

PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO COM COMORBILIDADE, INDICADORES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

DEPENDENT PERSON IN SELF-CARE WITH COMORBIDITY, RESULTS SENSITIVE TO REHABILITATION NURSING CARE: SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

PERSONAS DEPENDIENTES EN EL AUTOCUIDADO CON COMORBILIDAD, RESULTADOS SENSIBLES A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA.

Autores

César Fonseca¹ António Lista², Flávio Redol,³ João Rocha⁴

¹ PhD, Universidade de Évora, Investigador POCTEP 0445_4IE_4_P, ² RN, MsC student ³ RN, CNS, ⁴ RN, CNS

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

RESUMO

Enquadramento: A Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental na sociedade contemporânea na resposta à instalação de novos paradigmas de doença crónica e dependência, induzidos pelo envelhecimento demográfico e o advento de grande número de comorbilidades associadas. Os indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação refletem a forma como estes enfermeiros contribuem para a saúde da população de forma a obter ganhos em saúde. Objetivo: Determinar os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em relação às pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade. Métodos: Foi realizada uma revisão sistemática da literatura dos artigos publicados entre 2012 e 2017, através de pesquisa na base de dados MEDLINE, CINAHL e MedicLatina, utilizando metodologia PI[C]OS, resultando na selecção de 11 artigos. Resultados: Foram identificados 30 indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em relação à pessoa dependente no autocuidado com comorbilidade. Da síntese qualitativa dos indicadores, foram observadas melhorias ao nível das variáveis: Readaptação e Reeducação funcional; Bem-estar e Autocuidado; Controlo de Sintomas; Prevenção de Complicações; Apoio Psicológico; Satisfação do Cliente; Utilização dos Serviços de saúde; Qualidade de Vida; Promoção da Inclusão Social; Autogestão da Doença e Promoção da Saúde. Conclusão: Esta revisão sistemática de literatura, enquadrando-se no desígnio do desenvolvimento da disciplina de Enfermagem de Reabilitação, pretende fornecer contributos válidos ao corpus de conhecimento sobre o qual assenta a sua prática. O reconhecimento de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, são uma oportunidade para a reflexão sobre a praxis e um meio de condução à excelência dos cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação, Autocuidado, Funcionalidade, Comorbilidade, Indicadores de saúde.

ABSTRACT

Background: Rehabilitation Nursing assumes a fundamental role in contemporary society in the response to the installation of new paradigms of chronic illness and dependence, induced by demographic aging and the advent of a large number of associated comorbidities. Health indicators sensitive to Rehabilitation Nursing care reflect how these nurses contribute to the health of the population in order to achieve health gains. Methods: A systematic review of the literature was carried out. Articles published between 2012 and 2017 were selected by searching the MEDLINE, CINAHL and MedicLatina database, using PI [C] OS methodology, resulting in the selection of 11 articles. Objective: To determine the indicators sensitive to Rehabilitation Nursing care in relation to the dependent people in self-care with comorbidity. Results: We identified 30 indicators sensitive to of Rehabilitation Nursing care in relation to the dependent person in self-care with comorbidity. From the qualitative synthesis of the indicators, improvements were observed in the variables: Readaptation and Functional Reeducation; Wellness and Self Care; Symptom Control; Prevention of Complications; Psychological Support; Customer Satisfaction; Use of Health Services; Quality of Life; Promotion of Social Inclusion; Self-management of Disease and Health Promotion. Conclusions: This systematic review of the literature, which falls within the scope of the development of the discipline of Rehabilitation Nursing, aims to provide valid contributions to the corpus of knowledge on which its practice is based. The recognition of indicators sensitive to rehabilitation nursing care is an opportunity for reflection on praxis and a means of conducting to excellence in care.

Keywords: Rehabilitation Nursing, Self Care, Functionality, Comorbidity, Health Indicators.

INTRODUÇÃO

Ao longo da vida, o ser humano experimenta diferentes níveis de autonomia, deparando-se com eventos que lhe causam dependência. (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014). Durante o seu crescimento, adquire competências para ser autónomo e desenvolve capacidade de autocuidado (Queirós et al., 2014). Por sua vez, quando a condição humana ou o ambiente envolvente se alteram, particularmente em situações de doença crónica, a capacidade de autocuidado do indivíduo encontra-se comprometida e este torna-se incapaz de cuidar de si próprio, necessitando de agentes de autocuidado (Queirós et al., 2014). De facto, quase todas as pessoas serão temporariamente ou permanentemente prejudicadas em dado momento da vida e aquelas que sobrevivem ao envelhecimento, terão dificuldades crescentes de funcionalidade (WHO, 2011).

Atualmente observa-se a transição para um paradigma centrado no envelhecimento da população mundial devido à crescente longevidade, originando uma maior suscetibilidade da pessoa à incapacidade e ao desenvolvimento de múltiplas doenças crónicas (Fabbri et al., 2015; Lobo, Santos, & Gomes, 2014). A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa resultam de uma interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais, tanto pessoais como ambientais (WHO, 2004). Por outro lado, comorbidade, definida como a coexistência de duas ou mais doenças crónicas, num mesmo indivíduo, tem vindo a ser reconhecida como a condição clínica mais comum, induzindo à diminuição da qualidade de vida, declínio funcional do indivíduo

e ao aumento da utilização dos cuidados de saúde (Fabbri et al., 2015). Está associada a piores resultados de saúde, difícil gestão clínica e custos elevados (Valderas, Sibbald, & Salisbury, 2009). Em 2015, cerca de 70% do total de mortes em todo o mundo está associada aos quatro principais grupos de doenças crónicas não transmissíveis: doenças do sistema circulatório, neoplasias, doenças do sistema respiratório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (WHO, 2017).

O enfermeiro desempenha no panorama de saúde atual, um papel de peculiar importância, já que atua como agente de autocuidado, num continuum saúde-doença, com o objetivo de “prestar cuidados de enfermagem a todo o ser humano” de forma que “mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional.” (Decreto-Lei n.º 161/96). Por seu lado, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), detém um nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida na área particular da reabilitação, com o objetivo de intervir junto da pessoa com dependência funcional, através da capacitação e promoção da qualidade de vida (Regulamento 125/2011; Assembleia do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, 2015). O EEER tem como objetivo promover o diagnóstico precoce, implementar ações preventivas de enfermagem de reabilitação, assegurando a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e incapacidades, bem 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, seja ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica ou outras deficiências e incapacidades (Regulamento 125/2011). Deste modo, o EEER cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados, “capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade” e maximiza a funcionalidade (Regulamento n.º 125/2011).

Em Portugal, à semelhança do que acontece nos países desenvolvidos, observamos o progressivo envelhecimento da população e a predominância das doenças crónicas não transmissíveis. Segundo a Direcção-Geral de Saúde (2017), no período entre 2006 a 2015, a esperança média de vida ao nascer aumentou dois anos de vida, da mesma forma que o aumento da esperança de vida aos 65 anos obteve um ganho que ultrapassa um ano de vida (DGS, 2017). A carga de doença atribuível às doenças crónicas situa-se nos 86% e as doenças oncológicas e cerebrovasculares representam 4,2% e 3,7% da carga de morbilidade e incapacidade dos portugueses, respetivamente (DGS, 2017). Ainda relativamente à incapacidade, 21,8 % da população residente com 65 ou mais anos, refere dificuldades em realizar autocuidados (DGS, 2017).

CONCEITOS

A Pessoa Dependente No Autocuidado

A dependência está associada ao declínio funcional da pessoa, devido a fatores como o aparecimento ou desenvolvimento de uma doença, acidentes, polimedicação, ambientes inadequados, alimentação deficitária, ausência ou inadequação de ajudas técnicas (Sequeira,

2010). Ocorre uma situação de 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, levando a pessoa a não conseguir, de forma autónoma, realizar as atividades da vida diária. (Decreto-Lei nº 101/2006). Por outro lado, o autocuidado é o conceito definido por Dorothea Orem (2001), através da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado. A autora (2001) considera uma teoria geral composta por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; a Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood, 2002). Orem (2001), define o autocuidado como a prática de atividades que uma pessoa inicia e realiza deliberadamente, para manter a sua vida, saúde e bem-estar. Afirma que o autocuidado é uma conduta aprendida e que resulta de experiências cognitivas, culturais e sociais. Na sua teoria, o autocuidado é representado por dois conceitos distintos, correlacionados: o agente de autocuidado, e o conceito de comportamento de autocuidado (Orem, 2001). O autocuidado tem sido operacionalizado como a capacidade percebida e/ou a performance da pessoa em desenvolver ações ou comportamentos que tenham como finalidade a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e gestão da

da doença ou das mudanças nas funções corporais, sendo considerado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem (Fonseca & Lopes, 2014; Schub, 2012; Renpenning, SozWiss, Denyes, Orem & Taylor, 2011; Hohdorf, 2010; Graham, 2006).

Indicadores Sensíveis Aos Cuidados De Enfermagem De Reabilitação

A disciplina de enfermagem tem por âmbito os processos humanos de viver e morrer, constatando que o ser humano se relaciona constantemente com o seu ambiente. Os cuidados de Enfermagem promovem a autonomia da pessoa, previnem a doença, promovem os processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e ainda a máxima independência na realização das atividades de vida (Fawcett J., 2005; Saragoila, 2007). Neste contexto, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação (ER) constituem uma área de intervenção especializada com conhecimentos e procedimentos específicos (Regulamento 350/2015) Assim, indicadores sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, definem-se por fatores ou variáveis quantitativas ou qualitativas, com intuito de mensurar de forma simples e fidedigna as mudanças associadas a intervenções como a promoção do diagnóstico precoce, 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 (Regulamento 125/2011; Assembleia do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, 2015). Os indicadores possibilitam a avaliação da qualidade e dos ganhos em saúde e a identificação de oportunidades de melhoria (OE, 2011).

Funcionalidade

O conceito de funcionalidade da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) foi adotado, por agrupar diferentes domínios da pessoa com uma determinada condição de saúde. Assim, funcionalidade engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. De forma semelhante, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (WHO, 2004).

Após o contexto descrito, torna-se fundamental refletir acerca dos cuidados de saúde de forma geral, e dos cuidados de enfermagem de reabilitação em particular, já que estes têm impacto direto na funcionalidade (Isabel & Silva, 2016; Lin et al., 2014) na autogestão da doença crónica (Dieperink et al., 2017; Predeger, O'Malley, Hendrix, & Parker, 2014) na inclusão social (Predeger et al., 2014), na satisfação do cliente (Lin et al., 2014) no bem-estar e autocuidado (Lin et al., 2014; Predeger et al., 2014) e na qualidade de vida da pessoa (Powden, Hoch, & Hoch, 2017).

Para a avaliação e discussão dos resultados do estudo foi utilizado o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (Assembleia do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação (ACEER), 2015) e a estrutura de

qualidade proposta por Donabedian (2003). Os padrões de qualidade possibilitam a promoção de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Assembleia do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, 2015). Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem produzem-se na mesma linha da estrutura de qualidade descrita por Donabedian (2003). Este modelo relaciona variáveis do cliente (idade, género, educação, tipo e adversidade da doença e comorbilidades) variáveis dos enfermeiros (nível de ensino, educação e experiência) e variáveis organizacionais (rácios, contexto e carga de trabalho). Perante isto, os resultados da prestação de cuidados de enfermagem individualizados e direccionados para as necessidades das pessoas/grupo, advém de fatores de experiência e organizacionais, do conhecimento científico e determinantes da saúde com resultado no impacto a nível do autocuidado, funcionalidade, controle sintomático, segurança/ocorrência adversas, bem como na satisfação da pessoa.

Deste modo definiu-se como objetivo desta RSL, determinar os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, em relação às pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade.

MÉTODOS

A revisão sistemática de literatura foi iniciada com a formulação da questão de partida com base na estratégia PICOS - População, Intervenção, Comparação, Resultado e Desenho do Estudo (Joanna Briggs Institute (JBI), 2014):

“Em relação às pessoas dependentes no autocuidado com comorbilidade (P), quais os indicadores sensíveis (O) aos cuidados de enfermagem de reabilitação (I)?

Foram definidos critérios de seleção dos estudos para orientar a pesquisa e selecionar a literatura de relevante interesse, tendo em conta os resultados pretendidos e a questão formulada. Como critérios de inclusão privilegiaram-se estudos no âmbito da pessoa dependente no autocuidado, com comorbilidade. A nível dos participantes (P) incluíram-se pessoas adultas (maiores de 18 anos) e no que se refere à intervenção (I), contemplaram-se as ações de enfermagem nos diversos contextos de cuidados, que se enquadrem nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. A nível dos indicadores (O), foram incluídos os estudos que apontassem os indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem e em relação ao desenho dos estudos (S) foram incluídos os de metodologia quantitativa e qualitativa. Além destes, foram critérios de inclusão: artigos com texto integral; artigos com referências disponíveis; artigos revistos por pares e artigos com data de publicação no intervalo cronológico entre 2012 e 2017, dado que a literatura recomenda a inclusão da mais atual evidência, que corresponde aos últimos 5 anos (Guyatt & Rennie, 2002). Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos em que os participantes não reunissem os critérios necessários, artigos com metodologia pouco clara e artigos duplicados. Foram também excluídos artigos em línguas que não fossem Português, Francês, Inglês e Espanhol.

A pesquisa foi projetada de forma ampla mas ao mesmo tempo com o objetivo de obter resultados altamente sensíveis à temática em estudo. Para tal utilizou-se a plataforma de pesquisa EBSCOhost, nas bases de dados: CINAHL *with full text*, MEDLINE *with full text* e MedicLatina.

Após a seleção das palavras-chave, procedeu-se à validação como descritores no motor de busca *Medical Subject Headings (MeSH)* (2018). Apenas uma das palavras – Nursing Interventions - não surge como descritor ou *qualifier*, no entanto, por gerar 695 resultados de pesquisa e ser fundamental ao objeto em estudo, considerou-se pertinente incluí-la.

Foi utilizada a seguinte fórmula Booleana: [(Nursing OR Nursing care OR Nursing Intervention) AND (Rehabilitation OR Rehabilitation Nursing OR Quality Of Life) AND (Stroke OR Respiratory Tract Infections OR Respiratory Tract Diseases OR Pneumonia OR COPD OR Metabolic Diseases OR Endocrine System Diseases OR Spinal Cord Diseases OR Spinal Injuries OR Nervous System Diseases)]. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada por dois investigadores, através das ferramentas recomendadas pelo Joanna Briggs Institute (2014), em que somente foram incorporados aqueles que obedeciam a mais de 50% dos critérios de qualidade. As ferramentas usadas foram o “Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (MAStARI) critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies” e “MAStARI critical appraisal tools Descriptive/Case series Studies”, Foi também utilizado a “MAStARI” critical appraisal tools Randomized Control/Pseudo-randomized Trial”. Todos os artigos foram analisados por dois

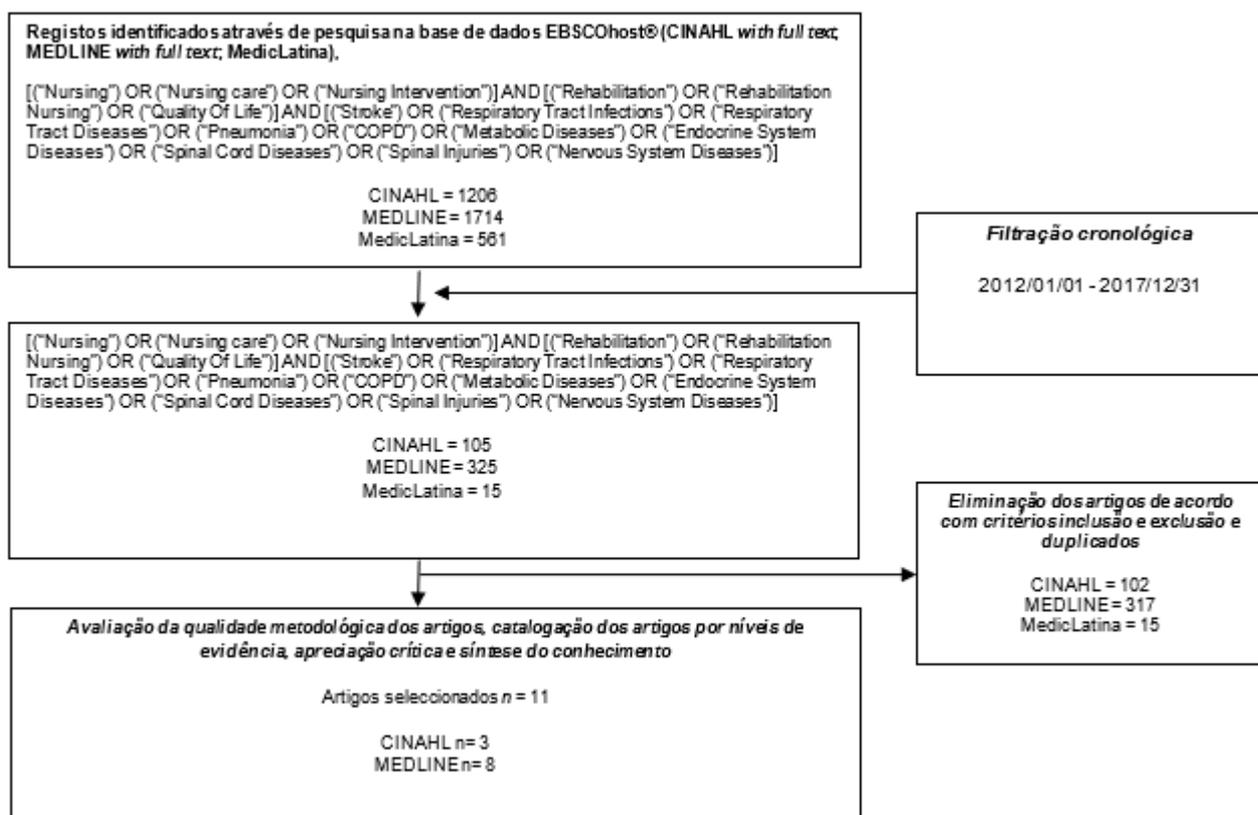
autores e, quando necessário, confirmados por um terceiro. Para avaliar os níveis de evidência dos artigos, definiram-se sete níveis de evidência: Nível I - Evidência obtida de revisão sistemática ou meta-análise de todos os ensaios controlados randomizados relevantes; *guidelines* clínicas baseadas em revisões sistemáticas ou meta-análises; Nível II – Evidência obtida de ensaios controlados randomizados bem desenhados; Nível III – Evidência obtida de ensaios controlados sem randomização; Nível IV - Evidência obtida de casos-controlo e estudos de coorte bem desenhados; Nível V – Evidência obtida de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI – Evidência de estudos descritivos ou qualitativos individuais; Nível VII - Evidência obtida da opinião de autoridades e/ou peritos (Melnyk e Fineout-Overholt, 2015). Esta classificação não pretende definir a ordem de importância, mas sim identificar os diferentes tipos de produção de conhecimento implícitos.

Posteriormente os dados foram colhidos e discutidos por dois investigadores independentes de forma a gerar concordância. Este processo baseou-se nas diretrizes de JBI (2014), tendo sido adaptado e construído um formulário de extração de dados e uma tabela de documentação de dados padronizada com base nas ferramentas de extração JBI tendo em consideração: título, autores, ano, local onde foi desenvolvido o estudo, orientação metodológica, objetivos do estudo, características dos participantes, aspetos éticos, testes estatísticos, nível de evidência, principais resultados e observações dos investigadores.

Por último levou-se a cabo a síntese de dados,

com o objetivo de resumir a narrativa dos dados. Duas tabelas síntese foram contruídas: a primeira fazendo a descrição dos estudos e a segunda fazendo a síntese dos resultados. A união das duas tabelas deu origem a apenas uma que dispõe a síntese dos estudos. As tabelas síntese foram contruídas em conjunto pelos investigadores.

Após análise da qualidade metodológica através dos instrumentos JBI, foram selecionados para inclusão na RSL, 11 artigos: 3 artigos da CINAHL *Plus with Full Text* (EBSCOhost® via Ordem dos Enfermeiros) 8 da MEDLINE *with Full Text* (EBSCOhost® via Ordem dos Enfermeiros). O percurso metodológico levado a cabo encontra-se resumido no Fluxograma 1.



Fluxograma 1 - Percurso metodológico

Resultados

Os 11 artigos incluídos foram publicados no período entre 2012 e 2017. Encontram-se escritos em Inglês e foram conduzidos em vários países como China, República Islâmica do Irão, Portugal, Estados Unidos da América, Dinamarca, Turquia, Holanda e Reino Unido. Dez estudos são de natureza quantitativa e o restante utiliza mistura de métodos qualitativo e quantitativo. Na Tabela 1, são apresentados

os estudos que constituíram esta RSL, apresentando o título, país do estudo, autor, nível de evidência, tipo de desenho do estudo, objetivos e participantes, principais resultados e conclusões relacionadas com os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa dependente no autocuidado com comorbidade.

Tabela 1 - Sumarização dos estudos incluídos

Estudo/Autor/País	Objetivos /Participantes	Principais Resultados	Conclusões
Effectiveness of Home-Based Pulmonary Rehabilitation for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials (X.L. Liu et al., 2014) China Nível I Revisão sistemática com meta-análise	O objetivo deste estudo é avaliar o impacto dos programas de reabilitação pulmonar domiciliares sobre qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e outros resultados de saúde em pacientes com DPOC 733 pessoas com DPOC	Os pacientes com DPOC apresentaram alívio significativo no estado de dispneia, medido pela Escala de Borg, após 12 semanas de intervenção domiciliar. A intervenção no domicílio melhorou os scores de QVRS dos pacientes, medido pelo Questionário Respiratório Crônico e Questionário do Hospital Saint George na Doença Respiratória; capacidade de exercício e funções pulmonares (medidas por volume expiratório forçado no 1º segundo/ capacidade vital forçada (FEV1/FVC) [Modelo de efeitos aleatórios, WMD = - 10,72, IC 95%: - 15,86 ~ - 5,58, p < .0001, após 12 semanas de intervenção], em comparação com o grupo de controle de não intervenção.	Os programas de reabilitação pulmonar domiciliar representam abordagens de intervenção terapêutica efetivas para aliviar os sintomas respiratórios associados à DPOC e melhorar a QVRS e a capacidade de exercício.
Health locus of control and self-care behaviors in diabetic foot (Abredari et al., 2015) República Islâmica do Irão Nível VI Estudo Descritivo	Analisar a correlação entre o comportamento de autocuidado e locus de controle de saúde em pacientes com pé diabético 120 pessoas com pé diabético	Os resultados desta pesquisa mostraram que existe uma relação direta e significativa entre comportamentos de autocuidado e locus de controle interno da saúde (p < 0.001) e também em contraste com o locus de controle de saúde de acaso (p < 0.001).	O locus de controle da saúde está relacionado com o comportamento de autocuidado em pacientes com pé diabético. Devemos considerar o papel desses fatores nas intervenções de enfermagem e em programas e planos de educação para o cuidado do paciente.
Impact of self-care modeling videos on people with spinal cord injury (Isabel & Silva, 2016) Portugal Nível III Estudo Quasi-Experimental	Avaliar o impacto de um instrumento vídeo, em português, sobre técnicas de autocuidado e reabilitação motora em pessoas com lesão medular (LM)	Observou-se que o grupo de intervenção obteve ganhos de habilidades motoras muito significativos (pós-teste) em 3 dos vídeos estudados. Verificaram-se ganhos moderadamente significativos de desempenho com 1 dos vídeos e melhoria ligeira do desempenho com outro vídeo. Encontramos ganhos de conhecimentos imediatos em todas as técnicas do grupo de intervenção comparando os 2 momentos de avaliação.	A intervenção em estudo teve um impacto positivo no grupo de intervenção quer no aumento das habilidades de execução de técnicas quer no aumento dos conhecimentos imediatos sobre as mesmas
Oncology Rehabilitation Outcomes Over Time: A Mixed-Methods Approach (Predeger et al., 2014) USA Nível VI Nível VI Estudo Transversal retrospectivo com mistura de métodos	Avaliar um programa de reabilitação de oncologia ao longo do tempo 102 pessoas sobreviventes de cancro que completaram um programa de reabilitação de oncologia	Observou-se um aumento no nível de atividade física no período pré-cancro para o tempo atual (pós-reabilitação) (z = -3.1, p < 0.01). Os motivadores mais e menos úteis emergiram dos dados narrativos, resultando na interpretação compartilhada de "Eu tenho a minha vida de volta".	A motivação do programa foi eficaz para ajudar os sobreviventes de cancro a manter alguma atividade elevada e manter percepções positivas bem após a conclusão do programa.
Male coping through a long-term cancer trajectory. Secondary outcomes from a RTC examining the effect of a multidisciplinary rehabilitation program (RePCa) among radiated men with prostate cancer (Dieperink et al., 2017) Dinamarca Nível II RCT longitudinal prospectivo com follow-up	Examinar se a reabilitação influenciou os estilos de coping masculino auto-relatados durante e até três anos após o tratamento com radioterapia para cancro da próstata. 161 pessoas com cancro de próstata tratados com radioterapia e terapia de privação androgénica	A maioria dos estilos de coping permaneceu estável durante a trajetória do paciente, mas a Preocupação Ansiosa diminuiu do período antes da radioterapia para a fase de acompanhamento em grupos de intervenção e controle. Após seis meses, o grupo de intervenção manteve o Espírito Combatente significativamente (p = 0.025) em comparação com os controles, mas, após três anos, essa diferença foi equilibrada. Após três anos, o grupo de intervenção apresentou menor Evasão Cognitiva (p = 0.044) do que os controles. Fatores como nível educacional e depressão influenciaram o uso de estilos de coping após três anos.	A reabilitação multidisciplinar em pacientes com cancro de próstata submetidos a radioterapia manteve o estilo de coping Espírito Combatente estável após seis meses de radioterapia e, a longo prazo, reduziu a Evasão Cognitiva. Assim, o programa de reabilitação apoiou o estilo de coping ativo do paciente e minimizou o estilo de coping passivo.
Rehabilitation and Improvement of Health-Related Quality-of-Life Detriments in Individuals With Chronic Ankle Instability: A Meta-Analysis (Powden et al., 2017) USA Nível I Revisão sistemática com meta-análise	Realizar uma revisão sistemática com meta-análise avaliando a eficácia de programas conservadores de reabilitação para melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em indivíduos com instabilidade crónica do tornozelo.	Um total de 15 estudos forneceram 24 grupos de participantes que foram incluídos na análise. Foram identificados sete estudos de alta qualidade com uma pontuação média de PEDro de 50% (intervalo = 10% - 80%) e um nível médio de evidência de 2 (intervalo = 1 - 2). A meta-análise de efeitos aleatórios foi realizada para sintetizar as alterações de resultados relatados pelos pacientes (RRP) em todos os grupos de participantes. Os valores positivos de Tamanho de Efeito indicaram melhores scores RRP em pós-intervenção do que na pré-intervenção. O nível α foi definido em .05. A meta-análise revelou que a QVRS melhorou após a reabilitação conservadora.	Com base na qualidade da evidência e nos resultados da meta-análise, a evidência de grau A mostrou que a reabilitação conservadora produz grandes melhorias na QVRS para pessoas com instabilidade crónica do tornozelo.
Randomized Controlled Trial of Early Rehabilitation After Intracerebral Hemorrhage Stroke.	Comprovar se a reabilitação precoce, dentro de 48 horas pós-AVC, melhora a sobrevivência e os resultados funcionais em	Duzentos e quarenta e três dos 326 pacientes foram randomizados. Aos 6 meses, os pacientes que receberam atendimento padrão apresentaram maior probabilidade de morrer (razão de risco ajustada, 4.44; intervalo de	Iniciar reabilitação dentro de 48 horas de hemorragia intracerebral melhora a sobrevida e os resultados funcionais aos 6 meses

Estudo/Autor/País	Objetivos /Participantes	Principais Resultados	Conclusões
Difference in Outcomes Within 6 Nível II RCT Months of Stroke (Cadilhac et al., 2014) China	pacientes com hemorragia intracerebral. 243 pessoas com AVC	confiança de 95% [IC], 1,24-15,87); Para os resultados de morbidade, uma diferença de 6 pontos no Questionário Curto da Atividade Física de 36 itens (IC 95%, 4,2-8,7), uma diferença de 7 pontos para o Índice de Resumo de Componentes Mentais (IC 95%, 4,5 -9,5), uma diferença de 13 pontos nos índices do Índice de Barthel Modificado (IC 95%, 6,8-18,3) e uma diferença de 6 pontos nas classificações da Escala Auto-Avaliação de (IC 95%, 4,4-8,3) foram notificadas a favor dos grupos de intervenção.	após o AVC em pacientes hospitalizados na China
Effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with chronic obstructive lung disease (COPD) (Akgün Sahin & Dayapoğlu, 2015) Turquia Nível III Estudo quasi-experimental pré-teste e pós-teste de grupo único	Investigar o efeito da Técnica Progressiva de Relaxamento Muscular na fadiga e na qualidade do sono em pacientes com DPOC. 45 pessoas com DPOC	Determinou-se que a Técnica Progressiva de Relaxamento Muscular (TPRM) diminuiu o nível de fadiga dos pacientes e melhorou a qualidade do sono, o nível de fadiga dos pacientes aumentou à medida que a qualidade do sono diminuiu.	Os programas de exercícios de relaxamento progressivo representam abordagens efetivas de intervenção terapêutica para diminuir a fadiga associada à DPOC e melhorar a qualidade do sono. Os programas de TPRM ampliarão o alcance do trabalho do enfermeiro de reabilitação, pois a continuidade de cuidados dos pacientes com DPOC é essencial.
Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation (Buijck et al., 2016) Holanda Nível IV Estudo coorte multicêntrico e prospectivo	Identificar os determinantes da qualidade de vida dos pacientes e do peso do cuidador informal 84 utentes geriátricos com AVC	Para vários domínios, a alta qualidade de vida dos pacientes geriátricos foi associada a alta independência funcional, menores sintomas neuropsiquiátricos e menos queixas depressivas. Os sintomas neuropsiquiátricos dos pacientes foram um determinante significativo da alta sobrecarga do cuidador informal.	A presença de sintomas neuropsiquiátricos (mais especificamente queixas depressivas) afeta negativamente a qualidade de vida de pacientes geriátricos. Os seus sintomas neuropsiquiátricos também afetam a sobrecarga do cuidador. Os profissionais de saúde podem desempenhar um papel importante no fornecimento do apoio psicossocial necessário.
Tabela Systematic Review of Supervised Exercise Programs After Pulmonary Rehabilitation in Individuals With COPD (Beauchamp, Evans, Janaudis-Ferreira, Goldstein, & Brooks, 2013) USA Nível I Revisão sistemática de RCT	Determinar o efeito de programas de exercícios supervisionados após a reabilitação pulmonar prévia, sobre a capacidade de exercício e a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em indivíduos com DPOC 619 pessoas com DPOC	No seguimento de 6 meses, houve uma diferença significativa na capacidade de exercício a favor das intervenções posteriores à reabilitação (SMD, 20,20; IC 95%, 2 0,39 a 20,01), que não foi mantida aos 12 meses (SMD, 20,09; IC 95%, 20,29 a 0,11).	Os programas de exercícios supervisionados após reabilitação pulmonar prévia, parecem ser mais eficazes do que os cuidados habituais para preservar a capacidade de exercício a médio prazo.
Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review (Shepherd & White, 2012) Reino Unido Nível I Revisão sistemática de RCT	Explorar os efeitos das intervenções de reabilitação cardíaca sobre a qualidade de vida de pacientes com doença coronária com foco específico em intervenções que poderiam ser fornecidas no contexto de um serviço de saúde com financiamento público	16 artigos relataram RCTs em nove países. Foram utilizados 15 instrumentos de medição para medir a qualidade de vida em diferentes estudos. Quatro temas emergiram da análise temática dos trabalhos selecionados: bem-estar físico (incluindo boa condição física e sintomas); bem-estar psicológico (incluindo ansiedade e depressão); bem-estar social (incluindo a vida familiar e os relacionamentos); e status funcional (incluindo retorno ao trabalho e estilo de vida anterior). Os resultados do domínio físico sugerem que a reabilitação cardíaca pode melhorar o bem-estar físico e os níveis de atividade física e, assim, melhorar os níveis de aptidão física. Ambos os resultados do domínio físico e psicológico sugerem que as intervenções no domicílio são pelo menos tão eficazes como as intervenções na unidade de saúde. Poucos ensaios relataram sobre a qualidade de vida no domínio social e qualquer diferença entre as intervenções domiciliares e em casa, pareceram favorecer a intervenção domiciliar.	Esta revisão indica que a reabilitação cardíaca melhora a qualidade de vida dos pacientes com doença cardíaca coronária e que as melhorias na qualidade de vida têm uma relação bidirecional com o aumento da atividade física e do status vocacional

DISCUSSÃO

A análise dos estudos incluídos nesta revisão revela que os cuidados de ER têm clara influência nos resultados de saúde das pessoas dependentes no autocuidado com comorbidade, sendo que a Readaptação e Reeducação Funcional, Bem-estar e Autocuidado e Qualidade de Vida são as variáveis mais abordadas.

Uma revisão sistemática onde se incluíram 733 pessoas de forma randomizada, avaliou o impacto dos programas de reabilitação pulmonar no domicílio, a nível da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) e outros resultados de saúde (Xian-Liang Liu et al., 2014). Os utentes em estudo apresentaram diminuição significativa dos sintomas de dispneia, um dos sintomas respiratórios mais associados à DPOC (Xian-Liang Liu et al., 2014). Os mesmos autores observaram aumento na atividade física (Predeger et al., 2014), aumento da função pulmonar, diminuição do tempo de internamento (Cadilhac et al., 2014) e das readmissões hospitalares.

Vários estudos reconhecem a importância de estabelecer programas de exercícios graduais, com supervisão nos estágios iniciais e durante um período de acompanhamento após a conclusão do programa inicial. Além disto, os ensinamentos de saúde também podem ajudar a fortalecer a motivação de um paciente para modificar seu comportamento relacionado à saúde (Cadilhac et al., 2014; Xian-Liang Liu et al., 2014). Os programas de reabilitação pulmonar domiciliar podem ser uma forma de ampliar o alcance do trabalho dos enfermeiros de reabilitação, pois são um fator importante da

continuidade de cuidados dos pacientes com DPOC (Xian-Liang Liu et al., 2014).

Beauchamp et al. (2013) determinou o efeito de programas de exercícios supervisionados após a reabilitação pulmonar sobre a capacidade de exercício. A amostra contou com 619 indivíduos com DPOC, realizando-se uma avaliação aos 6 e 12 meses, concluindo-se o aumento da capacidade funcional significativa a médio prazo (6 meses). Os programas de exercícios supervisionados de manutenção, como *continuum* da reabilitação, mostraram resultados superiores aos cuidados habituais como forma de sustentar benefícios na capacidade de exercício a médio prazo para pacientes com DPOC moderada a grave (Beauchamp et al., 2013). Os autores do estudo consideram que a manutenção de mudanças comportamentais complexas é desafiante e numa doença como a DPOC, a manutenção é ainda mais complicada pela progressão da doença e pelas exacerbações (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015; Beauchamp et al., 2013)

Num estudo que avaliou a Técnica Progressiva de Relaxamento Muscular (TPRM) na fadiga e na qualidade do sono, também em pacientes com DPOC, observou-se a eficácia da mesma técnica com melhorias de saúde dos pacientes (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015). A TPRM compreende uma sequência de exercícios de respiração, exercícios dos membros inferiores e superiores e exercícios dos músculos respiratórios (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015). Nas 45 pessoas avaliadas notou-se a diminuição do nível de fadiga e o aumento da qualidade do sono. Tal como no estudo de Xian-Liang Liu et al. (2014), considera-se que os programas de reabilitação

pulmonar são imprescindíveis na continuidade dos cuidados aos pacientes com DPOC, de forma a diminuir o número de exacerbações da doença, as hospitalizações, possibilitando ganhos a nível da qualidade de vida (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015; Beauchamp et al., 2013; Xian-Liang Liu et al., 2014).

A nível da reabilitação cardíaca, foi realizada uma revisão sistemática com o objetivo de explorar os efeitos das intervenções deste campo, na qualidade de vida de pacientes com doença coronária (Shepherd & While, 2012). Esta revisão teve por base 16 ensaios randomizados controlados, com a utilização de 15 instrumentos de medição da qualidade de vida (Shepherd & While, 2012). Provou-se que existe uma melhoria significativa na qualidade de vida (Cadilhac et al., 2014; Powden et al., 2017) através das intervenções de reabilitação cardíaca e ainda é relatado o aumento da função física (Cadilhac et al., 2014; Isabel & Silva, 2016; Predeger et al., 2014; Xian-Liang Liu et al., 2014), aumento da atividade física, aumento do bem-estar físico, aumento da função cognitiva (Cadilhac et al., 2014), diminuição da ansiedade e diminuição da mortalidade. Além dos efeitos na mortalidade, é considerado como uma mais-valia, o fato da reabilitação conduzir a uma maior qualidade de vida (Shepherd & While, 2012). Em vários estudos analisados o bem-estar físico foi o domínio mais sensível à população estudada e as medidas dentro do domínio físico foram aquelas que produziram os resultados mais positivos (Beauchamp et al., 2013; Predeger et al., 2014; Shepherd & While, 2012).

Na China, através de um ensaio randomizado controlado, comprovou-se que a reabilitação do

AVC precoce (nas 48 horas pós-AVC), melhora a sobrevivência e os resultados funcionais em pessoas com hemorragia intracerebral (Cadilhac et al., 2014). A amostra foi composta por 243 pacientes de forma randomizada que integraram os grupos de intervenção e de controlo. Os resultados foram consistentes e observou-se que os pacientes que usufruíram de cuidados de reabilitação tiveram maior probabilidade de sobrevivência aos 6 meses do que aqueles que receberam cuidados padrão (Cadilhac et al., 2014). A amostra apresentou também aumento da vitalidade, aumento da função física, diminuição da dor, diminuição da ansiedade (Shepherd & While, 2012), aumento da performance nas atividade de vida diária, diminuição do tempo de internamento (Xian-Liang Liu et al., 2014), diminuição de complicações, diminuição da mortalidade e aumento da qualidade de vida. É considerado que o enfermeiro de reabilitação tem um papel fundamental no acompanhamento da pessoa com AVC e da sua família, bem como na adaptação ao meio e no apoio psicológico (Akgün Şahin & Dayapoğlu, 2015; Cadilhac et al., 2014). O sucesso de um programa de reabilitação em pessoas vítimas de AVC depende de uma série de rotinas de exercícios, que devem ser progressivos, repetitivos e persistentes, não devendo ultrapassar a capacidade individual da pessoa (Cadilhac et al., 2014).

Com o objetivo de estudar a correlação entre o comportamento de autocuidado e o locus de controlo interno de saúde em pessoas com pé diabético, realizou-se um estudo descritivo com uma amostra de 120 pessoas (Abredari et al., 2015). O locus de controlo interno da saúde é um

conceito que se traduz na crença que um povo tem, acerca das forças que controlam a suas vidas (Abredari et al., 2015). Aqueles que possuem locus de controlo externo de saúde reconhecem fatores fora do seu controlo, como responsáveis na sua própria condição de saúde (profissionais de saúde, sorte ou destino), inversamente, as pessoas com controlo interno, reconhecem-se a si mesmos, como responsáveis pela sua saúde (Abredari et al., 2015). O resultado deste estudo indica que existe relação direta entre o comportamento de autocuidado e o locus de controlo interno de saúde. Foi também observada uma relação direta e significativa entre o locus de controle interno de saúde com nível de educação e nível económico (Abredari et al., 2015). Tal como noutros estudos, é referido que as intervenções de enfermagem, através de programas e planos de educação de cuidados com o paciente levam ao fortalecimento dos locus de controlo interno de saúde através da melhoria a nível de conhecimento de saúde/literacia, melhorando e fortalecendo os comportamentos de autocuidado dos pacientes e o seu envolvimento no tratamento (Abredari et al., 2015; Isabel & Silva, 2016; Predeger et al., 2014). Numa instituição de reabilitação portuguesa, levou-se a cabo um estudo quasi-experimental, que pretendeu avaliar o impacto de um instrumento de vídeo, acerca de técnicas de autocuidado e reabilitação motora em pessoas com lesão medular ao nível dos ganhos em habilidades motoras e conhecimento (Isabel & Silva, 2016). O grupo de intervenção foi exposto ao visionamento de vídeos educacionais sobre técnicas de reabilitação e autocuidado e posteriormente avaliadas a execução das

técnicas por peritos (Isabel & Silva, 2016). Observou-se o significativo aumento das habilidades motoras e do conhecimento (Abredari et al., 2015). Refere-se, que os vídeos ao estimularem o ensino e aprendizagem das técnicas e procedimentos de reabilitação, não devem substituir as intervenções do profissional de saúde *in locus*, mas sim servir de complemento para discussão e análise crítica interativa (Abredari et al., 2015; Isabel & Silva, 2016). Integrando métodos qualitativos e quantitativos, Predeger et al. (2014) levou a cabo um estudo com a pretensão de avaliar um programa de reabilitação de oncologia ao longo do tempo. Contou com uma amostra de 102 pessoas sobreviventes de cancro que tinham completado um programa de reabilitação. Da análise quantitativa emergiu como resultado o aumento da atividade física do período antes da neoplasia para o tempo após o término do programa de reabilitação (Predeger et al., 2014). Da mesma forma deu-se um aumento da atividade física do período imediatamente antes do programa de reabilitação para o período imediatamente após este (Predeger et al., 2014; Shepherd & While, 2012). Da análise qualitativa surgiram narrativas que indicam o aumento da função social (Cadilhac et al., 2014) e o aumento da função física. As pessoas submetidas ao estudo referem que as instalações de última geração, o ambiente de segurança, as intervenções especializadas e individualizadas (Cadilhac et al., 2014; Xian-Liang Liu et al., 2014), a frequência dos exercícios e a equipa multidisciplinar coesa e atenciosa contribuíram para o sucesso do programa de reabilitação (Predeger et al., 2014). As competências

interpessoais para lidar com os contextos que envolvem a praxis são determinantes para a enfermagem de reabilitação, sendo observado por vários autores que a gestão desses processos contribui para a satisfação, envolvimento e motivação das pessoas nos programas de reabilitação (Abredari et al., 2015; Dieperink et al., 2017; Isabel & Silva, 2016; Predeger et al., 2014).

Através de um estudo que objetivava avaliar se a reabilitação influenciava as estratégias de *coping* em homens, após o tratamento ao cancro da próstata com radioterapia, reuniu-se uma amostra com 161 pessoas neste enquadramento (Dieperink et al., 2017). Observou-se que as pessoas tiveram maior capacidade de lidar com situações do seu contexto de saúde através do acompanhamento que obtiveram nos programas de reabilitação (Dieperink et al., 2017). É transversal aos vários estudos a adopção de estratégias de *coping* mais consistentes, confrontando a doença de uma forma ativa, observando-se menores sintomas depressivos e uma maior capacidade de autogestão da doença a todos os níveis (Abredari et al., 2015; Buijck et al., 2016; Cadilhac et al., 2014; Isabel & Silva, 2016; Shepherd & While, 2012).

Neste enquadramento, Buijck et al. (2016) ao identificar os determinantes da qualidade de vida dos pacientes e do peso do cuidador informal, observaram que a alta funcionalidade estava associada a maior qualidade de vida e a menores sintomas depressivos. O cuidador informal é diretamente afetado pelos sintomas neuropsiquiátricos da pessoa cuidada, aumentando a sobrecarga do mesmo (Buijck et al., 2016). Os autores referem que o enfermeiro

de reabilitação, através da sua atuação especializada deve desempenhar um papel ativo no fornecimento de apoio psicossocial a estes doentes contribuindo para a gestão da doença por parte dos mesmo e dos próprios cuidadores, diminuindo a sobrecarga exercida em ambos (Buijck et al., 2016; Cadilhac et al., 2014; Shepherd & While, 2012; Xian-Liang Liu et al., 2014).

A qualidade de vida foi uma das variável mais presente nos objetivos das pesquisas analisadas e através de uma revisão sistemática que pretendia estudar a relação desta variável com eficácia de programas conservadores de reabilitação em indivíduos com instabilidade crónica do tornozelo (ICT) (Powden et al., 2017), percebeu-se um considerável aumento, tal como observado em outros estudos (Cadilhac et al., 2014; Shepherd & While, 2012; Xian-Liang Liu et al., 2014). Vários autores referem a preponderância do enfermeiro de reabilitação neste âmbito, intervindo em aspetos como independência, autonomia, continuidade de papéis sociais, apoio formal e informal, segurança ambiental e saúde através de estratégias adaptativas, de capacitação do doente e família (Buijck et al., 2016; Cadilhac et al., 2014; Dieperink et al., 2017; Isabel & Silva, 2016; Predeger et al., 2014).

De forma a resumir os achados da nossa pesquisa, elaborou-se a Tabela 2, que compreende a síntese, de acordo com os estudos que integraram esta revisão, da relação entre os indicadores sensíveis aos cuidados de reabilitação e as variáveis de resultado.

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

Tabela 2 - Relação entre as variáveis de resultados e os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em pessoas dependentes no autocuidado com comorbidade

CONCLUSÃO

A Enfermagem de Reabilitação assume um papel fundamental na sociedade contemporânea, seja nas intervenções que leva a cabo pelo acompanhamento da pessoa nas fases do ciclo vital, seja na resposta à instalação do paradigma da cronicidade e da dependência, pelo envelhecimento das populações e o advento de grande número de comorbidades associadas. No nosso estudo foram identificados 30 indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa dependente no autocuidado com comorbidade,

que consideramos passíveis de associar a variáveis de resultado identificadas por Doran (2011) e aos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (ACEER, 2015): Readaptação e Reeducação funcional, Bem-estar e Autocuidado, Controlo de Sintomas, Prevenção de Complicações, Apoio Psicológico, Satisfação do cliente, Utilização dos serviços de saúde, Qualidade de Vida, Promoção da Inclusão Social, Autogestão da doença e Promoção da saúde. Esta revisão sistemática da literatura, enquadrando-se no desígnio do desenvolvimento da disciplina de Enfermagem

de Reabilitação, pretende fornecer contributos válidos ao *corpus* de conhecimento sobre o qual assenta a sua prática. O reconhecimento de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, são uma oportunidade para a reflexão sobre as suas práticas diárias e um meio de condução à excelência dos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- Abredari, H., Bolourchifard, F., Rassouli, M., Nasiri, N., Taher, M., & Abedi, A. (2015). Health locus of control and self-care behaviors in diabetic foot patients. *Med J Islam Repub Iran*, 29, 283. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26913246>
- Akgün Şahin, Z., & Dayapoğlu, N. (2015). Effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with chronic obstructive lung disease (COPD). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(4), 277–281. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.10.002>
- Assembleia do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa, 2001. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Assembleia do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Porto.
- Austin, E. N. (2013). Older rural women moving up and moving on in cardiac rehabilitation. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 13(2), 23–55. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v13i2.268>
- Beauchamp, M. K., Evans, R., Janaudis-Ferreira, T., Goldstein, R. S., & Brooks, D. (2013). Systematic review of supervised exercise programs after pulmonary rehabilitation in individuals with COPD. *Chest*, 144(4), 1124–1133. <https://doi.org/10.1378/chest.12-2421>
- Buijck, B. I., Zuidema, S. U., Eijk, M. S., Bor, H., Gerritsen, L., Koopmans, R. T. C. M., ... Koopmans, R. T. C. M. (2016). Determinants of geriatric patients' quality of life after stroke rehabilitation, 7863(February), 980–985. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.899969>
- Cadilhac, D. A., Liu, N., Andrew, N. E., Zeng, L., Li, Z., Li, J., ... Wang, J. (2014). Randomized controlled trial of early rehabilitation after intracerebral hemorrhage stroke: Difference in outcomes within 6 months of stroke. *Stroke*, 45(12), 3502–3507. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.114.005661>
- Decreto-Lei n.º 161/96: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Alterado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril.
- Dieperink, K. B., Johansen, C., Hansen, S., Wagner, L., Andersen, K. K., Minet, L. R., & Hansen, O. (2017). Male coping through a long-term cancer trajectory. Secondary outcomes from

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

Direção-Geral da Saúde; Direção de Serviços de Informação e Análise. (2017). *A Saúde dos Portugueses 2016*, 1–135. <https://doi.org/ISSN:2183-5888>

Donabedian, A. (1966). Evaluation the Quality of Medical Care. *The Milbank Quaterly*, 44(3), pp. 166-203.

Donabedian, A. (2003) - An introduction to quality assurance in health care (R. Bashshur, Ed.): Oxford University Press, New York.

Doran, D., Harrison, M. B., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., . . . Granley, L. (2006). Relation between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in Nursing & Health*, 29(1), pp. 61-70.

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

Fabbri, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M. E., Studenski, S. A., & Ferrucci, L. (2015). Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and

Clinical Research. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(8), 640–647. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.013>

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analyses and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Fonseca, C., Ferreira F., Ramos A., Lopes M., Santos V. (2017) Estudo de necessidades de cuidados de pessoas com 65 e mais anos de idade, proposta de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (2): 32 – 42

Fonseca, César; Lopes, M. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem*. Universidade de Lisboa, 195.

Graham, J. (2006). Nursing theory and clinical practice: How three nursing models can be incorporated into the care of patients with end stage kidney disease. *The CAANT Journal*, 16(4), 28-31.

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

Guyatt, G. H., & Rennie, D. (2002). *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based practice*. Chicago: American Medical

Association

Halding, A., & Heggdal, K. (2012). Patients' experiences of health transitions in pulmonary rehabilitation. *Nursing Inquiry*, 19(4), 345–356. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00573.x>

Hohdorf, M. (2010). Self-care deficit nursing theory in Ingolstadt - An approach to practice development in nursing care. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing*, 18(1), 19-25.

Isabel, C., & Silva, R. (2016). Impact of self-care modeling videos on people with spinal cord injury, 57–64.

Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute reviewers' manual. Retrieved from <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>

Lin, K. H., Chen, C. H., Chen, Y. Y., Huang, W. T., Lai, J. S., Yu, S. M., & Chang, Y. J. (2014). Bidirectional and multi-user telerehabilitation system: Clinical effect on balance, functional activity, and satisfaction in patients with chronic stroke living in long-term care facilities. *Sensors (Switzerland)*, 14(7), 12451–12466. <https://doi.org/10.3390/s140712451>

Lobo, A., Santos, L., & Gomes, S. (2014). Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(6), 913–918. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670608>

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2015). "Box 1.3: Rating system for the hierarchy of evidence for intervention/treatment questions" in *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3rd ed.) (pp. 11). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.

Mohammadi, F., Jowkar, Z., Reza Khankeh, H., & Fallah Tafti, S. (2013). Effect of home-based nursing pulmonary rehabilitation on patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomised clinical trial. *British Journal of Community Nursing*, 18(8), 398, 400–3. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.8.398>

O'Brien, S., & Xue, Y. (2016). Inpatient Rehabilitation Outcomes in or Older, 96(9), 1381–1389.

Ogata, S.; Hayashi, C.; Sugira, K. & Hayakawa. (2015). Associations between Depressive State and Impaired Higher-Level Functional Capacity in the Elderly with Long-Term Care Requirements. *PLOS ONE*, 2, 1-10.

Ordem do Enfermeiros. (2015). Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, Porto.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, Lisboa.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*

(6^o ed). Mosby, St.Louis

Powden, C. J., Hoch, J. M., & Hoch, M. C. (2017). Rehabilitation and Improvement of Health-Related Quality-of-Life Detriments in Individuals With Chronic Ankle Instability: A Meta-Analysis. *Journal of Athletic Training*, 52(8), 1062–6050–52.5.01. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-52.5.01>

Predeger, E. J., O'Malley, M., Hendrix, T., & Parker, N. M. (2014). Oncology Rehabilitation Outcomes Over Time: A Mixed-Methods Approach. *Oncology Nursing Forum*, 41(2), E56–E63. <https://doi.org/10.1188/14.ONF.E56-E63>

Preto, L., Gomes, J., Novo, A., Mendes, M., & Granero-Molina, J. (2016). Effects of a Rehabilitation Nursing Program on the Functional Fitness of Institutionalized Elderly. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(No8), 55–63. <https://doi.org/10.12707/RIV15019>

Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado : o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Referência*, 157–164.

Regulamento nº 125/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Ordem do Enfermeiros – MCEER. *Diário da República*, 2^o Série, nº 35.

Regulamento nº 350/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade

dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, aprovado em Assembleia Geral de 22 de Outubro de 2011. *Diário da República*, II série, Nº 119 (22/06/2015) 16655-16660;

Renpenning, K. M., SozWiss, G. B., Denyes, M. J., Orem, D. E., & Taylor, S. G. (2011). Explication of the nature and meaning of nursing diagnosis. *Nursing Science Quarterly*, 24(2), 130-136.

Saragoila, M. (2007). Ser enfermeiro com as pessoas. Perspetivas de enfermagem em enfermeiros recém licenciados. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, ICBAS.)

Schub, E. (2012). Orem's Self-Care Model: Integration into Practice. *CINAHL Nursing Guide*. Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idoso com Dependência Física e Mental*. Lisboa : Lidel, Edições Técnicas, Lda, 2010. 978-972-757-717-0.)

Shah, S., Tartaro, C., Chew, F., Morris, M., Wood, C., & Wuzzardo, A. (2013). Skilled nursing facility functional rehabilitation outcome: Analyses of stroke admissions. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 20(7), 352–360. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2012198803&site=ehost-live>

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

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

Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals Of Family Medicine*, 7, 357–363.
<https://doi.org/10.1370/afm.983.Martin>

World Health Organization (WHO). (2004). CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade E Saude*, 238.
<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>

World Health Organization (WHO). (2011). World report on disability 2011. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation Association of Academic Physiatrists*, 91, 549.
<https://doi.org/10.1136/ip.2007.018143>

World Health Organization. (2017). World Health Statistics 2017 : Monitoring Health for The SDGs. World Health Organization.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Xian-Liang Liu, Tan, J.-Y., Wang, T., Zhang, Q., Zhang, M., Yao, L.-Q., & Chen, J.-X. (2014). Effectiveness of Home-Based Pulmonary Rehabilitation for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Rehabilitation Nursing*, 39(1), 36–59.
<https://doi.org/10.1002/rnj.112>

Yeh, K.; Lin, M.; Liu, L.; Chen, L.; Peng, L. & Chen, L. (2014). Functional decline and mortality in long-term care settings: Static and dynamic approach. *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 13-17.