subsequentes, é possível comunicação através de mímica labial e movimentos da cabeça, em que durante a intervenção se proporcionava aumento da consciência, com estímulo constante, incentivos nos progressos observados, com tom de voz adequado, calmo, chamando sempre o doente pelo seu nome, dando tempo ao mesmo para responder a perguntas simples, explicando a intervenção pensada para o doente e aguardando o seu consentimento. Foi ainda efetuada estimulação tátil com várias texturas, massagem terapêutica, estimulação olfativa (Varanda & Rodrigues, 2017). Adaptado a ortótese ventilatória na modalidade de volume controlado, apresentando à auscultação pulmonar diminuição do murmúrio vesicular e ferveores principalmente do hemitoráx à direita. Força muscular 0/60 na escala MRC-SS. Foram priorizadas intervenções do RFR com vista a promoção da sincronia ventilatória, melhoria da relação ventilação/perfusão e mobilização e eliminação de secreções

(Gomes & Ferreira, 2017), uma vez que o reflexo de tosse se encontrava bastante diminuído. Na RFM, optou-se por mobilizações articulares passivas e alongamentos, para prevenção do imobilismo e complicações associadas, mantendo a amplitude articular, por forma a diminuir disfunções articulares, melhorar a nutrição da cartilagem e a sua proteção, assim como mantém a extensibilidade e contractilidade do tecido muscular, facilitando o retorno venoso (Kisner & Colby, 2009). Com a evolução desfavorável do quadro, verificam-se complicações respiratórias, nomeadamente pneumonia e atelectasia, também pela diminuição do reflexo da tosse. A tosse é um mecanismo protetor da árvore brônquica, é através dela que é possível efetuar a adequada limpeza das vias aéreas (Pessoa, 2019). Inicia *cough assist* com benefício, com picos de tosse a rondar os 65l/min. O *cough assist* é um equipamento que aplica ciclos alternados de pressão positiva e negativa, que permite desencadear a tosse e promover a eliminação de secreções (Gomes & Ferreira, 2017). É traqueostomizado, por agravamento do quadro (HTA, taquicardia, dessaturação 80%, sem respostas às hiperoxigenações, dor 10) ao 11º dia pós internamento.

As doenças neuromusculares, por provocarem fraqueza e falência dos músculos respiratórios, conseqüentemente quadros de hipoventilação e retenção de muco propícios à recorrência de atelectasias e infeções respiratórias de repetição, o recurso ao insuflador/exsuflador é uma mais valia, aumentando significativamente a capacidade vital, e melhoria da saturação e ainda é eficaz na resolução de atelectasias e contribuindo para a extubação de utentes com doenças neuromusculares (Pessoa, 2019).

A intervenção do EEER era um trabalho de equipa com a equipa de fisioterapia, para maximizar a recuperação do doente, em trabalho bi-diário, pois um trabalho multidisciplinar promove a melhoria da funcionalidade e o desempenho do seu autocuidado, com preservação da função (Rocha, Barboza, & Speciali, 2017). A intervenção iniciava com RFR com técnicas de otimização da ventilação e re-expansão pulmonar, seguindo-se técnicas de limpeza das vias aéreas, colocando em drenagem postural/drenagem postural modificada, consoante tolerância do doente e auscultação pulmonar, recorrendo à técnica *cough assist* em que era associado técnica de tosse assistida, manobras acessórias, em diferentes posições para potenciar a mobilização de secreções (Gomes & Ferreira, 2017). Seguidamente RFM, com mobilizações passivas de todos os segmentos, atitudes terapêuticas de rolamento, colocação em posição de conforto e relaxamento para otimização da ventilação. No final da intervenção, o doente era posicionado com alinhamento corporal, para uma ventilação adequada, por forma a prevenir defeitos posturais e complicações.

Ao 17º dia é alterada modalidade ventilatória para pressão de suporte que tolera durante 10 minutos com crescendo de tolerância ao longo dos dias.

Desenvolve rotação externa do membro inferior esquerdo e pé equino, que foi corrigido com a colocação de almofadas para o correto posicionamento. Foi efetuado reforço de ensino aos colegas sobre a importância de manter o adequado posicionamento para prevenção de complicações e solicitada colaboração da terapia ocupacional para colocação de tala plantar.

Ao 27º dia, em conjunto EEER e Fisioterapeuta, efetuaram adaptação ao ortostatismo, sentando o doente à beira da cama, com os membros inferiores pendentes (OE, 2013), cinco minutos, sem intercorrências, apenas com controlo da cabeça, sem equilíbrio. Incluída na intervenção diária a adaptação ao ortostatismo e treino de equilíbrio. Score MRC-SS ao 29º dia 2/60, com abdução dos ombros bilateralmente presente, sensibilidade tátil e dolorosa presente na região torácica, abdominal e braços.

A diferença entre a avaliação diagnóstica e a avaliação final pela ENCS e índice de Barthel, reporta agravamento da funcionalidade, pelo agravamento da situação e sem aparentes ganhos em saúde, no entanto, na avaliação final, por término do estágio, ao 35º dia de internamento, verifica-se um Score de 2/60 de força muscular na escala MRC-SS, comparativamente ao 0/60 que se tinha verificado numa fase inicial, hipotonia generalizada, ainda sem equilíbrio estático, mas com maior tolerância ao levantar no leito com os pés pendentes, mantendo-se conectado a ortótese ventilatória em pressão controlada, mas a realizar períodos mais prolongados de pressão de suporte, à auscultação pulmonar apresenta murmúrio vesicular, sem ruídos adventícios, pneumonia resolvida e atelectasia controlada.

De salientar que o utente, atualmente, encontra-se em fase de recuperação no CMR Sul e, quase um ano depois, necessita de uma ajuda mínima sob supervisão para cumprir os seus autocuidados, nomeadamente vestir-se, transferências para cadeira de rodas, mas já consegue ir passar o fim-de-semana a casa. Necessita ainda de apoio noturno de CPAP.

Por último na UCI, foi ainda possível efetuar intervenção a doente com Acidente Vascular Cerebral (AVC).

O AVC é das principais causas de morte em Portugal em 2020, com um aumento, relativamente ao ano anterior, de 4,2% (INE, 2022), sendo também uma das principais causas de incapacidade permanente na população portuguesa. O AVC agudo é uma emergência médica, em que o tempo assume aqui um papel preponderante, para que a reperfusão seja reinstaurada o mais precocemente possível, de forma a diminuir as sequelas, daí foi criada a via verde AVC (Marques-Vieira, Sousa, & Braga, 2017).

O EC8 da entrada no SU após síncope que ocorreu após o jantar, com Glasgow de 8, sem foco neurológico e com taxa de alcoolémia de 0,3, canabinóides positivos. Sem outras alterações, assume-se intoxicação aguda por álcool e fica em vigilância. Por decadência do estado de consciência, é admitido em UCI para vigilância e estudo. Faz exames complementares

diagnóstico, que reflete AVC isquêmico da artéria basilar. Por agravamento respiratório é entubado orotraquealmente e efetuada colheita de aspirados traqueal que isola *Neisseria Meningitidis*. À Avaliação diagnóstica 3 dias após admissão, até ao momento sem critérios de segurança para intervenção, encontrando-se num estado vegetativo em que apresentava abertura espontânea dos olhos, mas sem dirigir o olhar aos estímulos efetuados (Varanda & Rodrigues, 2017). Força muscular 0/60 na escala MRC-SS, com presença apenas de movimentos involuntários reflexos, sem aumento do tônus muscular conforme escala de Ashworth. Conectado a ortótese ventilatória, bem-adaptado, na modalidade de pressão de suporte, à auscultação pulmonar com diminuição do murmúrio e presença de ruídos adventícios, nomeadamente roncos e crepitações, bilateralmente. Testada sensibilidade dolorosa que possui no hemicorpo direito, membro superior esquerdo e ao nível da linha mamilar, sensibilidade térmica presente, com contração muscular do membro inferior esquerdo. Sensibilidade tátil mais difícil de avaliar.

De acordo com Hesbeen (2003), mesmo quando não é possível promover a autonomia e a melhoria funcional, o EEER preocupa-se com o bem-estar, serenidade, mesmo em situações em que a “recuperação do seu corpo deixa de ser possível” (Menoita E. , 2012, p. 29)

No sentido de humanização dos cuidados, procedeu-se ao toque terapêutico, acompanhado de incentivo constante, de estimulação cognitiva, chamando o doente pelo nome, associando algum humor à intervenção para facilitar o processo de relação terapêutica (Menoita E. , 2012). Foram realizadas intervenções bi-diárias num trabalho de parceria com a equipa de fisioterapia, cumprindo RFR, com técnicas de otimização da ventilação e limpeza das vias aéreas, RFM com mobilizações passivas de todos os segmentos corporais, massagem terapêutica, rolamentos, dissociação da cintura pélvica, e posicionamento em padrão anti-espástico. Note-se que a espasticidade resulta da exacerbação de reflexos profundos, que decorrem da hiperexcitabilidade dos reflexo de estiramento, surgindo dos segmentos distais para proximais, e embora seja impossível reduzir o seu aparecimento é possível diminuir o seu desenvolvimento, através do posicionamento adequado e da mobilização precoce (Araújo, Soares, Ribeiro, & Martins, 2021) Uma imensidão de pequenas coisas, que permitem a vivência de emoções nem sempre facilmente compreendidas (Menoita E. , 2012), e foi essa situação que se foi verificando, um corpo imóvel, mas com respostas aparentemente orientadas, com movimentos da cabeça de sim/não, acompanhadas de choro fácil em situações mais sensíveis, mas com manifestação marcada do que era a sua vontade e cumprimento do plano de reabilitação. Recusa implantação de traqueostomia. Numa fase final de intervenção, verifica-se melhoria da força muscular para 10/60 na escala MRC-SS, Escala de Ashworth score de 0, nenhum aumento do tônus muscular, apresentando plegia do hemicorpo esquerdo, e melhoria do padrão ventilatório iniciando

desmame com sucesso, presença de sensibilidade dolorosa em todo o corpo. Tem alta da UCI por gestão de vagas.

Como foi possível observar nos diferentes casos com intervenção do EEER em contexto UCI, a avaliação é praticamente diária, os avanços e recuos são a cada minuto e a intervenção adaptada tendo em conta a situação, tolerância e vontade do doente, pois “Deve-se agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida (...) e que não se limite a uma espera, por vezes vivida como uma espécie de fardo” (Hesbeen, 2003, p. 33).

Ao grupo B a intervenção mudou de contexto, de um contexto totalmente medicalizado (hospital) para o domicílio do doente, um contexto mais humanizado, pessoal e recheado de memórias e vivências. É o contexto privilegiado para efetuar diagnóstico das necessidades da pessoa e da sua família. Em que a família assume um papel fundamental no cumprimento do plano de reabilitação, afinal é necessário reconhecer a prática do prestador de cuidados para que ele seja autor e ator de qualidade (Hesbeen, 2003).

Para discussão, deste grupo, iniciar pela ideia de Hesbeen (2003), que refere que “o objetivo da “cura” do corpo, é muito relativo” (p. 27). O domicílio é o contexto que permite ir ao encontro da individualidade da pessoa/familiar cuidador/família, confrontando-se com a realidade do dia a dia dos mesmos, e as adaptações ao longo do ciclo de vida (Oliveira, Couto, & Silva, 2021). Em que são premissas fundamentais a consciência e o conhecimento relativamente às necessidades do outro. Assim ao EEER compete compreender as alterações funcionais da pessoa, as necessidades da pessoa/cuidador familiar, facilitando o processo de transição e adaptação. Portanto, é missão do EEER recuperar a estabilidade e o bem-estar, empoderar e capacitar da pessoa/cuidador familiar dando continuidade à vida de todos (Oliveira, Couto, & Silva, 2021).

Por forma a sistematizar a intervenção do ER foi desenvolvido um plano de intervenção que partiu do modelo do autocuidado desenvolvido, adaptando a cada situação. Com a aplicação do índice de Barthel e da ENCS foi possível definir o perfil funcional da pessoa idosa, onde se objetivou uma melhoria do índice de independência da avaliação diagnóstica para a avaliação final, assim como uma melhoria da funcionalidade. Assim, de acordo com os resultados do índice de Barthel, numa fase diagnóstica, 3 pessoas encontraram-se classificadas como totalmente dependentes em que após a intervenção, 2 mantiveram a dependência total, mas com melhoria do score, EC11 melhorou para severamente dependente e tivemos a evolução de moderadamente dependente para ligeiramente dependente no EC10.

Relativamente aos resultados extraídos pela ENCS, três EC mantiveram problema grave, mas com melhoria do score, e um deles manteve o perfil funcional de moderado, também com melhoria do score do inicial para final. Neste caso, apesar de a pessoa cuidada não ser o especial foco deste projeto, a verdade é que também ela é alvo de intervenção do EEER. No EC9 e EC11,

foi possível efetuar treino de equilíbrio, adaptação ao ortostatismo, transferência para cadeirão/cadeira de rodas além de mobilizações passivas, melhorando as amplitudes articulares, que em EC9 apresentava alterações importantes ao nível dos joelhos - joelho direito graus de movimento 40-78º e no joelho esquerdo 10-130º na avaliação diagnóstica, tendo evoluído para 20-90º no joelho direito e no joelho esquerdo 0-140º; verificou-se a melhoria da dor em todos os casos. Foi possível efetuar levantar de EC9 para cadeirão, quando, até então, se encontrava confinado ao leito, com oximetrias a rondar os 98%, comparativamente aos iniciais 92%. EC11 conseguia já permanecer períodos mais longos sentado na cadeira de rodas, situação que inicialmente não era possível, tendo sido necessário além da adaptação ao ortostatismo, pedir colaboração da equipa multidisciplinar médico e nutricionista, para se efetuar ajuste medicamentoso e alimentar.

Atente-se ao facto de o Ser humano ser um ser móvel, em que a mobilidade é crucial para a promoção da qualidade de vida (Carvalho D. , 2021). Os idosos são mais vulneráveis, e Czaplinski (2014), refere mesmo que 29-65% dos adultos que são hospitalizados experienciam declínio na função e mobilidade. Desta imobilidade, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013, p. 23), em que a pessoa é “incapaz de mover uma parte do corpo, ou a totalidade, em consequência de uma doença crónica, deficiência ou tratamento, podem ocorrer, num período de tempo mais ou menos longo, complicações decorrentes dessa imobilidade em cada um dos sistemas orgânicos”. De forma a prevenir complicações, foi efetuada intervenção de ER, pelo que foi possível evoluir de uma situação de imobilismo para pessoa sentada no cadeirão, tolerando e com equilíbrio preservado nesta posição. Além da resolução das situações de úlceras de pressão que também foram possíveis observar na avaliação inicial (EC9, EC11 e EC12), foi possível reduzir a dor (em todos os EC), reduzir episódios de acumulação excessiva de secreções (EC9, EC12), reduzir as situações de hipotensão ortostática (EC9, EC11 e EC12), e melhorar o padrão de sono (EC9).

Verificou-se uma melhoria no desempenho do autocuidado no EC10, onde foi possível efetuar ensinamentos de vestir/despir, transferências, treino de marcha com andarilho, com evolução favorável, sendo que inicialmente o doente necessitava de apoio de terceiros para desempenhar o seu autocuidado em todos os domínios, num sistema parcialmente compensatório e houve uma melhoria do score, que apesar de se manter num problema moderado, o nível de desempenho do autocuidado evoluiu consideravelmente com ganhos na ordem dos 30%, encontrando-se maioritariamente limitado pela presença de úlcera arterial no membro inferior esquerdo, muito extensa, e pela fraca adesão ao regime terapêutico, apesar dos constantes incentivos e alertas sobre a importância da adesão ao regime terapêutico.

Objetivou-se em EC12, sem ganhos no autocuidado, uma situação complexa, rara, de uma patologia degenerativa do sistema nervoso central, paralisia supranuclear progressiva, com oftalmoparésia supranuclear vertical, postura em extensão, expressão facial de “espanto”, rigidez acentuada, disartria, apresentando uma escoliose acentuada (Silva, Araújo, Campos, Araujo, & Dutra, 2019), no entanto foi efetuada capacitação do cuidador familiar para o posicionamento adequado.

Dos dados recolhidos, verifica-se que os doentes mais dependentes apresentam maior risco de desenvolver úlceras de pressão, mas com um baixo risco de queda ou mesmo sem risco.

EC11 apresentava disartria e alterações da sensibilidade e da motricidade orofacial, encontrando-se entubado nasogástricamente. Foi efetuada avaliação da deglutição numa fase em que o utente se encontrava mais colaborante, após se conseguir que o utente já tolerasse a posição sentado, mas no momento de avaliação ainda sem segurança para alimentação para via oral, apesar de consciente orientado e colaborante, não passou no teste preliminar de deglutição indireto (GUSS), foi orientado para terapia da fala no hospital, no entanto era necessário trabalho de adaptação ao ortostatismo, que o doente numa fase inicial ainda não apresentava. Foi efetuada intervenção com melhoria da simetria, força dos músculos da face, mandíbula, língua, cavidade oral, melhoria no reflexo de tosse, mas no final da intervenção ainda sem via oral segura, que permitisse a retirada da sonda nasogástrica. Verificaram-se francas melhorias na disartria, passando de um discurso impercetível para um discurso completamente compreensível, com capacidade de manter um diálogo constante.

A nível funcional, o que podemos observar são utentes que necessitam de um conjunto de intervenções, para que as pessoas possam recuperar o seu autocuidado, aqui oscilando entre sistema parcialmente compensatórios, onde o enfermeiro ou o cuidador familiar compensam as limitações da pessoa, e o totalmente compensatório onde se verifica o apoio integral no autocuidado e de uma forma universal (Fonseca C. , 2013). O número crescente de população idosa, com limitações no desempenho das suas ABVD, levou a um aumento dos cuidadores informais nos últimos anos, principalmente os cuidadores familiares. Este tipo de transição para papel de cuidador, nem sempre é acompanhada de ânimo leve, preparada ou efetuada uma instrução digna, pelo que os cuidadores experienciam muitas vezes níveis de sobrecarga intensos.

Assim, é premente refletir sobre outro ponto importante da recolha de dados, a identificação das necessidades de aprendizagem dos CF. Através deste levantamento, através da aplicação NACI, foi possível identificar necessidades de aprendizagem do CF sobre cuidados a prestar ao seu familiar, nomeadamente: levante/ transferência; higiene; vestuário; posicionamento; controlo da dor; produtos de apoio; prevenção de quedas; prevenção de úlceras por pressão;

Alimentação; Comunicação; Uso do sanitário; Eliminação vesical e intestinal; Marcha/ auxiliares de marcha e Exercícios terapêuticos.

Como já referido ao longo do enquadramento conceptual, a preparação da pessoa para ser cuidador familiar é insuficiente, uma vez que maioritariamente não se encontram capacitados para tal, nem é dado espaço para essa capacitação e treino de competências em local seguro, com a devida instrução e supervisão. Abreu et al. (2019), no seu estudo, revela como necessidades importantes: preparação de alimentos, administração de medicação, higiene da casa, uso do WC, comunicação, eliminação vesical e intestinal, prevenção de quedas.

A intervenção de EEER, teve por base o perfil funcional da pessoa idosa, as necessidades de aprendizagem do CF para ir de encontro às suas reais dificuldades, partindo da ideia que CF de doentes com maior dependência revelam maiores dúvidas, receios e medos no processo de cuidados (Martins C. C., 2014), situação que ficou comprovada com o estudo efetuado, em que as pessoas com um Barthel mais elevado, o CF relevou maiores necessidades de aprendizagem, nos diferentes itens de avaliação. Os itens onde os cuidadores familiares revelaram mais comumente dificuldades foram: alimentação; levante/transferência; posicionamento, marcha/auxiliares de marcha; exercícios terapêuticos prevenção de quedas e prevenção de úlceras de pressão. Alimentação porque os EC9, EC11 e EC12 encontravam-se entubados nasogástricamente, pelo que revelou défices de conhecimento no modo de preparação dos alimentos, quantidades, formas de administração, posicionamento, motivado pelas altas precoces e sem ser dado tempo ao prestador de cuidados para ser ensinado, instruído, treinado e supervisionado a fazê-lo, mas tanto no internamento hospitalar como nas unidades da RNCCI, onde os doentes tiveram oportunidade de passar, em nenhum dos locais é mencionada essa intervenção, sendo esta situação reforçada pela informação do CF que nunca lhe foi dado tempo para tal. Houve necessidade de uma intervenção completa, explicando o motivo pela qual os doentes estavam entubados, e o motivo pela qual não tinha via oral segura (muitos não entendiam a necessidade de manter uma SNG e por vezes arriscaram administrar alimentação por via oral) para perceber os conhecimentos que possuíam, as competências que tinham mediante os seus medos e ansiedades, para depois poder desmistificar e orientar conhecimentos e praticas para promover a segurança do doente; levante/transferência porque ou não o faziam até a visita do EEER ou faziam-no de forma errada, sem a devida ergonomia corporal tanto sua como do próprio doente, substituindo completamente o doente, mesmo que ele tivesse capacidade para o fazer. Situações que foram corrigidas e no final da intervenção, o CF apenas supervisionava o momento de transferência no caso de EC10, e nos restantes casos, à exceção de EC12, já participavam de forma mais ativa no levante/transferência do seu familiar, na adaptação ao ortostatismo, mantendo a devida mecânica corporal. Já no posicionamento, os

conhecimentos eram praticamente nulos, havendo necessidade de elucidar sobre a importância da alternância de decúbitos no doente dependente na prevenção de complicações e como fazê-lo. Foi possível melhorar conhecimentos sobre este item. Situações com níveis de dependência maior, tiveram necessidade de maior intervenção. Intimamente ligada a esta situação apresenta-se a prevenção de úlceras de pressão, que alguns dos CF não possuíam sequer conhecimentos sobre este item, no entanto, como todos eles tinham presença de úlceras de pressão, foi facilitador para os cuidadores perceberem que a aquisição de conhecimento e a mudança de comportamento previnem úlceras de pressão e que tem efeitos importante no bem-estar e qualidade de vida do doente e do CF, pois muitas vezes “olhos que não veem coração que não sente”.

Exercícios terapêuticos objetivou-se como um problema completo, pois muitos dos CF não sabiam como mexer no doente, tinham medo de magoar, provocar algum desconforto, por já serem idosos, por terem associadas patologias oncológicas, por apresentarem rigidez ou por se apresentarem emagrecidos, à medida que foi efetuada intervenção junto dos doentes, com participação do cuidador foi possível diminuir os medos e possibilitar a aquisição de conhecimentos.

Foi necessário efetuar algumas adaptações dos domicílios para tornar o ambiente mais funcional para os doentes e para os seus cuidadores, apesar de já possuírem wc's adaptados, por vezes algum mobiliário não facilitava a mobilização dos doentes, ou mesmo a estimulação cognitiva dos mesmos (um dos EC encontrava-se a viver numa garagem, com pouca luminosidade, e sem luz natural, sem qualquer estímulo auditivo, visual).

4.3. Domínio emocional ou psicossocial

O comportamento autocuidado encerra em si o domínio emocional ou psicossocial, quer isto dizer que as ações da pessoa comportam atitudes, valores, desejos, motivações e percepção de competências para conseguir alcançar os objetivos estabelecidos (Petronilho & Machado, 2017). Na intervenção do EEER, é essencial o respeito pela individualidade da pessoa, como parte integrante de uma família e de uma comunidade (Griffin-Musick, Off, Milman, Kincheloe, & Kozlowski, 2021), de forma a potenciar as capacidades funcionais da pessoa, melhorando a qualidade de vida da pessoa e da sua família. Encontrando-se, a pessoa, com necessidade de cuidados de forma parcial ou totalmente compensatória, deve ser ela responsável pela forma

como os cuidados lhe sejam providenciados, indo de encontro as suas preferências e necessidades, promovendo a sua autodeterminação (Hoeman, 2011).

O familiar cuidador é a melhor pessoa para assumir a prestação de cuidados ao doente dependente, uma vez que é aquela pessoa que melhor conhece a pessoa, o ambiente envolvente, e as pessoas significativas, no entanto, em muitas situações, este cuidador familiar não tem formação específica para a complexidade de cuidados que são necessários, mas tem uma representação simbólica e humana incomparável, envolvendo vínculos e histórias (Sequeira, 2018), que vai ter uma larga interferência no domínio emocional e psicossocial do autocuidado.

Os planos de intervenção instituídos, foram planos individualizados ajustados as necessidades de cada pessoa/cuidador, tentando responder o máximo possível às necessidades, na medida em que “a eficácia desta ajuda só poderá ser real se ela fizer sentido para a existência de quem é cuidado” (Hesbeen, 2003, p. XIII), em que “a ambição desta ajuda não é unicamente a reparação do corpo – ainda que esta hipótese tenha de ser admitida – mas o bem-estar da pessoa na singularidade da sua existência” (Hesbeen, 2003, p. XV), reconhecendo “a dignidade absoluta desse outro, (...) é recusar-se a desumaniza-lo, pensando por ele, substituindo-se a ele; é permitir-lhe que seja ou que volte a ser ele mesmo o criador da sua história de vida” (Hesbeen, 2003, p. XV).

No grupo A, principalmente nos doentes do foro cirúrgico, a preocupação com a fase de recuperação foi uma constante, pela demora, pela dor, desconforto que pudessem sentir, pelas vivências passadas, representando um importante desafio para a pessoa. A osteoartrose pela sua natureza degenerativa crónica, caracteriza por dor, rigidez, atrofia muscular, prejudica a qualidade de vida, podendo levar a importantes quadros de incapacidade, principalmente para pessoas idosas (Sousa & Carvalho, 2017). A intervenção no pré-operatório, na promoção de educação para a saúde, e fornecimento de informação sobre a cirurgia, e o período de recuperação permitiram reduzir a ansiedade e permitir que as pessoas estivessem preparadas para os procedimentos pós-operatórios, assim como cuidados a ter nesse período. EC1, por se tratar se uma situação traumática resultado de uma queda efetuando artroplastia total da anca, suscitou na pessoa maior medo/ansiedade por não conseguir voltar a ser independente nas suas ABVD's e no seu autocuidado, contudo com o apoio efetuado ainda no período pré-operatório, em continuum no pós-operatório, 1º levante, permitiu a pessoa ganhar mais confiança e segurança no desempenho dos seus autocuidados, progredindo para levante do leito autonomamente, assim como os restantes autocuidados, com a exceção do treino de marcha que era supervisionado). Já EC2 e EC3, trataram-se de situações programadas, de cirurgias no âmbito de Sistema informático de gestão de inscitos para cirurgia (SIGIC) para artroplastia total

do joelho, que apesar de não serem situações acompanhadas de menos ansiedade, são situações que pelo menos já há algum preparo prévio, assim como aconselhamento e acompanhamento. No entanto, a intervenção também teve início no período pré-operatório, houve oportunidade de acompanhar os doentes durante as suas cirurgias, efetuar o 1º levante, e manter o acompanhamento até à alta. O estabelecimento de uma relação terapêutica, permitiu reduzir momentos de stress, assim como facilitar o processo de reabilitação.

Os ganhos foram objetivados pela ENCS na dimensão “aprendizagem e funções mentais” (avalia a adequação, regulação e amplitude das emoções (Fonseca C. , 2013)), em média de 3,34% para os doentes do foro cirúrgico. A intervenção pré-operatória muito validou estes ganhos, assim como o não agravamento desta dimensão, acabando por revelar que o apoio constante durante todo o processo traz benefícios e permite que o processo seja mais tranquilo.

Na UCI, EC4 durante a intervenção de reabilitação, nos momentos em que se encontrava mais cooperante, conseguia sempre de alguma forma mostrar força e ânimo. O seu internamento em UCI foi repleto de intervenções dolorosas, em que muitas vezes a pessoa não tinha capacidade para falar ou para se mexer, num lugar estranho, rodeado de pessoas que não lhe dizem nada. Momento que é marcado pela solidão (Castro, Vilelas, & Botelho, 2011). No entanto, um simples olhar, mostrava o quanto queria sair daquela situação, e o quanto agradecia a presença e o esforço dos profissionais em prol da sua sobrevivência. Numa fase final já após ter deixado a UCI fez visita à unidade, mostrando-se contente por poder visitar o local onde tinha memórias pouco nítidas, encontrando-se emocionado por ter conseguido ultrapassar uma fase crítica da sua vida, onde esteve entre a vida e a morte. Foi ainda visitado pelo EEER nos cuidados intermédios para uma última intervenção, o qual agradeceu toda a dedicação de toda a equipa UCI e mostrou-se muito grato e emocionado. EC5, apresentava uma labilidade emocional enorme, durante todo o internamento em UCI, tanto que inicialmente encontrava-se pouco colaborante nos cuidados. Com a intervenção do EEER, acompanhamento constante, perceber que afinal, mesmo tendo COVID era possível iniciar reabilitação e toda a intervenção efetuada, a reabilitação era possível, onde até ao momento o contacto era reduzido ao mínimo indispensável. Chorou no momento em que caminhou pela primeira vez após a entrada em UCI e voltou a ver o sol à janela. EC6, acabou por falecer, tendo permanecido a maior parte do tempo sedado, pelo que a nível emocional não foi fácil a avaliação.

EC7 que entrou em UCI orientado, calmo e colaborante, viu-se progressivamente a perder funcionalidade, sensibilidade, capacidade de resposta motora. Consoante os dias foram passando, e os testes que eram efetuados, a solicitação para cumprir pequenos comandos, que não conseguia, vendo aos poucos a sua situação clínica a agravar, nomeadamente a ser entubado orotraquealmente, traqueostomizado, que apesar dos incentivos, dia após dia não

conseguia sentir em si melhorias no quadro clínico, levou a momentos de depressão, labilidade emocional, choro constante, apatia, nem sempre fáceis de reverter. O apoio da equipa foi fundamental, acreditar pelo doente, fazê-lo acreditar, não o deixar desistir, pedir-lhe colaboração e estar presente, a arte da presença permite coisas extraordinárias, e em momentos tão vulneráveis, como o medo pela vida.

EC8 apresentando uma tetraparésia, vários foram os momentos de labilidade emocional, choro constante, difícil de gerir. Sentir-se preso no próprio corpo com uma fraca resposta à estimulação constante, levaram o doente a recusar reabilitação, a recusar implantação de traqueostomia e a ter fácies de profundo desespero e angústia. Ter sensibilidade, e um olhar atento e singular, a situação de cada pessoa, foi a principal preocupação. Carregar algo tão pesado, como o sofrimento em que este doente se encontrava, onde “a bússola deixa de apontar direcções, o horizonte ensombra-se ou a visão que se tem dele parece afastar-se de tal modo dos projetos esboçados e dos prazeres esperados, que o futuro dificilmente poderá ser considerado como desejável” (Hesbeen, 2003, p. 7) o conforto, o bem-estar foi a prioridade da intervenção do ER (Hoeman, 2011).

Os ganhos médios traduzidos pela ENCS no item aprendizagem e funções mentais, foi de 11,11%, no entanto o EC7 teve um agravamento de 30% devido ao agravamento da sua situação clínica e o EC6 acabou por falecer, não se objetivando ganhos.

Quanto ao grupo B, os ganhos médios foram de 9,15%. EC9 e EC12, com antecedentes de depressão, encontrando-se consciente, mas com afasia, mas a verdade é que com o continuar das visitas domiciliárias, numa “presença planeada para ser continua” (Hesbeen, 2003, p. 86) numa intervenção com a doente e com o seu familiar, foi possível perceber alguma tranquilidade no olhar e no toque, a resposta ainda que por vezes pouco compreensível ao “bom dia” e ao “até a próxima” com um “obrigada”, e o familiar manifestar maior disponibilidade e percepção de atenção quando ele mesmo falava com o doente. São pequenas coisas que criam raízes, uma atenção salvadora, capaz de tranquilizar e consolar (Hesbeen, 2003).

EC10, insuficiente renal crónico, dores intensas provocadas por uma úlcera arterial já com alguns meses de evolução e com fraca adesão ao regime medicamentoso, passava mais tempo na cama, isolado e em solidão com a sua doença. Valia a esposa que insistia na esperança, mas acabava por substituir o doente em tudo, mesmo no que era capaz de fazer. A intervenção do EEER permitiu aumentar a confiança, a esperança e mostrar que desistir não era ainda o momento, a presença frequente para além do tratamento à sua ferida, trabalhar a funcionalidade, melhorar a capacidade eram também um objetivo, acabou por roubar sorrisos de agradecimento da díade doente-cuidador familiar, com o que foi possível obter de ganhos. Pois “acontece, no entanto, muitas vezes, que os que recebem cuidados não vislumbram no seu

horizonte qualquer sol, qualquer lugar para onde ir, qualquer direcção a seguir. É nestes casos que o prestador de cuidados pode ajudar a iluminar o horizonte, a descobrir saídas ocultas e a aumentar o campo do possível” (Hesbeen, 2003, p. XIV).

Já EC11, um doente paliativo, com uma labilidade emocional grande por se encontrar entubado, emagrecido, com falta de força muscular, confinado à cama pelos constantes episódios de hipotensão, com uma tristeza por não conseguir ser independente e autónomo como outrora. Foi necessário estabelecer com ele e com a esposa pequenos objetivos, para que se fossem alcançando pequenas vitórias, levando a uma melhoria do estado emocional, que culminou no momento em que foi possível sentar-se na cadeira de rodas, e posteriormente, efetuar treino de marcha com andarilho. A retirada da SNG, os avanços foram mais limitativos, por o doente apresentar uma disfagia severa.

“Os próximos do doente incluem-se no grupo de actores não profissionais da equipa e são eles próprios abrangidos pelo processo de reabilitação” (Hesbeen, 2003, p. 65). Aos cuidadores, parte essencial do projeto de intervenção, procurou-se desde a avaliação diagnóstica, envolvê-los no processo de cuidados e no plano de reabilitação, sendo também eles uma preocupação e foco do EEER.

Com o acompanhamento de perto do cuidador familiar, foi possível monitorizar situações de sobrecarga, bem-estar, qualidade de vida, reconhecendo os seus conhecimento e capacidades, necessidades. Pois uma grande maioria dos cuidadores acabam por não conseguir cuidar de si mesmos, deixando para segundo plano a resposta às suas próprias necessidades, sentimentos, emoções face à experiência do cuidar (Sequeira, 2018). Se um dos objetivos se prende com a capacitação do cuidador familiar para o seu próprio autocuidado e para dar resposta ao autocuidado do outro, foi necessário disponibilizar tempo ao CF para falar em particular dos seus sentimentos, receios, medos, necessidades.

O stress emocional que é gerado pela responsabilidade do papel de prestador de cuidados de uma pessoa é potenciado pela dificuldade em gerir o seu próprio tempo, assim como os seus relacionamentos afetivos, medos e ansiedades, e a responsabilidade de assumir o cuidado ao outro, e que dependente de si (André, Nunes, & Rodrigues, 2013).

O CF9, encontrava-se muito ansioso pela situação de dependência da sua mãe ter agravado no último internamento, tendo inclusivamente vindo entubada nasogastricamente, com tosse persistente, e com um novo diagnóstico – Diabetes Mellitus tipo 2 – o que despoletou neste cuidador um quadro de ansiedade, repercutindo-se também o seu relacionamento e no sono noturno, pelo que a equipa decidiu orientar para o psicólogo da equipa para acompanhamento (Leal, 2000). Desta forma, e com o acompanhamento constante da utente e do seu cuidador, desmistificando situações complexas, dotando o cuidador de informação sobre a situação

patológica da mãe e formas de atuar, resolução de problemas (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021), foi possível diminuir a sobrecarga deste cuidador, pois a capacitação melhora as consequências negativas associadas ao papel de prestador de cuidados, tal como se verificou neste caso que embora mantendo-se intensa, houve uma melhoria do score. Notando-se mais à vontade nos cuidados à mãe aquando das visitas efetuadas, assim como mais leveza em referir os seus medos e sentimentos. Foi possível perceber que a esposa do senhor era um fator importante neste processo, pelo que sempre que possível a equipa incluiu-a também nos cuidados para haver uma maior proximidade, envolvimento da família para apoiar este prestador de cuidados e o idoso (porque segundo o filho, a nora e sogra tinham boa relação e não parecia haver conflitos anteriores). Sendo filho único, encontrando-se em teletrabalho, acaba por ter que gerir toda esta situação do cuidar de forma solitária, e isolada, pelo que o impacto na sua saúde mental foi importante. Mas foi efetuado um trabalho conjunto com o mesmo de forma a se sentir “reconhecido e valorizado (...), um elemento da equipa de saúde, onde o seu papel é fundamental para a saúde e bem-estar da pessoa dependente (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021)”. Esta centralidade que foi dada ao doente, mas também ao seu cuidador, permitiu uma maior satisfação por parte de ambos, revelou-se bastante efetivo.

CF10, a aguardar cirurgia às cataratas, muito preocupada com o marido, uma vez que ele necessitava de apoio no desempenho dos seus autocuidados pois “depende de mim para tudo” (sic). Após avaliação foi possível perceber que o doente tinha potencial de reabilitação, foi efetuado reforço da força muscular, treino de autocuidado vestir/despir, pentear, comer e beber, transferências, treino de marcha com andador com melhoria consideravelmente da sua funcionalidade. Foi ainda capacitado o cuidador familiar para, tendo em conta a evolução positiva que o doente apresentou, efetuar a supervisão e apoio apenas no que o doente não conseguia fazer e não a substituição total do doente no desempenho do seu autocuidado. Com pequenas intervenções, pequenas alterações no dia a dia e na forma de abordagem do CF e do doente na resposta aos seus autocuidados, foi possível reduzir uma sobrecarga intensa para ligeira, partindo a CF para cirurgia de forma mais tranquila, pois o cuidador tem que priorizar a sua saúde (Leal, 2000) para conseguir cuidar com qualidade.

Ao CF11, que tinha uma vida construída com o EC11, de parceria e cumplicidade, a prestação de cuidados ao marido era algo prazeroso, mas alguns receios pelos desconfortos que ele pudesse sentir, dor, o facto de não conseguir alimentá-lo via oral e sentá-lo numa cadeira, esta degradação do estado de saúde do seu marido provocava-lhe tristeza e apreensão pelo futuro. No entanto o cuidado do marido era, numa fase inicial, acompanhado de uma sobrecarga ligeira, que com a intervenção do EEER, em termos de melhoria da funcionalidade, e capacitação desta

CF foi possível reduzir esta sobrecarga. O ambiente era tranquilo e cada vez mais amistoso, tanto para a cuidadora como para o doente.

Por último, CF12, um senhor de 82 anos. Via-se agora na condição de cuidador com pouco apoio da família, com uma situação de dependência grave e que nem sempre ele conseguia perceber, porque nunca lhe foi explicado, o motivo pela qual a esposa se encontrava cada vez mais dependente e com maior exigência de cuidados. Como também nunca ninguém lhe explicou os cuidados a uma pessoa que se encontra confinada a cama e agora com a agravante de se encontrar entubada. Cuidados muito exigentes, para a sua já madura idade, daí a sua sobrecarga intensa. O ensino de alimentação por sonda nasogástrica foi efetuado à neta, que raramente prestava cuidados à idosa. Com o apoio da Equipa, e a intervenção do EEER na capacitação do cuidador familiar foi possível melhorar a condição respiratória, cicatrizar úlceras de pressão através do posicionamento, promover a estimulação diurna, corrigir a abordagem nutricional que era extremamente deficitária, conseguindo que o CF adquirisse uma liquidificadora e passasse de uma alimentação à base de produtos proteicos para uma alimentação mais equilibrada e natural, sendo reforçada pelos produtos proteicos. A falta de informação é um fator preditor de sobrecarga do CF, pois para a transição seja efetuada de forma mais tranquila, o prestador de cuidados tem que ser dotado de conhecimentos e perceber a condição de saúde do seu familiar é basilar (Plöther, Schmidt, Jong, Zeidler, & Damm, 2019).

Em suma, os ganhos médios de funcionalidade gerais são de 8,22% no grupo A e de 8,66% no grupo B, onde se evidenciaram ganhos com a intervenção do EEER, na melhoria da capacitação do doente e do seu cuidador, conhecimento sobre o plano de reabilitação, sempre com vista à integração de conhecimentos, capacidades e atributos pessoais (Barata, 2017) que possam permitir uma autonomia na autogestão da doença, seja pelo doente, seja pelo cuidador familiar que a assume (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021).

Apesar de diferentes contextos, a obtenção de ganhos com a intervenção do EEER é inequívoca em vários domínios, desde a situação aguda à situação crónica, desde o doente crítico ao doente paliativo, pelo que é possível, através da intervenção do EEER proporcionar respostas mais adequadas às necessidades das pessoas potenciando a sua qualidade de vida.

De uma forma geral, vários foram os ganhos observáveis com a capacitação do doente e do seu cuidador familiar, e de uma forma resumida são explanados no quadro seguinte:

Quadro 16 – Ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação

Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: Ganhos sensíveis dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Indicadores de resultado	Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação
Estado funcional	Melhoria o estado funcional e social da pessoa Melhoria do equilíbrio Melhoria no desempenho do autocuidado
Capacitação para o autocuidado	Educação do binómio pessoa/cuidador familiar Melhoria dos conhecimentos e competências do cuidador familiar na prestação de cuidados ao utente
Controlo de sintomas	Melhoria na dor Melhoria da ventilação
Satisfação da pessoa/cuidador familiar	Diminuição da sobrecarga do Cuidador familiar, ansiedade, depressão, maior apoio ao cuidador familiar Promoção da qualidade de vida da pessoa/cuidador, e do bem-estar
Capacitação para o conhecimento	Melhoria do conhecimento sobre a doença Melhoria do conhecimento sobre as necessidades de aprendizagem do Cuidador familiar ao doente dependente
Utilização dos serviços de saúde	Melhoria do estado de saúde Prevenção de complicações decorrentes da imobilidade Redução dos internamentos hospitalares/agudizações, diminuição dos custos em saúde Continuidade de cuidados no domicílio, acompanhamento
Relação profissional pessoa/cuidador	Adesão ao plano de reabilitação Melhoria na satisfação das necessidades

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

“O conhecimento em si mesmo não tem nenhum valor. É o uso do conhecimento que o torna valioso” Les Giblin

É deste processo de diálogo interior entre o pensar e o fazer, baseado em evidência científica e conhecimentos científicos sobre a ação e a reflexão sobre a ação que surgem novos conhecimentos, novas habilidades e atitudes, sendo vital para a prática de Enfermagem, assentando em domínios fundamentais como a relação, a tomada de decisão e o respeito pela dignidade e liberdade humana.

A “finalidade e (...) a ação da Enfermagem que, do ponto de vista do princípio, começa com o ensino para ser enfermeiro, prossegue com as experiências profissionais num continuum, desenvolve-se com a formação pós-graduada e a investigação, dissemina-se a partir da reflexão e das evidências difundidas, amplia-se pela transferência do conhecimento e o impacto na vida das pessoas, famílias, grupos, sociedade.” (Nunes, 2013c).

Destarte, “A formação em enfermagem é um processo contínuo e complexo que permite a aquisição de saberes, onde se engloba o saber fazer e o saber ser” (Ferreira, 2017, p. 78). Desta aquisição de conhecimentos, de crescente rigor científico, e desenvolvimento de competências, evidencia-se uma prática clínica com maior qualidade, mais exigente e diferenciada (Ferreira, 2017). Afinal a formação é uma área incontestável da enfermagem, um dos pilares mais importantes para o desenvolvimento de competências e para cuidados mais humanizados e integrados.

Competência, reporta-se à incorporação de valores e princípios éticos, conhecimentos e habilidades especializadas, com vista ao desempenho competente, estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda, partindo de experiências ou aprendizagens adquiridas. Implica um saber mobilizar (mobilizar conhecimentos, qualidade para resolver problemas), um saber integrar e combinar múltiplos heterogêneos (integrar recursos, mediante o contexto, para solucionar um problema de forma personalizada e individualizada), um saber transferir (reflexão sobre a prática, reinvestindo a sua experiência sobre a prática), um saber-agir (mobilizar conhecimentos que se traduzem em atos), um saber aprender e saber aprender a aprender (através das experiências há uma transformação da ação e criação de saber, promove indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem) (Barata, 2017). Pois, atente-se que a formação é responsabilidade de cada um, para si mesmo, para com a profissão e para as pessoas que se cuidam (Fernandes & Sá, 2021).

5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Com as exigências da comunidade científica e técnica e consequentemente da sociedade em questões de saúde, a formação de base não é suficiente para conseguir, de forma eficiente, dar resposta a todos os desafios impostos, pelo que cada vez mais a formação deve ser uma prioridade, em que a formação especializada torna-se uma exigência do cuidar (Hesbeen, 2003).

O enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019a, p. 4744), e apresenta

um conjunto de competências comuns que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a, p. 4745).

A Ordem dos enfermeiros define esferas de ação que compreendem quatro domínios de intervenção: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019a).

A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Competências:

A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional

A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Para desenvolver as competências que este domínio exige, foi necessário partir de uma premissa basilar: “desenvolver uma prática profissional mediante processos de tomada de decisão ética, suportada por princípios, valores e normas deontológicas” (Fernandes & Sá, 2021).

Ao longo da prática clínica e da vida profissional uma tomada de decisão baseada em normas deontológicas, princípios e valores é uma realidade, pelo que no decorrer dos diferentes ensinamentos clínicos, a intervenção permitiu aperfeiçoar competências e comportamentos.

Este agir profissional assenta na “preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2015a, p. 80) que é basilar para uma prática de cuidados baseada na evidência, no respeito pelos aspetos deontológicos e legais da profissão, cumprindo o disposto no Código Deontológico dos Enfermeiros.

O estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e o seu cuidador, assim como com todos os envolvidos no processo de cuidar e da equipa multidisciplinar promoveu a construção de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação ajustado à pessoa e/ou cuidador familiar, promovendo o direito à informação, apoiando a tomada de decisão e respeitando a sua vontade.

Pela tipologia de utentes com que se contactou ao longo deste percurso, em cada contexto, verificamos que nem sempre as pessoas tinham autonomia na tomada de decisão, várias foram

as reflexões em equipa para facilitar este processo. Assim, sempre que isso não era possível, no doente crítico, por exemplo, havia a preocupação de verificar a existência ou não de uma Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) e em contexto domiciliário, a estratégia passou por envolver a família, de forma a possuir mais informações sobre valores, crenças e costumes da pessoa, para que as intervenções implementadas fossem ao encontro das preferências da mesma, salvaguardando princípios de beneficência, não-maleficência e da justiça.

A promoção da autonomia, foi parte integrante da prestação de cuidados especializados, partindo do projeto de saúde da pessoa, que potenciou as capacidades da pessoa e/ou cuidador familiar, conhecimentos e melhoria no desempenho do autocuidado, numa relação de parceria, enfermeiro-pessoa/CF, em que informados sobre os cuidados mais adequados, pudessem decidir qual caminho seguir, fazendo parte do planeamento, implementação e avaliação, ajudando a pessoa/família a alcançarem o máximo potencial de saúde, incluindo adaptação do ambiente, facilitação de processos de transição e otimização de recursos.

A relação enfermeiro-pessoa/CF foi envolta numa preocupação constante pela concretização e proteção dos direitos dos doentes, assim como a sua segurança, no respeito pela sua privacidade e dignidade, confidencialidade dos dados, reportando-nos especialmente à população-alvo deste relatório, não havendo locais que os identificasse e onde foi preservada a sua identidade, tendo manifestado o seu consentimento informado, salvaguardado pelo dever de sigilo (artigo 106º, (OE, 2015a, p. 84) que todos os enfermeiros estão sujeitos, numa tomada de decisão que respeitasse a autodeterminação, liberdade da pessoa humana, num plano de intervenção que era discutido com a pessoa/cuidador.

Por se tratar de situações complexas, de doentes em risco de vida, doentes em situações vulneráveis, de extrema fragilidade, cronicidade, e mesmo situações agudas, promotoras de ansiedade e medos como é o caso de intervenções cirúrgicas (sejam elas programadas ou não), foi garantido o melhor cuidado possível (artigo 104º, (OE, 2015a), com vista à prevenção de complicações e à segurança da pessoa. Na atenção de um bem comum, salvaguardado valores como a solidariedade e a justiça (artigo 99º (OE, 2015a)) e os direitos humanos com vista à dignificação da pessoa humana, o respeito do direito à vida e à qualidade de vida (artigo 103º, (OE, 2015a)), maximizando a satisfação do doente/cuidador familiar.

A intervenção efetuada com os diferentes atores, nos diferentes contextos, revelou ganhos, de onde emergiu a satisfação da pessoa/cuidador, adesão aos planos de reabilitação, melhoria da funcionalidade, dando resposta às suas necessidades mais emergentes, promovendo a centralidade do doente/cuidador familiar, construída numa abordagem holística.

B - Domínio da melhoria contínua da qualidade

Competências:

B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica

B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro.

A qualidade em saúde não é possível apenas através do exercício profissional, mas na busca incessante pelas melhores práticas clínicas, partindo das últimas evidências científicas, e centralizando o doente/cuidador familiar do plano de cuidados e o estabelecimento de uma relação terapêutica, pelo que houve necessidade de trabalhar alguns pontos chave.

Assim, foi necessário aprofundar conhecimentos na área da qualidade, procurando perceber os projetos já existentes nos serviços, protocolos, necessidades e auscultação dos orientadores e chefes de serviço.

O ponto de partida, foi no ano de curso de aquisição de conhecimentos, assim como a elaboração de uma revisão sistemática da literatura – Enfermagem de reabilitação na pessoa com défice de autocuidado por alterações respiratórias –, que traduz os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com alterações do seu autocuidado, assim como a consulta de projetos de melhoria contínua da qualidade divulgados pela Ordem dos Enfermeiros, pesquisa bibliográfica e a participação em várias formações ao longo deste período de aprendizagem – “1as Jornadas de Enfermagem de reabilitação: transversalidade”, “Enfermagem de reabilitação em UCI”, “A intervenção do Enfermeiro de reabilitação no Desporto”, “Bandas neuromusculares e técnicas miofasciais”, “Estatuto do Cuidador Informal”, “Projetos de reabilitação na comunidade”, “Projetos, percursos e desafios para Enfermagem de Reabilitação”, “Desafios à enfermagem de reabilitação no doente crítico”, “Informática – folha de cálculos e base de dados”, “Prevalência de disfagia em idosos institucionalizados”, “2as jornadas de Enfermagem de Reabilitação: Refletir a realidade” com a participação com uma comunicação oral “Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de reabilitação” e formadora “Avaliação da força muscular – Escala MRC-SS”-, de forma desenvolver mais e melhores conhecimentos e a estruturar melhor a tomada de decisão, aumentando a literacia nas diferentes áreas e contextos da área de especialidade. Tudo coadjuvado também pela experiência adquirida ao longo de 15 anos de prática de cuidados, 12 dos quais em UCC – ECCI.

Ao longo do percurso foi desenvolvido o modelo de autocuidado, baseado no autocuidado de Fonseca (2013) e partindo da Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) que permitiu estruturar um plano de intervenção adequado às necessidades reais da pessoa, permitindo estabelecer prioridades, assente numa relação terapêutica através de uma comunicação eficaz, promovendo a continuidade de cuidados, reduzindo riscos, prevenindo incidentes, capacitando o cuidador para o cuidado seguro e adequado, sendo também ele foco de intervenção.

No serviço de ortopedia, a intervenção pré-operatória, acompanhamento no intraoperatório, realização do 1º levante e início do treino de marcha, num trabalho conjunto até à alta, permitiu o estabelecimento de uma relação de maior confiança, uma maior adesão ao plano de reabilitação e maior motivação. Coadjuvado com a exemplificação dos cuidados a ter no pós-operatório - exercícios e andar com auxiliares de marcha, posturas sexuais aconselhadas e desaconselhadas, conselhos úteis, apoiado com panfletos (cuidados que eram explicados e exemplificados) - e a simulação das condições habitacionais. Contribuindo para a readaptação e reeducação funcional, melhorar o autocuidado e bem-estar da pessoa, a prevenção de complicações, promovendo uma inclusão social mais célere, na família e comunidade.

A UCI encontrava-se em fase de implementação do “Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de enfermagem: Mobilização Precoce E Reeducação Funcional Respiratória Da Pessoa Em Situação Crítica”, em que muito nos apraz ter feito um pouco parte e ajudar na sua implementação no serviço. Além da intervenção especializada aos doentes, foi efetuada uma formação em serviço subordinada ao tema “Avaliação da força muscular: uniformização da avaliação – Escala MRC-SS” e realização uma norma de procedimento para apoiar a avaliação, de forma a sistematizar a avaliação, contribuindo para um crescente rigor técnico e uma avaliação mais equitativa por todos os EEER’s da UCI e conseqüentemente melhoria da prestação de cuidados de saúde. Na mesma linha de pensamento, foi desenvolvida uma base de dados para o estudo dos ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em UCI, por forma a traduzir ganhos resultantes da implementação de um programa de reabilitação no doente crítico, assim como avaliar a implementação de um programa de mobilização precoce e a segurança do mesmo.

Pelos anos de ECCI, e sabermos que nem sempre é muito curto quanto deveria ser, o caminho entre o hospital e a comunidade e os recursos disponíveis para apoiar pessoas com alterações no seu autocuidado e da sua funcionalidade, foi elaborado um panfleto, para entregar na consulta de Follow UP da UCI– “Recursos da Comunidade: apoios ao cuidador do doente dependente”, com informação sobre os diferentes recursos que a comunidade dispõe de apoio

ao doente dependente e ao seu cuidador, assim como os locais onde deverá recorrer para solicitar os diferentes serviços e apoios.

Foi ainda desenvolvido um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na UCC onde decorreu o último estágio, com vista à segurança do doente, à dotação dos enfermeiros de instrumentos e ferramentas para uma prática mais segura na área da disfagia. “Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem - Rastreamento de disfagia no idoso para prevenção de complicações”, era o tema do projeto que foi elaborado. Um dos objetivos estratégicos de intervenção do 5º Pilar do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 é a “Uniformização da utilização de ferramentas de monitorização do risco de incidentes de segurança na prestação de cuidados nos diferentes níveis de cuidados, incluindo o domicílio” (MS, 2021, p. 102).

O AVC é a maior causa de morte em Portugal e a pneumonia a terceira (INE, 2020), acima dos 65 anos, estas situações atingem grandes proporções e que há um aumento da prevalência de alterações da deglutição— presbifagia, síndrome geriátrica —, com repercussões no estado nutricional, administração de medicação sólida, e que predispõe o doente a situações de pneumonia por aspiração com implicações diretas na qualidade de vida do idoso (Branco & Portinha, 2017); quadros de demência, em Portugal apresentam uma prevalência de 5,91% nas pessoas acima dos 60 anos (Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho, 2015), onde umas das complicações mais frequentes é alteração da deglutição. É evidente a emergência da implementação deste tipo de projeto na comunidade, tanto a nível das UCC como na consulta de enfermagem do C. Saúde. No entanto acabou por não ser possível iniciar a implementação do projeto, pelo tempo curto de estágio, mas foi deixado no serviço para posterior implementação, da qual nos disponibilizamos integralmente para colaborar.

Era intenção este projeto de melhoria contínua da qualidade participar também no Programa Integrar+, destinado a projetos de Integração de serviços e cuidados de Saúde, gerido e facilitado pela Lean Health Portugal apoiado pela ROCHE, com o objetivo principal de apoiar as equipas multidisciplinares na melhoria dos seus processos na prestação de serviços e cuidados de saúde a clientes internou ou externos (utentes/famílias/cuidadores...). No entanto, acabou por não ser possível efetuar essa candidatura em tempo oportuno.

Desenvolvemos um panfleto informativo sobre “Alimentação por Sonda Nasogástrica” para poder apoiar a intervenção junto dos cuidadores familiares, uma vez que 75% dos doentes que fizemos intervenção de reabilitação no domicílio, possuíam SNG e existia uma fraca literacia sobre o tema, facilitando o processo de aquisição de conhecimentos e habilidades. Conjuntamente com os cuidados de ER à pessoa com alterações do seu autocuidado, o plano

era dirigido à capacitação do CF, sendo esta uma área de dificuldade, acompanhada de medos e dúvidas que foram necessários desmistificar.

Todo o trabalho desenvolvido permitiu melhorar o cuidado ao doente, a segurança da prática clínica, uma vez que os enfermeiros atuam de acordo com orientações e referenciais recomendados, com participação ativa na identificação, análise e controle de potenciais de risco, principalmente a pessoas que se encontrem em situações de maior fragilidade e vulnerabilidade, como é o caso da pessoa idosa dependente. Norteando a sua intervenção nos Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem com vista à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem.

Desta feita, aumentar a literacia do doente e do CF ressaltou-se como uma prioridade, pois sem informação não há ação, ou uma ação pensada, ponderada, que permita a correta autogestão e autodeterminação, não esquecendo que “o prestador de cuidados é alguém que oferece àquele que cuida, um “mapa de estradas”. Este mapa não indica por onde é que se deve seguir, mas mostra os diferentes locais onde se pode ir e os inúmeros caminhos para lá chegar” (Hesbeen, 2003, p. XIV).

C — Domínio da gestão dos cuidados

Competências:

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

A resposta a este domínio, implica uma avaliação global da pessoa/CF, numa visão holística do seu contexto, necessidades e habilidades, conhecimentos e medos. Através da avaliação diagnóstica e do estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda, foi possível planear os cuidados e referenciar para diferentes profissionais necessários para acompanhamento personalizado e completo.

Priorizaram-se os primeiros levantes no âmbito da ortopedia, com a preocupação de perceber quais as condições habitacionais para adaptar os cuidados, indo ao encontro das necessidades reais da pessoa, assim como perceber as rotinas e possíveis barreiras arquitetónicas. Os momentos de partilha entre profissionais, enfermeiros ou não, eram momentos que privilegiavam a reflexão e a continuidade de cuidados. A consulta do processo

clínico, o trabalho de parceria entre o EEER e os enfermeiros para orientação de alguns procedimentos, nomeadamente os levantes, o meio auxiliar de marcha a usar, a tipologia de dieta nos doentes com disfagia, de forma a prevenir complicações maximizar potencialidades, foi uma preocupação, assim como a manutenção do plano de reabilitação pela partilha constante entre EEER's e Fisioterapeutas ou terapeuta da fala caso se justificasse.

No doente crítico, era acompanhado 24 horas por uma equipa multidisciplinar. A adequação de cuidados dependia muito da evolução clínica do doente, da sua tolerância e capacidade de colaboração, numa visão holística. Era potencializada o trabalho com o doente através da sincronia de intervenção entre EEER e fisioterapia, Enfermeiros especialistas em médico cirúrgica, enfermeiros cuidados gerais, médicos, terapeutas da fala, terapeuta ocupacional, especialidades médicas, em prol do melhor cuidado possível na salvaguarda de um bem comum que é a vida de uma pessoa e a humanização dos cuidados.

Este trabalho de sincronia era potenciado pela colaboração dos enfermeiros e assistentes operacionais no adequado posicionamento para prevenção de complicações e melhoria da condição clínica e vigilância, e mesmo pela reflexão conjunta decisão sobre os cuidados ao doente.

Em UCC, o domicílio nem sempre é local ideal para a prestação de cuidados, para manter a devida segurança dos cuidados, pois nada é controlado, mas o EEER tem capacidade de adaptação e o domicílio é tal como é, com as suas barreiras arquitetónicas, com os seus espaços mais ou menos reduzidos, mais ou menos facilitadores da funcionalidade da pessoa e do seu cuidador, o local ideal para perceber aquelas que poderão ser as reais necessidades. Então é gerir cuidados para o cuidado real, para o cuidado local, com os recursos disponíveis (em termos de ajudas técnicas algo limitados), inclusivamente económicos, numa gestão criteriosa de transporte com toda a equipa multidisciplinar e de tempo. Havia a rotina da equipa multidisciplinar da ECCI se reunir semanalmente para discussão de casos dos doentes de forma a arranjar estratégias de resolução de problemas e estabelecer planos de intervenção mais ajustados, assim como a passagem de turno que era diária, promovendo a manutenção da qualidade assistencial e segurança do doente, continuidade de cuidados, promover um ambiente seguro e de confiança.

Como exemplo desta situação temos o EC11, que apresentava hipotensão ortostática, sendo necessário ajuste medicamentoso, possuindo também défices nutricionais importantes, extremamente emagrecido, solicitou-se a colaboração da nutricionista e por apresentar critérios foi encaminhamento para terapia da fala, além da intervenção que era efetuada pelo EEER, isto trabalhado e ajustado com o doente, porque era sua intenção conseguir sentar-se na cadeira de rodas, melhorar a sua deglutição e poder ir até ao quintal. A capacitação do seu cuidador, e

envolvê-lo no processo de cuidados também foi fundamental, para que o processo de reabilitação se pudesse manter nos dias em que não eram efetuadas visitas domiciliares e haver melhoria do quadro funcional. Melhorar o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa e do seu cuidador era o propósito, que foi alcançado.

Como ponto fulcral da intervenção em contexto domiciliário, foi a identificação de barreiras arquitetônicas que sejam potencialmente limitadoras da funcionalidade do doente e do apoio pelo seu cuidador, efetuando capacitação para lidar com alguns dos obstáculos que se impunham e melhorar o desempenho do autocuidado por parte do doente/CF. Intervindo também na mecânica corporal, de forma a evitar potenciais lesões do cuidador familiar.

Nos registos de enfermagem em contexto hospitalar no serviço de ortopedia era usado o Sclinico², apresentando vários focos parametrizados, no entanto era efetuada nota geral para que a informação fosse clara e concisa para que quem consulta a informação não tivesse dúvidas. No entanto, na UCI foi algo que se foi construindo ao longo do estágio, pois era necessário solicitar a inclusão da parametrização no sistema BSimple, pelo que as notas gerais foram a forma de registar os cuidados prestados de forma clara e que permitisse o registo e a continuidade dos mesmos. Consoante se progredia na parametrização, este registo foi se reduzindo apenas aos cuidados que não tinham lugar em intervenções diretas, associados aos diferentes diagnósticos de enfermagem. Na ECCL os fenómenos que possam traduzir os cuidados de enfermagem de reabilitação e que, inclusivamente fazem parte do índice de desempenho global (IDG) da unidade reportam-se às melhorias funcionais, aos doentes com asma/doença pulmonar obstrutiva crónica com intervenção da UCC, melhoria na dependência do autocuidado, taxa de resolução da ineficácia/compromisso da gestão do regime terapêutico (exercício), e doentes com alta da ECCL com objetivos atingidos (Oliveira, Couto, & Silva, 2021).

Enquanto ser humano, é fundamental sentir a presença do outro, principalmente em momentos de maior fragilidade, mesmo que esse outro seja um estranho, desde que a sua presença seja autêntica, os ganhos que daí advêm são imensuráveis (Lopes M. J., 2005). Aqui o enfermeiro assume um papel preponderante, pois a relação que estabelece com a pessoa, cuidadores, família, ou mesmo com a equipa multiprofissional assume um papel de extrema importância em que os seus efeitos são notáveis.

O enfermeiro, é da equipa de saúde, o profissional que mais tempo passa junto do doente, seja em contexto hospitalar seja em contexto domiciliário. Assim com o desenvolver dos ensinamentos clínicos, foi possível aprimorar competências de comunicação, escuta ativa, de estabelecimento

² sistema de informação evolutivo, desenvolvido pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, que nasce da vasta experiência com duas anteriores aplicações: o Sistema de Apoio ao médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)

de uma relação terapêutica, afinal o EEER, precisa de estabelecer uma relação de confiança, com o doente/cuidador/família, com outros profissionais, para que a sua intervenção seja uma realidade, mais eficiente e efetiva.

A Teoria Médio Alcance (Lopes M. J., 2006) refere essa mesma importância. Desta intervenção ressaltar a “natureza da relação”, que engloba o processo de avaliação diagnóstica, que permitiu a avaliação inicial da pessoa e da situação funcional, das necessidades do cuidador familiar, do meio envolvente, dos recursos, das barreiras, que serviu de leme dos cuidados de enfermagem. Para conseguir construir o processo de intervenção terapêutica, de onde fazem parte das intervenções do EEER, as intervenções tinham uma intencionalidade terapêutica direcionado para a pessoa e/ou cuidador familiar, onde foram incluídas a “gestão de sentimentos” que permite a criação de espaço-tempo, tempo para escutar, tempo para “ver”, tempo para ouvir o silêncio, tempo promover a esperança, a confiança, a segurança, a racionalização do processo, a desmistificação; e a “gestão de informação”, para que a informação cumpra um papel de organizador e não desnorteador, para que a informação partilhada seja faseadamente fornecida para dar tempo de assimilação, constructo pessoal, para conseguir produzir conteúdo e devolver competência, conhecimento que se traduz em habilidades, em adesão ao regime terapêutico, ao plano de reabilitação, à autogestão, ou melhoria no desempenho de papel de cuidador, de forma a preservar, melhorar o desempenho no autocuidado na pessoa com alterações do mesmo, preservando a dignidade da pessoa.

É através deste conhecimento global da pessoa e do seu cuidador familiar, que o enfermeiro assume um papel de gestor de caso, reunindo todos os esforços possíveis, desde recursos humanos, materiais, englobando a família/pessoas significativas no processo de cuidados.

O cuidador familiar é, sem a menor dúvida, um elemento essencial do processo de reabilitação, do desempenho do autocuidado do outro e a sua capacitação traz desafios importantes à gestão de cuidados, ao EEER. Envelhecer é um marco importantíssimo, mas muitas vezes é visto como um peso. O prestador de cuidados, por vezes, assume uma postura de negação, renitência na aquisição de conhecimentos, uma demissão desse papel, motivadas pela falta de acompanhamento das equipas de saúde, pela pouca sensibilidade dos profissionais de saúde e da sociedade em geral sobre o envelhecimento ativo, sobre cuidados ao idoso, e situações de fragilidade. O EEER tem o desafio de “promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades” pois ressalva-se como uma das “políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária” (OE, 2009, p. 15) na medida em que “concebe, implementa e monitoria planos de reabilitação, baseados em problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa idosa e/ou alteração do estilo de vida resultante de

deficiência/incapacidade ou doença crónica”. E foi com este intuito que a intervenção com os CF foi efetuada, valorizar o trabalho por si efetuado, dar a conhecer a sua importância para o bem-estar do outro, tentar colmatar ao máximo as suas necessidades, para que no global, o que resultasse fosse cuidados de qualidade, satisfação da pessoa e do CF.

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competências:

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

O autoconhecimento é fundamental em duas vertentes: para o estabelecimento de uma relação terapêutica, que se traduz numa relação de confiança, numa prestação de cuidados individualizados e mais seguros e uma melhor gestão de emoções, sentimentos e inseguranças, por outro lado é fundamental para uma prática de cuidados de enfermagem baseados num espírito autocrítico, capaz de promover um trabalho proativo e um trabalho em equipa – seja com os orientadores, com os professores, enfermeiros chefes e com a equipa multidisciplinar, ou doente/família, daí o interesse em aprofundar conhecimentos e o desejo pessoal de desenvolver competências e conhecimentos, para um maior rigor na atuação e uma comunicação mais efetiva.

A assertividade permite uma maior adaptabilidade individual e organizacional necessária ao longo dos diferentes campos de estágio e à exigência de cada contexto, aos doentes e aos seus cuidadores, aos desafios propostos e impostos, potencializando funcionalidades, maximizando a sua autonomia, melhorando a capacidade de autogestão, contribuindo para a satisfação e qualidade de vida da pessoa e do cuidador familiar.

É trabalho do Enfermeiro Especialista basear “a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019a, p. 4745), no desenvolvimento da prática diária, pelo que a pesquisa bibliográfica foi uma constante e o pilar para suportar e fundamentar a prática clínica, assim como os conhecimentos adquiridos ao longo do primeiro ano do curso, a partilha de ideias e opiniões com os tutores e a reflexão diária sobre a ação, sobre as situações e procurar sempre estratégias para melhorar a intervenção.

Foi, também, elaborando um trabalho científico, que se mostrou uma ferramenta importante de evidência científica, promovendo conhecimento em enfermagem, a RSL - “*Rehabilitation nursing in the person with self-care deficit due to respiratory alterations - Systematic Review of the Literature*” que foi apresentada no Workshop IWoG'21, Fourth International Workshop on

Gerontechnology”, aguardando publicação na revista *Lecture Notes in Bioengineering (indexed by SCOPUS and Sprongerlink)*.

Como já mencionado, a formação e a norma de procedimento elaborada em contexto UCI relativa à avaliação da força muscular, que permitiu um momento de partilha com todos os EEER do serviço, promovendo uma avaliação mais equitativa e uniformização do procedimento, aumentando a eficácia da intervenção e o rigor da avaliação.

A “prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua área de especialidade (...)” (OE, 2019b, p. 13566), foi uma preocupação constante e foi desenvolvido trabalho neste âmbito passível de ser usado pelos serviços e permite uma continuidade na aplicabilidade. Tivemos oportunidade de desenvolver competências relacionadas com o projeto que se encontrava em implementação no momento do estágio, fazendo parte do mesmo e da recolha de indicadores de estrutura e processo. A base de dados por nós desenvolvida permite extrair, entre outros dados, indicadores de resultado.

Foi ainda apresentado, nas “2as Jornadas de Enfermagem de Reabilitação do CHUA – Refletir a Realidade”, uma comunicação livre relativa à “**Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado**” refletindo os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, na capacitação do cuidador familiar de pessoas com défice no seu autocuidado em contexto domiciliário.

5.2. Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

“Assente no conceito de cuidar e valorizando a funcionalidade foi sendo reconhecida a especificidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação e a sua influência na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, bem como na promoção de uma sociedade inclusiva, onde as pessoas com deficiência são consideradas cidadãos de pleno direito” (OE, 2018b, p. 4), que pela mudança crescente de paradigma em saúde as necessidades de cuidados de reabilitação revelam-se uma prioridade. Na sua missão incorpora “o diagnóstico e a intervenção precoce, a promoção da qualidade de vida, o aumento da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações evitando as incapacidades ou minimizando as mesmas gerando ganhos em saúde” (OE, 2018b, p. 6).

Destarte, torna-se necessário abordar as competências desenvolvidas como EEER e a sua simbiose com os estágios efetuados.

Competência J1 – Cuida das pessoas com necessidades especiais ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Esta competência marca o ponto de partida da intervenção do EEER, na medida em que através de uma avaliação diagnóstica é possível identificar as necessidades de intervenção especializada em ER, de forma personalizada e individualizada, mediante a “sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária” (OE, 2019b, p. 13566), concebendo, implementando e avaliando os planos de intervenção instituídos com a pessoa/CF com vista à “qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade” (OE, 2019b, p. 13566).

Ao longo dos diferentes contextos por onde se construíram competências, conhecimentos, capacidades e olhares mais atentos – Hospital e Domicílio – foi possível contactar com pessoas de várias faixas etárias, cada uma com as suas limitações de funcionalidade, fossem elas de origem ortopédica, neurológica ou respiratória, em vários momentos de intervenção – agudos ou crónicos, traumáticos ou programados.

Para uma avaliação integral da funcionalidade da pessoa foi necessário recorrer a escalas e instrumentos de medida que complementassem o levantamento de diagnósticos de ER, identificando as verdadeiras necessidades da pessoa/CF. Recorreu-se à utilização da escala de Barthel para avaliação da capacidade de desempenho das ABVD's, agregando a avaliação da funcionalidade através da ENCS, com foco no autocuidado, comunicação, aprendizagem e funções da memória e na relação com amigos e cuidadores.

Partindo do projeto de saúde da pessoa, e de forma a concretiza-lo, a construção de um plano de intervenção procura fatores facilitadores ou inibitórios para desempenho das AVD's, aspetos psicossociais que possam interferir no processo adaptativo e de transição, conseqüentemente na qualidade de vida da pessoa/CF e no desempenho da sua autonomia (OE, 2019b). Portanto, foram ainda usados outros instrumentos de recolha de dados para documentação dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação que auxiliaram a caracterizar “a condição de saúde da pessoa com maior clareza do ponto de vista da resposta humana às transições decorrentes para a autonomia e/ou do processo terapêutico ou de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida” (OE, 2016), nomeadamente a escala de avaliação da Força Muscular de Lower e MRC-SS, Escala modificada de Ashworth para avaliação do tónus muscular e o equilíbrio corporal avaliado através da escala de equilíbrio de Berg.

O cuidador familiar, parceiro de cuidados, foi também avaliado pela escala de sobrecarga do cuidador informal, de forma a perceber como é que as alterações de funcionalidade da pessoa e as suas necessidades de cuidados, influenciam o bem-estar do cuidador. E foram, ainda, avaliadas as necessidades de aprendizagem do CF, para promover a capacitação para o desempenho do seu papel como cuidador, na medida em que o EEER “ensina, demonstra, treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade)” (OE, 2019b, p. 13567).

Para efetuar uma avaliação holística da pessoa e do seu cuidador familiar, foi desenvolvido um instrumento de colheita de dados, com base na ENCS, nas NACI, escala de sobrecarga do CI, de forma a orientar a intervenção de ER, no sentido de minimizar as incapacidades, capacitando a pessoa/CF, empoderando-os de um conjunto de estratégias e ensinamentos para otimização da função, produtos de apoio para promover a readaptação e funcionalidade, e incluídos programas de reeducação funcional motor, sensorial, cognitivo e cardiorrespiratório, com vista ao autocontrolo e autocuidado (OE, 2019b).

A escolha destes instrumentos foi útil na avaliação inicial diagnóstica, mas também ao longo de toda a intervenção, de forma a monitorizar ganhos das intervenções efetuadas e adaptar estratégias de intervenção.

Como exemplo, destaca-se a intervenção efetuada no EC4, um doente crítico, que se encontrava já há cerca de um mês em cuidados intensivos, ventilado, com quadro de fraqueza muscular instalado, e após início da intervenção diária do EEER, foi possível efetuar reeducação da função cardiorrespiratória, motora e sensorial, tendo apresentado melhoria substancial do quadro, com extubação ao 11^o dia após início da RFR e RFM e ainda promover levantar, transferência para cadeira de rodas. Promover a sua autonomia e melhorar o nível de independência, permitiu cuidar da pessoa e capacitá-la para as limitações atuais, com vista à maximização da potencialidade da pessoa.

Referir ainda, ensino, instrução e treino para as AVD's como vestir/despir, pentear, cuidados de higiene com especial estímulo à participação da pessoa.

Após a fase de avaliação diagnóstica, o procedimento de intervenção terapêutica de enfermagem, chega a fase de avaliação e reflexão da intervenção, em que houve a monitorização dos resultados obtidos com a intervenção e retirados indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação a nível pessoal e familiar (OE, 2019b).

Competência J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

“Um ser humano que acode o outro ser humano sem procurar impor-se-lhe ou manipula-lo, é condição essencial para aquele que pretende ajudar” (Hesbeen, 2003, p. 9). Atrevemo-nos a dizer que esta manipulação ou imposição sobre o outro é algo merecedor de intervenção emergente, tantos dos profissionais de saúde, como nas próprias pessoas e/ou cuidadores.

Por vezes, ainda que de forma inconsciente, estas imposições ou manipulações, principalmente em pessoas vulneráveis ou com perda de faculdades, têm uma dimensão preocupante, levando a pessoa acreditar que está mais dependente, com menor capacidade de participação e sentindo-se menos valorizada.

EC10 que, à avaliação diagnóstica, revelava um défice de autocuidado terapêutico moderado, com necessidade de apoio de terceiros para desempenhar o seu autocuidado, num sistema parcialmente compensatório, onde o EEER/cuidador compensam as limitações da pessoa. O que verdadeiramente se verificava era um sistema totalmente compensatório, uma substituição da pessoa no desempenho da maior parte das funções, resultando numa sobrecarga intensa do prestador de cuidados, também ele idoso, com problemas físicos importantes e dor crónica. A capacitação da pessoa e do seu CF permitiu desmistificar o nível de intervenção deste, reforçar as capacidades da pessoa e maximizar a sua funcionalidade. Foi necessária uma atenção redobrada para com o cuidador familiar, para que percebesse o motivo da sua sobrecarga, o ponto limite de intervenção junto do seu familiar dependente, e a necessidade de cuidar também das suas próprias necessidades. O aconselhamento e acompanhamento pelo EEER permitiu ajustar intervenções, capacitar a pessoa e o seu cuidador, para os processos de envelhecimento e de saúde, para estratégias para alcançar o melhor bem-estar possível e aumentar a qualidade de vida da díade.

É possível incentivar a pessoa a manter a sua participação social no seu exercício de cidadania. A mentalidade tem que mudar, e quando queremos promover a saúde, não podemos ficar apegados à doença, promover isolamento, incapacidades sejam físicas sejam cognitivas, mas antes reunir esforços para sensibilizar profissionais de saúde, pessoas e prestadores de cuidados, que mesmo sendo portadores de alguma doença, alguma limitação, ainda há a capacidade de exercer cidadania enquanto pessoa.

Tendo em conta a reinserção social da pessoa, a capacitação da família foi uma prioridade, na estimulação e incentivo no desenvolvimento das diferentes atividades e não a substituição do doente. Esta situação, ainda que muitas vezes, não intencional, promove uma maior dependência por parte da pessoa. Da mesma forma que foi necessário capacitar a família para

a necessidade de estímulos cognitivos e sensoriais, muitas vezes desvalorizados em prol dos cuidados físicos. Verificamos ainda uma subvalorização do próprio autocuidado do cuidador, para dar respostas às necessidades da pessoa dependente, pelo que foi incentivado o cuidador a manter rotinas, tempo para si mesmo e a cumpri-lo escrupulosamente, assim como tentar solicitar apoio e ajuda de família/amigos mais próximos ou de cuidadores formais para poderem aliviar um pouco a sobrecarga e o tempo de prestação de cuidados.

Esta negligência do seu próprio autocuidado, promove um aumento da sobrecarga do cuidador informal, que acaba por se refletir também nos cuidados prestados e em processos de transição complicados. O apoio que efetuamos ao longo do estágio, permitiu ao CF se sentir apoiado e perceber que cuidar de si é uma prioridade e não algo que deva ser desvalorizado, melhorando a sobrecarga sentida.

De referir que a ponte entre os cuidados de saúde diferenciados e primários ainda é extensa, tanto na manutenção do processo de reabilitação, que na Comunidade os EEER's ainda são escassos nesta região, mas também pela capacitação do cuidador. O caminho deveria ser mais estreito e transição de cuidados mais efetiva e contínua. A vertente curativa é fundamental, mas não pode ser descurada da vertente da promoção da saúde, prevenção da doença, do ambiente onde vive a pessoa, das condições que possui, da manutenção/recuperação do bem-estar e da qualidade de vida. É necessária maior sensibilização dos profissionais de saúde das diferentes instituições para esta problemática e dar primazia ao verdadeiro trabalho de equipa, talvez encabeçado pela equipa de saúde que o doente pertence – enfermeiro e médico de família (equipa que acompanha a pessoa ao longo do ciclo de vida), servindo de elementos de referência da pessoa, com vista a cumprir o seu projeto de saúde, naquilo que são os seus desejos, expectativas e eventualmente fazer a preparação de um possível cuidador, funcionar como advogado da pessoa naquilo que são os seus interesses e necessidades em saúde, com a sua família, equipa multiprofissional e os diferentes níveis de intervenção em saúde.

Durante os diferentes estágios, entrevistamos com a pessoa de forma a minimizar a perda de capacidade funcional associada aos processos agudos que se verificaram, associados ao envelhecimento e à hospitalização. Prescrevemos produtos de apoio, ensinamos, instruímos e treinamos o seu uso no desempenho das ABVD's.

Foi ainda trabalhada a gestão do ambiente, efetuando pequenos ajuste no domicílio da pessoa, tornando-o mais funcional, para maximizar a autonomia e liberdade da pessoa assim como do seu cuidador, para o melhor desempenho do autocuidado, fosse na retirada de móveis, no uso adequado de produtos de apoio, prevenção de quedas e úlceras de pressão.

J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

“A saúde não deixa de existir quando surge a doença” (Hesbeen, 2003, p. 21), e é disso que a intervenção do EEER é feita, foi neste intuito que a nossa intervenção foi efetuada, percorrer um caminho de forma mais ou menos harmoniosa, com os seus altos e baixos, implementando programas e planos de reabilitação que promovam a saúde, a prevenção de lesões, a reabilitação, capacitação e autogestão, seja da pessoa seja do seu prestador de cuidados.

Durante os diferentes ensinamentos clínicos foi nosso objetivo implementar programas de reabilitação com vista à maximização das capacidades funcionais da pessoa e/ou cuidador e avaliar o impacto dos mesmos. Através do ensino, instrução e treino de fortalecimento muscular, equilíbrio corporal, marcha, da reeducação funcional respiratória, indo ao encontro do que refere a literatura quando menciona que melhorando a capacidade funcional da pessoa também há uma melhoria da sobrecarga do CF, logo melhora o bem-estar e a qualidade de vida da díade, assim como os cuidados prestados são de maior qualidade.

A intervenção de ER parte da informação à pessoa e/ou ao CF, do programa de reabilitação, da patologia, dos obstáculos, de hábitos de vida, das prioridades, da resposta a necessidades, da prevenção de complicações, que culmina na adesão ao plano de reabilitação e com os ganhos obtidos na potencialização das capacidades de cada um, aumentando a funcionalidade. Ganhos que se podem corroborar pelos resultados obtidos com os instrumentos utilizados desde a avaliação diagnóstica à avaliação final.

5.3. Competências de Mestre em Enfermagem

Ser mestre em Enfermagem de Reabilitação assentada na qualidade e excelência dos cuidados, assim como na consolidação das competências adquiridas como enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Na busca incessante de excelência, da qualidade e do rigor é que o enfermeiro se catapultou como uma profissão de elevado rigor científico, conhecimento, encerrando em si saber, humanização, técnica, ciência, que lhe permitem impactar a saúde da população, traduzindo-se em ganhos palpáveis, marcantes e que poderão mudar o rumo da história do envelhecimento. Os enfermeiros têm trilhado este caminho de forma intensiva, para que a sua intervenção seja cada vez mais pautada pela melhor evidência da sua prática clínica, aumentando a eficiência na identificação, avaliação e aplicação de saberes (Pereira R. , 2017).

As competências que como mestre se desenvolvem, devem partir dos valores da profissão, onde se inclui o código deontológico, o REPE, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, que permitem a afirmação como enfermeiro aquilo que representa de forma individual, profissional e como pessoa, traduzindo-se na “excelência do exercício” (artigo 109º (OE, 2015a)).

Este relatório surge como forma de partilha dos conhecimentos adquiridos e dos resultados obtidos, que partindo da experiência pessoal e profissional numa UCC – ECCI, houve necessidade de aprofundamento de conhecimentos para uma atuação mais efetiva junto da pessoa e do seu cuidador familiar, maximizando os resultados obtidos, minorando as complicações, aumentando a literacia, a adesão a planos de intervenção, aumentar o conhecimento e perceber o impacto da intervenção de enfermagem. Sabíamos de antemão, pela experiência profissional que tínhamos ao longo de anos, a importância de adquirir e expandir conhecimentos nesta área de intervenção, em contexto domiciliário.

Da pesquisa bibliográfica efetuada, do enquadramento conceptual, e do estudo efetuado foi possível, de forma mais objetiva, perceber que a intervenção do EEER traz ganhos importantes, bem-estar e acima de tudo qualidade de vida seja ao doente seja ao seu cuidador familiar, e consequentemente à sociedade e aos sistemas de saúde.

Com a execução deste mestrado, enraizaram-se competências que contribuirão para o desempenho como EEER, também traduzida pela base de dados que foi efetuada para os cuidados intensivos para extração de ganhos sensíveis aos Cuidados de ER, e ainda pela execução de um projeto de melhoria contínua da qualidade, com vista à prevenção de complicações no doente disfágico. Da mesma forma que em termos profissionais, está em desenvolvimento um estudo na área do conhecimento de úlceras de pressão, na procura incessante da melhor evidencia científica e orientação para cuidados de excelência.

CONCLUSÃO

"Enquanto enfermeiros, como é que sabemos que sabemos? Como soubemos o que julgamos saber? A partir de que fontes elaboramos e disseminamos conhecimento? Como justificamos as crenças que temos? O que fazemos com o que conhecemos?"

Lucília Nunes

O caminho pareceu bastante longo, no entanto, a meta foi alcançada. Assim sendo, neste final de caminhada, importa refletir acerca deste percurso que foi a aquisição de competências de mestre, na área de especialização em Enfermagem de Reabilitação e sobre as limitações e dificuldades encontradas na implementação do projeto de intervenção profissional **“Capacitação de cuidadores de pessoas com alterações do autocuidado: ganhos sensíveis dos cuidados de enfermagem de reabilitação”**.

O envelhecimento demográfico traduz-se como um marco fundamental da atualidade, contudo, o aumento de doenças crónicas incapacitantes implica mais e maiores exigências à sociedade, que pela vida ativa que tem, maioritariamente fora de casa, deixa de ter um papel tão presente no cuidado dos seus familiares mais vulneráveis, ou não tanto como seria desejável, implicando muitas vezes a institucionalização do idoso dependente.

É necessário refletir também acerca da exigência que é efetuada ao cuidador familiar, que muitas vezes assume este papel sem preparação prévia, sem experiência, sem conhecimentos ou recursos adequados ou sem o devido encaminhamento de quem possa realmente prestar este tipo de apoio, ficando este cuidador numa sobrecarga intensa e o seu familiar sujeito a cuidados pouco seguros e pouco adequados.

O EEER é o elemento da equipa de saúde com maior proximidade ao utente/família e aquele que intervém com elevado rigor técnico e científico, facilitando processos de transição e capacitação para o autocuidado, com foco no bem-estar e na qualidade de vida, na recuperação da funcionalidade, com a promoção do autocuidado e ainda na prevenção de complicações e na maximização das capacidades do utente e do seu cuidador.

A dependência no autocuidado, em contexto domiciliário, e a capacitação da pessoa e/ou cuidador informal são áreas de investigação emergentes e prioritárias, respetivamente, em enfermagem de reabilitação, na qual se enquadra este projeto.

Verificamos - com a implementação deste projeto – que a intervenção do EEER junto da pessoa e do seu cuidador, capacitando-o para o cuidado, é promotora de ganhos em saúde e sustentabilidade dos sistemas de saúde, pela prevenção de complicações, manutenção do idoso

dependente no seio da sua família, pelo *ageing at home*, pela diminuição da sobrecarga do cuidador familiar, aumentando a qualidade de vida de todos os intervenientes.

A Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) e o Modelo do Autocuidado de Fonseca (2013), permitiram desenvolver uma intervenção estruturada, baseada acima de tudo no estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda, com vista a dar resposta às necessidades funcionais no desempenho do autocuidado, tendo em conta o contexto onde se encontrava inserido, obtendo ganhos sensíveis aos cuidados de ER. Assim, partindo da questão inicial de quais os ganhos sensíveis, aos cuidados de enfermagem, na capacitação do cuidador de pessoas com alterações do seu autocuidado, foi possível identificar melhorias funcionais, de uma forma geral, com melhoria no desempenho do autocuidado, da educação do binómio pessoa/cuidador familiar, dos conhecimentos e competências do cuidador familiar na prestação de cuidados ao doente; que nesta continuidade de cuidados - efetuada pelo cuidador – permitiu o controlo de sintomas como a dor e a melhoria da ventilação, com conseqüente diminuição da sobrecarga do cuidador familiar, ansiedade, sentimento de depressão, tornando-se num maior suporte à pessoa dependente, promovendo uma melhor qualidade de vida, tanto na pessoa como no seu cuidador, pois a resposta às necessidades dos diferentes atores era cumprida de forma mais efetiva. Estes ganhos traduzem-se a médio e longo prazo na prevenção de complicações, na redução dos internamentos hospitalares com episódios de agudização, revelando menores custos em saúde.

De uma forma geral, considera-se que os objetivos propostos aquando da execução deste relatório foram alcançados, tanto no desenvolvimento de competências de mestre como de EEER.

É importante realçar que o instrumento de apreciação diagnóstica ENCS, permitiu retirar relevantes resultados da intervenção do EEER, determinando ganhos em pontos fundamentais da funcionalidade da pessoa que, coadjuvada com a avaliação das “Necessidades de aprendizagem do cuidador informal”, permitiu orientar a intervenção para a capacitação do cuidador familiar, nas suas necessidades reais, tendo em conta os défices reais, no seu contexto real.

Poder-se-ão enumerar uma série de características positivas que enriquecerem este projeto e a sua comunidade, entre as quais: a possibilidade de escolha dos locais de estágio, de forma a ir ao encontro da vida pessoal, profissional, potenciando o desenvolvimento de competências, dentro das áreas de intervenção que mais suscitam interesse; a execução da RSL, que permitiu orientar caminhos e extrair a última evidência científica; termos feito parte da implementação do projeto de melhoria contínua e da qualidade na UCI, com a construção de uma base de dados para extração de ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação no mesmo

ensino clínico, permitindo maior envolvimento e motivação durante o mesmo; a construção do projeto de melhoria contínua para a segurança do doente na área da disfagia - área fundamental a implementar na comunidade, tanto ao nível das ECCI's como ao nível dos C. S. Primários, promovendo uma Consulta à pessoa em Risco de disfagia, talvez uma ideia para um futuro próximo.

Como dificuldades e limitações aponta-se: o tempo de estágio, que, principalmente na comunidade, se revelou redutor, pela tipologia de utentes em estudo, utentes estes com situações crónicas cujo contexto é facilitador, mas, ao mesmo tempo, inibidor, na qual, a família, necessita de um tempo de intervenção superior; também a articulação hospital e comunidade não é tão efetiva como seria expectável; as dificuldades com os transportes que se fizeram sentir ao nível da ECCI, requereu uma maior articulação com os vários profissionais de saúde, tendo importantes repercussões no tempo de prestação de cuidados, levando a uma necessidade de uma gestão criteriosa do mesmo; na ARS Algarve, urge a necessidade de uma maior presença de EEER's na comunidade para uma intervenção mais especializada, que impulse a autodeterminação, a autogestão, autoeficácia e a autonomia da pessoa e a capacitação dos seus cuidadores, empoderando-os em saúde; foi também mais difícil lidar com a situação pós pandémica, não permitindo um contacto mais próximo com os familiares dos utentes que se encontravam em contexto hospitalar, principalmente marcado por suspensão das visitas, por surtos.

Concluir um trabalho é uma sensação agrídoce, se por um lado é agradável o sentimento de missão cumprida, por outro lado, percebe-se o longo caminho a percorrer na estrada da capacitação das famílias das pessoas com alterações no seu autocuidado, largando o modelo biomédico, mas dando voz ao cuidador familiar, potenciando a humanização.

Por último, mas de todo, não menos importante, sublinhasse a necessidade de mudar a mentalidade face à pessoa idosa, ao envelhecimento, à dependência. Para tal é impreterível investir ativamente no envelhecimento ativo da população, promover o *ageint at home*, motivar novamente as famílias no cuidado e proteção dos seus elementos, desta forma levando à verdadeira qualidade de vida, pois "Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade" (Organização das Nações Unidas, 1948, p. s/p).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. T. (2019). The relationship between frailty, functional dependence, and healthcare needs among community-dwelling people with moderate to severe dementia. *Health Soc Care Community*, 27(3), pp. 642-653. doi:doi:10.1111/hsc.12678
- Afonso, R., Tomás, T., Brandão, D., & Ribeiro, Ó. (2019). Cuidadores de idosos centenários na região da Beira Interior. *Análise Psicológica*, 37(2), pp. 147-160. doi:doi:10.14417/ap.1482
- Alves, J., & Babo, M. (2021). Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa em cuidados paliativos. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 329-335). Lidel Enfermagem.
- Alves, S., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2020). Unmet needs of informal carers of the oldest old in Portugal. *Health Soc. Care Community*. 00, pp. 1-10. doi: <https://doi.org/10.1111/hsc.13063>
- André, S., Nunes, M., & Rodrigues, M. (2013). Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Referência, III*.
- American Psychological Association. (2019). Publication manual of the American
- APER. (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Obtido de <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Apóstolo, J. L. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Obtido de https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas* (pp. 164-233). Lidel Enfermagem.
- ARS Algarve, IP. (s/d). *ARS Algarve*. Obtido de Apresentação da ARS Algarve I.P.: <https://www.arsalgarve.min-saude.pt/apresentacao-ars-algarve-i-p/>
- Barata, L. (2017). Aquisição e desenvolvimento de competências ao longo da vida profissional - a importância da formação contínua. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 123-135). Lusodidacta.
- Bartolomeu, R., & Rodrigues, P. (2021). 13 Enfermagem de reabilitação à pessoa em situação crítica. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*. Lidel Enfermagem.
- Braga, R. (2017). Reeducação da deglutição. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 263-270). Lusodidacta.
- Branco, C., & Portinha, S. (2017). *Disfagia no adulto. Da teoria à prática* (1ª ed.). Papa letras.

- Cardoso, M., Martins, M., Ribeiro, O., Fonseca, E., & Pereira, V. (2020). Enfermeiros de Reabilitação e as atitudes face à morte em contexto de crise pandémica por COVID-19. *RPER*, 3(2), pp. 42-49.
- Carta de Ottawa. (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Obtido de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf%C2%A0
- Carvalho, D. (2021). *Estudo de usabilidade no desenvolvimento de um dispositivo médico inovador - Reabilitação da pessoa idosa dependente acamada*. Dissertação de Mestrado. Obtido de https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=129601&codigo=344
- Carvalho, M. I. (2021). *Relatório Científico: Estudo Sobre o perfil do Cuidador Familiar/Informal da pessoa sénior em Portugal*. Obtido de file:///C:/Users/Esteves/Downloads/EstudodoPerfildoCuidadorFamiliar_InformaldaPessoaS_niorNacional.pdf
- Castro, C., Vilelas, J., & Botelho, M. (2011). A Experiência Vivida da Pessoa Doente Internada Numa UCI: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 15(2), pp. 41-59. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23939/1/Pensar%20Enfermagem15_2sem_41_59%281%29.pdf
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da função sensoriomotora. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 227-251). Lusodidacta.
- Coelho, P. (1994). *L'Alchiste*. A. Carrière.
- Collet, N., & Rocha, S. M. (2004). Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), pp. 191-197.
- Concelho de Administração do CHUA. (2022). *Relatório de Gestão e contas 2021*. Obtido de https://www.chualgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2022/06/CHUA_RGC-2021_CA.pdf
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.
- Costa, P., Martins, C., & Encarnação, P. (2022). Perceção dos enfermeiros acerca da transição de cuidados num serviço de urgência. *Investigação qualitativa em Saúde: Avanços e Desafios*, 13, pp. 4-12. doi:<https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e685>
- Costa, S., & Castro, E. (2014). Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *REBEn*, 67(6), pp. 979-986.
- Couto, G., Silva, R., Mar, M., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorespiratório. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas* (pp. 234-280). Lidel.
- Creasy, K., Lutz, B., Young, M., Ford, A., & Martz, C. (2013). The impact of interactions with providers on stroke caregivers' needs. *Rehabilitation Nursing*, 38, pp. 88-98.

- Czaplijski, T. M. (2014). Creating a Culture of Mobility: An Interdisciplinary Approach for Hospitalized. *Hospital Topics*, 92(3), pp. 74-79. doi:10.1080/00185868.2014.937971
- DGS. (2006). *Plano Nacional de Saúde das Pessoas Idosas*. Obtido de <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/Programa-Nacional-Saude-Pessoas-Idosas-2006.pdf>
- DGS. (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Obtido de https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- DGS. (2019a). *Plano de ação para literacia em saúde 2019-2021 - Portugal*. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- DGS. (2019b). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Obtido de <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- DL n.º 101/2006, de 6 de junho. (2006). Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República*, 1ª série-A(109). Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- DL n.º 47344/66. (1966). Código Civil. Em *Diário do Governo: série I*, n.º 274.
- Duarte, S. (2010). *Continuidade em Cuidados Domiciliários: o Papel do Enfermeiro*. Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa. Obtido de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3816/1/ulsd060954_td_Susana_Duarte.pdf
- Duarte, S. (2012). Construir a Parceria de Cuidados no Domicílio. Em J. e. CARVALHO, *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família* (pp. 187-194).
- Duarte, V. d., Santos, M. L., Rodrigues, K. d., Ramires, J. B., Arêas, G. P., & Borges, G. F. (2013). Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. *Fisioterapia em Movimento*, 26(1), pp. 193-202.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). Autocuidado: um foco central da Enfermagem. doi:doi.org/10.48684/6sk0-ff98
- Escoval, A. (2016). *Os Hospitais Reformas do Serviço Nacional de Saúde. Reformar. Transformar. Modernizar. Novos paradigmas - Novas Ambições*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/06/AnaEscoval.pdf>
- Espanha, R. (Outubro de 2022). *TOMADA DE CONSCIÊNCIA PARA A IMPORTÂNCIA DA LITERACIA EM SAÚDE*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde: https://www.splsportugal.pt/_files/ugd/b5314a_b7ddf883818241ea8cf10f1b9476e3a2.pdf
- Eurocarers. (2021). *Eurocarers*. Obtido de Towards carer - friendly societies: Eurocarers country profiles: <https://eurocarers.org/country-profiles/portugal/>

- Eurostat. (2019). *Ageing Europe*. Obtido de <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>
- Fernandes, J., & Sá, M. (2021). *Desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Papa-Letras.
- Ferreira, A. (2017). *Avaliação da deglutição com a aplicação da Escala de Guss: contribuição da Enfermagem de reabilitação*. Tese de Mestrado. Obtido de <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/4556>
- Fonseca, A. M. (2021). *Ageing in place, envelhecimento em casa e na comunidade. Modelos e estratégias centradas na autonomia, participaçõesocial e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, C. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Obtido de <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/12196>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fundación Mapfre. (2010). *Riscos domésticos entre os idosos: guia de prevenção destinado a profissionais*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_FM_Guia_Pr ofissionais_CMC.pdf
- Gabinete dos Censos [INE]. (2010). *Programa de Ação para os Censos 2011*. Obtido de file:///C:/Users/Esteves/Downloads/PA2011_30%20Junho_2010.pdf
- Galvão, M., & Janeiro, J. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sistémica como conceitos relacionados. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), pp. 225-230. doi:DOI:10.5935/1415-2762.20130019
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício Profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*. Lidel Enfermagem.
- Gomes, B., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da Função respiratória. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de REabilitação à pessoa ao longo da Vida* (pp. 253-262). Lusodidacta.
- Gratão, A., Talmelli, L., Figueiredo, L., Rosset, I., Freitas, C., & Rodrigues, R. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm USP*; 47(1), pp. 137-44.
- Griffin-Musick, J., Off, C., Milman, L., Kincheloe, H., & Kozlowski, A. (2021). The impact of a university-based Intensive Comprehensive Aphasia Program (ICAP) on psychosocial well-being in stroke survivors with aphasia. *Aphasiology*, 35(10), pp. 1363-1389. doi:<https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1814949>
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação - criar novos caminhos*. Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, Intervenção e resultados esperados*. (4ª Ed. ed.). Lusodidacta.

- IFA - International Federation of Ageing. (2011). *Global Ageing*. Toronto: International Federation of Ageing.
- INE. (2018). *Cenário Central das Projeções de População Residente 2015-2080 para Portugal*. Obtido de https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=426127543&att_display=n&att_download=y
- INE. (2022). Mortalidade por COVID-19 mais elevada e prematura nos homens, em 2020. Obtido de file:///C:/Users/Esteves/Downloads/16CausasMorte_2020_corrigido.pdf
- INE. (2022a). *Estatísticas da Saúde - 2020*. Obtido de file:///C:/Users/Esteves/Downloads/ESaude_2020.pdf
- INE. (2022b). *Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal*. Obtido de file:///C:/Users/Esteves/Downloads/Censos2021_a.pdf
- International Council of Nursing. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/CNP: versão Beta 2 (2ª ed.)*. Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Kelly-Hayes, M., & Phipps, M. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. Em S. Hoeman, *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, intervenção e resultados esperados (4ª ed. ed.)*. Lusodidacta.
- Kisner, C., & Colby, L. (2009). *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas (5ª ed.)*. Manole.
- Landeiro M., M. T. (2016). *Perceção dos enfermeiros sobre dificuldades e necessidades informacionais dos familiares cuidadores de pessoas dependentes*. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160000430015>
- Leal, M. D. (2000). *O Desafio da Longevidade e o Suporte ao Cuidador*. São Paulo.
- Lei n. 100/2019, de 6 de setembro. (2019). Estatuto do cuidador informal. *Diário da República, 1ª série(171)*. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>
- Lei n.º 49/2018, de 14 de Agosto. (2018). Regime jurídico do maior acompanhado. *Diário da República, 1ª série(156)*, 4072-4086.
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019 de 2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República, 1ª série(169)*, 55-66. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lima, C. (2003). *A mulher acometida de acidente vascular cerebral – Cuidados de enfermagem no processo de reabilitação*. Tese de Mestrado, Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.
- Lopes, M. (2016). Cidadania e Participação: de utente-consumidor a cidadão corresponsável. *RIASE online*. 2(3), pp. 795 – 804. Obtido de <https://dSPACE.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/22555/1/133-725-1-PB.pdf>
- Lopes, M. J. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Rev. Esc. Enferm. USP* 30(2), pp. 220-228.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Formasau.
- Lopes, M., & Fonseca, C. (2013). The Construction of the Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging & Innovation*, 2 (1), pp. 121-131.

- Lopes, M., Fonseca, C., Pinho, L., & Sousa, L. (2020). *Diagnóstico dos Cuidadores Informais*. Évora.
- 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. *Riase online 2 (3)*, pp. 723-752. Obtido de file:///C:/Users/Esteves/Downloads/153-723-1-PB.pdf
- Lopes, M., Pinho, L., Fonseca, C., Goes, M., Oliveira, H., Garcia-Alonso, J., & Afonso, A. (2021). Functioning and Cognition of Portuguese Older Adults Attending in Residential Homes and Day Centers: A Comparative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 7030*. doi:<https://doi.org/10.3390/>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). 12.3 Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: conceções e práticas*. Lidel Enfermagem.
- Ma, H.-P., Lu, H.-J., Xiong, X.-Y., Yao, J.-Y., & Yang, Z. (2014). The investigation of care burden and coping style in caregivers of spinal cord injury patients. *International Journal of nursing Sciences I*, pp. 185-190.
- Malcato, M. (2017). A pessoa submetida a cirurgia cardiotorácica. Em L. C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 515-523). Lusodidacta.
- Marques, P. et al. (2022). Plano Hospitalar para Idosos. Lidel
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2017). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., & Braga, R. (2017). Reabilitar a pessoa com Acidentes Vascular Cerebral. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados De Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 465-474). Lusodidacta.
- Martins R., S. C. (2019). *Capacitação do cuidador informal: O papel dos enfermeiros no processo de gestão da doença*. doi:<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9468>
- Martins, C. C. (2014). As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1(2)*, pp. 177-184. doi:[doi:10.17060/ijodaep/2014](https://doi.org/10.17060/ijodaep/2014)
- Martins, M. M. (2002). *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Formasau.
- Martins, M. M., Gonçalves, L., & Fernandes, C. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem 65(4)*, pp. 685-690.
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Silva, J. V. (2018). Orientações conceptuais dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação em Hospitais Portugueses. *RPER V1(2)*, pp. 42-48.

- Martins, M., & Monteiro, M. (2012). Vivências dos Cuidadores Familiares em Internamento Hospitalar - o início da dependência. Em In Carvalho, J.C. et al. (Eds.), *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de família*.
- Martins, M., Martins, A., & Martins, A. (2017). Reeducação familiar / Social - Reconstrução da vida Familiar e Social no Processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, J. (1997). As práticas profissionais e os modelos de enfermagem. *Servir Vol. nº 45(1)*.
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC, Contributos para um Envelhecer Resiliente*. Lusociência.
- Miler, C. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (6ª ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Ministério da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento*. Obtido de <https://docplayer.com.br/1306756-Cuidados-intensivos-direccao-geral-da-saude-direccao-de-servicos-de-planeamento.html>
- Ministério da Saúde. (2018). Despacho n.º 7219/2018. *Diário da República 2ª série(145)*, 20527 - 20528. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/7219-2018-115800635>
- Ministério da Saúde. (2022). Instituição in Centro Hospitalar do Algarve. Obtido de <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- Monteiro, M. C. (2010). *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar - o início da dependência*. Dissertação de Mestrado. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf>
- MS. (2021). Despacho n.º 9390/2021: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Em *Diário da República, 2.ª série, parte C* (pp. 96-103).
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem: fundamentos e horizontes*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2013a). Competências morais dos profissionais de enfermagem. *VIII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal*. Leiria.
- Nunes, L. (2013b). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*.
- Nunes, L. (2013c). Desenvolvimento humano e Enfermagem - horizontes da [nossa] ação. *Conferência nas Comemorações do 101º aniversário da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho*, (pp. 1-16).
- Nunes, L. (2014). Promoção da Cidadania através do cuidar em Enfermagem. *1º Encontro Internacional de Literacia em Saúde Mental*, (pp. 131-140). Coimbra. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6098/1/Conferencia_Literacia%20em%2

OSaude%20Mental_%20Promocao%20da%20Cidadania%20atraves%20do%20cuidar%20em%20enfermagem_LN_Fev%202014.pdf

- OE. (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: referencial do enfermeiro*.
- OE. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>
- OE. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- OE. (2013). *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*.
- OE. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- OE. (2015b). *Padrão documental dos Cuidados de enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- OE. (2015c). *Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- OE. (2015d). *Áreas de Investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- OE. (2016). *Instrumentos de Recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- OE. (2018). *CIPE*. Obtido de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- OE. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*.
- OE. (2018b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer.pdf
- OE. (2018b). *Programa formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16011/programa_formativo_eereab_rev12-vf.pdf

- OE. (2018c). *Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho*. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- OE. (2019a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série(26). Obtido de <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- OE. (2019b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, 2ª série(85). Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11871/1356513568.pdf>
- OE. (2020). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: Centro: <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- OE. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. *Diário da República*, 2ª série(131).
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos do Humanos*. Obtido de <https://www.unicef.org>
- Oliveira, C., Couto, G., & Silva, R. (2021). Enfermagem de reabilitação nos cuidados de saúde primários. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de reabilitação: conceções e práticas* (pp. 654-670). Lidel Enfermagem.
- Oliveira, J., Pacheco, A., Marques, F., Santos, J., & Neiva, S. (2021). Enfermagem de reabilitação em contexto de pandemia pela COVID-19. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de reabilitação: Conceções e práticas*. Lidel Enfermagem.
- OMS. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- OMS, & DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed.).
- Pavarini, S., & Neri, A. (2000). - Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. Em Y. A. DUARTE, *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*.
- Pereira, I. (2011). *Do Hospital para casa: estrutura de ação de enfermagem. Uma teoria de médio alcance*. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9353/1/TESE%20-%20Do%20hospital%20para%20casa%2024-9-2013%20-%202.pdf>
- Pereira, R. (2017). Enfermagem baseada na evidência: um desafio, uma oportunidade. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta.
- Pessoa, J. (2019). Utilização de Cought Assist nas doenças neuromusculares: uma revisão bibliográfica. *Temas de Saúde*, 19(2), pp. 420-440. Obtido de <https://temasensaude.com/wp-content/uploads/2019/05/19223.pdf>
- Petronilho, F. (2007). *A preparação do regresso a casa*. Formasau - Formação e Saúde, Lda.

- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Formasau, Formação e Saúde Lda.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a Construção do Cuidado de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidata.
- Plöther, M., Schmidt, K., Jong, L., Zeidler, J., & Damm, K. (2019). Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatrics*, 19(1), pp. 1-22. doi:doi:10.1186/s12877-019-1068-4
- PORDATA. (2021). *PORDATA, Estatísticas sobre Portugal e Europa*. Obtido de PORDATA: <https://www.pordata.pt/subtema/europa/esperanca+de+vida+e+mortes-96>
- Portugal - Ministério da Saúde. (2019). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Integrados (RNCCI)*. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_-Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf
- Portugal - Ministério da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde sustentável: de todos para todos*. Obtido de https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Presidência do Conselho de Ministros. (29 de Novembro de 2016). Resolução do Conselho de Ministros n.º 76/2016. *Diário da República, 1ª série*(229), 4232. Obtido de <https://dre.pt/application/file/a/105277039>
- Queirós, P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(3), pp. 776-781. doi:<https://doi.org/10.1590/0104-07072014002930013>
- Regadas, S., & Marques, G. (2012). A Enfermagem e as Famílias Prestadoras de Cuidados. Em J. Carvalho, M. Barbieri-Figueiredo, H. Fernandes, A. Vilar, L. Andrade, M. Santos, . . . P. Oliveira, *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*.
- Ribeiro, O., Faria, A., & Ventura, J. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, classificações e sistemas de informação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas*. Lidel Enfermagem.
- Ribeiro, O., Martins, M. M., Tronchin, D., Silva, J., & Forte, E. (2019). Modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros em hospitais portugueses. *Rev Bras Enferm*, 72(Suppl 1), pp. 27-35. Obtido de <https://www.scielo.br/j/reben/a/vNTrJtMnNBgwdw8GFKM/?format=pdf&lang=pt>
- Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos EEER. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas*. Lidel.
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 1*, pp. 25-36.
- Rocha, A., Barboza, M., & Speciali, D. (2017). REVISÃO: Atuação da fisioterapia na reabilitação de paciente com Síndrome de Guillain-Barré. *Fisioterapia Brasil*, 18(6), 778-787. Obtido de

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/886/pdf>

- Roxo, J. (2008). O Toque na prática Clínica. *Revista Referência II Série*(6), pp. 77-89.
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), pp. 182-189. Obtido de file:///C:/Users/Esteves/Downloads/amp,+182-188.pdf
- Santos, B., Amorim, J., Poltronieri, B., & Hamdan, A. (2021). Associação entre limitação funcional e deficit cognitivo em pacientes idosos hospitalizados. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29. doi:doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2101
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (1), pp. 51-54. Obtido de <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Santos, L. (2017). O Processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidata.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª Ed. . Lidel Edições técnicas, Lda.
- Severino, S. (2017). Enfermagem de reabilitação à pessoa submetida a ventilação mecânica. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 365-380). Lusodidacta.
- Silva, Á., Araújo, L., Campos, R., Araujo, R., & Dutra, G. (2019). Atuação da fisioterapia na paralisia supranuclear progressiva: um relato de caso. *Revista científica FACS*, 19(23), pp. 55-61. Obtido de <https://periodicos.univale.br/index.php/revcientfacs/article/view/320/273>
- Silva, R. (2012). *Efectividade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Domicílio à Pessoa em situação de AVC*. Relatório de Estágio na Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Saúde de Santarém. Obtido de <https://repositorio.ipsantarém.pt/bitstream/10400.15/1247/1/Efectividade%20dos%20Cuidados%20de%20enfermagem.....pdf>
- SNS. (2018). *Mudança Centrada nas Pessoas, Livro SNS+ Proximidade*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/sns-mais/sns-proximidade-sobre/>
- SNS. (2022). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/5/50003/Pages/default.aspx>
- Sousa, E. (2011). *A família: atitudes do enfermeiro de reabilitação*. Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9365/1/MER_Tese_Salom%C3%A9_2011.pdf
- Sousa, L., & Carvalho, M. (2017). Pessoa com osteartrose na Anca e Joelho em contexto de Internamento e Ortopedia. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lusodidacta.

- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em contexto de Internamento e Ortopedia. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da Vida*.
- Sousa, L., Martins, M., & Novo, A. (2020). A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO EMPODERAMENTO E CAPACITAÇÃO DA PESSOA EM PROCESSOS DETRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1). doi:10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763
- SPMFR. (2020). *Plano de atuação na Reabilitação de doentes admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos por Covid-19*.
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M. J., . . . Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais*.
- Thomas, S., Mehrholz, J., Bodechtel, U., & Elsner, B. (2019). Effect of physiotherapy on regaining independent walking in patients with intensive care unit acquired muscle weakness: a cohort study. *J Rehabil Med*, 51(10), 797-804.
- UCC Chamusca/Golegã. (s/d). *Cuidar a Reabilitar - Projeto de Melhoria Continua de Qualidade e da Saúde*.
- Varanda, E., & Rodrigues, C. (2017). Reeducação cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: recuperar o bailado da mente. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 215-225). Lusodidacta.
- WHO. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim Report*. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO. (2021). *Intervenções de autocuidado para a saúde*. Obtido de World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1
- WHO. (2022). *WHO Guideline on self-care interventions for health and well-being*. Obtido de https://files.magicapp.org/guideline/411b5969-8716-4e88-99ae-7ee0be1416eb/published_guideline_5512-3_0.pdf
- Wright, L., & Leahey, M. (2009). *Nurses and Families - A guide to Family Assessment and intervention* (5ª Ed. ed.). F. A. Davis Company.
- Zou, X., Cong, L., & Yu, Z. e. (2019). Fast-track rehabilitation and nursing care in postanesthesia care unit on orthopedic patients. *Australian journal of advanced nursing*, 36(3), pp. 39-44.