



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

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



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **Capacitação da pessoa Dependente no autocuidado no contexto domiciliário: ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

**Maria João Vieira e Pinho**

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia João e Professor Doutor César Fonseca

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

**Relatório de Estágio**

Setúbal, 2023

*Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

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



**IPBeja**  
INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BEJA

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Capacitação da pessoa dependente no autocuidado no contexto domiciliário: ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

**Maria João Vieira e Pinho**

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia João e Professor Doutor César Fonseca

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

**Relatório de Estágio**

Setúbal, 2023

*Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri*

*Quem deseja ver o arco-íris, precisa de aprender a gostar da chuva*

(Paulo Coelho)

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Ana João, pela orientação descomplicada, pelo apoio, compreensão e disponibilidade demonstrada;

Ao professor César Fonseca pela ajuda na realização da revisão sistemática da literatura;

À Vânia Nascimento, pela orientação na construção do projeto;

Aos enfermeiros orientadores, pela forma que me acolheram na equipa e por me terem permitido crescer enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação;

Aos Enfermeiros chefes, pela forma cordial com que me receberam;

Aos participantes deste projeto, por terem me permitido a entrada nas suas casas e por me terem recebido de forma tão gentil;

Aos meus ex. colegas de trabalho e à minha ex. enfermeira chefe, pelo apoio, força e trocas de turnos realizadas;

Ao meu noivo, pelo amor, paciência, compreensão, por me fazer acreditar que tudo isto era possível e não me deixar desistir;

A toda a minha família, que mesmo estando longe, foram o meu grande pilar em todas as etapas;

A todos, o meu muito obrigada!



## RESUMO

**Enquadramento:** A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, envolve um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar os indivíduos com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar a sua funcionalidade e independência. Neste sentido, a enfermagem de reabilitação deve direcionar a sua ação, promovendo uma aprendizagem significativa e fornecendo estratégias adaptativas para tornar a pessoa o mais independente possível na realização das suas atividades de vida, proporcionando assim a capacitação da pessoa para o autocuidado. **Objetivo:** Descrever como foram adquiridas as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, bem como as competências de mestre e identificar os ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, através de uma proposta de intervenção de Enfermagem de Reabilitação para a capacitação da pessoa dependente no autocuidado em contexto domiciliário.

**Metodologia:** Foi implementada uma proposta de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, seguindo a metodologia qualitativa de Robert Yin (2018), a teoria de médio alcance de Lopes (2006) e o modelo de Fonseca (2013), baseado na teoria do défice de autocuidado de Orem (2001).

**Resultados:** Através da análise dos dados obtidos, verificou-se uma melhoria global de todos os participantes, com ganhos significativos na capacitação da pessoa dependente no autocuidado.

**Conclusões:** A proposta de intervenção de Enfermagem de Reabilitação implementada à pessoa dependente no autocuidado em contexto domiciliário demonstrou ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Este relatório permitiu demonstrar como foram adquiridas as competências comuns de enfermeiro especialista, as competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e as competências de mestre em enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação · Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação · Autocuidado · Cuidados domiciliários.

## ABSTRACT

**Background:** Rehabilitation, as a multidisciplinary specialty, involves a set of specific knowledge and procedures that enable helping individuals with acute or chronic illnesses or sequelae to maximize their functionality and independence. In this sense, rehabilitation nursing should direct its action, promoting meaningful learning and providing adaptive strategies to make the person as independent as possible in performing their activities of daily living, thus providing empowerment for self-care. **Objective:** To describe how common nursing specialist competencies, specific competencies of nursing specialists in rehabilitation nursing, as well as master's competencies were acquired and to identify sensitive gains in rehabilitation nursing care through a proposal for rehabilitation nursing intervention to empower dependent individuals in self-care in a home setting. **Methodology:** A proposal for rehabilitation nursing intervention was implemented, following Robert Yin's (2018) qualitative methodology, Lopes' (2006) mid-range theory, and Fonseca (2013) model, based on Orem's (2001) self-care deficit theory. **Results:** Through the analysis of the obtained data, an overall improvement was observed in all participants, with significant gains in the empowerment of dependent individuals in self-care. **Conclusions:** The proposal for rehabilitation nursing intervention implemented for dependent individuals in self-care in a home setting demonstrated sensitive gains in rehabilitation nursing care. This report allowed demonstrating how common nursing specialist competencies, specific competencies of nursing specialists in rehabilitation nursing, and master's competencies in nursing were acquired.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing · Sensitive Gains in Rehabilitation Nursing Care · Self-care · Home Care

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I- ENCS (LOPES & FONSECA, 2013) .....	139
ANEXO II- IB MODIFICADO E INSTRUÇÕES (DGS, 2011) .....	147

## ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I- PLANO DE EXERCÍCIOS I .....	152
APÊNDICE II- PLANO DE EXERCÍCIOS II.....	159
APÊNDICE III- RSL.....	164



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes .....	30
Tabela 2: Plano de intervenção para o domínio físico.....	34
Tabela 3: Plano de intervenção para o domínio cognitivo e comportamental.....	47
Tabela 4: Plano de intervenção para o domínio emocional/psicossocial .....	49
Tabela 5. Avaliação do ENCS do estudo de caso A1 .....	55
Tabela 6. Avaliação do IB do estudo de caso A1 .....	55
Tabela 7. Avaliação do ENCS do estudo de caso A2.....	58
Tabela 8. Avaliação do IB do estudo de caso A2.....	59
Tabela 9. Avaliação do ENCS do estudo de caso B1 .....	64
Tabela 10. Avaliação do IB do estudo de caso B1 .....	64
Tabela 11. Avaliação do ENCS do estudo de caso B2.....	70
Tabela 12. Avaliação do IB do estudo de caso B2 .....	71
Tabela 13. Avaliação do ENCS do estudo de caso C1 .....	77
Tabela 14. Avaliação do IB do estudo de caso C1 .....	77
Tabela 15. Avaliação do ENCS do estudo de caso C2.....	83
Tabela 16. Avaliação do IB do estudo de caso C2 .....	83
Tabela 17. Avaliação do ENCS do estudo de caso C3.....	88
Tabela 18. Avaliação do IB do estudo de caso C3 .....	89
Tabela 19. Resultados médios alcançados da aplicação do instrumento ENCS .....	92
Tabela 20. Resultados médios obtidos da aplicação do IB.....	93

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AAOS- American Academy of Orthopaedic Surgeons

ACI- Artéria carótida interna

APA- American Psychological Association

AVD- Atividades de vida diárias

CDP- Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade

CMFR- Centro de Medicina Física de Reabilitação

DGS- Direção Geral de Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCEI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EN- Escala numérica

ENCS- Elderly Nursing Core Set

ER- Enfermagem de Reabilitação

FC- Frequência Cardíaca

FR- Frequência Respiratória

HTA- Hipertensão Arterial

IB- Índice de Barthel

IC- Insuficiência Cardíaca

ICN- Conselho Internacional de Enfermagem

IMC- Índice de Massa Corporal

INE- Instituto Nacional de Estatística

MRCMS- Medical Research Council Muscle Scale

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL- Revisão Sistemática da Literatura

SMI- Serviço de Medicina Intensiva

SO- Sala de Observação

SU- Serviço de Urgência

TA- Tensão arterial

TAC- Tomografia Axial Computorizada

TM6m- Teste de marcha de 6 minutos

UAVC- Unidade de Acidente Vascular Cerebral

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCV- Unidade Cerebrovascular

ULS- Unidade Local de Saúde

UP- Úlcera por Pressão

VNI- Ventilação Não Invasiva

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1. ANÁLISE DO CONTEXTO.....</b>	<b>16</b>
1.1.SERVIÇO DE ORTOPEDIA .....	16
1.2.UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE .....	18
<b>2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....</b>	<b>20</b>
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	20
2.1.1. Capacitação para o autocuidado em contexto domiciliário .....	20
2.1.2. Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação .....	25
2.2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	28
2.3. METODOLOGIA.....	29
<b>2.3.1. População-alvo .....</b>	<b>30</b>
<b>2.3.2. Instrumentos de colheita de dados .....</b>	<b>31</b>
<b>2.3.3.Plano de intervenção .....</b>	<b>32</b>
<b>2.3.4. Considerações éticas .....</b>	<b>52</b>
2.4. RESULTADOS .....	53
2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	92
<b>3. ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....</b>	<b>112</b>
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	112
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	118
3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....	121
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>123</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>151</b>



## INTRODUÇÃO

O presente relatório, elaborado para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), surge no âmbito da unidade curricular (UC) Relatório do VI Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação (ER), a decorrer na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Este relatório foi desenvolvido ao longo do Estágio Final que decorreu na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) de um centro de saúde, num período total de 16 semanas, com início a 19 de setembro de 2022 e termino a 20 de janeiro de 2023. Nas primeiras 10 semanas de estágio, a área de foco era a reabilitação neurológica e nas últimas 6 semanas a área da reabilitação respiratória. Ao longo destas semanas de estágio, foi implementado um projeto de intervenção profissional intitulado de: “Capacitação da pessoa dependente no autocuidado em contexto domiciliário: ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação”. Este projeto foi iniciado e implementado no Estágio de Reabilitação que decorreu no serviço de ortopedia de um hospital, no período de 16 de maio de 2022 a 24 de junho de 2022.

Os ensinamentos clínicos, também designados por estágios, constituem uma mais-valia na formação do estudante e contribuem para o seu desenvolvimento pessoal e profissional (Cunha et al., 2016). Deste modo, o presente relatório resulta da realização do Estágio Final e através do mesmo pretende-se interligar os conhecimentos apreendidos nas outras UC, com os conhecimentos adquiridos durante a prática diária de cuidados especializados.

Os objetivos específicos definidos para o projeto de intervenção profissional foram o desenvolvimento de competências na área de ER à pessoa dependente no autocuidado em contexto domiciliário e a identificação dos ganhos sensíveis aos cuidados de ER na capacitação da pessoa dependente no autocuidado em contexto domiciliário.

A investigação garante a produção e renovação contínua do corpo de conhecimentos da disciplina de Enfermagem. Neste sentido, o EEER deve integrar, continuamente, novas descobertas de investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência e

orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para além disso, o EEER deve participar em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolver competências dentro da área de especialização (Regulamento nº 392/2019)

Contudo, a reabilitação envolve um conjunto de conhecimentos e procedimentos específicos que permitem ajudar os indivíduos com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar a sua funcionalidade e independência. Neste sentido, a intervenção do EEER visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de modo a garantir a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e incapacidades, assim como proporcionar intervenções que visam maximizar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Regulamento nº 392/2019).

O envelhecimento é um fenómeno natural e transversal a todos os indivíduos (Costa & Nunes, 2020). Com o envelhecimento ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, assim como maior prevalência de processos patológicos. Contudo, as mudanças na sociedade e a melhoria das condições de vida da população tiveram um grande impacto nos ganhos em saúde, gerando uma maior longevidade e, conseqüente aumento da população envelhecida (Nunes, 2017).

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a população portuguesa está cada vez mais envelhecida. Em 2021, existiam 182 idosos por cada 100 jovens, sendo que este índice em 2011 era de 128 idosos por cada 100 jovens (INE, 2022). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no ano 2050 o número de pessoas com mais de 60 anos triplique (OMS, 2015).

Perante o envelhecimento da população e o aumento do número de doenças crónicas, os profissionais são desafiados a compreender os fatores subjacentes a esses fenómenos e a repensar modelos de intervenção mais ajustados aos indivíduos (Reis et al., 2021). Neste sentido, a ER deve direcionar a sua ação promovendo uma aprendizagem significativa e fornecendo estratégias adaptativas para tornar a pessoa o mais independente possível na realização das suas atividades de vida, promovendo assim, o autocuidado (Petronilho et al., 2021).

Nesta ordem de ideias, é importante referenciar a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado desenvolvida por Dorothea Orem em 1967 e publicada pela primeira vez em 1971. Esta teoria engloba três teorias inter-relacionadas: a teoria do déficit de autocuidado, a teoria do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Petronilho et al., 2021). Orem (2001, p.43) define autocuidado como “(...) a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.”. Esta autora, parte do pressuposto que todo o indivíduo é capaz de se autocuidar. No entanto, quando o indivíduo não apresenta essa capacidade e necessita que esse cuidado seja realizado por outras pessoas, com responsabilidades sociais (ex. familiares, amigos) ou por profissionais de saúde, diz-se que a pessoa é dependente de autocuidado. Neste sentido, o EEER deve dirigir a ação na promoção de competências nos familiares/cuidadores para que estes respondam de forma ajustada às necessidades dos membros dependentes (Petronilho et al., 2021).

O fenómeno de dependência no autocuidado tem tido um grande impacto no modelo financeiro, social e de saúde da população. Em resposta a estes desafios, as políticas de saúde e de apoio social têm orientado a sua ação na responsabilização, consciencialização, no envolvimento das famílias em atividades promotoras de autocuidado, bem como na procura de comportamentos de saúde mais efetivos na gestão dos processos saúde-doença (Petronilho et al., 2021).

Neste sentido, a ação profissional do EEER, tendo como foco o autocuidado, assume relevância no sentido de ser facilitadora de processos adaptativos, ajudando a pessoa na readaptação à sua nova condição de vida. Assim, reabilitar capacidades, promovendo estratégias adaptativas com o objetivo de tornar a pessoa o mais independente possível, constitui um desafio permanente para o EEER, com impacto positivo na qualidade de vida das pessoas e respetivas famílias (Petronilho et al., 2021).

Em relação aos cuidados de enfermagem prestados durante os vários ensinamentos clínicos, estes foram concetualizados a partir do modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney (1995). Este modelo surge da inter-relação de vários fatores que influenciam as atividades de vida, durante o ciclo vital do indivíduo. As cinco componentes primordiais deste modelo são: as 12 atividades de vida (ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, temperatura corporal, mobilidade, trabalho e lazer, sexualidade, sono e morte), os



fatores que influenciam as mesmas, as etapas de vida, o grau de dependência/independência e a individualidade da vida (Roper, Logan, & Tierney, 1995).

De modo a simplificar a leitura e respeitando as diretrizes da UC, este relatório encontra-se dividido em 3 capítulos. O primeiro capítulo refere-se à análise dos vários contextos onde decorreram os vários ensinamentos clínicos. O segundo capítulo é relativo à estratégia de intervenção profissional, onde, inicialmente, é apresentado o enquadramento teórico e conceptual da temática em estudo. De seguida, é realizada a descrição da metodologia utilizada, a população-alvo, os instrumentos de colheita de dados, o plano de intervenção, as considerações éticas, a análise dos resultados obtidos e a discussão dos mesmos. No último capítulo, é apresentada a reflexão das competências adquiridas.

Este relatório foi escrito de acordo com o novo acordo ortográfico, respeitando o Regulamento do Estágio Final e Relatório dos Mestrados em Enfermagem da Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde e obedecendo às regras descritas no manual *Publication Manual of the American Psychological Association (APA 7ed.)*.



## 1. ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste capítulo, proceder-se-á à apresentação e caracterização dos locais onde foram realizados os estágios de Reabilitação e Final. O Estágio de Reabilitação foi realizado no Serviço de Ortopedia e o Estágio Final na UCC de um centro de saúde. Ambos os locais de estágio pertencem à mesma Unidade Local de Saúde (ULS).

A ULS foi criada ao abrigo do Decreto-Lei n.º 238/2012 de 31 de outubro. É uma instituição do sector público empresarial constituída por um hospital e um agrupamento de cinco centros de saúde que têm como missão “Promover e prestar cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados de qualidade e em tempo útil, assegurando o acesso da população, garantindo a sustentabilidade económico-financeira, de acordo com a estratégia nacional e regional de forma a obter ganhos em saúde.” (ULSLA, 2022).

Segundo os censos realizados em 2021, esta ULS serve uma população de 96 986 habitantes, sendo 47 936 do sexo feminino e 49 050 do sexo masculino, dispersos numa área geográfica de 5 309Km<sup>2</sup> (INE, 2022).

### 1.1. SERVIÇO DE ORTOPEDIA

O estágio no serviço de Ortopedia decorreu num período de 6 semanas, entre 16 de maio de 2022 e 24 de junho de 2022. Ao longo deste ensino clínico, foram desenvolvidas competências na área da reabilitação de pessoas com disfunções ortopédicas e traumatológicas.

Este serviço situa-se no 4º piso do hospital, tendo como acessos as escadas ou elevadores. Apresenta 22 camas de internamento, divididas por 7 quartos com instalações sanitárias próprias, em que 1 quarto com 4 camas pertence à Unidade de Cuidados Especiais. O espaço disponível, em cada quarto, garante uma prática segura e sem obstáculos na prestação de cuidados e na realização dos autocuidados dos utentes.

A nível de recursos materiais, este serviço apresenta um armazém de ajudas técnicas, dotado de cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas, ortóteses, aparelhos artromotor, alteres, bastões, entre outros equipamentos, que permitem a prática especializada na área de ER. Para além disso, existe uma sala para banho assistido, onde está disponível uma maca banheira destinada a utentes acamados que necessitam de ajuda total no autocuidado higiene. E em todas as casas de banho dos quartos existe uma cadeira sanitária que permite assistir nos cuidados de higiene com a pessoa sentada.

Tendo em consideração a variedade de espaços e os equipamentos acima identificados, os recursos físicos e materiais correspondem globalmente às necessidades dos utentes e dos profissionais nos processos assistenciais.

Para o regular funcionamento do Serviço de Ortopedia, existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes setores profissionais. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos ortopedistas, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes sociais, dietista e terapeutas. A equipa de enfermagem é formada por 17 enfermeiros, sendo que 1 elemento desempenha funções de gestão e é EEER. Dos restantes 16 enfermeiros, 2 têm a especialidade em ER, mas não prestam exclusivamente cuidados de ER, devido à escassez de recursos humanos no serviço. Contudo, a intervenção dos EEER é articulada em cooperação com a equipa de fisioterapia.

Neste serviço, surgem pessoas com patologia osteoarticular decorrente de doença degenerativa, neoplásica ou traumática. A estas doenças podem-se associar outras patologias que agravam os processos de incapacidade ou limitações de funcionalidade. No entanto, os motivos de internamento estão relacionados com a ortotraumatologia e cirurgias programadas. As cirurgias programadas mais frequentes são a artroplastia total da anca e a artroplastia total do joelho, decorrentes do processo degenerativo articular. O grande número de cirurgias eletivas facilita os processos de intervenções personalizadas, com uma abordagem pré-operatória mais estruturada (Ciríaco & Nascimento, 2020).

## 1.2. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O Estágio Final foi desenvolvido na UCC de um centro de saúde e decorreu num período de 16 semanas, entre 19 de setembro de 2022 a 20 de janeiro de 2023. Nas primeiras 10 semanas de estágio, a área de foco foi a reabilitação neurológica e nas últimas 6 semanas a área da reabilitação respiratória.

O Centro de Saúde onde foi desenvolvido este estágio, está inserido numa Unidade Local de Saúde e este apresenta duas unidades funcionais, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a UCC. Esta UCC iniciou funções a 1 de novembro de 2013 e tem como missão “(...) contribuir para as melhorias do estado de saúde da população da sua área de intervenção, através da prestação de cuidados de saúde de proximidade, em casa e na comunidade (...), a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis e fragilizados.” (Pereira, 2021).

A UCC serve um total de 14976 utentes, numa área geográfica de atuação de cerca de 203,3 km<sup>2</sup> e 70 habitantes por km<sup>2</sup>. De acordo com os censos de 2021, o número de indivíduos com idade entre os 25 e os 64 anos neste concelho é de 7645 e de igual ou superior a 65 anos é de 3193. Comparativamente aos censos anteriores, há uma diminuição do número de indivíduos adultos e um aumento do número de idosos, representando o aumento do índice de envelhecimento desta população (INE, 2022).

A equipa da UCC é uma equipa multidisciplinar constituída por 10 enfermeiros, 1 técnico de serviço social, 1 psicólogo, 3 médicos, 1 assistente técnico e 1 assistente operacional. Dos 10 enfermeiros, apenas 6 encontram-se a tempo inteiro nesta unidade funcional (Pereira, 2021). Desta equipa, fazem parte 2 EEER, 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Os enfermeiros especialistas desenvolvem projetos de intervenção nas respetivas áreas de especialidade e a cada enfermeiro é-lhe atribuído um determinado número de horas para os respetivos projetos. Estes projetos são no âmbito da reabilitação e gestão da doença crónica, saúde escolar, comissão de proteção de jovens em risco, intervenção precoce, equipa de prevenção da violência em adultos e núcleo local de inserção e rede social.

Assim, a UCC constitui uma resposta essencial às necessidades de saúde desta população, “(...) promovendo a utilização eficiente dos recursos existentes, respondendo em proximidade com intervenções domiciliárias e comunitárias.” (OE, 2014, p.12).



## **2. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

### **2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste subcapítulo, insere-se o enquadramento teórico da estratégia de intervenção profissional, que permitiu a aquisição de competências de EEER.

#### **2.1.1. Capacitação para o autocuidado em contexto domiciliário**

A capacitação, o autocuidado e a dependência são três conceitos chave da construção deste trabalho. Neste sentido, é importante defini-los e elucidar conceptualmente os mesmos.

Capacitar é um processo multidimensional que implica conhecimento, decisão e ação. No entanto, os conhecimentos são saberes construídos e alicerçados em valores individuais, que se modificam ao longo da vida e são influenciados por fatores de ordem social, cultural e religiosa. Esta construção de conhecimento condiciona a decisão sobre a ação, como resultado da decisão tomada, da sua capacidade e dos recursos disponíveis para a executar (Reis & Bule, 2017). Neste sentido, a capacitação é um processo que envolve os domínios cognitivo, físico e material (Reis & Bule, 2017; Sousa et al., 2020).

Na forma mais simples, a capacitação “(...) traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como sejam comer e beber, mover-se, lavar-se e vestir-se, eliminar, entre outras.” (Reis & Bule, 2017, p.57). Em atividades de ordem mais complexa, a capacitação traduz-se em atividades instrumentais, procurando a integração na comunidade, nomeadamente aprender a andar de transportes, fazer compras, a ter controlo da própria saúde e a gerir os deveres pessoais (Reis & Bule, 2017).

Ao longo do seu ciclo de vida, o utente poderá deparar-se com acontecimentos que interfiram com a satisfação das suas necessidades humanas básicas. Contudo, o utente procura adaptar-se, utilizando recursos e competências, para voltar a satisfazer as suas necessidades. O

EEER que acompanha esta sucessão de acontecimentos, deve intervir de modo a proporcionar a máxima independência possível. A capacitação está relacionada com o objetivo de criar condições e motivações pelas quais a pessoa deseja superar-se (Reis & Bule, 2017).

Neste sentido, o EEER deve desenvolver na sua prática um processo de capacitação, tendo como foco de atenção o conhecimento e a aprendizagem de capacidades do utente. O EEER utiliza o conhecimento para empoderar o utente para a tomada de decisão, de modo a maximizar a sua autonomia, estabelecendo intervenções como “Ensinar sobre (...)”, “Orientar para o uso de (...)” (Sousa et al., 2020). No entanto, “A aprendizagem de capacidades implica passar para ação o que se adquiriu com o empoderamento e com a tomada de decisão, de modo a tornar a pessoa mais independente na execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária (...)” (Sousa et al., 2020, p.67). Neste sentido, o EEER estabelece intervenções como “Instruir sobre (...)”, “Treinar a técnica de (...)” e “Treinar o uso de (...)” para a obtenção de ganhos na aprendizagem de capacidades, permitindo assim melhorar a mestria na execução dessas atividades e a integração de uma nova identidade (Sousa et al., 2020).

É importante salientar que o processo de capacitação não se limita apenas ao utente, enquanto individualidade singular. O seu contexto familiar, ambiente de trabalho e social são também importantes para o desenvolvimento dos conhecimentos e aprendizagens de capacidades (Sousa et al., 2020).

Contudo, a intervenção do EEER, tendo como foco o conhecimento e aprendizagem de capacidades do utente “(...) permite o empoderamento, a tomada de decisão e a passagem à ação, de modo a desenvolver habilidades e assim fazer a pessoa sentir-se capacitada para lidar com os desafios que surgem no dia a dia, decorrentes de processos de transição.” (Sousa et al., 2020, p.64).

Perante o envelhecimento da população e o aumento do número de doenças crónicas, os profissionais são desafiados a compreender os fatores subjacentes a esses fenómenos e a repensar em modelos de intervenção mais ajustados aos indivíduos (Reis et al., 2021). Neste sentido, a ER deve direcionar a sua ação promovendo uma aprendizagem significativa e fornecendo estratégias adaptativas para tornar a pessoa o mais independente possível na realização das suas atividades de vida, promovendo assim o autocuidado (Petronilho et al., 2021).

A Dorothea Orem introduziu o termo autocuidado em 1959 que serviu como base para o desenvolvimento de várias teorias de médio alcance, que já foram referidas anteriormente na introdução deste relatório. Estas teorias são uma referência para os vários estudos que relatam as práticas de autocuidado, analisam fatores que influenciam o autocuidado e investigam o efeito das intervenções de enfermagem no autocuidado (Fonseca, 2013).

Orem (2001, p.45) definiu autocuidado como “Uma função humana reguladora.” e “(...) uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (...)”. Esta mesma autora, afirma que o autocuidado é uma conduta aprendida e que resulta de experiências cognitivas, culturais e sociais (Orem, 2001; Fonseca, 2013).

Mais recentemente, o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) (2015, p.42) definiu autocuidado como a “(...) 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.”.

No entanto, a capacidade que cada indivíduo tem para se autocuidar, está relacionada com as suas capacidades, conhecimento e experiências vivenciadas. Desta forma, o indivíduo é denominado de agente de autocuidado. Quando o indivíduo perde essa capacidade, há necessidade de ser substituído por outra pessoa, pelo que passa a ser denominado de agente dependente de cuidados. É nesta última situação que, o enfermeiro desempenha um papel determinante e compensatório (Lourenço, 2015).

Desde sempre que as teorias de enfermagem descrevem que o foco da ação profissional dos enfermeiros é a promoção da independência para o autocuidado. Neste sentido e perante a ausência permanente ou temporária de capacidade funcional, o enfermeiro deve dirigir a ação na promoção de competências dos familiares/cuidadores para que estes respondam de forma ajustada às necessidades dos membros dependentes (Petronilho et al., 2021), tendo em conta, que o domicílio é o local certo para o ser humano se desenvolver e manter-se em permanente equilíbrio e bem-estar (Petronilho et al., 2021; Reis, 2018).



A dependência pode ser definida como: “(...) 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 actividades da vida diária.” (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006, p.3857).

Como já foi referido anteriormente, a esperança média de vida em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos. Por esse motivo, existem pessoas cada vez mais idosas e mais dependentes. Porém, a dependência não é só resultado do processo de envelhecimento, mas também está relacionada a outros fatores, como deficiências congénitas ou adquiridas, doenças oncológicas, degenerativas, acidentes de trabalho ou mesmo sequelas de acidentes de viação (Saraiva, 2011).

A dependência no autocuidado conduz a um processo complexo e multidimensional. Esta dependência implica mudanças significativas na vida da pessoa, levando à necessidade de desenvolvimento de competências adaptativas (Meleis et al., 2000; Silva, 2007).

A Teoria das Transições de Meleis permite compreender o processo de transição e aponta os principais conceitos para o domínio da enfermagem. Esta teoria evoluiu, ao longo de 40 anos, em resultado da observação como o ser humano lida e enfrenta situações de mudança e/ou alteração da condição de vida (Meleis, 2010). O conceito de transição surgiu deste processo, em que Meleis (2010) define transição como uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro. Este conceito de transição implica “(...) uma mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social.” (Meleis et al, 2000).

Segundo este referencial teórico, existem 4 tipos de transição: o de saúde/doença, o de desenvolvimento, o situacional e o organizacional. O de saúde/doença é quando ocorre mudança de um estado saudável para um estado de doença; O de desenvolvimento está relacionado com mudanças ao longo do ciclo vital; O situacional está associado a alteração de papéis previamente desempenhados; O organizacional está relacionado com mudanças ambientais, sociais, políticas, económicas e intraorganizacionais (Meleis, 2010; Silva, et al., 2019).



De modo a simplificar os diferentes conceitos de transição e transpondo para a prática dos EEER, a transição de saúde/doença consiste numa mudança na saúde ou numa situação de doença. Esta transição é desencadeada por um estado de doença, obrigando a pessoa a realizar uma passagem de um estado saudável para um estado de doença ou agravamento do seu estado de saúde. A transição de desenvolvimento está associada às fases de vida da pessoa relacionadas com a idade. Exemplos de transição de desenvolvimento são: a infância, adolescência, o envelhecimento e a morte. No decorrer destas fases de vida, a pessoa vai assumindo diferentes papéis sociedade, constituindo exemplos o papel conjugal, o parental e o profissional. Relacionada com a transição de desenvolvimento surge frequentemente, a transição situacional. Esta transição está associada a mudanças de papéis educacionais e/ou profissionais. Neste último tipo de transição, o EEER promove o conhecimento e a capacidade da pessoa e do cuidador/família de adquirirem competências, permitindo a reconstrução da independência/autonomia. No âmbito do seu exercício profissional, os EEER deparam-se, muitas vezes, com familiares/cuidadores a vivenciar transições situacionais, sendo igualmente necessária a identificação das necessidades no desenvolvimento destes novos papéis. Por último, falta mencionar a transição organizacional, que está relacionada com alterações ambientais que influenciam a vida da pessoa, assim como as regras e funcionamento da organização. Um exemplo de uma transição organizacional é a hospitalização domiciliária (Meleis, 2010; Silva, et al., 2019).

Neste processo de transição, é de salientar as interações entre enfermeiro/utente, atribuindo uma grande importância à experiência individual vivida. Meleis define como meta terapêutica de enfermagem a conceptualização e abordagem dos potenciais problemas e dificuldades encontradas pelos intervenientes no processo de transição (Meleis, 2010).

Contudo, qualquer que seja a etapa de vida em que a pessoa se encontre, o confronto com situações de doença, a falta de recursos, a existência de fatores externos incapacitantes ou com situações onde a necessidade é superior à capacidade de resposta da pessoa, conduzem muitas vezes a episódios de dependência física e debilidade mental que por consequência originam défices no autocuidado (Collière, 2003; Louro, 2009). Assim, a pessoa dependente surge como aquela que no decorrer de um determinado período de tempo, necessita de ajuda de outrem ou de algum equipamento, para a realização das suas atividades de autocuidado (Araújo, 2010). Esta circunstância leva à necessidade de apoio diferenciado, justificando-se, deste modo, a necessidade

de cuidados de enfermagem (Couto, 2012). Desta forma, o conhecimento por parte dos enfermeiros, no que concerne ao nível de dependência dos indivíduos em cada um dos domínios do autocuidado, mais especificamente, em cada atividade que executa, possibilita não só delinear cuidados individualizados, mas também definir e implementar intervenções reais, adaptadas às necessidades individuais de cada indivíduo (Duque, 2009 citado por Ribeiro, et al., 2014). Para além disso, a dependência poderá estar presente em qualquer etapa da vida do indivíduo, não única e exclusivamente na velhice, como muitas das vezes se verifica (Petronilho, 2012; Duque, 2009 citado por Ribeiro, et al., 2014).

### **2.1.2. Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

Como já foi referido anteriormente, existem cada vez mais pessoas idosas, mais pessoas dependentes e com doenças crónicas. Por outro lado, há cada vez mais expectativas relacionadas com os processos de cura. Neste sentido, é importante evidenciar quais as intervenções de saúde que produzem melhores resultados nas populações (Santos, 2019).

Atualmente, é de extrema importância, efetuar a avaliação dos resultados da prestação de cuidados, pois as organizações estão cada vez mais focadas em questões em relacionadas com a qualidade dos cuidados, desempenho organizacional e custo-eficácia. Por outro lado, os profissionais de saúde estão cada vez mais a serem desafiados a demonstrar que os cuidados de saúde que prestam traduzem-se nos melhores resultados para as pessoas cuidadas. No entanto, é necessário, que sejam identificados os resultados ligados à sua prática. Neste sentido, é importante e indispensável que os enfermeiros demonstrem o seu contributo na obtenção de ganhos em saúde nas diversas áreas em prestam cuidados, com benefício direto para a melhoria dos cuidados prestados e para um adequado planeamento de saúde (Doran, 2011).

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem incluem todos os resultados que sejam significativos, onde tenha existido intervenção de enfermagem com evidência empírica e que demonstrem a sua ação enquanto enfermeiros (Doran, 2011). No entanto, Amaral (2010) refere que os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são todos aqueles que foram influenciados pelas decisões e ações dos enfermeiros. Para avaliação da sensibilidade dos resultados aos cuidados de enfermagem Moorhead, Johnson, Maas e Sawnsen (2014, p.9) estabeleceram os seguintes critérios:

- Uma intervenção de enfermagem produziu um resultado positivo;
- Uma intervenção de enfermagem influenciou um resultado positivo;
- Uma intervenção de enfermagem foi realizada com a intenção de produzir ou influenciar o resultado;
- Uma intervenção de enfermagem produziu melhoria ou manutenção do resultado ou impediu a deterioração, ou a ocorrência de um desfecho negativo;
- A intervenção de enfermagem ocorreu antes da observação do desfecho;
- A incapacidade de fornecer intervenção de enfermagem resultou na incapacidade de alcançar um resultado positivo ou para evitar um resultado negativo;
- As intervenções que produziram ou influenciaram o resultado estão no âmbito da prática de enfermagem.

No entanto, os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem traduzem-se em efeitos/consequências das intervenções de enfermagem realizadas. Estes efeitos/consequências podem manifestar-se em alterações no seu estado de saúde, ao nível do seu comportamento, na sua perceção e também na resolução de problemas reais ou potenciais (Doran, 2011). Segundo os autores White, et al. (2005) e Doran (2011), os resultados positivos aos cuidados de enfermagem podem ser incluídos nas seguintes dimensões:

- Resultados Funcionais- resultados relacionados com o estado funcional e com a capacidade para realizar o autocuidado;
- Resultados Clínicos- resultados relacionados com a gestão e controlo de sintomas;
- Resultados Seguros- resultados relacionados com a prevenção de acidentes e complicações;
- Resultados Percetuais- resultados relacionados com a satisfação das pessoas a quem lhe foram prestados cuidados.

Para além das dimensões mencionadas anteriormente, pode-se acrescentar como resultados positivos aos cuidados de enfermagem a realização de atividades de promoção de saúde, de que é exemplo a adoção de um estilo de vida saudável e a diminuição de comportamentos de risco (Doran, 2011).

Porém, o autocuidado é um dos resultados que é mencionado na literatura como sendo sensível aos cuidados de enfermagem. No entanto, este resultado é pouco monitorizado quando



confrontado com outros indicadores de serviços de saúde prestados aos cidadãos, que pouco têm a revelar sobre a visibilidade da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros (Vieira, 2021).

Segundo Fonseca (2013) a avaliação da capacidade funcional de um indivíduo deve ser realizada através de uma linguagem internacional classificada que deva ser aceite pelos diferentes grupos profissionais. Nesta ordem de ideias, a avaliação da capacidade funcional por parte dos enfermeiros deve ser realizada com a adoção de uma linguagem internacional que permita a comunicação dos problemas entre vários grupos de profissionais e os sistemas de saúde, para a programação de cuidados e de políticas de saúde.

Neste sentido, foi desenvolvida uma linguagem internacional pela OMS, a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), Incapacidade e Saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004). Esta linguagem tem como objetivo proporcionar uma linguagem única e padronizada, permitindo a comunicação em saúde em todo o mundo nas várias disciplinas e ciências (Fonseca, 2013).

É com base na CIF que é apresentado o instrumento de avaliação Elderly Nursing Core Set (ENCS). O ENCS consiste num teste composto por 25 questões que têm como objetivo avaliar a funcionalidade e definir necessidades de cuidados de ER. A resposta a cada uma das questões é realizada através de uma escala tipo likert com um máximo de 5 pontos, sendo esta pontuação expressa numa escala de orientação positiva (0. Não há problema: 0-4%; 1. Problema ligeiro: 5-24%; 2. Problema moderado: 25-49%; 3. Problema grave: 50-95%; 4. Problema completo: 96-100%). Este instrumento permite a avaliação de 4 fatores: o autocuidado, a aprendizagem e funções mentais, a comunicação e a relação com amigos e cuidadores (Lopes & Fonseca, 2013).

A avaliação funcional inicial deve ser realizada através de escalas tipo o Índice de Barthel (IB). Segundo a DGS (2011 a), o IB é composto por 10 itens que correspondem às atividades de vida diária (AVD): alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, locomoção, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Sequeira, 2007). A pontuação final varia de 0 a 100 pontos, em que 0 é uma incapacidade grave e 100 é sem incapacidade. Segundo Mahoney e Barthel (1965) uma pessoa com uma pontuação final do IB de 100 é alguém com continência de esfíncteres, que se veste, que se levanta, toma



banho sozinha, que caminha e que sobe e desce escadas. Trata-se então, de uma pessoa independente que não necessita de ajuda na realização das suas atividades de vida/autocuidados. Por outro lado, uma pessoa com uma pontuação final do IB de 0 não é capaz de realizar nenhuma das atividades de vida, pelo que é totalmente dependente.

O IB é um instrumento de avaliação simples que de fácil entendimento por todos os profissionais, pelo que pode ser usado com precisão e rapidez por qualquer pessoa. A pontuação de cada item é tão importante como a pontuação total, visto que esta indica especificamente onde se encontram os défices de funcionalidade (Mahoney e Barthel, 1965).

Contudo, Roper, Logan, & Tierney (2001) consideram que avaliação do nível de dependência do individuo é uma competência muito importante num enfermeiro. Esta competência permite compreender como pode ser realizada a assistência ao individuo e definir quais as intervenções mais adequadas para alcançar os objetivos para cada situação.

## 2.2. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A dependência no autocuidado tem tido um grande impacto no modelo financeiro, social e de saúde da população. O EEER deve direcionar a sua ação promovendo uma aprendizagem significativa e fornecendo estratégias adaptativas para tornar a pessoa o mais independente possível na realização das suas atividades de vida, promovendo assim, o autocuidado. No entanto, é importante identificar os fatores que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de ER na capacitação da pessoa dependente no autocuidado em contexto domiciliário, com vista à melhoria e satisfação dos cuidados prestados.

Tendo em consideração a problemática exposta anteriormente, foi realizada uma revisão sistemática da literatura (RSL) (Apêndice III) com o objetivo de identificar quais os fatores que influenciam os ganhos sensíveis aos cuidados de ER na capacitação da pessoa dependente no autocuidado em contexto domiciliário.

A pesquisa foi realizada através da plataforma EBSCOHost, onde foi possível aceder às seguintes bases de dados: CINAHL Plus with full text e Psychology and Behavioral Sciences Collection e para definir a pergunta de investigação seguiu-se a metodologia PICO.

Obteve-se como resultados, fatores relacionados com o conhecimento e competências dos profissionais de saúde, planeamento dos cuidados e tomada de decisão, cuidados centrados na pessoa, condições sociais e ambientais do utente/família e as lacunas nos cuidados de transição que influenciam a obtenção de ganhos sensíveis aos cuidados de ER na capacitação da pessoa dependente no autocuidado em contexto domiciliário. Neste sentido, a capacitação da pessoa dependente no autocuidado em contexto domiciliário deve ter em conta os vários fatores identificados com vista à obtenção de ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Reabilitação · Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação · Autocuidado · Cuidados domiciliários.

### 2.3. METODOLOGIA

A metodologia que irá ser utilizada no projeto de intervenção baseia-se na teoria de médio de alcance de Lopes (2006). Esta teoria relata duas fases na relação entre enfermeiro-utente: a fase de processo de avaliação diagnóstica e a fase de intervenção terapêutica de enfermagem. Segundo este autor, na fase de avaliação diagnóstica, o enfermeiro deve avaliar a situação do utente, identificando o conhecimento que tem, o que necessita e que estratégias e capacidades tem. Na fase de intervenção terapêutica de enfermagem, o enfermeiro deve intervir na gestão da informação e de sentimento, assim como na interação dos utentes com o grupo e instituição (Lopes, 2006).

A esta teoria irá associa-se o modelo de autocuidado de Fonseca (2013), baseado na teoria de Dorothea Orem (2001). O modelo desenvolvido por Fonseca (2013) permite identificar as necessidades de cuidados de enfermagem durante a avaliação diagnóstica. Assim, a relação entre a teoria de medio alcance de Lopes (2006) e o modelo de autocuidado de Fonseca (2013) permite identificar os resultados sensíveis aos cuidados de ER prestados.

O projeto de intervenção irá ter por base a metodologia qualitativa de estudo de caso de Robert Yin (2018). Este autor defende que esta metodologia permite estudar um determinado fenómeno social complexo em contexto real. Seguindo a sua metodologia, foi realizado um projeto, onde foram planeados e definidos os objetivos de trabalho. Durante essa fase foi

construída a questão de investigação: «Quais os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa com dependência no autocuidado em contexto domiciliário?».

### 2.3.1. População-alvo

A população alvo define-se como um conjunto de pessoas que apresentam características comuns e que se enquadram nos critérios de seleção definidos (Fortin, 2009). Assim, os critérios de inclusão definidos para a seleção da amostra foram: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, a quem tenham sido prestados cuidados de enfermagem no serviço de ortopedia e na UCC, durante o período em que decorreu os diferentes ensinamentos clínicos, e que tenham apresentado défices e/ou dependência no autocuidado. Neste sentido, o método de amostragem é não probabilística e de conveniência.

A seleção da população-alvo foi realizada tendo por base os conhecimentos da estudante de especialidade de ER e do enfermeiro orientador, consoante a sua situação clínica e a necessidade de intervenção do EEER no que concerne ao défice do autocuidado.

Após a seleção dos estudos de caso para incluir neste projeto, foi realizada a caracterização sociodemográfica de cada participante, tendo em consideração as variáveis de género, idade, estado civil, nacionalidade, agregado familiar, nível de escolaridade e profissão, tal como o enunciado da plataforma da ENCS (tabela 1).

De forma a garantir a privacidade de cada utente, foi-lhes atribuído um código com a combinação de uma letra e um número para a identificação do utente e do contexto de estudo. O grupo A corresponde aos utentes selecionados no Estágio de Reabilitação realizado em contexto de internamento no serviço de ortopedia. O grupo B e C correspondem utentes selecionados no Estágio Final realizado em contexto domiciliário na UCC de um centro de saúde.

*Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes*

	<b>A1</b>	<b>A2</b>	<b>B1</b>	<b>B2</b>	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>
<b>Idade</b>	63	72	57	86	85	93	76



<b>Género</b>	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Feminino
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa
<b>Estado civil</b>	Solteiro	Viúva	Divorciado	Casada	Viúvo	Casado	Viúva
<b>Agregado familiar</b>	Vive com a mãe	Vive sozinha	Vive com a filha e neta	Vive com o marido	Vive com a filha	Vive com a esposa e enteada	Vive sozinha
<b>Nível de Escolaridade</b>	4ª classe	4ª classe	4ª classe	4ª classe	2ª classe	Não frequentou a escola	5ª classe
<b>Profissão</b>	Desempregado	Reformada	Motorista	Reformada	Reformado	Reformado	Cantora

Ao analisar os dados sociodemográficos dos vários grupos (grupo A, B e C), podemos constatar que a média de idades dos participantes era de 76 anos, sendo que o participante mais velho apresentava 93 anos e o mais novo 63 anos. Em relação à variável género, 4 dos participantes eram do sexo masculino (57,14%) e 3 do sexo feminino (42,86%). Quanto à variável nacionalidade, 100% da população alvo era de origem portuguesa. Em relação ao estado civil, 3 dos participantes encontravam-se viúvos (42,86%), 2 casados (28,57%), 1 solteiro (14,29%) e 1 divorciado (14,29%). Constatou-se que apenas 2 dos participantes viviam sozinhos, representando 28,57% da população alvo, os restantes indivíduos viviam ou com os seus conjugues, ou com os seus filhos ou então com os seus pais. Quanto ao nível de escolaridade, apenas 1 indivíduo da população alvo não frequentou a escola (14,29%), os restantes frequentaram a escola pelo menos até à 4ª classe. Relativamente à profissão, 4 dos participantes encontravam-se reformados (57,14%), 2 de baixa (28,57%) e um desempregado (14,29%).

### 2.3.2. Instrumentos de colheita de dados

Yin (2018) refere que a utilização de vários instrumentos de colheita de dados é potenciador de trabalhos com maior qualidade global. No entanto, a seleção do método ou instrumento de colheita de dados deve ter em conta os objetivos a atingir (Fortin, 2009).



Com o objetivo de uniformizar a colheita de dados foram selecionados 2 instrumentos: o ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e o IB modificado (DGS, 2011 a), que se encontram em anexo (Anexo I; Anexo II). Para além destes dois instrumentos, foram realizadas notas de campo e planos de cuidados.

O instrumento ENCS é composto por 25 itens sensíveis aos cuidados de enfermagem, permitindo a avaliação das funções mentais, dor, função do aparelho cardiovascular e respiratório, comunicação, autocuidados, alternância de decúbitos, transporte, manuseamento de objetos, andar e deslocar-se e relacionamentos pessoais e interpessoais (Lopes & Fonseca, 2013). A partir da avaliação desta escala, podemos definir planos de intervenção em ER, para os diferentes intervenientes no projeto e avaliar ganhos resultantes da intervenção da ER.

O IB permite avaliar o nível de dependência do doente para a realização de 10 atividades básicas do quotidiano, nomeadamente a alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, locomoção, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Sequeira, 2007). O IB fornece informação importante a partir da pontuação total, bem como, das pontuações parciais para cada atividade avaliada. Assim, esta escala permite avaliar as incapacidades específicas de cada utente e adequar os cuidados às suas necessidades (Araújo et al., 2007).

Os instrumentos de medida acima mencionados foram aplicados em três momentos: avaliação inicial, avaliação intermédia e final, sempre que possível.

### **2.3.3. Plano de intervenção**

O EEER deve implementar planos de intervenção para a otimização e/ou reeducação da função, executando programas de reeducação funcional essenciais na conquista do projeto de saúde da pessoa (Regulamento n.º 392/2019). Neste sentido, aquando a construção do projeto de intervenção profissional, foi desenvolvido um plano de intervenção baseado nas várias teorias de enfermagem apresentadas na fundamentação teórica, onde foram identificadas as intervenções relacionadas com os indicadores sensíveis dos cuidados de ER.

Na realização do plano de intervenção teve-se em consideração o ambiente físico, os recursos disponíveis, os serviços de apoio existentes e o suporte de família/cuidadores. No entanto, este plano traçado não é estático, requereu uma revisão contínua ao longo dos vários ensinamentos clínicos.

Na fase diagnóstica, foi efetuada a colheita de dados e a avaliação inicial, de forma a determinar as necessidades dos utentes e cuidadores/família e, para além disso, definir prioridades. Nesta fase, foram tidos em consideração, os conhecimentos, as preocupações, as capacidades e as estratégias adaptativas que os utentes e famílias/cuidadores apresentavam (Lopes, 2006). Na fase de intervenção, a estudante de especialidade de ER dirigiu a sua intervenção aos utentes e aos seus cuidadores/família, e neste processo ocorreu uma interação e uma gestão conjunta de sentimentos e informações (Lopes, 2005). Neste sentido, o plano de intervenção que se segue, baseou-se na interação entre os utentes, cuidadores/família e a estudante de especialidade de ER, tendo como objetivo, a capacitação dos mesmos para o autocuidado, bem como a promoção da sua funcionalidade. Contudo, para cada estudo de caso, foram aplicados planos de intervenção individualizados, que foram ajustados à evolução dos participantes.

Posto isto, efetuaram-se diagnósticos e estabeleceram-se objetivos individualizados, tendo em conta a prevenção de problemas, a promoção da saúde, redução do nível de dependência e as solicitações por parte dos utentes e famílias/cuidadores, promovendo desta forma, o autocuidado. Por outro lado, as intervenções de enfermagem foram centradas nas rotinas do utente e da família/cuidadores, procurando minimizar problemas relacionados com as atividades de vida diária (Lopes & Fonseca, 2013; Petronilho & Machado, 2016).

O plano de intervenção que é apresentado de seguida (tabelas 2, 3 e 4), foi estruturado de acordo com os domínios em que a pessoa desenvolve as suas ações de autocuidado: o domínio físico, o domínio cognitivo, o domínio comportamental e o domínio emocional/psicossocial (Orem, 2001). No entanto, todas as intervenções de ER desenvolvidas, foram de encontro aos indicadores dos padrões de qualidade dos cuidados de ER (OE, 2018 a). Estes indicadores encontram-se definidos no documento “Bilhetes De Identidade Dos Indicadores Que Integram O Core De Indicadores Por Categoria De Enunciados Descritivos Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem De Reabilitação” e têm como “(...) promover uma nova visão da intervenção dos enfermeiros, garantindo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem

e cumprindo a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao cidadão/população.” (OE, 2018 a).

## Domínio físico

Tabela 2: Plano de intervenção para o domínio físico

<b>Indicadores</b>	<b>Intervenções de ER</b>	<b>Objetivos/ Resultados esperados</b>
Autocuidado comer; Autocuidado beber (OE, 2018 a)	<ul style="list-style-type: none"><li>-Promover um posicionamento correto na posição de sentado, de preferência com os cotovelos apoiados (Couto et al., 2021; Vigia et al., 2017);</li><li>-Incentivar o utente a comer e a beber pausadamente (Couto et al., 2021);</li><li>-Incentivar o utente a repousar antes e após as refeições (Couto et al., 2021);</li><li>-Estimular o utente a alimentar-se de forma independente (Vigia et al., 2017);</li><li>-Avaliar capacidade para usar dispositivo de apoio para o autocuidado comer e beber (OE, 2015 a);</li><li>-Instruir e treinar o uso de dispositivo de apoio para o autocuidado comer e beber (OE, 2015 a);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Capacidade para autocuidado comer e beber melhorada (OE, 2015 a);</li><li>-Conhecimento sobre dispositivo de apoio para o autocuidado comer e beber melhorado (OE, 2015 a);</li><li>-Capacidade para usar dispositivo de apoio para autocuidado comer e beber melhorada (OE, 2015 a);</li><li>-Conhecimento sobre técnicas de adaptação para autocuidado comer e beber melhorado (OE, 2015 a);</li><li>-Capacidade para usar técnicas de adaptação para o autocuidado comer e beber melhorada (OE, 2015 a);</li></ul>

	<p>-Ensinar, instruir e treinar o uso de técnicas de adaptação para o autocuidado comer e beber (Couto et al., 2021; Araújo, et al., 2021; OE, 2015 a);</p> <p>-Avaliar a capacidade de deglutição (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar técnicas de deglutição (Araújo et al., 2021);</p> <p>-Adequar a consistência da dieta (Araújo, et al., 2021).</p>	<p>-Consciencialização da relação entre o treino e promoção da deglutição melhorada (Araújo et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre técnica de deglutição melhorado (Araújo et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para executar técnica de deglutição melhorada (Araújo et al., 2021).</p>
Autocuidado higiene (OE, 2018 a)	<p>-Avaliar a capacidade para realizar o autocuidado higiene (Araújo et al., 2021);</p> <p>-Incentivar o utente a realizar o seu autocuidado de higiene (Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Ensinar sobre adaptação do domicílio para o autocuidado higiene (Araújo et al., 2021);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para o autocuidado higiene (Araújo et al., 2021);</p>	<p>-Capacidade para realizar o autocuidado higiene melhorada (Lourenço, et al., 2021; Araújo et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado higiene melhorado (Araújo et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre técnica de adaptação para realizar o autocuidado higiene melhorado (Araújo et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para usar técnica de adaptação para realizar o</p>



	<p>-Avaliar conhecimento sobre dispositivo de apoio para autocuidado higiene (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar o uso de dispositivo de apoio para realizar o autocuidado higiene (Lourenço, et al., 2021; Araújo et al., 2021).</p>	<p>autocuidado higiene melhorada (Araújo et al., 2021);</p> <p>-Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para realizar o seu autocuidado de higiene melhorada (Lourenço, et al., 2021; Araújo et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre dispositivo de apoio para o autocuidado higiene melhorado (Lourenço, et al., 2021; Araújo et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para usar dispositivo de apoio para o autocuidado higiene melhorada (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021; Araújo et al., 2021).</p>
<p>Autocuidado arranjar-se (OE, 2018 a)</p>	<p>-Avaliar a capacidade do utente para arranjar-se (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Incentivar o utente a arranjar-se (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para autocuidado arranjar-se (OE, 2015 a);</p>	<p>-Capacidade para arranjar-se melhorada (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre adaptação do domicílio para o autocuidado arranjar-se melhorado (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre técnica de adaptação para arranjar-se melhorado (Araújo, et al., 2021);</p>

	<p>-Ensinar sobre adaptação do domicílio para autocuidado arranjar-se (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para realizar o autocuidado arranjar-se (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar o uso de dispositivo de apoio para realizar o autocuidado arranjar-se (Araújo, et al., 2021).</p>	<p>-Capacidade para usar técnica de adaptação para arranjar-se melhorada (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Consciencialização da relação entre dispositivo de apoio e autonomia para realizar o autocuidado arranjar-se melhorado (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre dispositivo de apoio para realizar o autocuidado arranjar-se melhorado (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para usar dispositivo de apoio para realizar o autocuidado arranjar-se melhorada (Araújo, et al., 2021).</p>
Autocuidado vestuário (OE, 2018 a)	<p>-Avaliar a capacidade do utente para vestir-se/despir-se (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Incentivar o utente a vestir-se/despir-se (Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para realizar o autocuidado vestuário (OE, 2015 a);</p>	<p>-Capacidade para vestir-se/despir-se melhorada (Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre técnica de adaptação para realizar o autocuidado vestuário melhorado (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para usar técnica de adaptação para realizar o</p>

	<p>-Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para realizar o autocuidado vestuário (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Avaliar capacidade para usar dispositivo de apoio para realizar o autocuidado vestuário (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar o uso de dispositivo de apoio para realizar o autocuidado vestuário (Araújo, et., 2021; Lourenço, et al., 2021).</p>	<p>autocuidado vestuário melhorada (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Consciencialização da relação entre dispositivo de apoio e autonomia na realização do autocuidado vestuário melhorada (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre dispositivo de apoio para realizar o autocuidado vestuário melhorado (Araújo, et., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para usar dispositivo de apoio para realizar o autocuidado vestuário melhorada (OE, 2015 a; Araújo, et., 2021; Lourenço, et al., 2021).</p>
<p>Autocuidado ir ao sanitário (OE, 2018 a)</p>	<p>-Avaliar a capacidade do utente para ir ao sanitário (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Incentivar o utente a ir ao sanitário (Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Ensinar sobre adaptação do domicílio para o autocuidado ir ao sanitário (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p>	<p>-Capacidade para ir ao sanitário melhorada (Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre adaptação do domicílio para ir ao sanitário melhorado (OE, 2015 a; Araújo et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre técnica de adaptação para ir ao sanitário</p>

	<p>-Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para realizar o autocuidado ir ao sanitário (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para realizar o autocuidado ir ao sanitário (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre dispositivo de apoio para realizar o autocuidado ir ao sanitário (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar o uso de dispositivo de apoio para ir ao sanitário (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021).</p>	<p>melhorado (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para usar técnica de adaptação para ir ao sanitário melhorado (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia no uso do sanitário melhorada (Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre dispositivo de apoio para ir ao sanitário melhorado (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para usar dispositivo de apoio para realizar o autocuidado ir ao sanitário melhorada (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021);</p>
<p>Equilíbrio corporal (OE, 2018 a)</p>	<p>-Avaliar equilíbrio corporal (OE, 2015 a);</p> <p>-Estimular a manter o equilíbrio corporal (OE, 2015 a);</p>	<p>-Equilíbrio corporal melhorado (Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de cair melhorada (Araújo et al., 2021)</p>



	<p>-Ensinar, instruir e treinar técnica de equilíbrio (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Executar técnica de treino de equilíbrio (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Avaliar capacidade para realizar técnica de equilíbrio corporal (OE, 2015 a);</p> <p>-Assistir no treino de equilíbrio (Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Incentivar o treino de equilíbrio (Lourenço, et al., 2021).</p>	<p>-Conhecimento sobre técnica de equilíbrio melhorado (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal melhorada (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021).</p>
Transferir-se (OE, 2018 a)	<p>-Avaliar a capacidade do utente para se transferir (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Incentivar o utente a transferir-se (Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre a adaptação do domicílio para transferir-se (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar sobre adaptação do domicílio para transferir-se (OE, 2015 a);</p>	<p>-Capacidade para transferir-se melhorada (Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre adaptação do domicílio para transferir-se melhorado (OE, 2015 a);</p> <p>-Conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se, com ou sem dispositivo auxiliar melhorado (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021)</p>

	<p>-Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para transferir-se (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Avaliar capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar o uso de dispositivo de apoio para transferir-se (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Avaliar capacidade para usar dispositivo de apoio para transferir-se (OE, 2015 a);</p> <p>-Assistir o utente a transferir-se (Araújo, et al., 2021).</p>	<p>-Capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se melhorada (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Consciencialização da relação entre dispositivo de apoio e autonomia para transferir-se melhorada (Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre dispositivo de apoio para transferir-se melhorado (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para usar dispositivo de apoio melhorada (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021).</p>
<p>Andar com auxiliar de marcha (OE, 2018 a)</p>	<p>-Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha (Lourenço, et al., 2021).</p> <p>-Ensinar sobre o ajuste correto do auxiliar de marcha e condições de segurança (Lourenço, et al., 2021);</p>	<p>-Conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha melhorado (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de macha e a autonomia para andar melhorada (Lourenço, et al., 2021);</p>

	<p>-Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar o andar com auxiliar de marcha (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar com auxiliar de marcha (OE, 2015 a).</p>	<p>-Conhecimento sobre auxiliar de marcha melhorado (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha melhorado (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para andar com auxiliar de marcha melhorada (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021).</p>
Andar (OE, 2018 a)	<p>-Avaliar a capacidade do utente para andar (OE, 2015 a);</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar (OE, 2015 a);</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para andar (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para andar (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Treinar marcha (OE, 2013);</p>	<p>-Capacidade para andar melhorada (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar melhorado (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre técnica de adaptação para andar melhorado (OE, 2015 a);</p> <p>-Capacidade para usar técnica de adaptação para andar melhorada (Araújo, et al., 2021).</p>

	<p>-Treinar correção postural (OE, 2013);</p> <p>-Assistir o utente a andar (Araújo, et al., 2021).</p>	
<p>Movimento muscular (OE, 2018 a)</p>	<p>-Avaliar força muscular (OE, 2015 a);</p> <p>-Monitorizar a força muscular através da escala Medical Research Council Muscle Scale [MRCMS] (OE, 2015 a);</p> <p>-Incentivar o utente a executar os exercícios musculares e articulares (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos, ativos-assistidos e ativos-resistidos) (OE, 2015 a; Araújo, et al., 2021; Lourenço, et al., 2021);</p> <p>-Supervisionar o movimento muscular (OE, 2015 a);</p> <p>-Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar técnicas de exercício muscular e articular (OE, 2015 a; Lourenço, et al., 2021);</p>	<p>-Movimento muscular mantido ou aumentado (OE, 2015 a);</p> <p>-Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular melhorada (OE, 2015 a);</p> <p>-Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular melhorada (OE, 2015 a).</p>



	-Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular (OE, 2015 a).	
Intolerância à atividade (OE, 2018 a)	<p>-Avaliar conhecimento sobre hábitos de atividade física (OE, 2015 a);</p> <p>-Ensinar sobre hábitos de atividade física (OE, 2015 a);</p> <p>-Avaliar a intolerância à atividade (OE, 2015 a);</p> <p>-Gerir atividade física (OE, 2015 a);</p> <p>-Planear atividade física (OE, 2015 a);</p> <p>-Negociar atividade física (OE, 2015 a);</p> <p>-Planear repouso (OE 2015 a);</p> <p>-Ensinar e instruir sobre gestão dos períodos de atividade e repouso (Couto et al., 2021);</p> <p>-Vigiar períodos de atividade e repouso (Couto et al., 2021);</p> <p>-Ensinar sobre estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia (Couto et al., 2021);</p>	<p>-Intolerância à atividade física melhorada (Couto et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre hábitos de atividade física melhorado (OE, 2015 a);</p> <p>-Consciencialização da relação entre gestão da atividade/repouso e conservação de energia (Couto et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre técnicas de conservação de energia melhorado (OE, 2015 a; Couto et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para usar técnica de conservação de energia melhorada (OE, 2015 a; Couto et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia melhorado (Couto et al., 2021).</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>-Ensinar, instruir e treinar exercícios de resistência (Couto et al., 2021);</li><li>-Executar exercícios de resistência (Couto et al., 2021);</li><li>-Incentivar a execução de exercícios de resistência (Couto et al., 2021);</li><li>-Avaliar conhecimento sobre técnica de conservação de energia (OE, 2015 a);</li><li>-Ensinar, instruir e treinar técnicas de conservação de energia (OE, 2015 a);</li><li>-Avaliar capacidade para usar técnica de conservação de energia (OE, 2015 a);</li><li>-Supervisionar resposta à atividade física (OE, 2015 a);</li><li>-Incentivar a manter atividade física de forma contínua no dia a dia (Couto et al., 2021).</li></ul>	
Readaptação funcional (OE, 2018 a)	<ul style="list-style-type: none"><li>-Proporcionar ambiente calmo e de confiança (Menoita et. al, 2012);</li><li>-Avaliar a capacidade funcional do utente para realizar os autocuidados (Lopes &amp; Fonseca, 2013);</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Capacidade para usar estratégias adaptativas para o autocuidado melhorada (Lourenço et al., 2021);</li><li>-Autocuidado efetivo (Lourenço et al., 2021);</li></ul>

	<p>-Avaliar o potencial de reconstrução da autonomia (OE, 2018 b; Fonseca, 2013);</p> <p>-Identificar barreiras arquitetónicas e ergonómicas que limitem a segurança e a acessibilidade (Menoita et. al, 2012; OE, 2018 b);</p> <p>-Instruir o utente e o cuidador/família sobre a necessidade produtos de apoio e adaptação do domicílio (OE, 2018 b);</p> <p>-Ensinar sobre o regime de reabilitação (Lourenço et al., 2021);</p> <p>-Incentivar a adesão ao regime de reabilitação (Lourenço et al., 2021);</p> <p>-Incluir o cuidador/família no processo e programa de reabilitação (Menoita et. al, 2012; OE, 2018 b).</p>	<p>-Consciencialização da relação entre a adesão ao regime reabilitação e a recuperação melhorada (Lourenço et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre o regime de reabilitação melhorado (Lourenço et al., 2021);</p> <p>-Adesão ao regime de reabilitação melhorada (Lourenço et al., 2021);</p> <p>-Capacidade do cuidador/família para promover uma melhor reeducação funcional (Menoita et. al, 2012).</p>
<p>Reeducação funcional (OE, 2018 a)</p>	<p>-Promover um ambiente propício ao processo de reeducação funcional (Coelho et. al, 2017; Menoita et. al, 2012);</p> <p>-Identificar as necessidades específicas do utente no âmbito da funcionalidade e dos fatores facilitadores/ inibidores para a realização de AVD de forma independente (OE, 2018 b);</p>	<p>-Reeducação funcional (OE, 2018 b);</p> <p>-Promover a máxima capacidade funcional através da seleção e prescrição individualizada de produtos de apoio (OE, 2018 b; Vigia, Ferreira &amp; Sousa, 2016);</p>

	<p>-Avaliar os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença sempre que ocorram alterações de funcionalidade e da capacidade para o autocuidado (OE, 2018 b);</p> <p>-Conceber planos que promovam a maximização das capacidades funcionais (OE, 2018 b);</p> <p>-Planear junto do utente, estratégias de reabilitação a implementar, resultados esperados, metas a atingir de forma a promover a sua autonomia, qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade maximizando os diferentes recursos na comunidade (OE, 2018 b).</p>	<p>-Promover a máxima independência funcional (OE, 2018 b; Sousa &amp; Carvalho, 2016);</p> <p>-Conhecimento sobre aspetos psicossociais que possam interferir nos processos adaptativos (DGS, 2009, 2019; Farquhar et. al, 2016; Spruit et. al, 2013).</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Domínio cognitivo e comportamental

Tabela 3: Plano de intervenção para o domínio cognitivo e comportamental

Indicadores	Intervenções de ER	Objetivos/ Resultados Esperados
<p>Promoção da saúde (OE, 2018 a)</p>	<p>-Informar sobre a doença (Couto et al., 2021; OE, 2018 b);</p> <p>-Facilitar a adesão ao regime terapêutico e medicamentoso (Couto et al., 2021);</p>	<p>-Conhecimento sobre autogestão da doença melhorado (Couto, et al., 2021);</p>



	<p>-Ensinar sobre o uso de dispositivos auxiliares (Couto et al., 2021);</p> <p>-Instruir e treinar o uso de dispositivos de apoio (Couto et al., 2021);</p> <p>-Elaborar um plano de ação para adoção de hábitos de vida saudáveis (Couto, et al., 2021);</p> <p>-Elaborar um plano de ação e automonitorização dos sintomas da doença crónica (Couto, et al., 2021).</p>	<p>-Capacidade para autogestão da doença melhorada (Couto, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre sinais de alerta de agudização da doença melhorado (Couto, et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para reconhecer sinais de alerta de agudização da doença melhorada (Couto, et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre estilos de vida saudáveis melhorado (Couto, et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para adoção de estilos de vida saudáveis melhorada (Couto, et al., 2021).</p>
<p>Prevenção de complicações (OE, 2018 a)</p>	<p>-Analisar com o utente a relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações (Lourenço et al., 2021);</p> <p>-Identificar o risco de alteração da funcionalidade e as alterações que determinem limitações da atividade e incapacidade (OE, 2018 b);</p> <p>-Informar sobre prevenção de complicações (Lourenço et al., 2021);</p>	<p>-Consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações melhorada (Lourenço et al., 2021);</p> <p>-Conhecimento sobre prevenção de complicações melhorado (Lourenço et al., 2021);</p> <p>-Capacidade para prevenir complicações melhorada (Lourenço et al., 2021);</p>

	<p>-Ensinar sobre prevenção de complicações (Lourenço et al., 2021);</p> <p>-Incentivar a adesão a precauções de segurança (Lourenço et al., 2021).</p>	<p>-Adesão a precauções de segurança melhorada (Lourenço et al., 2021).</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

### Domínio emocional/psicossocial

*Tabela 4: Plano de intervenção para o domínio emocional/psicossocial*

<b>Indicadores</b>	<b>Intervenções de ER</b>	<b>Objetivos/ Resultados Esperados</b>
<p>Satisfação do cliente (OE, 2018 a)</p>	<p>-Proporcionar ambiente calmo e de confiança (Menoita et al., 2012);</p> <p>-Informar sobre a doença (Couto et al., 2021; OE, 2018 b);</p> <p>-Respeitar as crenças, valores, vulnerabilidades e capacidades do utente na vivência de processos de reabilitação complexos e na adaptação aos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade (OE, 2018 b);</p> <p>-Respeitar a autonomia do utente (OE, 2018 b);</p>	<p>-Redução da ansiedade;</p> <p>-Constituir suporte psicossocial (Martins, Martins &amp; Martins, 2016);</p> <p>-Incluir os cuidadores/famílias no processo e programa de reabilitação (Menoita et al., 2012; OE, 2018 b);</p> <p>-Conhecimento das expectativas dos utentes e cuidadores/famílias (OE, 2018 b);</p> <p>-Contribuir para a satisfação dos utentes e cuidadores/famílias em relação aos cuidados prestados de ER (OE, 2018 b).</p>

	<p>-Incluir o cuidador/família no processo e programa de reabilitação (Menoita et al., 2012; OE, 2018 b);</p> <p>-Identificar as necessidades e expectativas do utente e cuidador/família (Menoita et al., 2012);</p> <p>-Analisar e discutir com o utente e cuidador/família, o processo de cuidados de ER (OE, 2018 b);</p> <p>-Avaliar a satisfação dos utente e cuidador/família relativamente aos cuidados de ER prestados (OE, 2018 b).</p>	
<p>Bem-estar e autocuidado (OE, 2018 a)</p>	<p>-Identificar, o mais rapidamente possível, os problemas reais ou potenciais do utente, na área de intervenção da reabilitação (OE, 2018 b);</p> <p>-Avaliar junto do utente e cuidador/família, as alterações de funcionalidade, definindo as estratégias a implementar, os resultados esperados e os objetivos a atingir, de forma promover a autonomia e qualidade de vida (OE, 2018 b);</p>	<p>-Referenciação de situações problemáticas para outros profissionais, de acordo com a sua área de intervenção (OE, 2018 b);</p> <p>-Capacitar o utente e cuidador/família em resposta ao bem-estar e melhoria da qualidade de vida (OE, 2018 b);</p> <p>-Promover a máxima independência funcional (OE, 2018 b; Sousa &amp; Carvalho, 2016);</p>

	<p>-Conceber planos e programas de intervenção para redução do risco de alteração de funcionalidade (OE, 2018 b);</p> <p>-Identificar situações problemáticas e referencia-las para outros profissionais, de acordo com a sua área de intervenção (OE, 2018 b);</p> <p>-Prescrever e selecionar produtos de apoio (OE, 2018 b);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar o uso de produtos de apoio para realizar o autocuidado (Araújo et al., 2021; OE, 2018 b);</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar técnica de adaptação para realizar o autocuidado (Araújo et al., 2021; OE, 2018 b).</p>	<p>-Conhecimento sobre produtos de apoio melhorado (OE, 2018 b);</p> <p>-Capacidade para usar produtos de apoio melhorada (OE, 2018 b);</p> <p>-Promover a máxima capacidade funcional através da prescrição e seleção de produtos de apoio (OE, 2018 b; Vigia, Ferreira &amp; Sousa, 2016);</p> <p>-Conhecimento sobre técnicas de adaptação melhorado (Araújo et al., 2021; OE, 2018 b);</p> <p>-Capacidade para usar técnicas de adaptação para o autocuidado melhorada (Araújo et al., 2021; OE, 2018 b).</p>
<p>Promoção da inclusão social (OE, 2018 a)</p>	<p>-Avaliar a capacidade funcional do utente para realização de atividades de vida e participação social (Pereira et al., 2020);</p> <p>-Avaliar o impacto da alteração da capacidade funcional na qualidade de vida do utente (Pereira et al., 2020);</p>	<p>-Promover a qualidade de vida, a reintegração e participação na sociedade (OE, 2018 b);</p> <p>-Capacitar o utente com alterações da funcionalidade para a sua autogestão, respeitando a sua singularidade, vontade e decisão (OE, 2018 b);</p>



	<p>-Identificar barreiras arquitetónicas nos vários contextos de vida do utente e orientar para sua eliminação (Pereira et al., 2020);</p> <p>-Implementar planos de treino motor e de reabilitação social (Pereira et al., 2020).</p>	<p>-Otimizar os recursos para promover a inclusão e a participação do utente (OE, 2018 b);</p> <p>-Promover processos facilitadores da inclusão social do utente (OE, 2018 b).</p>
<p>Organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2018 a)</p>	<p>-Identificar as necessidades e as expectativas do utente e cuidador/família (Menoita et al., 2012);</p> <p>-Avaliar o risco de funcionalidade, bem como a capacidade para realizar os autocuidados e as AVD, através dos instrumentos ENCS e IB;</p> <p>-Registar a informação recolhida, em notas de campo, documentos de registo e em registos informáticos (Yin, 2003; OE, 2018 b).</p>	<p>-Contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2018 b);</p> <p>-Documentar todos os cuidados especializados prestados, a sua continuidade e as práticas a serem replicadas (OE, 2018 b);</p> <p>-Monitorizar ganhos em saúde e produzir indicadores sensíveis aos cuidados de ER (OE, 2018 b).</p>

#### 2.3.4. Considerações éticas

No desenvolvimento deste projeto foram sempre garantidos os princípios fundamentais da dignidade e liberdade, igualdade, verdade e justiça, solidariedade, excelência dos cuidados e ética profissional, para além dos deveres deontológicos relativos à profissão de enfermagem (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Os princípios éticos relativos à investigação em enfermagem foram também sempre assegurados nomeadamente, os princípios da beneficência, maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2013).

Para assegurar o direito à confidencialidade e anonimato, os participantes foram informados sobre as intervenções e os objetivos do projeto, de forma a obter o seu consentimento esclarecido, livre e informado para a participação no projeto de intervenção. Todos os dados recolhidos ao longo do desenvolvimento deste projeto foram descritos de forma anónima e usados exclusivamente no âmbito deste projeto.

## 2.4. RESULTADOS

Yin (2003) preconiza a realização de uma descrição e de uma reflexão sobre os estudos de caso numa primeira fase. Tendo consideração esta recomendação, irão ser apresentados seguidamente os estudos de caso desenvolvidos.

Como já foi mencionado anteriormente, no subcapítulo referente aos instrumentos de colheita de dados, os instrumentos utilizados neste projeto foram o ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e o IB (DGS, 2011 a). Estes instrumentos foram aplicados em três momentos: avaliação inicial, intermédia e final. No estágio de reabilitação, em contexto de internamento no serviço de ortopedia, foi apenas possível realizar duas avaliações. Os dados estatísticos foram tratados na plataforma ENCS (Multidimensional Integrated Assessment Platform for Elderly [MIAPe], 2022) e no Microsoft Excel.

Sempre que necessário, foram utilizadas outras escalas e instrumentos de avaliação que se demonstraram essenciais na implementação do programa de intervenção para cada utente e esses dados também serão apresentados no presente trabalho.

### **Estudo de Caso A1**

Utente do sexo masculino, de 63 anos de idade, raça caucasiana, solteiro. Residia com a mãe de 84 anos de idade, numa casa térrea, em zona não urbana. Previamente autónomo nas AVD e encontrava-se desempregado. Como comorbilidades apresentava: diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial (HTA), dislipidemia e obesidade. Desconhecia alergias. Como medicação habitual de ambulatório destacava-se antidiabético oral, anti-hipertensores, estatinas e diuréticos.

O utente A1 era seguido em consulta externa de ortopedia por coxartrose idiopática da anca esquerda, pelo que foi internado no serviço de ortopedia para realizar cirurgia eletiva de artroplastia total da anca à esquerda não cimentada. A cirurgia decorreu no dia seguinte ao internamento, sem intercorrências.

À avaliação diagnóstica no serviço de ortopedia, 2 dias após admissão no serviço e 1 dia após cirurgia, o utente apresentava-se calmo, consciente e orientado, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Relativamente às medidas antropométricas, o utente apresentava 97 kg para uma altura de 1,78 m, que correspondia a um índice de massa corporal (IMC) de 30,6 kg/m<sup>2</sup>, de acordo com a OMS (2021), o seu peso era considerado em obesidade. A integridade cutânea mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresentava ferida cirúrgica com grafos na anca à esquerda e um dreno aspirativo com saída de conteúdo hemático. O penso encontrava-se limpo e seco externamente. Do ponto de vista respiratório, o utente encontrava-se eupneico, com uma frequência respiratória (FR) de 15 cpm, com respiração mista, simétrica e de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 97% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotenso, com uma tensão arterial (TA) de 129/79 mm/HG e normocárdico, com uma frequência cardíaca (FC) de 66 bpm.

À avaliação da MRCMS, apresentava força muscular mantida em todos os segmentos corporais (força de grau 5/5), exceto no membro inferior esquerdo, com força de grau 3/5 por defesa em relação à dor. Referiu dor de grau 3 no membro intervencionado, segundo a Escala Numérica (EN) de Dor. Não apresenta alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda e a coordenação de movimentos encontra-se mantida, a quando a realização do teste dedo-nariz. Realizado 1º levante para cadeirão e efetuada avaliação do equilíbrio: o utente assumiu a posição de sentado e de pé, mantendo equilíbrio estático e dinâmico e com controle postural (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012). À avaliação da Escala de Morse com score 35, apresentando baixo risco de queda (DGS, 2019).

Neste sentido, foram realizadas duas avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 a). A primeira avaliação foi realizada durante a avaliação diagnóstica e a última, após intervenção de ER. Os resultados destas avaliações encontram-se nas tabelas 5 e 6.

Tabela 5. Avaliação do ENCS do estudo de caso A1

ENCS	Avaliação Diagnóstica	Avaliação final
Score global de funcionalidade	11,98% (Problema Ligeiro)	10,42% (Problema Ligeiro)
Autocuidados	35% (Problema Moderado)	23% (Problema Ligeiro)
Aprendizagem e funções de memória	0% (Não há Problema)	0% (Não há Problema)
Comunicação	0% (Não há Problema)	0% (Não há Problema)
Relação com amigos e cuidadores	13% (Problema Ligeiro)	19% (Problema Ligeiro)

Tabela 6. Avaliação do IB do estudo de caso A1

Índice de Barthel	Avaliação Diagnóstica	Avaliação final
Alimentação	10	10
Transferências	5	10
Toailete	5	5
Utilização do WC	5	10
Banho	0	0
Mobilidade	10	15
Subir e descer escadas	0	5
Vestir	5	5
Controlo intestinal	10	10
Controlo urinário	10	10
Total	60	80

Da análise dos dados da tabela 5, podemos concluir que o utente A1 apresentava na avaliação diagnóstica um problema ligeiro a nível do score global de funcionalidade (11,98%). Após intervenção de ER, verificou-se um ligeiro ganho a nível do score global de funcionalidade de 1,56%, mantendo o problema ligeiro. No entanto, este ligeiro ganho está relacionado com uma melhoria a nível dos domínios do autocuidado e na relação com amigos e cuidadores. Na avaliação



diagnóstica, o utente A1 apresentava um problema moderado a nível do domínio do autocuidado (35%) e um problema ligeiro no domínio da relação com amigos e familiares (13%). Após intervenção de ER, obteve uma redução de 12% e de 6%, respetivamente. Contudo, nos domínios da aprendizagem e funções de memória e comunicação não se verificaram problemas, tanto na avaliação diagnóstica como na final.

Da análise dos dados da tabela 6, podemos concluir que ao nível dos domínios transferências, toalete, utilização do WC e vestir, o utente apresentava score 5 na avaliação diagnóstica. No entanto, nos domínios alimentação, mobilidade, controlo intestinal e controlo urinário, apresentava score de 10. Após intervenção de ER, evidenciou-se uma melhoria nos domínios das transferências, utilização do WC, mobilidade, subir e descer escadas, refletindo-se num aumento do score total de 60 para 80. Nos domínios uso do toalete, banho e vestir não se verificou nenhuma melhoria.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, foram definidos objetivos de reabilitação em conjunto com o utente e iniciado o programa de reabilitação funcional motora, intervindo sobretudo na capacitação do utente para os autocuidados e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular (Coelho et al., 2017; Kisner & Colby, 2016). Para além disso, foi-lhe disponibilizado um folheto com a informação dos cuidados a ter com a prótese da anca em todas as atividades de vida.

Devido ao internamento curto, foram realizadas apenas 4 sessões de 30 minutos (2 sessões/dia em 2 dias). Após 24 horas da cirurgia, o dreno foi removido por indicação clínica, por não se encontrar funcionante. Realizado 1º levante e treino de marcha com recurso a auxiliar de marcha (andarilho), mantendo uma postura adequada (OE, 2013). Referiu dor de grau 5 na EN de dor aquando o levante, pelo que foi administrada terapêutica em SOS. Foram efetuados ensinamentos sobre o autocuidado lavar-se e ir ao sanitário, tendo-se realizado os cuidados de higiene no chuveiro com o auxílio de uma cadeira na base do duche.

Apresentou alta clínica, após 4 dias de internamento. No momento da alta médica e na avaliação final, o utente encontrava-se calmo, consciente e orientado, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). A integridade cutânea mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Membro intervencionado sem sinais de compromisso

neurocirculatório. Apresentava o penso da ferida cirúrgica limpo e seco externamente, com indicação para refazer o penso na próxima consulta de ortopedia e realizar crioterapia por curtos períodos. Do ponto de vista respiratório, o utente encontrava-se eupneico, com uma FR de 17 cpm, com respiração mista, simétrica e de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 97% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotenso, com uma TA de 135/82 mm/HG e normocárdico, com uma FC de 64 bpm.

À reavaliação da MRCMS, apresentava força muscular mantida em todos os segmentos corporais (força de grau 5/5), exceto no membro inferior esquerdo, com força de grau 4/5. Realiza marcha a 3 pontos com canadianas, mantendo o equilíbrio e postura adequada (OE, 2013). Apresentava dor no membro intervencionado mais controlada, com dor de grau 3 na EN de Dor. Demonstrou melhoria na capacidade para usar técnica de adaptação no autocuidado banho e uso do sanitário com auxílio de cadeira na base de duche e uso das barras laterais na sanita (Menoita, 2012).

Devido ao aumento do risco de queda, foram realizados ensinamentos sobre a gestão do ambiente no domicílio, mantendo o espaço livre de obstáculos, usar calçado fechado e antiderrapante e verificar a integridade das borrachas de apoio das canadianas (OE, 2013).

## **Estudo de Caso A2**

Utente do sexo feminino, de 72 anos de idade, raça caucasiana, viúva. Reside sozinha num apartamento no rés do chão em zona urbana. Previamente autónoma nas AVD, estando reformada. Como comorbilidades apresenta: obesidade, hipertensão, dislipidemia, perturbação depressiva major e infeção por Sars-Cov2 em dezembro de 2021. Desconhece alergias. Como medicação habitual no domicílio destaca-se anti-hipertensores e antidepressivos.

A utente A2 era seguida em consulta externa de ortopedia por gonartrose tricompartmental à direita, pelo que foi internada no serviço de ortopedia para realizar cirurgia eletiva de artroplastia total do joelho direito. A cirurgia ocorreu no dia seguinte ao internamento, sem intercorrências, tendo sido realizada artroplastia total do joelho direito cimentada com resurfacing da patela com preservação do cruzado posterior. Realizado primeiro levante para cadeirão e treino de marcha com andarilho após 24 horas.

À avaliação diagnóstica no serviço de ortopedia 2 dias, após admissão no serviço e 1 dia após cirurgia, a utente apresentava-se calma, consciente e orientada, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Relativamente às medidas antropométricas, o utente apresentava 68 kg para uma altura de 1,59 m, que correspondia a um IMC de 26,9 kg/m<sup>2</sup>, que de acordo com a OMS (2021), o seu peso é considerado em normal. A integridade cutânea mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Apresentava ferida cirúrgica nível do joelho à direita. Penso limpo e seco externamente. Do ponto de vista respiratório, a utente encontrava-se eupneica, com uma FR de 16 cpm, com respiração mista, simétrica e de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 97% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotensa, com TA de 124/72 mm/HG e normocárdica, com uma FC de 79 bpm.

À avaliação da MRCMS, força muscular mantida em todos os segmentos corporais (força de grau 5/5), exceto no membro inferior direito (membro intervencionado), força de grau 4/5. Sem alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda e coordenação de movimentos mantida, aquando a realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar-joelho-tíbia. Realizado 1º levante para cadeirão e efetuada avaliação do equilíbrio: a utente assumia a posição de sentada e de pé, mantendo adequado equilíbrio estático e dinâmico, com controle postural mantido (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012). À avaliação da Escala de Morse tinha score 35, apresentando baixo risco de queda (DGS, 2019).

Neste sentido, foram realizadas duas avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 a), uma inicial, no momento da avaliação diagnóstica e uma final, pós intervenção de ER, estes dados estão apresentados nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7. Avaliação do ENCS do estudo de caso A2

<b>ENCS</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Score global de funcionalidade</b>	9,38% (Problema Ligeiro)	7,29% (Problema Ligeiro)
<b>Autocuidados</b>	25% (Problema Moderado)	17% (Problema Ligeiro)



<b>Aprendizagem e funções de memória</b>	0% (Não há Problema)	0% (Não há Problema)
<b>Comunicação</b>	0% (Não há Problema)	0% (Não há Problema)
<b>Relação com amigos e cuidadores</b>	13% (Problema Ligeiro)	13% (Problema Ligeiro)

Tabela 8. Avaliação do IB do estudo de caso A2

<b>Índice de Barthel</b>	<b>1ª avaliação</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Alimentação</b>	10	10
<b>Transferências</b>	10	15
<b>Toalete</b>	5	5
<b>Utilização do WC</b>	5	10
<b>Banho</b>	5	5
<b>Mobilidade</b>	10	15
<b>Subir e descer escadas</b>	5	10
<b>Vestir</b>	5	5
<b>Controlo intestinal</b>	10	10
<b>Controlo urinário</b>	10	10
<b>Total</b>	75	90

Da análise dos dados da tabela 7, poder-se-á concluir que a utente A2 apresentava na avaliação diagnóstica um problema ligeiro a nível do score global de funcionalidade (9,38%). Após intervenção de ER, verificou-se um ligeiro ganho a nível do score global de funcionalidade de 2,09%, mantendo o problema ligeiro. No entanto, este ligeiro ganho está relacionado com uma melhoria a nível do domínio do autocuidado. Na avaliação diagnóstica, a utente A2 apresentava um problema moderado a nível do domínio do autocuidado (25%). Na mesma linha de pensamento, com a intervenção de ER, evidenciou-se uma redução de 8% que se traduziu numa alteração de score para problema ligeiro. Contudo, nos domínios da aprendizagem e funções de memória e comunicação não apresentava qualquer problema, tanto na avaliação diagnóstica como



na final e no que concerne à relação com amigos e cuidadores não apresentou nenhuma melhoria da avaliação diagnóstica para a final.

Da análise dos dados da tabela 8, podemos concluir que a nível dos domínios toalete, utilização do WC, banho, subir e descer escadas e vestir, a utente apresentava score 5 na avaliação diagnóstica. No entanto, nos domínios da alimentação, transferências, mobilidade, controlo intestinal e controlo urinário, apresentava score 10. Após intervenção de ER, evidenciou-se uma melhoria nos domínios das transferências, utilização do WC, mobilidade, subir e descer escadas, refletindo-se num aumento do score total de 75 para 80. Nos domínios toalete e vestir não se verificou nenhuma melhoria.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, foram definidos os objetivos de reabilitação em conjunto com a utente e iniciado um programa de reabilitação funcional motora, intervindo sobretudo na capacitação do utente para os autocuidados e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular (Coelho et al., 2017; Kisner & Colby, 2016). Para além disso, foi-lhe disponibilizado um folheto com a informação dos cuidados a ter com a prótese do joelho em todas as atividades de vida.

Devido ao internamento curto, foram realizadas apenas 4 sessões de 30 minutos (2 sessões/dia em 2 dias). Por apresentar valores de hemoglobina estáveis, tinha indicação médica para realizar o 1º levante. Antes disso, foi removida ligadura de Robert Jonnes, colocada meia de contenção no membro inferior contralateral e iniciada terapia com aparelho artromotor até 80º com tolerância. (American Academy of Orthopaedic Surgeons [AAOS], 2015). Posteriormente, efetuado o 1º levante e realizado treino de marcha com recurso a andarilho, mantendo postura adequada (OE, 2013). Referiu dor de grau 1 na EN de dor durante o levante e mobilização do membro intervencionado. Realizados ensinamentos sobre o autocuidado lavar-se e ir ao sanitário, tendo realizado cuidados de higiene no chuveiro com o auxílio de uma cadeira na base de duche.

Apresentou alta clínica, após 4 dias de internamento. No momento da alta médica e avaliação final, a utente encontrava-se calma, consciente e orientada, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Integridade cutânea mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Membro intervencionado sem sinais de compromisso neurocirculatório. Apresentava o penso da ferida cirúrgica limpo e seco externamente, com

indicação para refazer o penso na próxima consulta de ortopedia e realizar crioterapia por curtos períodos. Do ponto de vista respiratório, a utente encontrava-se eupneica, com uma FR de 16 cpm, com respiração mista, simétrica e de média amplitude. Valores de saturações periféricas de 99% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotensa, com uma TA de 122/75 mm/HG e normocárdica, com uma FC de 83 bpm.

À reavaliação da MRCMS, apresentava força muscular mantida em todos os segmentos corporais (força de grau 5/5), exceto no membro inferior esquerdo, com força de grau 4/5. Cumpriu artromotor até 100° (AAOS, 2015 a). Realiza marcha a 3 pontos com canadianas, mantendo o equilíbrio e postura adequada (OE, 2013). Apresentava dor no membro intervencionado controlada, com dor de grau 1 na EN de Dor. Demonstrou melhoria na capacidade para usar técnica de adaptação no autocuidado banho e uso do sanitário com auxílio de cadeira na base de duche e uso das barras laterais na sanita (Menoita, 2012).

Devido ao aumento do risco de queda, foram realizados ensinamentos sobre a gestão do ambiente no domicílio, mantendo o espaço livre de obstáculos, usar calçado fechado e antiderrapante e verificar a integridade das borrachas de apoio das canadianas (OE, 2013).

### **Estudo de Caso B1**

Utente do sexo masculino, de 57 anos de idade, raça caucasiana, divorciado com duas filhas, uma de 14 anos que vive com a mãe e outra de 22 anos. Reside com a filha mais velha e uma neta de 2 anos num apartamento no 8º andar, num prédio com elevador situado em zona urbana. Previamente autónomo na realização das suas AVD e trabalhava como motorista na câmara municipal. Como comorbilidades apresentava: cirurgia a hérnias inguinais e fibrose pulmonar em contexto de exposição prolongada a tabagismo e tuberculose pulmonar em 2007. Desconhecia alergias. Como medicação habitual de ambulatório destaca-se terapêutica inalatória combinada.

Pela consulta do processo clínico e registos de enfermagem informatizados, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do hospital de referência por quadro de dispneia com 4 dias de evolução, tendo tido alta sob antibioterapia. Passado dois dias, por agravamento da dispneia recorre novamente ao SU. À admissão, estava taquicárdico, com dessaturação periférica e febril. Realizou

análises, nas quais se observou aumento dos parâmetros inflamatórios e radiografia torácica, com condensação do lobo superior direito. Ficou internado em sala de observação (SO) sob aporte suplementar de oxigénio por máscara de venturi, com o diagnóstico provável de pneumonia bacteriana. Por agravamento do quadro, associado a hipotensão, com necessidade de iniciar suporte vasopressor e acidémia respiratória, foi transferido para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI), nesse mesmo dia.

No SMI, foi constatada a necessidade de iniciar suporte ventilatório sob ventilação não invasiva (VNI). Realizou Tomografia Axial Computorizada (TAC) torácico, compatível com sobreinfecção, não se excluindo reativação de eventual patologia bacilar. Considerando a hipótese de reativação de processo específico procedeu-se à pesquisa de complexo de mycobacterium tuberculosis por PCR que se revelou positivo e posteriormente com baciloscopia em expetoração também positivo. Neste contexto, iniciou esquema de anti-bacilíferos. Por estabilidade clínica, não carecendo de cuidados específicos de medicina intensiva, foi transferido para a enfermaria de Medicina Interna, após três dias de internamento.

No serviço de internamento de Medicina Interna, cumpriu esquema de anti-bacilíferos sem evidência de toxicidades medicamentosas. Apesar de melhoria clínica, manteve necessidade de aporte suplementar de oxigénio. Foram efetuadas 3 baciloscopias consecutivas negativas, sendo possível levantar isolamento respiratório ao 36º dia de internamento. Ao 38º dia de internamento, teve alta para o domicílio e foi encaminhado para o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) para continuação de tratamento da tuberculose, com indicação para manter aporte suplementar de oxigénio no domicílio, durante 16 horas diárias.

No dia seguinte à alta hospitalar, foi admitido em Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) para cumprimento do tratamento da tuberculose, sendo-lhe entregue diariamente os anti-bacilíferos no domicílio em jejum.

À avaliação diagnóstica em visita domiciliária 12 dias, após a alta hospitalar, o utente apresentava-se calmo, consciente e orientado, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Relativamente às medidas antropométricas, o utente apresentava 50 kg para uma altura de 1,63 m, que correspondia a um IMC de 18,8 kg/m<sup>2</sup>, que de acordo com a OMS (2021), o seu peso é considerado normal. A integridade cutânea mantida, mas



com pele e mucosas secas e descamativas. Do ponto de vista respiratório, o utente encontrava-se ligeiramente taquipneico, com uma FR de 22 cpm, com respiração simétrica, de predomínio torácico, de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 96% com suporte suplementar de oxigénio por cânula nasal a 2l/min que cumpria 16 horas diariamente. A nível hemodinâmico, com perfil hipotensivo, com uma TA de 117/74 mm/HG e tendencialmente taquicárdico, com uma FC de 107 bpm.

À avaliação da MRCMS, apresentava diminuição da força muscular nos diferentes segmentos corporais. A nível dos membros superiores, a força era de grau 3/5 e a nível dos membros inferiores, a força era de grau 4/5. Sem alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda e coordenação de movimentos mantida, aquando a realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar-joelho-tíbia. Na avaliação do equilíbrio, o utente assumiu a posição de sentado e de pé, mantendo equilíbrio estático e dinâmico e controle postural (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012).

Permanecia a maior parte do dia sentado no sofá na sala a ver televisão. Deslocava-se de forma independente pela casa e o tubo de oxigénio tinha comprimento suficiente para ir até à porta de casa e à casa de banho. Apresentava continência de esfíncter urinário e anal. Durante a realização das suas AVD referiu cansaço fácil e identifica a higiene e o vestir-se, como os momentos de maior cansaço e de dispneia. Para realizar os seus cuidados de higiene pessoal, senta-se numa cadeira em frente ao lavatório e para tomar banho coloca um banco dentro da banheira. Os movimentos que possibilitam a entrada e saída da banheira executava-os de forma independente. Alimentava-se e ingeria líquidos autonomamente, no entanto, a filha era a responsável pela confeção e preparação dos alimentos.

Neste sentido, foram realizadas três avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 a), uma inicial a quando a avaliação diagnóstica, a segunda após intervenção de ER e a última no final do programa de ER, estes dados estão apresentados nas tabelas 9 e 10.



Tabela 9. Avaliação do ENCS do estudo de caso B1

<b>ENCS</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Avaliação após intervenção de ER</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Score global de funcionalidade</b>	19,27% (Problema Ligeiro)	14,06% (Problema Ligeiro)	10,42% (Problema Ligeiro)
<b>Autocuidados</b>	15% (Problema Ligeiro)	2% (Não há Problema)	0% (Não há problema)
<b>Aprendizagem e funções de memória</b>	12,50% (Problema Ligeiro)	4,17% (Não há Problema)	4,17% (Não há Problema)
<b>Comunicação</b>	0% (Não há Problema)	0% (Não há Problema)	0% (Não há Problema)
<b>Relação com amigos e cuidadores</b>	50% (Problema Grave)	50% (Problema Grave)	38% (Problema Moderado)

Tabela 10. Avaliação do IB do estudo de caso B1

<b>Índice de Barthel</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Avaliação após intervenção de ER</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Alimentação</b>	5	10	10
<b>Transferências</b>	10	10	15
<b>Toalete</b>	5	5	5
<b>Utilização do WC</b>	5	10	10
<b>Banho</b>	5	5	5
<b>Mobilidade</b>	10	10	15
<b>Subir e descer escadas</b>	5	5	10
<b>Vestir</b>	10	10	10
<b>Controlo intestinal</b>	10	10	10
<b>Controlo urinário</b>	10	10	10
<b>Total</b>	75	85	100

Da análise dos dados da tabela 9, podemos concluir que o utente B1 apresentava na avaliação diagnóstica um problema ligeiro a nível do score global de funcionalidade (19,27%). Após intervenção de ER, verificou-se um ligeiro ganho a nível do score global de funcionalidade

de 5,21%, mantendo o problema ligeiro. No entanto, este ligeiro ganho está relacionado com uma melhoria significativa a nível dos domínios dos autocuidados e na aprendizagem e funções de memória. Na avaliação diagnóstica, o utente B1 apresentava um problema ligeiro a nível do domínio dos autocuidados (15%) e também um problema ligeiro no domínio da aprendizagem e funções de memória (12,50%). Após intervenção de ER, obteve uma redução de 13% e 8,33%, respetivamente, verificando-se em ambos os domínios uma alteração de score de problema ligeiro para não há problema. Da avaliação após intervenção de ER para a avaliação final, o utente B1 apresentou uma melhoria de 2% e de 12% nos domínios dos autocuidados e na relação com amigos e cuidadores, respetivamente, traduzindo-se numa redução do score global de funcionalidade de 3,64%. Contudo, nos domínios da aprendizagem e funções de memória e comunicação não apresentava qualquer problema tanto na avaliação diagnóstica como na avaliação final.

Da análise dos dados da tabela 10, podemos concluir que a nível dos domínios alimentação, toalete, utilização do WC, banho e subir e descer escadas, o utente apresentava score 5. No entanto, nos domínios transferências, mobilidade, vestir, controlo intestinal e controlo urinário, apresentava o score 10. Após intervenção de ER, evidenciou-se uma melhoria nos domínios da alimentação e da utilização do WC, refletindo-se num aumento do score total de 75 para 85. Na avaliação final, o utente B1 apresentou pontuação máxima em todos os domínios, verificando-se uma melhoria significativa da avaliação inicial para a final que se traduziu num aumento de score de 75 para 100.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, foram definidos objetivos de reabilitação em conjunto com o utente e a cuidadora e iniciado programa de reabilitação funcional respiratória e motora, intervindo sobretudo nas técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semicerrados, bem como na capacitação para técnicas de conservação de energia (Cordeiro & Menoita, 2012; Couto et al., 2021; OE, 2018 c) e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular (Coelho et al., 2017; Kisner & Colby, 2016).

Foram realizadas sessões com a duração de 45 minutos a 1 hora, numa média de três vezes por semana. Foi disponibilizado pela UCC alguns materiais, nomeadamente alteres, bandas elásticas, caneleiras e uma bicicleta ergométrica. Para além disso, também lhe foi fornecido um plano de exercícios com imagens de autoria própria para treino e fortalecimento muscular para realizar quando não efetuasse sessão de ER (Apêndice I).

Apesar do seu peso ser considerado normal pela OMS (2021), teve um internamento recente e bastante prolongado, no qual se verificou perda de peso e massa muscular. Por este motivo, foram realizados ensinamentos ao utente e à cuidadora sobre um plano alimentar com reforço na ingestão calórica e proteica e o consumo de água. Aconselhado ao consumo de iogurtes proteicos uma vez por dia e a fazer pelo menos 5 refeições diárias, que incluíssem hidratos de carbono e uma fonte de proteica. Para além disso, foi-lhe pedido que demonstrasse como utiliza os broncodilatadores prescritos, pelo que se verificou não os utilizar de forma correta. Deste modo, foram-lhe também realizados ensinamentos sobre a utilização correta dos broncodilatadores.

Ao longo das várias sessões, o utente B1 mostrou-se sempre interessado e motivado, dizendo várias vezes: «sinto-me cada vez melhor» (sic). Segundo o utente, cumpria o plano de exercícios fornecido nos dias que não tinha sessão de ER e todos os dias após almoço realizava 20 a 30 minutos de bicicleta ergonómica. Contudo, na 10ª sessão, demonstrou-se um pouco menos participativo, referindo «estou mais cansado» e «estou constipado» (sic). Foi-lhe informado que na semana seguinte iria fazer outro tipo de exercícios no exterior, nomeadamente caminhadas pelo corredor do prédio e o subir e descer escadas, aos quais o utente mostrou grande interesse.

Pelo facto de o utente apresentar cansaço fácil a pequenos esforços e ter tido um internamento recente de cerca de 40 dias, optou-se por realizar o teste de marcha dos 6 minutos assim que possível. Após 12 sessões de ER foi realizado o teste de marcha de 6 minutos (TM6m) sem aporte suplementar de oxigénio. Apresentava antes da realização do teste uma FC de 102 bpm, uma FR de 19 cpm e uma saturação periférica de 97%. Considerando a sua idade, altura e peso e após aplicação da fórmula de cálculo sugerida pela OE (2016 b, p.56) “(...) [(7,57 x Altura cm) – (5,02 x idade) – (1,76 x peso kg) – 309 m] (...)” foi prevista uma distância a alcançar de 564,33 m. O utente conseguiu percorrer uma distância de apenas 105 m, com necessidade de realizar uma pausa de cerca de 2 minutos a meio do teste. Após a realização do teste, avaliada FC de 117 bpm, FR de 24 cpm e saturação periférica de 92% sem aporte suplementar de oxigénio. Aplicada escala de Borg Modificada para avaliação subjetiva de dispneia encontrando-se num nível 3 que corresponde a falta de ar moderada (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2016).

Nas sessões seguintes, realizou todos os exercícios propostos sem aporte suplementar de oxigénio, referindo «estou menos cansado», «não preciso tantas horas de oxigénio», «tenho ido ao



café e ao barbeiro a pé» (sic). Na semana seguinte à realização do TM6m, teve uma consulta de pneumologia no hospital de referência, com indicação para manter o oxigénio apenas noturno.

Após a 18ª sessão, foi-lhe proposto que na semana seguinte fizesse o percurso até ao centro de saúde com a presença da estudante de especialidade de ER e do EEER, com o objetivo de promover a sua autonomia na toma dos anti-bacilíferos diariamente. O utente aceitou a proposta, mas demonstrou um pequeno desconforto em relação a isso. Foi-lhe dito que é capaz, que o centro de saúde é bastante perto e que pode parar as vezes que considerar necessárias para descansar.

Na semana seguinte, que coincidiu com a 20ª sessão de ER, foi-lhe comunicado que no dia seguinte iria ser acompanhado até a centro de saúde a pé para a toma dos anti-bacilíferos. No entanto, o utente B1 respondeu: «é melhor virem cá me trazer a medicação para eu não andar ao frio» (sic). Foi-lhe dito que não fazia sentido não se deslocar ao centro de saúde para tomar a medicação e que se encontrava mais que capacitado para o fazer e que o frio não era desculpa para não sair de casa. O utente recusou, mais uma vez, dizendo: «não me quero constipar» (sic). No dia seguinte, foi-lhe realizado novamente o TM6m, numa tentativa de lhe apresentar os resultados, comparando-os com os do teste anterior e mostrar-lhe que está capacitado para se descolar até ao centro de saúde a pé. Apresentava antes da realização do teste uma FC de 83 bpm, uma FR de 18 cpm e uma saturação periférica de 96%. O utente B1 conseguiu percorrer uma distância de 159 m sem pausas, verificando-se uma melhoria de 54 m em relação ao teste anterior. Após a realização do TM6m, avaliada FC de 101 bpm, FR de 20 cpm e saturação periférica de 94% sem aporte suplementar de oxigénio. Aplicada escala de Borg Modificada para avaliação subjetiva de dispneia encontrando-se num nível 5 que corresponde a falta de ar forte (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2016).

Na 22ª sessão, foi-lhe questionado novamente se não queria ser acompanhado ao centro de saúde para ir tomar os anti-bacilíferos, ao qual o utente recusou. Deste modo, foi realizada a avaliação final e aplicados os instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 a), foi-lhe informado que iria ter alta da ER e que as tomas dos anti-bacilíferos na semana seguinte iriam ser realizadas no centro de saúde, ao qual ele respondeu: «está bem, eu vou de carro» (sic).

Aquando a avaliação final, o utente encontrava-se calmo, consciente e orientado, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Integridade



cutânea mantida, mas com pele e mucosas coradas e hidratadas. Do ponto de vista respiratório, o utente apresentava-se eupneicos, com uma FR de 17 cpm, com respiração mista de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 96% sem suporte suplementar de oxigénio. A nível hemodinâmico, normotenso, com uma TA de 124/74 mm/HG e normocárdico, com uma FC de 71 bpm.

À avaliação da MRCMS, apresentava uma força muscular de grau 5/5 nos diferentes segmentos corporais, evidenciando-se uma melhoria bastante significativa comparativamente à avaliação inicial. Manteve-se sem nenhuma alteração a nível da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda e a coordenação de movimentos também mantida, aquando a realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar-joelho-tíbia. À avaliação do equilíbrio, o utente B1 assumiu a posição de sentado e de pé, mantendo equilíbrio estático e dinâmico e controle postural (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012).

## **Estudo de Caso B2**

Utente do sexo feminino, de raça caucasiana, de 86 anos de idade, casada, com dois filhos, uma filha que vive em outra cidade a cerca de 160km da casa da mãe e outro que vive no estrangeiro. Reside com o marido, numa casa térrea e em zona urbana. Parcialmente autónoma nas AVD. Segundo o marido e a filha, deslocava-se pelo domicílio autonomamente, apoiando-se ao mobiliário e no exterior era transportada de cadeira de rodas. Tem como comorbilidades: hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, dislipidemia, obesidade, úlcera duodenal, anemia crónica, diverticulose cólica, patologia hemorroidária com retorragias esporádicas e catarata no olho esquerdo. Como medicação habitual de ambulatório destaca-se anti-hipertensores, antidepressivos, antipsicóticos, ansiolíticos e vitaminas.

Pela consulta do processo clínico e registos de enfermagem informatizados, recorreu ao SU por retorragias em quantidade significativa, desde há um dia. Em janeiro de 2022, esteve internada no serviço de cirurgia, do mesmo hospital por episódios de melenas, ficando com o diagnóstico de hemorragia com ponto de partida de úlcera duodenal. À admissão no SU verificado prolapso hemorroidário exuberante, mas redutível, sem sinais de trombose e sem hemorragia ativa. Realiza análises, com aumento dos parâmetros inflamatórios, anemia, agravamento da função

renal e desequilíbrios iônicos e realiza TAC abdómino-pélvica sugestiva de colite inflamatória/infeciosa.

Transferida para o serviço de Medicina Interna, com os seguintes diagnósticos: colite inflamatória/infeciosa, tendo cumprido antibioterapia durante 9 dias com boa resposta clínica e laboratorial e hiponatremia hipovolémica com lesão renal aguda de causa pré-renal assumida em contexto de desidratação, tendo cumprido fluidoterapia com melhoria progressiva. De intercorrências do internamento, apresentou uma infeção do trato urinário, tendo cumprido antibioterapia durante 6 dias. Por melhoria clínica, teve alta após 19 dias de internamento.

A filha e o neto mais velho vieram viver provisoriamente para casa da utente B2 devido à situação de dependência em que se encontrava, após o internamento. Neste sentido, fizeram algumas obras em casa, como a retirada do poliban devido à casa de banho ser estreita e não ser possível entrar uma cadeira de rodas.

À avaliação diagnóstica em visita domiciliária, 7 dias após a alta hospitalar, a utente encontrava-se no quarto deitada em decúbito dorsal. Apresentava-se adormecida, mas consciente, orientada na pessoa e desorientada no tempo e no espaço, pontuando 14 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-4; M-6). Relativamente às medidas antropométricas, a utente apresentava 81 kg para uma altura de 1,50 m, que correspondia a um IMC de 36 kg/m<sup>2</sup>, que de acordo com a OMS (2021), o seu peso é considerado obesidade. Pele e mucosas descoradas, hidratadas e apresentava-se em anasarca. Tinha presença de uma úlcera por pressão (UP) na região sacrococcígea com perda de integridade cutânea e presença de tecido desvitalizado. Do âmbito do foro respiratório, a utente encontrava-se eupneica, com uma FR de 16 cpm, com respiração mista, simétrica e de média amplitude. Apresentava tosse produtiva que conseguia deglutir. Apresentava saturações periféricas de 95% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotensa, com uma TA de 141/84 mm/HG e normocárdica, com uma FC de 63 bpm.

À avaliação da MRCMS, apresentava diminuição da força muscular nos diferentes segmentos corporais. Inclusivamente, tanto a nível dos membros superiores como dos membros inferiores, a força era de grau 2/5. Sem alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda e sem coordenação de movimentos, aquando a realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar-joelho-tíbia. À avaliação do equilíbrio, a utente assumia a posição de sentada mantendo

um adequado equilíbrio estático e dinâmico e controle postural, mas não assumia a posição de pé (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012). À avaliação da escala de Morse, com score 30, apresentando baixo risco de queda (DGS, 2019).

Segundo a filha, permanece todo o dia no leito em decúbito dorsal, não existindo qualquer alternância de decúbitos. À avaliação da escala de Braden, com score 11, apresentando alto risco de desenvolver UP (DGS, 2011 b). É a filha que lhe presta os cuidados de higiene no leito e lhe prepara e administra as refeições de consistência pastosa. No entanto, solicitou apoio de uma «conhecida» (sic) que é ajudante de lar e que vem ajudá-la, duas vezes por semana, na prestação de cuidados de higiene à mãe. A utente B2 usa fralda e não apresenta continência dos esfíncteres urinário e anal.

Neste sentido, foram realizadas três avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 a), uma inicial aquando a avaliação diagnóstica, a segunda após intervenção de ER e a última no final do programa de ER, estes dados estão apresentados nas tabelas 11 e 12.

*Tabela 11. Avaliação do ENCS do estudo de caso B2*

<b>ENCS</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Avaliação após intervenção de ER</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Score global de funcionalidade</b>	64,06% (Problema Grave)	37,50% (Problema Moderado)	33,85% (Problema Moderado)
<b>Autocuidados</b>	92% (Problema Grave)	56% (Problema Grave)	42% (Problema Moderado)
<b>Aprendizagem e funções de memória</b>	70,83% (Problema Grave)	37,50% (Problema Moderado)	33,50% (Problema Moderado)
<b>Comunicação</b>	44% (Problema Moderado)	13% (Problema Ligeiro)	13% (Problema Ligeiro)
<b>Relação com amigos e cuidadores</b>	50% (Problema Grave)	44% (Problema Moderado)	44% (Problema Moderado)



Tabela 12. Avaliação do IB do estudo de caso B2

<b>Índice de Barthel</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Avaliação após intervenção de ER</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Alimentação</b>	0	5	10
<b>Transferências</b>	5	10	10
<b>Toalete</b>	0	0	5
<b>Utilização do WC</b>	0	0	5
<b>Banho</b>	0	0	0
<b>Mobilidade</b>	0	10	15
<b>Subir e descer escadas</b>	0	0	5
<b>Vestir</b>	0	5	5
<b>Controlo intestinal</b>	0	5	5
<b>Controlo urinário</b>	0	0	5
<b>Total</b>	5	35	65

Da análise dos dados da tabela 11, podemos concluir que a utente B2 apresentava na avaliação diagnóstica um problema grave a nível do score global de funcionalidade (64,06%). Após intervenção de ER, verificou-se um ganho significativo a nível do score global de funcionalidade de 26,56%, traduzindo-se numa alteração de problema grave para problema moderado. No entanto, este ganho está relacionado com a melhoria nos domínios dos autocuidados, aprendizagem e funções de memória, comunicação e relação com amigos e cuidadores. Na avaliação diagnóstica, a utente B2 apresentava um problema grave no domínio dos autocuidados (92%), no domínio da aprendizagem e funções de memória (70,83%) e na relação com amigos e cuidadores (50%), no entanto apresentava um problema moderado no domínio comunicação (44%). Após intervenção de ER, obteve uma redução de 36% no domínio dos autocuidados, mantendo o problema ligeiro, 38,33% no domínio aprendizagem e funções de memória e de 6% no domínio da relação com amigos e cuidadores, traduzindo-se numa alteração de score de problema grave para moderado e 31% no domínio comunicação, passando de problema moderado para problema ligeiro. Da avaliação após intervenção de ER para a avaliação final, a utente B2 apresentou uma melhoria de 14% e de 4% nos domínios dos autocuidados e aprendizagem e funções de memória, respetivamente, traduzindo-se numa redução do score global de funcionalidade de 3,65%. Contudo, nos domínios comunicação e relação com amigos e



familiares não apresentou qualquer alteração da avaliação, após intervenção de ER para a avaliação final.

Da análise dos dados da tabela 12, poder-se-á concluir, que na avaliação diagnóstica, em todos os domínios exceto o das transferências, a utente apresentava score 0. No domínio banho não se verificou qualquer melhoria no IB em nenhuma das avaliações. Nos domínios alimentação, vestir e controlo intestinal evidenciou-se um aumento de score de 0 para 5, após intervenção de ER. Destes três domínios, foi ao nível da alimentação onde se verificou uma melhoria mais significativa na avaliação final, observando-se um aumento de score de 5 para 10, comparativamente à avaliação após intervenção de ER. Nos restantes dois domínios não se observou mais nenhuma melhoria. Também se verificou um aumento de score de 5 para 10 relativamente ao domínio transferências, mantendo-se igual na avaliação final. No domínio mobilidade observou-se uma alteração de score de 0 para 10, após intervenção de ER e de 10 para 15 na avaliação final. Só na avaliação final é que a utente B2 apresentou score de 5 nos domínios toalete, utilização do WC e controlo urinário. Desta forma, podemos concluir que a utente B2 apresentou uma melhoria significativa, comparativamente aos resultados obtidos na avaliação diagnóstica, passado de score total de 5 para 65.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, foram definidos objetivos de reabilitação em conjunto com a utente e os cuidadores e iniciado programa de reabilitação funcional motor, intervindo sobretudo na capacitação da utente e dos seus cuidadores para os autocuidados e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular (Coelho et al., 2017; Kisner & Colby, 2016). Foram realizadas sessões de 45 minutos a 1 hora, numa média de três vezes por semana.

Após a avaliação diagnóstica foram realizados ensinamentos à cuidadora, marido e neto sobre o levante e transferências seguras. Desta forma, foi explicada a importância do levante para cadeira de rodas e da estimulação cognitiva para retardar o declínio funcional e cognitivo (OE, 2015 b). Foi-lhes sugerido a aquisição de um andarilho e uma cadeira sanitária para treino de marcha e autocuidados. Devido à presença de uma úlcera por pressão na região sacrococcígea foram também realizados ensinamentos e treino sobre a importância do alívio da pressão sobre os tecidos moles, o correto posicionamento e alinhamento corporal.

Pelo facto da utente B2 apresentar um IMC elevado, foram realizados ensinamentos à cuidadora sobre um plano alimentar que incluía alimentos ricos em fibras, proteína e com baixos níveis de açúcar. Foram sugeridos alguns alimentos existentes no mercado mais ricos nutricionalmente e com menos quantidade de açúcar. Na consulta do processo clínico, verificou-se que a utente, no serviço de medicina interna, apresentou disfagia a líquidos. No entanto, a quando a avaliação diagnóstica isso não se verificou. Contudo, a cuidadora foi instruída para preparar alimentos de consistência pastosa e realizar estimulação da tosse após deglutição, a fim de evitar a aspiração de alimentos.

Quando comparecemos para a segunda sessão do programa de reabilitação (na semana seguinte à avaliação diagnóstica), a utente encontrava-se na sala a ver televisão e apresentava-se mais desperta e comunicativa. A cuidadora referiu «sempre que a levantamos, ela está mais acordada» e «ontem ela quis cortar feijão verde comigo» (sic). Neste sentido, foi reforçada a importância da estimulação cognitiva e o treino da motricidade fina, como abotoar e desabotoar botões de camisas e casacos.

Nas sessões seguintes, foram efetuadas mobilizações passivas e ativo-assistidas dos membros superiores e inferiores, treino de equilíbrio sentado e de pé e iniciado treino de marcha com o auxílio do andarilho. Na nona sessão do programa de reabilitação, a utente B2 encontrava-se deitada no leito e quando foi solicitada para levantar-se, levantou-se autonomamente e posteriormente, caminhou do quarto até à sala com auxiliar de marcha.

Devido ao aumento do risco de queda, foram realizados ensinamentos à cuidadora e ao marido sobre a gestão do ambiente no domicílio, mantendo o espaço livre de obstáculos, usar calçado fechado e antiderrapante e verificar a integridade das borrachas de apoio do andarilho (OE, 2013).

A utente B2, ao longo do programa de reabilitação, mostrou-se cada vez mais participativa nas atividades desenvolvidas. A nível do autocuidado alimentar-se, a utente revelou uma melhoria importante, começando a alimentar-se e a beber água autonomamente. A cuidadora referiu «a minha mãe já come connosco à mesa» e «já come sozinha» (sic). No autocuidado uso do sanitário, a utente começou a solicitar ir à cadeira sanitária evacuar, no entanto, manteve-se incontinente a nível urinário, utilizando fralda. Os cuidados de higiene continuaram a ser prestados no leito pela filha ou pela sua “conhecida”. A cuidadora refere não se sentir segura na transferência da cadeira

de rodas para a cadeira no banho, devido à casa de banho ser de pequena dimensão, do chão ficar molhado após o banho e de ter medo que a mãe caia. No entanto, quando solicitada, lateraliza-se e realiza a ponte para colocar a fralda. No autocuidado vestir-se, passou a ser autónoma no vestir de camisolas e casacos.

Na 11<sup>a</sup> sessão, a UP da região sacrococcígea encontrava-se cicatrizada, o que evidenciou que o tratamento à ferida, os ensinamentos e o treino relativo ao posicionamento realizados à cuidadora foram bem-sucedidos.

As sessões seguintes, foram focadas nos domínios mobilidade e da utilização do WC. A utente, na 15<sup>a</sup> sessão, descolou-se do quarto até à casa de banho e da casa de banho até à sala sem o apoio do andarilho. Como a casa de banho é de pequena dimensão, foram apresentadas algumas estratégias de utilização segura do espaço, para que a utente e a família se sentissem mais seguros e confiantes aquando a utilização do WC.

Na avaliação final, a utente encontrava-se calma, consciente e orientada, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Integridade cutânea mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Do ponto de vista respiratório, a utente apresentava-se eufórica, com uma FR de 15 cpm, com respiração mista de média amplitude, com saturações periféricas de 98% sem suporte suplementar de oxigénio. A nível hemodinâmico, normotensa, com uma TA de 121/56 mm/HG e tendencialmente bradicárdica com uma FC de 55 bpm.

À avaliação da MRCMS, apresentava uma força muscular de grau 5/5 nos diferentes segmentos corporais, evidenciando-se uma melhoria bastante significativa comparativamente à avaliação inicial. Manteve-se sem nenhuma alteração a nível da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda e a coordenação de movimentos também mantida, a quando a realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar Joelho-tíbia. À avaliação do equilíbrio, a utente B2 assumiu a posição de sentado e de pé, mantendo equilíbrio estático e dinâmico e controle postural (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012).

## **Estudo de Caso C1**



Utente do sexo masculino, de raça caucasiana, de 85 anos de idade, viúvo, com quatro filhos. O utente C1 reside com a filha mais velha, num apartamento situado no 1º andar num prédio em zona urbana, com elevador. Como comorbilidades apresenta: DPOC de predomínio enfisematoso, seguido em consulta externa de pneumologia (com indicação para manter aporte suplementar de oxigénio por cânula nasal 24h/dia a 2 a 3l/min), bronquite crónica, insuficiência cardíaca (IC) e doença de pele. Desconhece alergias. Como medicação habitual de ambulatório destaca-se terapêutica inalatória combinada.

Pela consulta do processo clínico e registos de enfermagem informatizados, recorreu ao SU do hospital de referência por há cerca de 12 meses por agravamento da sua dispneia, com cansaço fácil a pequenos esforços, apresentando tosse produtiva e febre, desde há um dia. À admissão, estava consciente, orientado e colaborante. Apresentava-se dispneico, com broncoespasmo audível e com cansaço ao falar. Oximetria periférica de 95%, com aporte suplementar de oxigénio por cânula nasal a 3l/min e encontrava-se febril com 38,1º de temperatura. Realizou análises, nas quais se observou aumento parâmetros inflamatórios. Transferido para o serviço de medicina interna, com o diagnóstico de exacerbação da DPOC de predomínio enfisematoso em contexto infeccioso e insuficiência respiratória crónica tipo 1.

Durante o internamento no serviço de medicina interna, cumpriu dupla antibioterapia e realizou ciclo de 5 dias de corticoterapia, antipiréticos e mucolíticos, registando franca melhoria clínica. Após 14 dias de internamento, teve alta para o domicílio, com a indicação para manter a medicação e o oxigénio que realizava no ambulatório. Foi referenciado para ECCI para continuidade de cuidados de reabilitação funcional respiratória e gestão da adesão terapêutica. Após este internamento, foi submetido a algumas sessões ER realizadas pela UCC, às quais o utente referiu «o enfermeiro ajudou-me muito e fiquei a sentir-me muito melhor» (sic).

Desde modo, após 6 meses do internamento, inicia visita domiciliária resultante de solicitação familiar. À avaliação diagnóstica, o utente apresentava-se calmo, consciente e orientado, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Relativamente às medidas antropométricas, o utente apresentava 64 kg para uma altura de 1,69 m, que correspondia a um IMC de 22,4 kg/m<sup>2</sup>, que de acordo com a OMS (2021), o seu peso é considerado normal. A integridade cutânea encontrava-se mantida, mas com pele e mucosas secas. Do ponto de vista respiratório, o utente demonstrou-se ligeiramente taquipneico, com uma FR de



20 cpm, com respiração simétrica, de predomínio torácico, de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 95% com suporte suplementar de oxigénio por cânula nasal a 2l/min que cumpria 24h/dia. À auscultação, murmúrio vesicular audível, com presença de alguns ferveores crepitantes a nível da base esquerda. Referiu que tinha expetoração de cor esverdeada em moderada quantidade que ia conseguindo mobilizar. A nível hemodinâmico, tendencialmente hipertenso, com uma TA de 158/69 mm/HG e normocárdico, com uma FC de 68 bpm.

À avaliação da MRCMS, apresentava diminuição da força muscular nos membros superiores, com uma força de grau 4/5. Nos restantes segmentos corporais, sem alteração da força. Na restante avaliação, apresentou-se sem alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda e coordenação de movimentos mantida, durante a realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar-joelho-tíbia. À avaliação do equilíbrio, o utente assumiu a posição de sentado e de pé, mantendo equilíbrio estático e dinâmico e controle postural (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012). Na avaliação da escala de Morse, obtido um score de 25, apresentando baixo risco de queda (DGS, 2019).

Permanece, a maior parte do dia, sentado na cama a ver televisão. À avaliação da escala de Braden, foi verificado um score de 21, apresentando baixo risco de desenvolver UP (DGS, 2011 b). Desloca-se de forma independente pela casa sem o oxigénio. Referiu que «há pelo menos 1 mês que não saio de casa» (sic) por se sentir cansado. Durante a realização das suas AVD referiu cansaço fácil e identifica a higiene, o vestir-se e o alimentar-se como os momentos de maior cansaço e de dispneia. Para realizar os seus cuidados de higiene pessoal, senta-se numa cadeira em frente ao lavatório e para tomar banho coloca um banco dentro da banheira. Na entrada e saída da banheira, necessita de supervisão da filha. Alimenta-se e hidrata-se autonomamente, mas é a filha que lhe confeciona e prepara os alimentos. Apresenta continência de esfíncter urinário e anal.

Neste sentido, foram realizadas três avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 a), uma inicial aquando a avaliação diagnóstica, a segunda após intervenção de ER e a última no final do programa de ER, estes dados estão apresentados nas tabelas 13 e 14.

Tabela 13. Avaliação do ENCS do estudo de caso C1

ENCS	Avaliação diagnóstica	Avaliação após intervenção de ER	Avaliação final
Score global de funcionalidade	22,92% (Problema Ligeiro)	20,31% (Problema Ligeiro)	18,75% (Problema Ligeiro)
Autocuidados	17% (Problema Ligeiro)	10% (Problema Ligeiro)	4% (Não há Problema)
Aprendizagem e funções de memória	25% (Problema Moderado)	20,83% (Problema Ligeiro)	20,83% (Problema Ligeiro)
Comunicação	0% (Não há Problema)	0% (Não há Problema)	0% (Não há Problema)
Relação com amigos e cuidadores	50% (Problema Grave)	50% (Problema Grave)	50% (Problema Grave)

Tabela 14. Avaliação do IB do estudo de caso C1

Índice de Barthel	Avaliação diagnóstica	Avaliação após intervenção de ER	Avaliação final
Alimentação	10	10	10
Transferências	10	15	15
Toalete	0	5	5
Utilização do WC	5	10	10
Banho	0	5	5
Mobilidade	10	10	15
Subir e descer escadas	5	5	10
Vestir	10	10	10
Controlo intestinal	10	10	10
Controlo urinário	10	10	10
Total	70	90	100

Da análise dos dados da tabela 13, podemos concluir que o utente C1 apresentava na avaliação diagnóstica um problema ligeiro a nível do score global de funcionalidade (22,92%). Após intervenção de ER, verificou-se um ligeiro ganho a nível do score global de funcionalidade

de 2,61%, mantendo-se o score problema ligeiro. No entanto, este ganho está relacionado com a melhoria nos domínios dos autocuidados e aprendizagem e funções de memória. Na avaliação diagnóstica, o utente C1 apresentava um problema ligeiro no domínio dos autocuidados (17%) e um problema moderado no domínio da aprendizagem e funções de memória (25%). Após intervenção de ER, obteve-se uma redução de 7% no domínio dos autocuidados, mantendo o mesmo score problema ligeiro e uma redução de 4,17% no domínio aprendizagem e funções de memória, traduzindo-se numa alteração de score de problema moderado para ligeiro. Da avaliação, após intervenção de ER para a avaliação final, o utente C1 apresentou uma melhoria de 6% no domínio dos autocuidados, verificando-se uma redução do score global de funcionalidade de 1,56%. Contudo, no domínio da comunicação não se verificou nenhum problema desde a avaliação diagnóstica até à avaliação final. No domínio relação com amigos e familiares evidenciou-se um problema grave (50%), mantendo-se o mesmo valor no score até à avaliação final.

Da análise dos dados da tabela 14, podemos concluir que na avaliação diagnóstica, o utente C1 apresentava a nível dos domínios toalete e banho score 0, na utilização do WC e subir e descer escadas score 5 e nos domínios alimentação, transferências, mobilidade, vestir, controlo intestinal e controlo urinário apresentava score 10, traduzindo-se num score total de 70. Na avaliação após intervenção de ER observou-se uma melhoria a nível dos domínios transferências, toalete, utilização do WC e banho, verificando-se alteração de score total de 70 para 90. Na avaliação final, evidenciou-se uma melhoria a nível dos domínios mobilidade e no subir e descer escadas, traduzindo-se numa alteração de score total de 90 para 100.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, foram definidos objetivos de reabilitação em conjunto com o utente e a cuidadora. Subsequentemente, foi iniciado programa de reabilitação funcional respiratória e motora, intervindo sobretudo nas técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semi-cerrados, tosse dirigida, bem como na capacitação para técnicas de conservação de energia (Cordeiro & Menoita, 2012; Couto et al., 2021; OE, 2018 c) e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular (Coelho et al., 2017; Kisner & Colby, 2016).

Foram realizadas sessões de 45 minutos a 1 hora, numa média de três vezes por semana. O utente tinha disponível em casa alguns materiais que foram utilizados durante as sessões, nomeadamente alteres e uma bicicleta estática. Para além disso, também lhe foi fornecido um



plano de exercícios com imagens de autoria própria para treino e fortalecimento muscular para realizar sempre que não se fizer sessão de ER (Apêndice I).

No dia da avaliação diagnóstica, o utente encontrava-se pouco motivado, referindo que se sentia muito cansado. O mesmo referiu que «não tenho dormido nada durante a noite por causa da tosse» (sic). Foi-lhe explicado que no decorrer das várias sessões, iria passar a dormir melhor e que se colaborasse e se cumprisse tudo o que lhe é sugerido, iria voltar a conseguir sair de casa.

Apesar do seu peso ser considerado normal pela OMS (2021), apresentava perda de massa muscular, por se encontrar mais por casa. Por este motivo, foram realizados ensinamentos ao utente e à cuidadora sobre um plano alimentar com reforço na ingestão calórica e proteica e o consumo de água. Para além disso, foi-lhe pedido que demonstrasse como utiliza os broncodilatadores prescritos, pelo que se verificou que os utiliza de forma correta.

Na segunda sessão, foi realizado o TM6m sem aporte suplementar de oxigénio. Apresentava antes da realização do teste uma FC de 68 bpm, uma FR de 18 cpm e uma saturação periférica de 96%. Considerando a sua idade, altura e peso e após aplicação da fórmula de cálculo sugerida pela OE (2016 b, p.56) “(...) [(7,57 x Altura cm) – (5,02 x idade) – (1,76 x peso kg) – 309 m] (...)” foi prevista uma distância a alcançar de 430,99m. O utente conseguiu percorrer uma distância de apenas 126 m, com necessidade de realizar uma pausa de cerca 1 minuto a meio do teste. Após a realização do teste, avaliada FC de 70 bpm, FR de 25 cpm e saturação periférica de 90% sem aporte suplementar de oxigénio. Aplicada escala de Borg Modificada para avaliação subjetiva de dispneia encontrando-se no nível de valor 7, que corresponde a falta de ar muito forte (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2016).

Na terceira sessão de ER, foi-lhe explicada a importância da administração das vacinas da gripe e da COVID-19. Neste sentido, foi-lhe questionado se queria que os enfermeiros na sessão seguinte lhe trouxessem as vacinas, ao qual o utente respondeu afirmativamente, que as queria tomar. Tendo em consideração o referido, na sessão seguinte foram-lhe administradas as vacinas, após a sessão de ER.

Na quinta sessão, o utente referiu que se sentia cansado e «constipado» (sic). Foi-lhe dito que era normal, visto tinham-lhe sido administradas as vacinas há uns dias. Nessa sessão, foram



realizados exercícios no âmbito respiratório, intervindo sobretudo nas técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semi-cerrados e tosse dirigida.

Na oitava sessão, o utente C1 encontrava-se muito mais bem-disposto, confiante e colaborante, referindo que tinha conseguido expelir bastante expectoração durante o dia e que à noite dormia muito melhor. Referiu cumprir com o plano previamente elaborado e que tinha feito um pouco de bicicleta sempre que se sentia melhor. Referiu ainda que no dia anterior «já fui dar a minha voltinha» (sic), pelo que lhe questionado se levou consigo o oxigénio, ao qual respondeu que não, que nunca leva o oxigénio quando sai à rua e que aumenta antes de sair o fluxo de oxigénio para se sentir menos cansado. Neste sentido, foram realizados alguns ensinamentos sobre oxigenioterapia e necessidade de cumprimento da prescrição do pneumologista. Para além disso, foram realizados ensinamentos sobre técnicas de conservação de energia (OE, 2018 c).

Aquando a avaliação final, o utente encontrava-se calmo, consciente e orientado, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Integridade cutânea mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Do ponto de vista respiratório, o utente apresentava-se eupneico em repouso, com uma FR de 18 cpm, com respiração mista de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 98% com suporte suplementar de oxigénio a 2l/min. A nível hemodinâmico, normotenso, com uma TA de 138/60 mm/HG e normocárdico, com uma FC de 74 bpm.

À avaliação da MRCMS, apresentava uma força muscular de grau 5/5 nos diferentes segmentos corporais, evidenciando-se uma melhoria bastante significativa, comparativamente à avaliação inicial. Manteve-se sem nenhuma alteração a nível da sensibilidade, tanto a superficial, como a profunda e a coordenação de movimentos também mantida, aquando a realização do teste dedo-nariz e teste calcunar-jelho-tíbia. À avaliação do equilíbrio, o utente C1 assumiu a posição de sentado e de pé, mantendo equilíbrio estático e dinâmico e controle postural (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012).

Realizado TM6m, apresentando FC de 74 bpm, uma FR de 18 cpm e uma saturação periférica de 95% sem suporte suplementar de oxigénio, antes da realização do teste. O utente C1 conseguiu percorrer uma distância de 159 m sem pausas, verificando-se uma melhoria de 33 m em

relação ao teste anterior. Após a realização do TM6m, avaliada FC de 72 bpm, FR de 27 cpm e saturação periférica de 90% sem aporte suplementar de oxigénio. Aplicada escala de Borg Modificada para avaliação subjetiva de dispneia encontrando-se num nível 8 que corresponde a falta de ar muito forte (Cordeiro & Menoita, 2012; OE, 2016).

## **Estudo de Caso C2**

Utente do sexo masculino, de raça caucasiana, de 93 anos de idade, casado, com uma filha. Reside com a esposa (dependente) e com a enteada, numa vivenda térrea situada em zona urbana. Como comorbilidades apresenta: IC, HTA, dislipidemia, DPOC, hipertrofia benigna da próstata, tremor distónico dos membros superiores de predomínio distal (seguido em consulta externa de neurologia no hospital de referência), prótese total da anca à esquerda e cirurgia a cataratas. Desconhece alergias. Como medicação habitual de ambulatório destaca-se terapêutica anti-hipertensora, antiagregantes plaquetários, antiarrítmicos, diuréticos, estatinas, antidepressivos, ansiolíticos e terapêutica inalatória.

Pela consulta do processo clínico e registos de enfermagem informatizados, recorreu ao SU do hospital de referência por hemiparesia direita. À admissão: vígil, com afasia mista de predomínio anterior (afasia de expressão), com desvio do olhar para a esquerda e com hemiplegia direita. Realizou TAC crânio com desdiferenciação do lenticular esquerdo e realizou Angio-TAC com oclusão em T da artéria carótida interna (ACI) esquerda e placa da ACI bulbar com estenose de 70%. Realizada fibrinólise, tendo sido transferido para um hospital mais central para terapêutica endovascular.

À admissão nesse hospital encontrava-se com afasia mista, desvio do olhar para a esquerda, hemianopsia direita, hemiparesia da face direita, com hemiplegia do membro superior e alguma contração do membro inferior. Realizou nova TAC crânio e angiografia, observando-se oclusão em T do topo da ACI esquerda. Neste sentido, foi removido o trombo sob aspiração e realizada repermeabilização dos vasos. Transferido para a Unidade Cerebrovascular (UCV), após procedimento.

Durante a permanência na UCV, não se verificaram intercorrências, tendo apresentado melhoria progressiva dos défices neurológicos, pelo que foi transferido para a Unidade de AVC (UAVC) do hospital da área de residência, pós TAC de crânio às 24 horas.

Na UAVC com evolução favorável dos défices neurológicos, pelo que se considerou o reencaminhamento do utente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) ao qual a família recusou. Neste sentido, teve alta para domicílio.

À avaliação diagnóstica em visita domiciliária, um mês e meio após a alta hospitalar, o utente apresentava-se calmo, consciente e orientado, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Relativamente às medidas antropométricas, o utente apresentava 81 kg para uma altura de 1,62 m, que correspondia a um IMC de 30,9 kg/m<sup>2</sup>, que de acordo com a OMS (2021), o seu peso é considerado acima do recomendado. A integridade cutânea estava mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Do ponto de vista respiratório, eupneico, com uma FR de 14 cpm, com respiração mista de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 97% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotenso, com uma TA de 135/82 mm/HG e normocárdico, com uma FC de 70 bpm.

À avaliação da MRCMS, apresentava diminuição da força muscular no membro superior e inferior direito. A nível do membro superior direito, a força era de grau 3/5 e a nível do membro inferior direito, a força era de grau 4/5. Nos restantes segmentos corporais a força era de grau 5/5. Sem alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda. A coordenação de movimentos demonstrou-se alterada, durante a realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar-joelho-tíbia. À avaliação do equilíbrio, o utente assumiu a posição de sentado e de pé, mantendo equilíbrio estático e dinâmico e controle postural (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012). No que concerne à aplicação da escala de Morse, avaliado score de 50, apresentando baixo risco de queda (DGS, 2019).

Permanece a maior parte do dia sentado numa cadeira no quarto a ver televisão, ou então deitado na cama. À avaliação do risco de desenvolvimento de UP com a escala de Braden, obteve um score de 16, apresentando alto risco de desenvolver UP (DGS, 2011 b). Para se levantar da cama, tem a necessidade de chamar a enteada para o vir ajudar. Depois de estar sentado na cadeira do quarto, desloca-se de forma independente pela casa, com o auxílio de duas canadianas. Os



cuidados de higiene pessoal são realizados pela enteada no WC sentado numa cadeira em frente ao lavatório. Para tomar banho é a enteada com o auxilia na entrada para o chuveiro e para se lavar. Apresenta continência de esfíncter urinário e anal, sendo que à noite utiliza fralda. Alimenta-se e hidrata-se autonomamente, mas é a enteada que lhe confeciona e prepara os alimentos de consistência mole.

Neste sentido, foram realizadas três avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 a), uma inicial, no momento da avaliação diagnóstica, a segunda após intervenção de ER e a última no final do programa de ER, estes dados estão apresentados nas tabelas 15 e 16.

Tabela 15. Avaliação do ENCS do estudo de caso C2

<b>ENCS</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Avaliação após intervenção de ER</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Score global de funcionalidade</b>	48,44% (Problema moderado)	40,63% (Problema moderado)	37,50% (Problema moderado)
<b>Autocuidados</b>	69% (Problema grave)	48% (Problema moderado)	44% (Problema moderado)
<b>Aprendizagem e funções de memória</b>	50% (Problema grave)	45,83% (Problema moderado)	37,50% (Problema moderado)
<b>Comunicação</b>	38% (Problema moderado)	38% (Problema moderado)	38% (Problema moderado)
<b>Relação com amigos e cuidadores</b>	38% (Problema moderado)	31% (Problema moderado)	31% (Problema moderado)

Tabela 16. Avaliação do IB do estudo de caso C2

<b>Índice de Barthel</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Avaliação após intervenção de ER</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Alimentação</b>	0	5	5



<b>Transferências</b>	5	10	10
<b>Toalete</b>	0	0	0
<b>Utilização do WC</b>	5	5	5
<b>Banho</b>	0	0	0
<b>Mobilidade</b>	10	15	15
<b>Subir e descer escadas</b>	0	5	10
<b>Vestir</b>	5	5	5
<b>Controlo intestinal</b>	10	10	10
<b>Controlo urinário</b>	5	5	5
<b>Total</b>	40	60	65

Da análise dos dados da tabela 15, podemos concluir que o utente C2 apresentava na avaliação diagnóstica um problema moderado a nível do score global de funcionalidade (48,44%). Após intervenção de ER, verificou-se um ligeiro ganho a nível do score global de funcionalidade de 7,81%, mantendo-se o score como problema moderado. No entanto, este ganho está relacionado com uma melhoria nos domínios dos autocuidados, aprendizagem e funções de memória e relação com amigos e cuidadores. Na avaliação diagnóstica, o utente C2 apresentava um problema grave no domínio dos autocuidados (69%) e também a nível do domínio da aprendizagem e funções de memória (50%). Para além disso, apresentava um problema moderado no domínio da relação com amigos e cuidadores (38%). Após intervenção de ER, obteve-se uma redução de 21% e 4,17% nos domínios dos autocuidados e na aprendizagem e funções de memória respetivamente, traduzindo-se numa alteração de score de problema grave para moderado e uma redução de 7% no domínio da relação com amigos e cuidadores, mantendo o problema moderado. Da avaliação, após intervenção de ER para a avaliação final, o utente C2 apresentou uma melhoria de 4% no domínio dos autocuidados e de 8,33% no domínio da comunicação, verificando-se uma redução do score global de funcionalidade de 3,13%. Contudo, no domínio comunicação verificou-se um problema moderado de 38% na avaliação diagnóstica, mantendo o mesmo score até à avaliação final.

Da análise dos dados da tabela 16, podemos concluir que na avaliação diagnóstica o utente C2 apresentava a nível dos domínios alimentação, toalete, banho e subir e descer escadas score 0, nas transferências, utilização do WC, vestir e controlo urinário score 5 e nos domínios mobilidade e controlo intestinal apresentava score 10, traduzindo-se num score total de 40. Na avaliação após

intervenção de ER, observou-se uma melhoria a nível dos domínios alimentação, transferências, mobilidade e subir e descer escadas, verificando-se alteração de score total de 40 para 60. Na avaliação final evidenciou-se uma melhoria a nível do domínio subir e descer escadas, traduzindo-se numa alteração de score total de 60 para 65.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, foram definidos objetivos de reabilitação em conjunto a utente e os cuidadores e iniciado programa de reabilitação funcional motor, intervindo sobretudo na capacitação do utente e da sua cuidadora para os autocuidados e exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular (Coelho et al., 2017; Kisner & Colby, 2016). Foram realizadas sessões de 45 minutos a 1 hora, numa frequência de três vezes por semana.

Após a avaliação diagnóstica foram realizados ensinamentos à cuidadora sobre o levantar e transferências seguras. Desta forma, foi explicada a importância do levantar para uma cadeira e a estimulação cognitiva para retardar o declínio funcional e cognitivo (OE, 2015 b). Neste sentido, foi sugerido à enteada que levasse o utente C2 para mais perto de si ou da esposa.

Pelo facto do utente C2 apresentar um IMC acima do recomendado, foram realizados ensinamentos à enteada sobre um plano alimentar que incluía alimentos ricos em fibras, proteína e com baixos níveis de açúcar. Foram sugeridos alguns alimentos existentes no mercado mais ricos nutricionalmente e com menos quantidade de açúcar.

No dia da segunda sessão do programa de reabilitação (que coincidiu na mesma semana da avaliação diagnóstica), o utente encontrava-se sentado numa cadeira no quarto a ver televisão. Foi realizado mais uma vez um reforço ao nível do ensino sobre a importância da estimulação cognitiva, ao qual a enteada referiu que o utente prefere estar sozinho no quarto do que estar junto da esposa.

Nas sessões seguintes foram realizadas mobilizações passivas e ativo-assistidas dos membros superiores e inferiores, treino de equilíbrio sentado e de pé e iniciado treino de marcha sem canadianas. Na quarta sessão do programa de reabilitação, o utente C2 foi capaz de se levantar do leito autonomamente e caminhar até à sala sem auxiliar de marcha. Devido ao aumento do risco de queda, foram realizados ensinamentos à cuidadora sobre a gestão do ambiente no domicílio, mantendo

o espaço livre de obstáculos, usar calçado fechado e antiderrapante e verificar a integridade das borrachas de apoio do andarilho (OE, 2013).

O utente C2, ao longo do programa de reabilitação, mostrou-se cada vez mais colaborante e participativo nas atividades desenvolvidas. No autocuidado mobilidade, o utente revelou uma melhoria importante, começando a deslocar-se pela casa sem o auxílio das canadianas. Os dois degraus que apresenta na entrada para o WC, o utente passou a subi-los e a descê-los sem ajuda, agarrando-se à ombreira da porta. A enteada referiu que o padraço se sente muito mais seguro, quando caminha pela casa. Nas transferências, o utente C2 passou a ser capaz de se levantar do leito e da cadeira sem ajuda, mantendo apenas a supervisão da cuidadora. No autocuidado uso do sanitário, o utente passou a ir com mais frequência à casa de banho urinar, no entanto manteve o uso da cueca fralda noturna. Os cuidados de higiene mantiveram-se a ser prestados na cadeira de banho no WC. A enteada referiu que o utente «já tenta lavar o cabelo, os braços, a barriga e as pernas» (sic). No autocuidado vestir-se, o utente passou a ser capaz de vestir e despir algumas peças de roupa autonomamente, nomeadamente camisolas, casacos e calçar-se.

No momento da avaliação final, o utente encontrava-se calmo, consciente e orientado, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Integridade cutânea mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Do ponto de vista respiratório, o utente demonstrava-se eupneico em repouso, com uma FR de 16 cpm, com respiração mista de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 97% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, ligeiramente hipertenso, com uma TA de 165/79 mm/HG e normocárdico, com uma FC de 70 bpm.

À avaliação da MRCMS, mantinha diminuição da força muscular no membro superior e inferior direito, com uma força de grau 4/5. Nos restantes segmentos corporais, apresentava uma força muscular de grau 5/5. Sem alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda. Manteve a coordenação de movimentos alterada, a quando a realização do teste dedo-nariz e teste calcânhar-joelho-tíbia. À avaliação do equilíbrio, o utente assumiu a posição de sentado e de pé, mantendo equilíbrio estático e dinâmico e controle postural (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012).

### **Estudo de Caso C3**



Doente do sexo feminino, de raça caucasiana, de 76 anos de idade, viúva. Reside sozinha, num apartamento situado num 1º andar sem elevador, numa zona urbana. Possui apoio de uma sobrinha. Como comorbilidades apresenta: HTA, diabetes mellitus tipo II, dislipidemia, hipotireoidismo, síndrome depressivo, hábitos tabágicos, enfisema centrolobular difuso, acidente de viação com fratura de D11, perónio e bacia e mastectomia por neoplasia da mama. Desconhece alergias. Como medicação habitual de ambulatório destaca-se terapêutica anti-hipertensora, antidiabéticos orais, estatinas, antidepressivos, relaxantes musculares e medicação analgésica.

Há cerca de 7 meses, iniciou quadro de diminuição da força muscular e dormência dos membros inferiores o que a fez cair várias vezes. Realizou ressonância magnética dorsal que revelou fistula dural dorsal com artéria nutritiva no forâmen esquerdo de D10. Neste sentido, foi internada no serviço de neurocirurgia num hospital central para cirurgia eletiva. Submetida a exclusão cirúrgica da fistula dural por hemilaminetomia esquerda. No pós-operatório, apresentou compressão medular tendo sido reintervencionada para descompressão. Posteriormente, por reação inflamatória exuberante com saída de líquido pela ferida foi intervencionada para revisão. Atendendo à estabilidade clínica foi referenciada para Unidade de convalescença da RNCCI para continuação dos tratamentos de Medicina Física de Reabilitação, iniciados durante o internamento hospitalar.

Durante a estadia na unidade de cuidados continuados, a utente permaneceu estável e cumpriu o programa de reabilitação motora. Teve alta para um Centro de Medicina Física de Reabilitação (CMFR), onde permaneceu durante 9 semanas.

À avaliação diagnóstica em visita domiciliária 15 após alta do CMFR, a utente apresentava-se calmo, consciente e orientada, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Relativamente às medidas antropométricas, o utente apresentava 49 kg para uma altura de 1,54 m, que correspondia a um IMC de 20,7 kg/m<sup>2</sup>, que de acordo com a OMS (2021), o seu peso é considerado normal. A integridade cutânea estava mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Do ponto de vista respiratório, eupneica, com uma FR de 15 cpm, com respiração mista de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 98% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotensa, com uma TA de 149/66 mm/HG e normocárdica, com uma FC de 94 bpm.



À avaliação da MRCMS, apresentava diminuição da força muscular nos membros inferiores, com força de grau 4/5. Nos restantes segmentos corporais a força era de grau 5/5. Sem alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda. A coordenação de movimentos alterada, aquando a realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar-jelho-tíbia. À avaliação do equilíbrio, a utente assumiu a posição de sentada, mantendo equilíbrio estático e dinâmico, com controle postural. Na posição de pé, o equilíbrio estático e dinâmico encontrava-se comprometido (Coelho et al., 2017; Menoita, 2012). Aplicada a escala de Morse, tendo sido obtido um score de 40, o que corresponde a baixo risco de queda (DGS, 2019).

Permanece a maior parte do tempo sentada na cadeira de rodas a ver televisão. A cadeira de rodas apresenta uma almofada gel, que adquiriu anteriormente no CMFR. Na avaliação da escala de Braden, foi obtido score de 17, apresentando baixo risco de desenvolver UP (DGS, 2011 b). Desloca-se pela casa com o auxílio do andarilho de modo independente. Para sair de casa, solicitava o apoio da sobrinha: descia as escadas do prédio apoiando-se no corrimão e na sobrinha e deslocava-se na rua na cadeira de rodas. Para aceder à casa de banho, necessita de deixar o andarilho à porta e apoia-se no mobiliário para se sentar na sanita ou para ir ao lavatório. Para tomar banho, usava uma cadeira de banho giratória, que se encontrava dentro da banheira e executava-o de forma independente. Apresentava continência de esfíncter urinário e anal. Segundo a utente, necessitava por vezes, de aplicar um supositório de bicásodilo. Alimentava-se e hidratava-se de forma autónoma, porém era sua sobrinha a responsável pela confeção das refeições.

Neste sentido, foram realizadas três avaliações dos instrumentos ENCS (Lopes & Fonseca, 2013) e IB (DGS, 2011 a), uma inicial aquando a avaliação diagnóstica, a segunda após intervenção de ER e a última no final do programa de ER. Estes dados estão apresentados nas tabelas 17 e 18.

*Tabela 17. Avaliação do ENCS do estudo de caso C3*

<b>ENCS</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Avaliação após intervenção de ER</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Score global de funcionalidade</b>	18,75% (Problema ligeiro)	15,63% (Problema ligeiro)	15,10% (Problema ligeiro)
<b>Autocuidados</b>	23%	19%	17%

	(Problema ligeiro)	(Problema ligeiro)	(Problema ligeiro)
<b>Aprendizagem e funções de memória</b>	8,33% (Problema ligeiro)	0% (Não há problema)	0% (Não há problema)
<b>Comunicação</b>	0% (Não há problema)	0% (Não há problema)	0% (Não há problema)
<b>Relação com amigos e cuidadores</b>	44% (Problema moderado)	44% (Problema moderado)	44% (Problema moderado)

Tabela 18. Avaliação do IB do estudo de caso C3

<b>Índice de Barthel</b>	<b>Avaliação diagnóstica</b>	<b>Avaliação após intervenção de ER</b>	<b>Avaliação final</b>
<b>Alimentação</b>	10	10	10
<b>Transferências</b>	15	15	15
<b>Toalete</b>	5	5	5
<b>Utilização do WC</b>	10	10	10
<b>Banho</b>	5	5	5
<b>Mobilidade</b>	5	10	15
<b>Subir e descer escadas</b>	5	5	5
<b>Vestir</b>	10	10	10
<b>Controlo intestinal</b>	10	10	10
<b>Controlo urinário</b>	10	10	10
<b>Total</b>	85	90	95

Da análise dos dados da tabela 17, podemos concluir que a utente C3 apresentava na avaliação diagnóstica um problema ligeiro a nível do score global de funcionalidade (18,75%). Após intervenção de ER, verificou-se um ligeiro ganho a nível do score global de funcionalidade de 3,12%, mantendo o score problema ligeiro. No entanto, este ganho está relacionado com uma melhoria nos domínios dos autocuidados e aprendizagem e funções de memória. Na avaliação diagnóstica, a utente C3 apresentava um problema ligeiro no domínio dos autocuidados (23%) e também a nível do domínio da aprendizagem e funções de memória (8,33%). Após intervenção de ER, obteve-se uma redução de 4% no domínio dos autocuidados, mantendo o mesmo score problema ligeiro e também se obteve uma redução de 8,33% no domínio da aprendizagem e

funções de memória, traduzindo-se numa alteração de score de problema ligeiro para não há problema. Da avaliação após intervenção de ER para a avaliação final, a utente C3 apresentou uma melhoria de 2% no domínio dos autocuidados, verificando-se uma redução do score global de funcionalidade de 0,53%. Contudo, no domínio comunicação não se verificou qualquer problema na avaliação diagnóstica para avaliação final e no domínio da relação com amigos e cuidadores verificou-se um problema moderado de 44% na avaliação diagnóstica, mantendo o mesmo score até à avaliação final.

Da análise dos dados da tabela 18, podemos concluir que na avaliação diagnóstica a utente C3 apresentava a nível dos domínios toalete, banho, mobilidade e subir e descer escadas score 5, na alimentação, utilização do WC, vestir, controlo intestinal e controlo urinário apresentava score 10 e no domínio transferências apresentava score 15, traduzindo-se num score total de 85. Na avaliação, após intervenção de ER, observou-se uma melhoria a nível do domínio mobilidade, verificando-se alteração de score total de 85 para 90. Na avaliação final, evidenciou-se uma melhoria a nível do domínio mobilidade, traduzindo-se numa alteração de score total de 90 para 95.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação, foram definidos objetivos de reabilitação em conjunto com a utente e iniciado programa de reabilitação funcional motor, intervindo sobretudo na capacitação da utente para os autocuidados, exercícios de mobilização articular com fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e coordenação (Coelho et al., 2017; Kisner & Colby, 2016).

No dia da avaliação diagnóstica, a utente C3 encontrava-se bastante revolta com toda a sua situação. Referiu que já tinha desistido e que «vivo um dia de cada vez». Neste sentido, a utente não se encontrava muito motivada para a realização do programa de reabilitação. Foi-lhe dito que iríamos realizar sessões duas a três vezes por semana e que iríamos disponibilizar algum material da UCC em sua casa. Também lhe foi informada que poderia desistir do programa de reabilitação a qualquer momento, se achasse que não estava a ter qualquer benefício com o mesmo.

Apesar do seu peso ser considerado normal pela OMS (2021), teve um internamento recente e bastante prolongado, no qual se verificou perda de peso e massa muscular. Por este motivo, foram realizados ensinamentos à utente sobre um plano alimentar com reforço na ingestão



calórica e proteica e o consumo de água. Aconselhada a ingestão de iogurtes proteicos uma vez por dia e a realização de pelo menos 5 refeições diárias, que incluam hidratos de carbono e uma fonte de proteica.

Foram efetuadas sessões de 45 minutos a 1 hora, numa média de três vezes por semana. Foi disponibilizado pela UCC alguns materiais, nomeadamente bandas elásticas, caneleiras, uma bicicleta ergométrica e uma bola de pilates. Para além disso, também lhe foi fornecido um plano de exercícios com imagens de autoria própria para fortalecimento muscular e treino da coordenação e equilíbrio para realizar sempre que não se fizer sessão de ER (Apêndice II).

As primeiras sessões de ER foram focadas no treino de coordenação e equilíbrio e focadas no autocuidado mobilidade. Ao longo das várias sessões, a utente C3 passou a estar mais motivada e colaborante em todas as atividades desenvolvidas. Referiu estar a cumprir com plano sempre que não há sessão e que tem feito um pouco de bicicleta ergométrica, enquanto vê televisão. Na quarta sessão, a utente foi capaz de se deslocar pela casa sem o auxílio do andarilho, apoiando-se no mobiliário, referindo que se sente mais confiante e que as sessões «estão a fazer-me bem» (sic).

Durante a avaliação final, a utente encontrava-se calma, consciente e orientada, pontuando 15 na escala de coma de Glasgow (Teasdale, 2014) (O-4; V-5; M-6). Integridade cutânea mantida, com pele e mucosas coradas e hidratadas. Do ponto de vista respiratório, a utente apresentava-se eupneica em repouso, com uma FR de 14 cpm, com respiração mista de média amplitude. Apresentava saturações periféricas de 97% em ar ambiente. A nível hemodinâmico, normotensa, com uma TA de 139/63 mm/HG e normocárdica, com uma FC de 75 bpm.

À avaliação da MRCMS, apresentava diminuição da força muscular nos membros inferiores, com força de grau 4/5. Nos restantes segmentos corporais a força era de grau 5/5. Sem alteração da sensibilidade, tanto a superficial como a profunda. Constatou-se a coordenação de movimentos alterada, aquando a realização do teste dedo-nariz e teste calcanhar Joelho-tíbia. À avaliação do equilíbrio, a utente assumiu a posição de sentada, mantendo equilíbrio estático e dinâmico, com controle postural. Na posição de pé, o equilíbrio estático e dinâmico mantinha-se comprometido, mas ligeiramente melhorado em relação à avaliação diagnóstica (Coelho et al., 2017; Menoita et al., 2012).



## 2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente subcapítulo, irá ser apresentada a discussão dos resultados obtidos, nos diferentes estudos de caso, tendo em consideração a metodologia defendida por Yin (2003). Neste sentido, pretende-se realizar a análise dos resultados, interrelacionando-os com os domínios de autocuidado de Orem (2001) e com os indicadores dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de ER (OE, 2018 a), identificando os ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

De forma a simplificar, estão sintetizados, nas tabelas 19 e 20, os resultados médios obtidos, nos diferentes estudos de caso, da aplicação do instrumento ENCS e do IB.

*Tabela 19. Resultados médios alcançados da aplicação do instrumento ENCS*

Participantes	Avaliação	Score global de funcionalidade	Autocuidado	Aprendizagem e funções de memória	Comunicação	Relação com amigos e cuidadores	
A	A1	Inicial	11,98%	35%	0%	0%	13%
		Final	10,42%	23%	0%	0%	19%
		<b>Ganhos</b>	<b>1,56%</b>	<b>12%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>-6%</b>
	A2	Inicial	9,38%	25%	0%	0%	13%
		Final	7,29%	17%	0%	0%	13%
		<b>Ganhos</b>	<b>2,09%</b>	<b>8%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
B	B1	Inicial	19,27%	15%	12,50%	0%	50%
		Final	10,42%	0%	4,17%	0%	38%
		<b>Ganhos</b>	<b>8,85%</b>	<b>15%</b>	<b>8,33%</b>	<b>0%</b>	<b>12%</b>
	B2	Inicial	64,06%	92%	70,83%	44%	50%
		Final	33,85%	42%	37,50%	13%	44%
		<b>Ganhos</b>	<b>30,21%</b>	<b>50%</b>	<b>33,33%</b>	<b>31%</b>	<b>6%</b>
C	C1	Inicial	22,92%	17%	25%	0%	50%
		Final	18,75%	4%	20,83%	0%	50%
		<b>Ganhos</b>	<b>4,17%</b>	<b>13%</b>	<b>4,17%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>
	C2	Inicial	48,44%	69%	50%	38%	38%
		Final	18,75%	44%	37,50%	38%	31%
		<b>Ganhos</b>	<b>29,69%</b>	<b>25%</b>	<b>12,50%</b>	<b>0%</b>	<b>7%</b>
	C3	Inicial	18,75%	23%	8,33%	0%	44%
		Final	15,10%	17%	0%	0%	44%
		<b>Ganhos</b>	<b>3,65%</b>	<b>6 %</b>	<b>8,33%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

<b>Ganho médio por score</b>	<b>11,46%</b>	<b>18,42%</b>	<b>9,52%</b>	<b>4,42%</b>	<b>2,71%</b>
------------------------------	---------------	---------------	--------------	--------------	--------------

Tabela 20. Resultados médios obtidos da aplicação do IB

Avaliação	Participantes Grupo A		Participantes Grupo B		Participantes Grupo C		
	A1	A2	B1	B2	C1	C2	C3
Inicial	60	75	75	5	70	40	85
Final	80	95	100	65	100	65	95
<b>Ganhos</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>60</b>	<b>30</b>	<b>25</b>	<b>10</b>

De um modo geral e com a análise das tabelas 19 e 20, verifica-se que houve uma melhoria do score global de funcionalidade, nomeadamente na capacidade para realização dos autocuidados, na aprendizagem e funções de memória, na comunicação e na relação com amigos e cuidadores. Tal como Orem (2001) defende na sua teoria, a capacidade para realizar o autocuidado é influenciada por diversos domínios: físico, cognitivo, emocional ou psicossocial e de comportamento. Neste sentido, irá ser apresentada a discussão dos resultados para cada domínio do autocuidado.

### **Domínio cognitivo e comportamental**

Segundo Orem (2001), o domínio cognitivo refere-se às habilidades cognitivas para cumprir a ação, enquanto que o domínio comportamental está relacionado com as habilidades necessárias para o desenvolvimento do comportamento de autocuidado. Estes dois domínios foram avaliados em diferentes momentos, através da aplicação do instrumento ENCS, nas dimensões “Aprendizagem e Funções de memória” e “Comunicação”.

A comunicação é uma dimensão muito importante num programa de reabilitação. Esta envolve a expressão verbal e não verbal e a compreensão simbólica que são essenciais para as relações efetivas das pessoas, ainda mais com os profissionais de saúde. Alterações neste domínio condicionam a capacidade para realizar as AVD, a relação com os outros e com a comunidade, restringindo assim a independência (Brummel et al., 2012).

O funcionamento cognitivo refere-se a múltiplas habilidades mentais. Nestas habilidades, estão incluídas, a aprendizagem, o pensamento, o raciocínio, a memória, a resolução de problemas, a tomada de decisões e a atenção (Carroll, 1993; Horn & Cattell, 1967).

Contudo, o envelhecimento é um fenómeno natural e transversal a todos os indivíduos. Durante esta fase, ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas, perda de capacidade de adaptação ao meio ambiente e o aumento dos processos patológicos (Nunes, 2017). Neste sentido, os autores Lopes & Fonseca (2013), referem que o envelhecimento conduz a declínios de memória e capacidade de trabalho, impedindo a aquisição de competências cognitivas complexas. Pode-se então concluir, que o envelhecimento conduz a alterações nas competências cognitivas relacionadas com o aumento da idade (Liverman et al., 2015).

Relativamente ao grupo de participantes A, não se verificou qualquer alteração (0%) nas dimensões comunicação e aprendizagem e funções de memória, tanto na avaliação diagnóstica, como na avaliação final. Neste sentido, não foi necessário desenvolver nenhuma intervenção de ER, relativamente às dimensões comunicação e aprendizagem e funções de memória.

No grupo de participantes B, o utente B1, tanto na avaliação diagnóstica, como na avaliação final, não apresentou qualquer alteração a nível da comunicação. A nível da dimensão aprendizagem e funções de memória, verificou-se uma alteração de 12,50% na avaliação diagnóstica. Após a intervenção de ER, observou-se um ganho de 8,33%. Esta diferença de resultados, poderá estar relacionada, com o isolamento a que o utente foi submetido no serviço de medicina durante 40 dias e posterior isolamento no domicílio, devido à sua intolerância à atividade. Segundo os autores Hajek et al. (2020), o isolamento social consiste numa diminuição das relações sociais e num menor envolvimento na comunidade. No entanto, no estudo realizado pelos autores Evans et al. (2019), verificou-se que o isolamento social, juntamente com os baixos níveis de atividade social e reduzidas redes sociais, estão amplamente associados a uma função cognitiva débil nas idades avançadas. Contudo, após a décima segunda sessão de ER, o utente B1 foi capaz de voltar a sair à rua, tendo-se verificado uma melhoria bastante significativa a nível desta dimensão, que se encontra de acordo os autores Evans et al. (2019) que referem no seu estudo, que o facto de possuir uma rede social de apoio e estar envolvido em atividades sociais, contribui para a prevenção de problemas cognitivos na velhice. Já, Fratiglioni et al. (2004) referem que procurar



um estilo de vida ativo, é um dos pilares para a preservação das competências cognitivas na velhice.

A utente B2, apresentou a nível da dimensão comunicação, uma alteração de 44% e a nível da aprendizagem e funções de memória, uma alteração de 70,83%. Tanto a nível da comunicação, como da aprendizagem e funções de memória, a utente obteve um ganho de 31% e 33,33%, respetivamente. Esta diferença de resultados, poderá estar relacionada com os 19 dias internamento no serviço de medicina e com uma infeção do trato urinário que apresentou durante este internamento. Rodrigues (2012) refere que a hospitalização é considerada um grande risco para o idoso. Para além dos défices cognitivos e funcionais considerados normais para a idade, o internamento conduz a uma maior debilidade no individuo. Contudo, os autores Sales et al. (2010) referem que a hospitalização pode levar a uma série de complicações que não estavam relacionadas com o motivo de internamento inicial, como é o caso da utente B2. Muitas dessas complicações, levam ao aumento da permanência no hospital, aumento do declínio funcional/cognitivo, mudanças na qualidade de vida e a uma maior mortalidade (Sales et al., 2010). Neste sentido, os programas de reabilitação são importantes na avaliação e definição do perfil cognitivo do utente, sendo assim possível efetuar uma análise dos aspetos cognitivos que estão preservados e/ou deteriorados. Estes programas permitem adequar o tratamento ao nível intelectual, cultural e social do utente e permitem atuar sobre múltiplos fatores, nomeadamente na adaptação/alteração do contexto sociocultural, no tratamento psicoterapêutico, nos cuidados somáticos e no apoio à família (Hoeman, 2011). Quando a utente B2 teve alta hospitalar, a filha/cuidadora e o neto mudaram-se para o seu domicílio e, neste sentido, foram realizados ensinamentos sobre a importância da estimulação cognitiva e motricidade fina. Mediante o referido, o autor Rodrigues (2012), defende que o equilíbrio entre a manutenção do desempenho cognitivo e a capacidade funcional garante ao idoso manter a sua participação nas atividades quotidianas e aumenta a sensação de bem-estar, através do desenvolvimento de competências e do controlo sobre si mesmo e sobre o ambiente no qual se encontra inserido. Ao longo das várias sessões de ER, verificou-se uma melhoria bastante significativa, tanto a nível das funções cognitivas como da comunicação.

No grupo de participantes C, o utente C1, tanto na avaliação diagnóstica, como na avaliação final, não apresentou qualquer alteração a nível da dimensão comunicação. A nível da dimensão aprendizagem e funções de memória, verificou-se uma alteração de 25%, na avaliação diagnóstica. No entanto, aquando a avaliação final, observou-se um ganho de 4,17%. Esta alteração, poderá



estar relacionada com o isolamento a que o utente se encontrava submetido, devido à sua intolerância à atividade por DPOC agudizada. Neste sentido, o utente não se sentia capaz de sair à rua, ficando por casa sozinho, a maior parte do tempo. Segundo os autores Decramer (2008) e Moreira (2012), as exacerbações da DPOC são frequentes e caracterizam-se pelo aumento da dispneia e fraqueza muscular, conduzindo a um aumento da frequência e número de internamentos. Esta doença, tem um particular impacto na vida quotidiana do utente, uma vez que, não se limita apenas às vias aéreas e pulmões, mas inclui também, manifestações sistémicas significativas e comorbilidades que reduzem de forma irreversível a capacidade funcional respiratória, com consequências sobre o potencial de independência no autocuidado. Neste sentido, os autores Nici et al. (2006) referem que a reabilitação respiratória pode ser efetiva na manutenção da capacidade funcional dos utentes com DPOC, traduzindo-se numa maior capacidade para a interação social e na redução dos custos em saúde, através da estabilização e/ou redução de alterações sistémicas da doença. Após a sétima sessão, o utente C1 voltou a sair à rua, tendo tido um impacto bastante significativo a nível da estimulação cognitiva. Pode-se então concluir que reabilitação respiratória desenvolvida pelos EEER, não deve ser apenas um programa com um princípio e um fim, mas sim um compromisso com uma mudança no estilo de vida (Belfer & Reardon, 2009).

O utente C2, apresentou a nível da dimensão comunicação, uma alteração de 38% e a nível da aprendizagem e funções de memória, uma alteração de 50%. A nível da dimensão comunicação, o utente não apresentou qualquer ganho na avaliação final. Este fato, está relacionado com a afasia mista de predomínio anterior (afasia de expressão) que o utente apresentava. A nível da dimensão aprendizagem e funções de memória, o utente obteve um ganho de 12,50%, aquando a avaliação final. Segundo o autor Fonseca (2017), a afasia é uma alteração adquirida na linguagem, secundária a uma lesão cerebral. No entanto, uma das principais dificuldades na avaliação cognitiva das pessoas com afasia, está relacionada com os testes neuropsicológicos. As respostas a estes testes envolvem respostas verbais e exigem a compreensão de instruções verbais, colocando essas pessoas em desvantagem, quando comparadas com populações não afásicas.

A utente C3, tanto na avaliação diagnóstica, como na avaliação final, não apresentou qualquer alteração a nível da dimensão comunicação. A nível da dimensão aprendizagem e funções de memória, verificou-se uma alteração de 8,33%, na avaliação diagnóstica. Aquando a avaliação final, a utente C3 manteve a mesma alteração nesta dimensão. Esta diferença de resultados, poderá estar relacionada com a estimulação cognitiva que a utente foi sujeita, durante as várias sessões de

ER, pois tratava-se de uma utente que vivia sozinha e tinha apoio esporádico dos sobrinhos. Estes resultados vão de encontro ao que os autores Evans et al. (2019) referem sobre o isolamento social.

Em relação aos vários estudos de caso e os resultados obtidos nas diferentes dimensões, pode-se concluir que se obteve um ganho médio a nível da comunicação de 4,42% e na aprendizagem e funções de memória de 9,52%.

Tendo em conta os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de ER, foram selecionados para estes domínios, os indicadores promoção da saúde e prevenção de complicações (OE, 2018 a).

A promoção da saúde consiste num processo de capacitação das pessoas a gerirem e melhorarem a sua saúde, a fim de atingirem um estágio de completo bem-estar a todos os níveis (físico, mental ou social, individual ou comunitário) (OMS, 1987, citado por Santos, et al., 2015). Neste sentido, a DGS (2006, p.9), refere que “A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade.”

Segundo a autora Sendão (2018, p.27), “A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através do conhecimento, da educação para a saúde e reforço das competências que capacitem para uma vida saudável.” Assim, o EEER, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional (...)” deve ajudar os utentes “(...) a alcançarem o máximo potencial de saúde.” (OE, 2018 b, p.10).

Relativamente ao indicador prevenção de complicações, o EEER, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional (...)” deve “(...) prevenir complicações para a saúde dos clientes.” (OE, 2018 b, p.11), ou seja, o EEER “(...) 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 (...)” (Regulamento n.º 392/2019, p.13565). Neste sentido, os programas de intervenção desenvolvidos, abrangeram todos os conhecimentos e capacidades para gerir a doença e as suas consequências, controlando sintomas e adotando estratégias para prevenção de complicações (Silva & Delgado, 2020; Couto et al., 2021).

No âmbito dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de ER e dos indicadores selecionados para este domínio, no grupo de participantes A, as intervenções de ER iniciaram-se logo após o pós-operatório, devido à identificação dos riscos/ complicações ao nível funcionalidade. Neste sentido, foi disponibilizado um folheto informativo a cada utente, com a informação relativa os cuidados a ter com as próteses em todas as atividades de vida. Para além disto, os utentes foram ensinados, instruídos, e treinados precocemente, para realizar exercícios para reeducação funcional motora, nomeadamente, exercícios musculares e articulares (mobilizações passivas, ativas assistidas e ativas) (OE, 2018 b; Sousa & Carvalho, 2016). Também foram efetuados levantes precoces, mantendo sempre todas as condições de segurança. Todas estas intervenções, contribuiram para a prevenção da rigidez articular, redução do risco de acidentes tromboembólicos e prevenção úlceras por pressão (Cruz et al., 2021). Para além das intervenções mencionadas anteriormente, foram realizados ensinamentos e instruções para a alta, nomeadamente ensinamentos sobre o controlo da dor, gestão terapêutica farmacológica, cuidados a ter com a ferida cirúrgica e gestão do ambiente do domicílio, mantendo o espaço livre de obstáculos, usar calçado fechado e antiderrapante e verificar a integridade das borrachas de apoio das canadianas.

Aos participantes B1 e C1, foi-lhes pedido que demonstrassem como administravam os broncodilatadores e ambos faziam de forma incorreta. Neste sentido, foram realizados ensinamentos sobre o uso adequado dos broncodilatadores. Aos utentes B1, C1 e C3, foi-lhes fornecido um plano de exercícios para realizarem sempre que não se efetuasse sessão de ER (Apêndice I e II). Todos estes utentes cumpriram o plano preconizado e apresentaram melhorias funcionais de sessão para sessão. No entanto, nos participantes B1 e C3, foi necessário realizar ensinamentos sobre um plano alimentar equilibrado, com reforço na ingestão calórica e proteica, bem como a importância do consumo de água, devido à perda de peso e massa muscular recente.

Relativamente aos utentes B2 e C2, foram realizados ensinamentos aos cuidadores/familiares sobre a importância do levantar para cadeira de rodas, da estimulação cognitiva para retardar o declínio funcional e cognitivo e a importância de um plano alimentar que inclua alimentos ricos em fibras, proteínas e com baixos níveis de açúcar. Para além destas intervenções, foram realizados ensinamentos à cuidadora da utente B2 sobre a importância do alívio da pressão sobre os tecidos moles, o correto posicionamento e alinhamento corporal, devido à presença de uma úlcera por pressão na região sacrococcígea.



Os utentes B2, C2 e C3 apresentaram aumento do risco de queda. Neste sentido, foram realizados ensinamentos aos utentes e cuidadores/familiares sobre a gestão do ambiente no domicílio, de forma a manter o espaço livre de obstáculos/barreiras, usar calçado fechado e antiderrapante e verificar a integridade das borrachas de apoio do andarilho ou canadianas, bem como a apresentação de estratégias de utilização segura do WC.

Da síntese qualitativa dos indicadores, foram observadas melhorias ao nível variáveis prevenção de complicações e promoção da saúde.

### **Domínio emocional ou psicossocial**

Orem (2001), refere que domínio emocional ou psicossocial está relacionado com fatores motivacionais, atitudes, valores e perceção de competências para o autocuidado. Este domínio foi avaliado em diferentes momentos, através da aplicação do instrumento ENCS, na dimensão relação com amigos e familiares. Nesta dimensão, estão reunidos todos os indivíduos que possam prestar cuidados aos utentes, nomeadamente família, assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos. Aquando a avaliação da relação com amigos e familiares, os utentes foram questionados sobre a sua perspetiva de suporte/apoio oferecido pelos vários agentes.

No âmbito do suporte dos profissionais de saúde, o EEER deve intervir de forma a colocar o utente no centro do processo, dando-lhe o poder de decidir sobre a sua saúde e oferecendo-lhe todo o suporte necessário (Lista, 2018). Por outro lado, a relação terapêutica que o EEER deve estabelecer entre os utentes e famílias, permitirá obter um clima de confiança, onde o enfermeiro se torna a pessoa de referência, determinante para o reequilíbrio familiar (Sousa, 2011). Para além disso, o autor Messecar (2012) refere que o EEER deve fornecer estratégias para auxiliar os prestadores de cuidados a assumirem o seu papel, através do estabelecimento de parcerias, partilha de conhecimentos, identificação das lacunas para trabalhar em conjunto, mobilização de recursos da comunidade, auxiliar na gestão das respostas físicas e emocionais e integrar a abordagem interdisciplinar. Assim, o EEER, segundo o Regulamento n.º 392/2019, deve avaliar “(...) os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade (...)” e ensinar “(...) a pessoa e/ou cuidador técnicas e tecnologias específicas de autocuidado (...)” (p.13566-13567).



Relativamente ao grupo de participantes A, o utente A1, apresentou na dimensão relação com amigos e familiares uma alteração de 13%, na avaliação diagnóstica. Após intervenção de ER, verificou-se um acréscimo de 6% nesta avaliação, obtendo uma alteração de 19% na avaliação final. Este acréscimo está relacionado com o parâmetro de avaliação família próxima. O utente A1 referiu que vivia conjuntamente com a mãe no seu domicílio, tratando-se de uma senhora dependente em grau reduzido nas atividades de vida diárias. Neste sentido, a mãe não foi capaz de lhe oferecer o suporte/apoio necessário no momento da alta e regresso para o seu domicílio, tendo-se assim, verificado um acréscimo nesta dimensão.

No grupo de participantes B, a utente B2 apresentou uma alteração de 50% na dimensão relação com amigos e familiares, na avaliação diagnóstica. Aquando a avaliação final, verificou-se um ganho de 6% nesta dimensão. Estes ganhos poderão estar relacionados, com a falta de apoio e suporte que a utente apresentava antes do seu internamento. A utente B2 vivia apenas com o seu marido e era o mesmo que a auxiliava nas atividades de vida diárias e nos autocuidados. Segundo o autor Ferreira (2013), o ato de cuidar é uma prática inerente à condição humana e é principalmente no seio familiar onde são prestados os cuidados necessários para a promoção da saúde e independência dos seus familiares. Porém, com o aumento da dependência da utente B2, o seu marido não se encontrava capaz de dar resposta a estas alterações. Tendo em conta o que está preconizado no Código Civil Português (1966) sobre a responsabilidade da família para com os seus membros, a filha e o neto da utente mudaram-se para o seu domicílio. Este código, aborda questões de cooperação e assistência entre cônjuges e auxílio entre pais e filhos, onde todos têm a obrigação de se socorrer e proteger (Decreto-Lei nº 47344/1966).

O utente C2, apresentou uma alteração de 38% na dimensão relação com amigos e familiares, na avaliação diagnóstica. Aquando a avaliação final, observou-se um ganho de 7% nesta dimensão. Esta alteração está relacionada com o parâmetro de avaliação, profissionais de saúde. O utente C2 referiu que os cuidados que lhe eram prestados pelos profissionais de saúde não lhe ofereciam 100% do suporte que necessitava. No entanto, com a intervenção da estudante de ER e do EEER ao longo das várias sessões, o utente demonstrou-se cada vez mais satisfeito em relação à atuação dos profissionais de saúde, verificando-se na avaliação final, um ligeiro ganho nesta dimensão.

Ao contrário dos dois últimos utentes, os utentes A2, B1, C1 e C3 não obtiveram nenhum ganho na dimensão relação com os amigos e familiares, como se pode observar na tabela 19. Tanto na avaliação diagnóstica, como na avaliação final, apresentaram as mesmas alterações em relação a esta dimensão.

Relativamente aos vários estudos de caso e aos resultados obtidos nas diferentes dimensões, pode-se concluir que se obteve um ganho médio a nível da dimensão relação com amigos e familiares de 2,71%.

Tendo em conta os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de ER, foram selecionados para estes domínios, os indicadores satisfação do cliente, bem-estar e autocuidado, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2018 a).

Pela importância da temática, a satisfação do cliente é o primeiro enunciado descritivo dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e também dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, atribuindo-se ao EEER a sua importância na satisfação do utente e família relativamente aos cuidados prestados (OE, 2018 a). Neste sentido, pode-se definir satisfação do cliente como o resultado das expectativas e da perceção do utente em relação aos cuidados recebidos (Freitas et al., 2016; Hawkins et al., 2014). Este indicador traduz uma realidade complexa e subjetiva, que resulta da interação do utente com o sistema de saúde, envolvendo, assim, fatores físicos, emocionais, sociais e culturais (Hawkins et al., 2014; Caljouw et al., 2008).

Contudo, a satisfação do utente para com os cuidados de saúde, deverá ser entendida pelas instituições e pelos profissionais, como o resultado da prestação de cuidados e um indicador de qualidade dos mesmos (Larson & Farber, 2010; Hertel-Joergensen et al., 2018). No entanto, a qualidade dos cuidados de saúde é multidimensional, apresentando pelo menos três perspetivas diferentes: a organizacional, a dos profissionais de saúde e a dos utentes (Rehnström et al., 2003). Neste sentido, o EEER, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional (...)” deve perseguir “(...) os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.” (OE, 2018 b, p.9).

A todos os participantes, foi proporcionado um ambiente calmo e de confiança, com respeito pela sua autonomia, tendo em consideração todas as crenças, valores, vulnerabilidades e

capacidades do utente. Para além disso, foram identificadas todas as necessidades e expectativas dos utentes e cuidadores/família, incluindo assim, os cuidadores/famílias nos processos e programas de reabilitação (Menoita et al., 2012; OE, 2018 b). Deste modo, foi analisado e discutido com os utentes e cuidadores/famílias todo o processo de cuidados de ER e foi avaliada a sua satisfação relativamente aos cuidados de ER prestados (OE, 2018 b). De um modo geral, todos os utentes e cuidadores/família mostraram-se satisfeitos com prestação da estudante de especialidade de ER e EEER, verificando-se melhorias subjetivas a nível do discurso dos mesmos, como é o caso do utente B1 que referiu: «sinto-me cada vez melhor» e «tenho ido ao café e ao barbeiro a pé» (sic). Já a filha da utente B2 também se mostrou satisfeita com o programa, referindo: «sempre que a levantamos, ela está mais acordada», «a minha mãe já come connosco à mesa» e «já come sozinha» (sic). Também, o utente C1, referiu «já fui dar a minha voltinha», verificando-se, que neste caso, o programa estava a ir de encontro às suas expectativas.

Relativamente ao indicador bem-estar e o autocuidado, o ER tem como objetivo maximizar o bem-estar e promover o autocuidado (OE, 2018 a). Orem (2001, p.43) define autocuidado como “(...) a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.” No entanto, Petronilho (2012) refere que o autocuidado apresenta um impacto positivo na promoção da saúde e bem-estar, através do aumento de conhecimentos e habilidades do utente, onde os profissionais de saúde têm uma ação decisiva. Neste sentido, o EEER, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional (...)” deve maximizar “(...) o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.” (OE, 2018 b, p.12).

No âmbito deste indicador, para todos os participantes identificou-se, o mais precocemente possível, os problemas reais ou potenciais do utente, tendo em consideração a área de intervenção, procedeu-se também, à avaliação relativa a alterações da funcionalidade junto do utente e cuidador/família, definindo-se estratégias a implementar, os resultados esperados e metas a atingir, de forma promover a autonomia e qualidade de vida. Neste sentido, identificou-se situações problemáticas e referenciou-se estas situações para outros profissionais, prescreveu-se e selecionou-se os produtos de apoio mais adequados para cada caso, ensinou-se, instruiu-se e treinou-se os utentes e cuidadores/família para o uso de produtos de apoio e técnicas de adaptação para realizar o autocuidado e concebeu-se planos e programas de intervenção para redução do risco de alteração de funcionalidade (Araújo et al., 2021; OE, 2018 b), obtendo-se ganhos na avaliação



do instrumento ENCS, no que diz respeito à dimensão autocuidado, e no IB, comparativamente à avaliação diagnóstica.

Antes de falar do indicador dos padrões de qualidade dos cuidados de ER promoção da inclusão social, deve-se definir o conceito de inclusão social. Para isso, não se pode defini-lo apenas como o acesso em boas condições para todas as pessoas, mas sim, como a participação total e plena nas diversas esferas da vida em sociedade (Holanda et al., 2015).

Contudo, o envelhecimento conduz a uma maior prevalência de deficiência na pessoa idosa, uma vez que o declínio funcional, leva a que esta adquira deficiências físicas (Holanda et al., 2015; Valença et al., 2017). Neste sentido, os cuidados de ER para a inclusão social devem ter uma abordagem centrada no utente com deficiência física e na sua família, prestando cuidados de enfermagem holísticos numa vertente bio-psico-social, o que vai além da componente física. Para além disso, o EEER deve identificar barreiras arquitetónicas, a nível do domicílio e dos restantes ambientes, que possam condicionar os indivíduos com deficiência na sua participação e inclusão social (Pereira et al., 2020) Neste sentido, o EEER, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional (...)” deve desenvolver “(...) processos contra o estigma e a exclusão social das pessoas com deficiência.” (OE, 2018 b, p.15).

Tendo em consideração o indicador mencionado anteriormente, a todos os participantes, foi avaliada a capacidade funcional para a realização das AVD e participação social, estimando o impacto da alteração da capacidade funcional na sua qualidade de vida, identificadas barreiras arquitetónicas nos vários contextos de vida do utente e foram implementados planos de treino motor e de reabilitação social (Pereira et al., 2020). Relativamente aos utentes do grupo B e C, foi possível intervir de modo mais privilegiado, intercedendo diretamente no seu domicílio. Neste sentido, foram desenvolvidas intervenções mais ajustadas às condições e necessidades reais, contribuindo para uma adequada readaptação ao seu ambiente natural. Serve como exemplo, a casa da utente B2, onde se identificou, que o degrau localizado na porta de sua casa e o WC de pequenas dimensões seriam uma barreira/limitação à sua funcionalidade. No caso do utente C1, verificou-se a existência de um degrau na entrada da sua casa e também outro degrau na entrada para o WC, constituindo estes uma limitação à sua funcionalidade. Quanto ao utente B1, promoveu-se a ida ao centro de saúde para realizar a toma autónoma dos anti-bacilíferos, que neste



caso o utente sempre recusou, arranjando imensas desculpas/justificações não plausíveis para não o fazer.

Relativamente ao indicador organização dos cuidados de enfermagem, pode-se definir a organização dos cuidados de enfermagem como o modo como os cuidados são concebidos, organizados e executados pelos enfermeiros. Isto, traduz a forma, como estes profissionais se direcionam para ir de encontro às necessidades reais dos utentes. Independentemente dos métodos adotados, o EEER foca-se no processo de enfermagem, em que intencionalmente se obtêm dados relevantes para identificar diagnósticos de enfermagem, seguidos de definição e implementação das intervenções de enfermagem, para posteriormente se avaliar o sucesso das mesmas. Na mesma linha de pensamento, os enfermeiros exibem e mostram efetivamente o seu contributo perante a sociedade, quando concessionam, organizam e implementam o seu trabalho (Ventura et al., 2021). Neste sentido, o EEER, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional (...)” deve contribuir “(...) para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.” (OE, 2018 b, p.16).

Tendo em consideração este último indicador, todos os cuidados de ER desenvolvidos, foram devidamente registados em sistema informático, integrando diagnósticos de ER, intervenções específicas e resultados sensíveis às intervenções de ER. Todos estes registos, contribuem para a identificação de ganhos relativamente aos cuidados prestados e para a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de ER.

Os resultados positivos obtidos no grupo A (internamento no serviço de ortopedia) e no grupo B e C (cuidados domiciliários em contexto de UCC), contribuíram para satisfação da estudante de especialidade de ER e dos seus enfermeiros orientadores, que perante os cuidados de ER desenvolvidos e obtiveram ganhos significativos em saúde. Neste sentido, contribuiu-se para a redução de custos em saúde a médio e longo prazo.

Da síntese qualitativa dos indicadores, foram observadas melhorias ao nível do bem-estar e autocuidado, promoção da inclusão social e organização dos cuidados de enfermagem.

### **Domínio físico**

Orem (2001), refere que o domínio físico está relacionado com a capacidade física necessária para realizar ações de autogestão. Este domínio foi avaliado em diferentes momentos, através da aplicação do IB e do instrumento ENCS, na dimensão autocuidado.

Segundo Orem (2001), o autocuidado é uma “(...) prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.” e esta mesma autora parte do pressuposto que o individuo é capaz de se autocuidar. No entanto, Petronilho et al. (2021), refere que quando o individuo não apresenta capacidade para se autocuidar e necessita que esse autocuidado seja realizado por outras pessoas com responsabilidades sociais ou por profissionais de saúde, diz-se que a pessoa é dependente de autocuidado. Já o autor Araújo (2010) define pessoa dependente, como aquela, que no decorrer de um determinado período de tempo, necessita de ajuda de outrem ou de algum equipamento, para a realização das suas atividades de autocuidado. No entanto, a dependência no autocuidado conduz a um processo complexo e multidimensional que implica mudanças significativas na vida da pessoa, levando à necessidade de desenvolvimento de competências adaptativas (Meleis et al., 2000; Silva, 2007).

Como já foi referido anteriormente na introdução, a dependência tem um grande impacto no modelo financeiro, social e na saúde da população. Em resposta a estes desafios, as políticas de saúde e de apoio social têm orientado a sua ação na responsabilização, consciencialização, no envolvimento das famílias em atividades promotoras de autocuidado, bem como na procura de comportamento de saúde mais efetivos na gestão de saúde-doença.

Nesta ordem de ideias, o EEER, no âmbito da sua intervenção profissional, deve ter como foco o autocuidado, de modo a reabilitar capacidades, promovendo estratégias adaptativas, com o objetivo de tornar a pessoa o mais independente possível, tendo estas intervenções, um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas e famílias (Petronilho et al., 2021).

Contudo, o autocuidado é uma dimensão, que é definida na literatura, como sensível aos cuidados de enfermagem. No entanto, é um resultado pouco monitorizado, quando confrontado com outros indicadores de serviços de saúde prestados aos cidadãos (Vieira, 2021). Neste sentido foi avaliado o autocuidado através do instrumento de avaliação ENCS e através da aplicação do IB, de modo a identificar os resultados sensíveis aos cuidados de ER.

Relativamente ao grupo de participantes A, o utente A1, através da aplicação do instrumento ENCS, apresentou na dimensão autocuidado uma alteração de 35%, na avaliação diagnóstica. Aquando a avaliação final, obteve-se um ganho de 1,56%. Por outro lado, pela aplicação do IB, o utente A1 apresentou um ganho de 20 na avaliação final. Já a utente A2, através da aplicação do instrumento ENCS, apresentou na dimensão autocuidado uma alteração de 25%, na avaliação diagnóstica. Na avaliação final, observou-se um ganho de 8%. Da aplicação do IB, a utente A2 apresentou um ganho de 20 na avaliação final. Esta diferença de resultados da avaliação diagnóstica para avaliação final, tanto do utente A1, como da utente A2, poderá estar relacionada com o facto da primeira avaliação ter sido realizada no dia seguinte à cirurgia, antes da realização do 1º levante, e a última avaliação, ter sido realizada no dia da alta hospitalar.

Quanto aos participantes do grupo B, o utente B1, através da aplicação do instrumento ENCS, apresentou uma alteração de 15% na dimensão do autocuidado, na avaliação diagnóstica. Na avaliação final, o utente obteve um ganho de 15% em relação à primeira avaliação, não se observando, assim, nenhum défice na realização dos autocuidados. Da aplicação do IB, o utente B1 apresentou um ganho de 25 na avaliação final. Esta diferença de resultados poderá estar relacionada com a perda de peso e força muscular que apresentou durante o internamento. Deste internamento, também resultou a necessidade de aporte suplementar de oxigénio, durante 16 horas diárias no domicílio. Neste sentido, o programa de reabilitação desenvolvido foi no âmbito reabilitação funcional respiratória e motora, intervindo sobretudo nas técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semicerrados, bem como na capacitação para técnicas de conservação de energia. Porém, com desenrolar das várias sessões de ER, o utente B1 ficou capacitado para a execução dos autocuidados de forma independente e sem ajudas técnicas. Para além disso, foi possível realizar desmame de oxigénio após consulta de pneumologia.

Na utente B2, através da aplicação do instrumento ENCS, verificou-se uma alteração de 92% na dimensão do autocuidado, na avaliação diagnóstica. Aquando a avaliação final, a utente apresentou uma melhoria bastante significativa nesta dimensão, obtendo um ganho de 50%. Da aplicação do IB, a utente B2 apresentou um ganho de 60 na avaliação final. Estes resultados estão relacionados com o programa de reabilitação que foi desenvolvido, tendo em consideração a capacitação da utente e dos seus cuidadores para a realização independente dos autocuidados.



Neste sentido, a intervenção de ER foi focada em exercícios de mobilização articular para fortalecimento muscular, na estimulação cognitiva para redução do declínio funcional e no treino das AVD. Como se pode verificar, através da análise do IB (tabela 20), a utente B2 obteve uma melhoria em todas as AVD, menos a atividade banho.

Em relação ao grupo de participantes C, o utente C1, através da aplicação do instrumento ENCS, apresentou na dimensão autocuidado uma alteração de 17%, na avaliação diagnóstica. Na avaliação final, observou-se um ganho de 13% nesta dimensão. Da aplicação do IB, o utente C1 apresentou um ganho de 30 na avaliação final. Estes ganhos obtidos da avaliação diagnóstica para a avaliação final são resultado do programa desenvolvido no âmbito da reabilitação funcional respiratória e motora. Tal como o utente B1, as intervenções de ER foram sobretudo focadas nas técnicas de descanso e relaxamento, consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semicerrados, bem como na capacitação para técnicas de conservação de energia. Ao longo das várias sessões, o utente C1 ficou capacitado para a realização dos autocuidados de forma independente, e ficou capacitado para mobilizar-se de forma independente no contexto exterior à sua casa como tanto desejava.

O utente C2, através da aplicação do instrumento ENCS, apresentou na dimensão autocuidado uma alteração de 69%, na avaliação diagnóstica. Aquando a avaliação final, verificou-se um ganho de 25% nesta dimensão. Da aplicação do IB, o utente C2 apresentou um ganho de 25 na avaliação final. Esta diferença de resultados está relacionada com o programa de reabilitação que foi desenvolvido, tendo em consideração a capacitação do utente e da sua cuidadora para os autocuidados. Neste sentido, a intervenção de ER foi focada em exercícios de mobilização articular para fortalecimento muscular, na estimulação cognitiva para redução do declínio funcional e no treino das AVD. Como se pode verificar, através da análise do IB (tabela 20), o utente C2 obteve uma melhoria nas AVD: alimentação, transferências, mobilidade e subir e descer escadas.

A utente C3, através da aplicação do instrumento ENCS, obteve uma alteração de 23% na dimensão autocuidado, na avaliação diagnóstica. Aquando a avaliação final, a utente apresentou uma ligeira melhoria nesta dimensão, alcançando um ganho de 6%. Aquando a aplicação do IB, a utente C3 apresentou um ganho de 10 na avaliação final. Estes ganhos obtidos da avaliação diagnóstica para a avaliação final estão relacionados com o programa de reabilitação funcional motor que foi desenvolvido, tendo em conta a capacitação da utente para os autocuidados. Neste



sentido, a intervenção de ER foi focada em exercícios de mobilização articular para fortalecimento muscular, no treino de equilíbrio e em exercícios com o intuito de desenvolver a coordenação.

Em relação aos vários estudos de caso e aos resultados obtidos nas diferentes dimensões, pode concluir-se que se obteve um ganho médio a nível da dimensão autocuidado de 18,42%, sendo o maior ganho obtido avaliado com a aplicação da escala ENCS.

Tendo em consideração os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de ER (OE, 2018 b), foram selecionados para estes domínios, os indicadores readaptação funcional e reeducação funcional.

Relativamente ao indicador readaptação funcional, o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER refere a importância da integração do utente e da família no processo de cuidados na readaptação funcional (OE, 2018 b). As situações de dependência, obrigam os utentes e os cuidadores a passarem por um processo de adaptação. Este processo exige a aquisição de conhecimentos e competências, bem como capacidades para lidar com os problemas que afetam o seu bem-estar e autocuidado. Neste sentido, o EEER surge como figura principal neste processo, fornecendo conhecimentos e competências para a promoção da readaptação funcional do utente (Menoita et al., 2012). Assim, o EEER, “Na procura permanente da excelência no exercício profissional (...)”, deve desenvolver “(...) processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde.” (OE, 2018 b, p.13).

Tendo em consideração o indicador readaptação funcional, foram realizados ensinamentos, a todos os participantes e cuidadores/familiares, sobre a adaptação do domicílio e a identificação de barreiras arquitetónicas e ergonómicas que influenciam a acessibilidade e limitam a sua segurança. Para além disso, todos os cuidadores/familiares foram incluídos no processo e programa de reabilitação (Menoita et. al, 2012; OE, 2018 b). Relativamente ao desenvolvimento destas intervenções no grupo A, estas só foram possíveis, com recurso às descrições efetuadas pelos utentes sobre o seu domicílio. No grupo B e C de participantes, foi possível intervir de modo mais privilegiado, intercedendo diretamente no seu domicílio. Neste sentido, foram desenvolvidas intervenções mais ajustadas às condições e necessidades reais, contribuindo para uma adequada readaptação ao seu ambiente natural. Constituem exemplos concretos, a utente B2, à qual foi sugerido a aquisição de um andarilho e de uma cadeira sanitária para treino de marcha e

autocuidados e os utentes B2, C2 e C3, nos quais foram identificadas barreiras/dificuldades e subsequentemente planeadas estratégias de adaptação para utilização do WC.

Relativamente aos participantes B1 e C1, a patologia respiratória acresce e exige ao utente e à sua família a vivência de processos de readaptação, devido à diminuição da capacidade funcional, com impacto na qualidade de vida e no processo emocional e psicológico (Dong et al., 2020; Cantürk et al., 2021). Neste sentido, e tendo em conta o diagnóstico intolerância à atividade, os utentes anteriormente mencionados, foram ensinados, instruídos e treinados para a gestão de energia na execução dos autocuidados, nomeadamente o autocuidado higiene e a utilização do WC. Obteve-se ganhos significativos em ambos os participantes, comprovados pelos resultados do TM6m e pela avaliação da escala de Borg modificada para a sensação subjetiva de esforço e de dispneia, bem como ganhos no score geral de funcionalidade no ENCS.

No âmbito do indicador reeducação funcional do enunciado descritivo dos padrões de qualidade dos cuidados de ER, o EEER “Na procura permanente da excelência no exercício profissional (...)” deve, “(...) conjuntamente com o cliente (...)” desenvolver “(...) processos de reeducação funcional tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração e participação na sociedade“ (OE, 2018 b, p. 14). Neste sentido, o EEER deve desenvolver planos de cuidados com o objetivo de promover e maximizar as capacidades funcionais a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade (Diz, 2021). Estes planos devem ser desenvolvidos conjuntamente com os utentes e famílias, tendo em consideração as estratégias a implementar, os resultados esperados, as metas a atingir e a continuidade do processo de prestação de cuidados de ER (OE, 2015 b). Contudo, a recuperação do utente e a manutenção do sucesso da sua recuperação, está relacionada com a sua participação ativa durante o programa de reeducação funcional e esta participação está relacionada directamente com os ensinamentos e os cuidados prestados pela equipa de ER (Rocha et al., 2016).

No âmbito do indicador reeducação funcional, os utentes A1 e A2 foram intervencionados cirurgicamente para colocação de prótese total da anca e prótese total do joelho respetivamente. Neste sentido, foram ensinados, instruídos e incentivados a realizar exercícios isométricos e exercícios isotónicos que incidissem essencialmente em mobilizações livres, assistidas ou resistidas dos segmentos corporais dos membros sãos e mobilizações ativas-assistidas do membro intervencionado (Sousa & Carvalho, 2016).

Quanto aos utentes B1 e C1, tendo em consideração o diagnóstico intolerância à atividade, foram ensinadas técnicas de reeducação respiratória, nomeadamente o controlo e a dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, reeducação costal global com recurso a bastão e reeducação costal, posições de descanso e relaxamento e técnicas de correção corporal, objetivando-se a melhoria da coordenação e eficácia dos músculos respiratórios, melhorando a mobilidade, a expansão torácica e a ventilação pulmonar (Cordeiro & Menoita, 2012). Para além disso, foram-lhes fornecidos planos de exercícios com imagens para realizarem sempre que não efetuassem sessão de ER. Estas intervenções foram desenvolvidas, objetivando ganhos em conhecimentos e capacidades sobre técnicas de adaptação e conservação de energia e hábitos de exercício, para melhorar a taxa de resolução de intolerância à atividade. Também à utente C3, foi-lhe fornecido um plano de exercícios com imagens, onde constavam exercícios para mobilização articular com fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e coordenação.

Para todos os participantes, foram desenvolvidos planos de intervenção individualizados, considerando as questões psicossociais que se interpõem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença (OE, 2018 b). A intervenção a nível das questões psicossociais, tiveram como objetivos, ensinar e treinar os utentes para o desempenho das suas habilidades físicas, emocionais e intelectuais necessárias à sua vida autónoma, num nível superior de bem-estar, e com a menor ajuda possível dos profissionais de saúde (Dias, et al., 2014).

O autor Lopes (2005) refere que os instrumentos para intervenção terapêutica, passam pela gestão de sentimentos e de informação. Referente à gestão de sentimentos, destaca-se a promoção da confiança/segurança, tendo em consideração, estratégias de desmistificação e racionalização do processo (Wang et.al, 2020). No caso do utente B1, este aumentava o fluxo de oxigénio sempre que sentia mais cansado. Já o utente C1, referia que aumentava o fluxo de oxigénio sempre que queria sair à rua para não se sentir tão cansado. Neste sentido, foram realizados ensinamentos sobre a oxigenioterapia e sobre a necessidade de cumprir o que estava prescrito pelo pneumologista. De encontro à gestão de informação, Lopes (2005) refere que a informação deve ser contextualizada e repetida sempre que necessário. Relativamente aos utentes B2 e C2, foi necessário reforçar, junto dos cuidadores/família, a importância do levante e da estimulação cognitiva para retardar o declínio funcional e cognitivo. Deste modo, foram desenvolvidas estratégias de reabilitação, tendo em conta, os resultados esperados e metas a atingir, de forma a promover a sua autonomia,



qualidade de vida, reintegração e participação na sociedade, maximizando os diferentes recursos na comunidade (OE, 2018 b).

Mediante o referido, tendo em vista a reeducação funcional dos participantes, foi possível intervir nos diferentes grupos, com base em técnicas específicas e de acordo com as necessidades reais encontradas. Todas as intervenções foram desenvolvidas em articulação/cooperação da equipa multidisciplinar, para a concretização dos objetivos específicos de cada utente e cuidadores/família.



### **3. ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

Neste capítulo, será efetuada uma análise reflexiva das competências adquiridas, ao longo deste percurso académico. As competências que serão abordadas são as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, as Competências Específicas de EEER e as Competências de Mestre, de acordo com o Regulamento 140/2019, Regulamento 392/2019 e Decreto-Lei n.º 65/2018 respetivamente.

#### **3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

O “Enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

Para atribuição de título de Enfermeiro Especialista pressupõem-se que para além “(...) das competências enunciadas em cada um dos regulamentos da respetiva especialidade em enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...)” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

As competências comuns do enfermeiro especialista envolvem várias dimensões, desde a educação dos utentes e dos seus pares, orientação, aconselhamento e liderança, bem como a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo a investigação relevante e pertinente, que permita melhorar e desenvolver a prática da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). Estas mesmas competências, estão agrupadas em quatro domínios: 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 (Regulamento n.º 140/2019).

**“Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”** (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745)

O enfermeiro especialista, no âmbito da sua especialidade, deve desenvolver uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, garantindo que as suas práticas de cuidados respeitem os direitos humanos, bem como as responsabilidades profissionais (Regulamento 140/2019). No entanto, no artigo 97º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro), onde está descrito os deveres gerais dos membros efetivos da Ordem, determina a obrigação de “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.” Por outro lado, o artigo 99º, do mesmo estatuto, refere que as intervenções de enfermagem devem ser “(...) realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”, tendo como valores universais, a igualdade, a liberdade responsável, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, bem como, a competência e o aperfeiçoamento profissional. Neste sentido, as competências do enfermeiro especialista, estão relacionadas com as competências do enfermeiro de cuidados gerais.

No âmbito da sua intervenção, o enfermeiro especialista deve guiar a sua prática em tomadas de decisão ética, deontológica e jurídica, que lhe permita selecionar as respostas mais adequadas às necessidades identificadas e às expectativas e preferências dos utentes e cuidadores. (Regulamento n.º 140/2019). Neste sentido e tendo em conta o que foi referido anteriormente, a intervenção da estudante de especialidade de ER, baseou-se numa praxis, em que a sua tomada de decisão foi suportada em princípios, valores e normas deontológicas, respeitando e promovendo a proteção dos direitos humanos, adotando uma conduta de respeito pela dignidade do utente e cuidadores e salvaguardando os interesses e o anonimato dos utentes e suas famílias.

**“Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade”** (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745)

Para a aquisição de competências neste domínio, o enfermeiro especialista deve garantir uma prática de qualidade, através da conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, onde este deve exercer um papel dinamizador para o desenvolvimento da instituição e

da equipa onde está inserido, bem como garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019). Também é importante referir para este domínio, que o artigo 109º na alínea d) do EOE (Lei n.º 156/2015), onde está descrita a excelência do exercício, faz referência a que o enfermeiro, na procura de excelência, deve analisar de forma regular o seu trabalho, adequar normas de qualidade aos cuidados prestados, realizar atualização de conhecimentos de forma regular e contínua e garantir a qualidade dos cuidados.

A OE (2001), define como enunciados descritivos dos padrões de qualidade: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Entretanto, no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, o colégio de especialidade de ER, faz referência a todos os enunciados descritivos dos padrões de qualidade anteriores e acrescenta: a reeducação funcional e a promoção da inclusão social (OE, 2011). Neste sentido, todas as intervenções que foram desenvolvidas no âmbito deste projeto de intervenção, tiveram em consideração os padrões de qualidade mencionados, refletindo-se no plano de intervenção implementado (tabela 2, 3 e 4).

No que concerne a este domínio e de forma a sustentar os cuidados prestados com a evidência mais atual e recomendada, foi realizada uma RSL (Apêndice III), tendo em conta, que a enfermagem, tal como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu corpo de conhecimento, o que apenas poderá ser assegurado pela investigação (OE, 2022). A RSL desenvolvida apresenta como título “Factors Influencing the Gains Sensitive to Rehabilitation Nursing Care in Empowering the Dependent Person in Self-Care in the Home Setting: A Systematic Review of the Literature” e foi publicada no livro da editora Springer: “Gerontechnology V- Contributions to the Fifth International Workshop on Gerontechnology, IWoG 2022, November 17-18, 2022, Évora, Portugal, and Cáceres, Spain”.

Para além do que foi referido anteriormente, participou-se num projeto de melhoria contínua. Este projeto foi desenvolvido no centro de saúde onde decorreu o estágio final, com início em janeiro de 2023. Este projeto, já tinha sido desenvolvido no ano de 2020, mas devido à pandemia por Sars-CoV-2, as atividades foram suspensas. Este projeto tem como título “Diabetes em Movimento”, tratando-se de um programa comunitário de exercício para pessoas com DM tipo 2, implementada em Portugal sob a coordenação da DGS, através do Programa Nacional para a



Promoção da Atividade Física e do Programa Nacional para a Diabetes. É um programa multi-institucional, multidisciplinar e multi-componente, que é implementado em ciclos de nove meses, com três sessões semanais de exercício, com duração de 90 minutos. As sessões são operacionalizadas em grupo, num pavilhão desportivo e são conduzidas por profissionais de exercício e enfermeiros. Para além de sessões de exercício físico, o programa inclui sessões de educação para a saúde, com temas fundamentais para a prevenção das complicações associadas à diabetes. Este programa foi desenvolvido, de acordo com as recomendações internacionais de atividade física para controlo da diabetes tipo 2 e para a prevenção de quedas (Diabetes em Movimento, 2023).

Por último, uma das competências neste domínio está relacionada com a promoção de um ambiente terapêutico seguro, onde é a função do enfermeiro especialista, promover um ambiente de prestação cuidados seguro e de proteção para os indivíduos (Regulamento nº140/2019). Neste sentido, selecionou-se recursos, nomeadamente ajudas técnicas, andarilhos e canadianas, perspetivando-se a sua manutenção e integridade, de modo a que garantir uma prestação de cuidados segura para o enfermeiro, utente e cuidadores. Para além disso, foram desenvolvidas intervenções, tendo em consideração as medidas preventivas para não ocorrência de quedas, nomeadamente através da remoção dos tapetes do domicílio e mobiliário, entre outros.

#### **“Competências do domínio da gestão dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, p.4745)**

Relativamente às competências do domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista deve ter como competência a gestão dos seus cuidados de enfermagem, “(...) otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” e a adaptação da “(...) liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

A DGS (2015) refere que para uma melhoria continua dos cuidados de saúde, os cuidados prestados devem ser efetivos, seguros e com uma gestão de recursos eficiente, tendo consideração as necessidades e as expectativas dos utentes. Da mesma forma, é necessário utilizar estratégias de gestão adequadas, para se conseguir obter a satisfação, tanto dos utentes, como dos profissionais (Pontes & Santos, 2017).



Nesta ordem de ideias, os enfermeiros especialistas são uma peça fundamental em qualquer sistema de saúde, pois asseguram uma parte bastante significativa da prestação de cuidados e conduzem à melhoria em diversos indicadores, tais como mortalidade, resultados clínicos, qualidade de atendimento e redução de custos associados, justificando-se assim, o investimento na qualificação destes profissionais (Lopes, et al., 2018).

Durante os vários ensinamentos clínicos, mas principalmente durante o primeiro estágio, foi possível interagir e colaborar com vários elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais. Com estes profissionais, desenvolveu-se um trabalho de entreajuda, que proporcionou momentos de partilha de conhecimentos e experiências muito enriquecedoras. Neste sentido, a articulação e a gestão de recursos foi fundamental, para intervir de forma mais ajustada, às necessidades específicas de cada utente, tendo vista a sua melhoria funcional.

Outro aspeto relevante para este domínio, está relacionado com a gestão do tempo de internamento. Especificamente no grupo A, foi necessário iniciar programas de reabilitação o mais precocemente possível, respeitando sempre o pós-operatório e tendo em consideração que o internamento do utente iria ser curto. Deste modo, a educação para a saúde considerou-se fundamental no plano de intervenção desenvolvido para estes utentes.

Durante o estágio final, foi possível realizar algumas referenciações para a RNCCI. Estas referenciações, tem como objetivo, o encaminhamento do utente para outras instituições, de forma a garantir uma prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada. Deste modo, o enfermeiro especialista serve como interveniente, na procura da melhor solução para o utente e sua família, o que vai de encontro à unidade de competência “(...) otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.” do domínio gestão dos cuidados.

No âmbito da unidade competência “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, a estudante de especialidade de ER, foi por diversas vezes, o elemento de referência para o esclarecimento de dúvidas e para o apoio na prestação de cuidados especializados de reabilitação, no seio da equipa multidisciplinar. Para além disso, também houve a necessidade de delegar algumas tarefas, pelo que se tentou transmitir

toda a informação necessária para que a tarefa delegada fosse cumprida, garantido a segurança e qualidade dos cuidados.

**“Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”**  
(Regulamento n.º 140/2019, p.4745)

Relativamente às competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve desenvolver o seu autoconhecimento e a sua assertividade, baseada numa práxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

Tendo em consideração, o conhecimento que foi transmitido nas várias áreas curriculares do curso, a pesquisa realizada e a integração de vários ambientes contribuíram para o desenvolvimento desta competência. Simultaneamente, veio reforçar a importância da pesquisa em fontes fiáveis e a busca pela evidência mais atualizada que sustentasse a prática. Para além disso, a RSL realizada (Apêndice III), também contribuiu para a incorporação de novos conhecimentos para a prática de cuidados.

Durante todo este percurso, houve a necessidade de encontrar o melhor equilíbrio entre o conhecimento teórico-prático e o conhecimento das suas limitações enquanto enfermeira. Neste sentido, garantiu-se a eficácia e a segurança dos cuidados prestados, com o objetivo de atingir os melhores resultados possíveis, quer para o utente alvo de cuidados, quer para a manutenção de elevados padrões de qualidade da equipa, onde a estudante de especialidade ER se encontrava inserida.

Por outro lado, a família ocupa um lugar especial na prestação de cuidados especializados, sabendo-se que o cuidado contínuo no domicílio, impõe ao cuidador/família um elevado esforço físico, emocional, social e económico. Neste sentido, o enfermeiro serve como interveniente, na transmissão de conhecimentos científicos ao cuidador/família, com o objetivo de maximizar a sua autoeficácia e a sua competência, tendo em linha de conta, a unidade de competência “Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.”.

### 3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A reabilitação é uma especialidade multidisciplinar que envolve um corpo de conhecimentos e procedimentos que permitem ajudar os indivíduos com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar a sua funcionalidade e independência. Neste sentido, EEER visa promover o diagnóstico e ações preventivas, de modo a assegurar as capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam maximizar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Regulamento nº 392/2019).

Assim, as competências do EEER, abrangem o cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, independentemente do contexto de prestação de cuidados, a capacitação da pessoa com deficiência ou com outra limitação e/ou restrição de participação para a reinserção e exercício da cidadania, bem como a maximização da sua funcionalidade e das suas capacidades (Regulamento nº 392/2019).

**“Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”** (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566)

No âmbito desta competência, o papel do EEER é alvo de destaque, no sentido que este identifica “(...) as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária.” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565). Neste sentido, o EEER desenvolve planos e programas de intervenção especializados e personalizados, com o objetivo de promover capacidades adaptativas, em resposta às incapacidades encontradas, nomeadamente a nível do autocuidado (Regulamento n.º 392/2019)

Durante os vários ensinamentos clínicos, foi possível prestar cuidados de ER a diversos participantes, tanto em contexto hospitalar, como em contexto domiciliário. Os vários participantes



encontravam-se em variadas faixas etárias, com diferentes alterações de funcionalidade, devido a problemas do foro ortopédico (grupo A), neurológico e respiratório (grupo B e C). Para além disso, todos os utentes apresentavam diferentes contextos de vida, com situações sociais e profissionais variadas, o que possibilitou a adaptação de um plano de intervenção nos diferentes contextos, respeitando sempre a sua individualidade e os objetivos propostos.

Para elaborar o plano de reabilitação foi necessário avaliar a funcionalidade e diagnosticar as alterações ao nível da mesma. Neste sentido, Fonseca (2013) refere que a avaliação da capacidade funcional deve ser realizada com a adoção de uma linguagem internacional, que permita a comunicação dos problemas entre os vários grupos de profissionais e os sistemas de saúde, para a programação de cuidados e de políticas de saúde. Para este propósito, foram selecionados e utilizados dois instrumentos de avaliação, o IB e o instrumento ENCS para suportar a tomada de decisão clínica e melhorar os cuidados prestados. A utilização destes dois instrumentos, permitiu uma recolha de dados pertinentes, de forma a identificar as necessidades de intervenção da população-alvo e identificar os fatores facilitadores e inibidores na realização das AVD (Regulamento n.º 392/2019).

Tendo em consideração as necessidades individuais de cada participante, foram selecionadas as ajudas técnicas mais adequadas, com o objetivo de promover capacidades adaptativas em resposta às incapacidades, nomeadamente a seleção dos andarilhos, canadianas e cadeiras de banho mais adequadas.

Com base em indicadores dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de reabilitação, foram avaliados os resultados das intervenções implementadas, nomeadamente, os ganhos em saúde a nível da autonomia, capacitação e qualidade de vida dos utentes a quem se prestou cuidados de ER (Regulamento n.º 392/2019).

**“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”** (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566)

Relativamente a esta competência, o EEER deve analisar a “(...) problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de acções autónomas e ou pluridisciplinares de acordo



com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567). Nesta ordem de ideias, o EEER deve ser um promotor da aquisição de mecanismos compensatórios, que minimizem ou anulem as dificuldades encontradas, por via da conceção e implementação de programas de treino de AVD, maximizando a autonomia e a qualidade de vida, tendo em consideração, a recomendação e o treino de dispositivos compensatórios mais adequados (Regulamento n.º 392/2019).

No que concerne às necessidades individuais de cada participante e o seu potencial para utilizar ajudas técnicas, foram recomendados produtos de apoio e dispositivos de compensação, com o objetivo de promover capacidades adaptativas em resposta às incapacidades, nomeadamente a seleção dos andarilhos, canadianas e cadeiras de banho mais adequadas. Estas ajudas tornaram-se uma mais-valia, quer para os utentes, como para os cuidadores dos mesmos.

Ao longo do estágio final, foram desenvolvidos vários planos de exercícios que foram entregues individualmente a cada utente (Apêndice I e II). Estes planos foram elaborados com o objetivo, de promover a autonomia na realização de treinos de força, treinos de coordenação e treinos de reeducação funcional respiratória, de modo a capacitar os utentes para a realização dos autocuidados.

Porém, também é da competência do EEER, identificar as barreiras arquitetónicas e ergonómicas que influenciam a acessibilidade e limitam a segurança dos utentes. Relativamente ao desenvolvimento destas intervenções no grupo A, estas só foram possíveis, devido às descrições efetuadas pelos utentes sobre o seu domicílio. Quanto aos participantes do grupo B e C, foi possível intervir de modo mais privilegiado, intercedendo diretamente no seu domicílio. Neste sentido, foram desenvolvidas intervenções mais ajustadas às condições e necessidades reais, contribuindo para uma adequada readaptação ao seu ambiente natural. Serve como exemplo, a casa da utente B2, onde se identificou, que o degrau à porta da sua casa e o WC de pequenas dimensões seriam uma barreira/limitação à sua funcionalidade. No caso do utente C1, apresentava um degrau na entrada da sua casa e também um degrau na entrada para o WC, que constituíram uma limitação à sua funcionalidade.

**“Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”** (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566)

No âmbito desta competência, o EEER deve interagir “(...) com a pessoa no sentido de desenvolver actividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567).

No entanto, o EEER deve ser possuidor de conhecimentos cientificamente atualizados e validados, relativamente às funções cardíaca, respiratória e motora e fazer uso deles, para desenvolver programas e planos de reabilitação, que tenham em consideração, a maximização da funcionalidade e as capacidades do utente, a nível dos vários sistemas, por via de diferentes técnicas, que promovam a atividade e exercício físico (Regulamento n.º 392/2019).

No âmbito dos planos de intervenção concebidos para cada participante, foram desenvolvidas intervenções para possibilitar um melhor desempenho a nível motor e cardíaco-respiratório. Neste sentido, todas as intervenções foram explicadas, demonstradas e treinadas de forma clara, de acordo com as capacidades demonstradas por cada utente, tendo como objetivo, o envolvimento ativo e eficaz do utente no plano de intervenção (Regulamento n.º 392/2019). A implementação dos planos de intervenção foi sujeita a uma monitorização contínua. Foram discutidas alterações, de modo atingir os objetivos traçados inicialmente, tendo sempre em consideração, a segurança do utente (Regulamento n.º 392/2019).

Da intervenção de ER desenvolvida, observou-se ganhos a nível do score global de funcionalidade, principalmente a nível da dimensão autocuidado. Neste sentido, a intervenção de ER conduz a resultados sensíveis aos cuidados de ER, contribuindo para a capacitação das pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário.

### 3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A deontologia profissional de enfermagem refere que o enfermeiro para exercer a sua profissão, deve apresentar conhecimentos técnicos e científicos adequados e atualizados, tendo sempre em consideração, a segurança dos utentes e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Lei n.º 156/2015).

Por outro lado, no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, refere que para obter o grau de mestre, o profissional deve apresentar competências que lhe permitiram desenvolver e aprofundar os conhecimentos obtidos no 1º ciclo de estudos. Neste sentido, este mestrado conferiu competências clínicas e de investigação, através dos vários contributos teórico-práticos decorrentes dos processos de colaboração dos docentes, supervisores clínicos e enfermeiros chefes/responsáveis das unidades de cuidados, que criaram condições e oportunidades de aprendizagens, de reflexão e de mudanças conducentes com o grau académico de EEER e de mestre.

Ainda no mesmo no Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto, no qual é referido que para se obter o grau de mestre, o profissional deve ser detentor de capacidades para lidar com situações complexas, emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dos problemas identificados e soluções encontradas. Tendo este ponto em consideração, o EEER deve ser capaz de explanar o seu conhecimento de enfermagem, tendo em linha de conta os conhecimentos provenientes das várias unidades curriculares e dos trabalhos com rigor científico que foram realizados. O EEER poderá ser considerado, um elemento de referência dentro de uma equipa, que aquando a necessidade de tomada de decisão, é capaz de analisar criticamente a problemática, mediante diferentes perspetivas e ajustar os cuidados se necessário. Esta capacidade de análise, está relacionada com uma prática baseada na evidência. Estas práticas permitem deliberar se as evidências encontradas são relevantes para aquele utente e situação.

Como já foi referido anteriormente, todo este percurso, culmina com a elaboração deste relatório de estágio. Deste modo, foram realizadas várias pesquisas, tendo sempre em consideração, a evidência científica mais atualizada e rigorosa disponível, para se poder prestar cuidados de enfermagem especializados de qualidade.



## CONCLUSÃO

A dependência no autocuidado conduz a um processo complexo e multidimensional, com um grande impacto no modelo financeiro, social e de saúde da população. Em resposta a estes desafios, as políticas de saúde e de apoio social têm orientado a sua ação, na responsabilização, consciencialização, no envolvimento das famílias em atividades promotoras de autocuidado e na procura de comportamentos de saúde mais efetivos na gestão dos processos saúde-doença.

Os EEER são os profissionais que, pelas suas competências específicas e diferenciadas, estão mais aptos a integrar todas as dimensões de cuidado, relativamente aos utentes com incapacidade funcional. Estes promovem uma aprendizagem significativa, reforçando comportamentos de adaptação e dotando o utente de competências para gestão da sua doença, de modo a obter o máximo de independência funcional na realização das suas AVD e autocuidado. Neste sentido, a comunidade é o local mais privilegiado para a intervenção do EEER, devido às suas características de proximidade, tendo em consideração as necessidades reais do utente e da sua família.

Contudo, o processo de reabilitação é um processo contínuo, com uma abordagem sistemática que contempla etapas e múltiplos intervenientes. O utente e o seus cuidadores/família devem ser colocados no centro de cuidados e devem ser encarados como parceiros no processo de reabilitação, de modo a potenciar a sua participação e a sua responsabilização pela sua saúde. Para além disso, deve ser desenvolvido um plano de cuidados individualizado, tendo em consideração, as necessidades, as expectativas, as preferências e os valores do utente. No entanto, é importante que o plano de cuidados seja atingível e que o utente tenha a perfeita noção dos ganhos que pode obter com sua implementação.

Atualmente, um dos desafios dos EEER passa pela demonstração da sua importância na prestação de cuidados e na gestão de unidades prestadoras de cuidados, através da obtenção de ganhos em saúde mensuráveis. Neste sentido, e tendo em consideração a pertinência deste tema, adotou-se uma estratégia de intervenção, para a investigação de ganhos sensíveis aos cuidados de



ER, baseada na teoria de médio alcance de Lopes (2006) e no modelo de autocuidado de Fonseca (2013), que permitiram o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas de EEER e competências de mestre.

Este projeto foi desenvolvido numa perspetiva descritiva e exploratória, com base na metodologia qualitativa de estudos de caso múltiplos de Yin (2018), permitindo com este método, estudar um fenómeno social complexo em contexto real, analisando e comparando os resultados e extraíndo as diversas conclusões.

Tendo em consideração as competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas de EEER, a intervenção profissional foi regulada por uma prestação de cuidados com recurso à evidência científica mais atual e fidedigna, através de ações suportadas em princípios, valores e normas deontológicas, de modo a garantir cuidados de ER de elevada qualidade e adequados a cada contexto, tendo em conta uma eficiente gestão de recursos.

Na análise dos resultados obtidos verificou-se que as intervenções de ER desenvolvidas nos diferentes contextos foram estatisticamente significativas, conduzindo a uma melhoria dos scores gerais de funcionalidade, proporcionando ganhos em saúde. Neste sentido, os resultados obtidos confirmam que os cuidados de ER contribuem para ganhos em saúde na capacitação das pessoas dependentes no autocuidado. Para além disso, as conclusões da RSL realizada, apontam no mesmo sentido, verificando-se que fatores relacionados com o conhecimento e competências dos profissionais de saúde, planeamento dos cuidados e tomada de decisão, cuidados centrados na pessoa, condições sociais e ambientais do utente/família e as lacunas nos cuidados de transição influenciam a obtenção de ganhos sensíveis aos cuidados de ER na capacitação das pessoas dependentes no autocuidado em contexto domiciliário.

Os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados de ER visam promover uma reflexão sobre o exercício profissional e contribuir para a qualidade nos cuidados de saúde. Neste sentido, a estratégia profissional desenvolvida, teve como referência estes enunciados descritivos, contribuindo para a reflexão sobre os cuidados prestados e para a documentação da sua aplicabilidade. Tendo em consideração a estratégia de intervenção profissional e os objetivos específicos de cada enunciado descritivo dos padrões de qualidade dos

cuidados especializados em ER, pode-se afirmar que se os objetivos foram alcançados, representando ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

É importante salientar que o instrumento de avaliação diagnóstica ENCS, permitiu uma recolha de dados pertinente, de forma a identificar as necessidades de intervenção da população-alvo e identificar os fatores facilitadores e inibidores na realização das AVD, permitindo orientar a intervenção para a capacitação da pessoa dependente no autocuidado, tendo atenção às suas necessidades reais no contexto domiciliário.

Considera-se ter atingido de forma satisfatória os objetivos e metas propostas. Para além disso, pensa-se ter cumprido os requisitos para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas do EEER. Espera-se, que no terminar deste processo formativo, com a entrega deste relatório, possa-se ser detentor de todas as condições para o reconhecimento do título de mestre.

O presente e o futuro apresentam novos desafios que consistem em oportunidades para tornar mais forte o corpo de conhecimentos na área da ER, dando suporte a uma educação diferenciadora e a uma prática clínica ainda mais significativa para os utentes, cuidadores e famílias.

Concluída mais uma etapa, faz-se sentir o cansaço, mas também o orgulho pela sua finalização. De todo este processo resultou evolução profissional e pessoal, novos conhecimentos e novas aprendizagens. Neste sentido, a estudante de especialidade de ER compromete-se a ter um papel ativo e dinamizador na sua área de especialidade, procurando sempre a melhoria contínua na sua prática profissional. E tal como diz o autor Paulo Coelho, «*O mundo está nas mãos daqueles que têm a coragem de sonhar e correr o risco de viver seus sonhos*».

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). A efectividade dos cuidados de enfermagem - modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 96-105. <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinai-vitais/revista-investigacao-enfermagem/31-2008-a-2011/468-revista-investigacao-enfermagem-no21?start=8>
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. (2015). *Total Knee Replacement [Artroplastia Total de Joelho]*. OrthoInfo. <https://orthoinfo.aaos.org/pt/treatment/artroplastia-total-de-jelho-total-knee-replacement/>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7ª edição). APA
- Araújo (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: Formação em enfermagem*. [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/45001>
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de Idosos não Institucionalizados. *Qualidade de Vida*, 25(2), 59-66. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/15740>
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Adulta/Idosa com Compromisso no Sistema Nervoso. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 164–233). Lidel
- Belfer, M. H., & Reardon, J. Z. (2009). Improving exercise tolerance and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Osteopathic Medicine*, 109(5), 268-278. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19451260/>
- Brummel, N. E., Jackson, J. C., Girard, T. D., Pandharipande, P. P., Schiro, E., Work, B., ... & Ely, E. W. (2012). A combined early cognitive and physical rehabilitation program for people who are critically ill: the activity and cognitive therapy in the intensive care unit (ACT-ICU) trial. *Physical therapy*, 92(12), 1580-1592. <https://doi.org/10.2522/ptj.20110414>
- Caljouw, M. A., Beuzekom, M. V., & Boer, F. (2008). Patient's satisfaction with perioperative care: development, validation, and application of a questionnaire. *British Journal of Anaesthesia*, 100(5), 637-644. <https://doi.org/10.1093/bja/aen034>



- Cantürk, T., Doğan, M., Deniz, D., Öcal, N., & Yakup, A. (2021). Effect of pulmonary rehabilitation on patients with severe and very severe COPD and emphysema. *Medical Journal of Bakirkoy*, 17(2), 121-124. <https://doi.org/10.4274/BMJ.galenos.2021.04127>
- Carroll, J. B. (1993). *Human cognitive abilities: A survey of factor-analytic studies*. Cambridge University Press.
- Ciríaco, M., & Nascimento, V. (2020). *Manual de Acolhimento e Integração ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Serviço de Ortopedia* (versão 1). Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227–252). Lusodidacta.
- Collière, M. (2003). *Cuidar...A Primeira Arte da Vida* (2ª edição). Lusociência
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na Reabilitação Respiratória: conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência
- Costa, P., & Nunes, A. (2020). Os cuidadores informais como resposta eficaz no cuidado ao idoso dependente: condicionantes da sobrecarga, necessidades e empowerment. In Faria, M., Ramalho, J., Nunes, A. & Fernandes, A. (Eds.), *Visões sobre o envelhecimento* (pp.65-78). IPBeja Editorial. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5193>
- Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9323>
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Adulta/Idosa com Compromisso do Sistema Cardiorrespiratório. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 234–280). Lidel
- Cruz, A. G., Sá, M. R. C., Conceição, V., Castro, J. R., Baixinho, C. L., & Sousa, L. (2021). A Pessoa com Doença Músculo Esquelética In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Aguda* (pp. 761-785). Lusodidacta.
- Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., Santos, R., ... & Andrade, V. (2016). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 38, 271–282. <http://hdl.handle.net/10400.19/308>
- Decramer, M. (2007). Pulmonary rehabilitation from bench to practice and back. *Clinical and Investigative Medicine*, 31(5), 312-318. <https://doi.org/10.25011/cim.v31i5.4882>



- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República I Série, n.º 157. <https://dre.pt/application/conteudo/116068879>
- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho do Ministério da Saúde (2006). Diário da República I Série – A, n.º 109. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 47344/1966 de 25 de novembro do Ministério da Justiça - Gabinete do Ministro (1966). Diário da República I Série – A, n.º 274. <http://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/47344-1966-477358>
- DGS (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Direção-Geral da Saúde. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
- DGS (2006). *Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- DGS (2009). *Circular normativa n.º 40A/DSPCD: Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009-pdf.aspx>
- DGS (2011 a). Norma n.º 054/2011. *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação*. Direção Geral de Saúde. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral\\_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/acidente-vascular-cerebral_prescricao-de-medicina-fisica-e-de-reabilitacao.pdf)
- DGS (2011 b). *Orientação n.º 017/2011: Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Direção Geral de Saúde. <https://nocs.pt/escala-braden/>
- DGS (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Direção Geral de Saúde <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a2020.pdf>
- DGS (2019). *Orientação n.º 008/2019: Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Direção Geral de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de Ocupação Terapêutica- Intervenções de Enfermagem Estruturadas em Reabilitação Psicossocial. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing/Revista Portuguesa de Enfermagem de Saude Mental*, (11), 15-23. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=105978&code=3038300be89f46dd3dbed29334dfe5bf59ae595>
- Diabetes em Movimento (2023). *Programa comunitário de exercícios físico para pessoas com diabetes tipo 2*. Diabetesemmovimento. <https://diabetesemmovimento.wordpress.com>

- Diz, A. F. N. F. (2021). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa com défice de mobilidade para o autocuidado transferir-se*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5563>
- Dong, J., Li, Z., Luo, L., & Xie, H. (2020). Efficacy of pulmonary rehabilitation in improving the quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Evidence based on nineteen randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*, 73, 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2019.11.033>
- Doran, D.M. (2011). *Nursing Outcomes - The State of the Science* (2ª edição). Toronto: Jones & Bartlett Learning
- Evans, I., Martyr, A., Collins, R., Brayne, C., & Clare, L. (2019). Social Isolation and Cognitive Function in Later Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's disease*, 70(1), 119–144. <https://doi.org/10.3233/JAD-180501>
- Farquhar, M., Penfold, C., Benson, J., Lovick, R., Mahadeva, R., Howson, S., Burkin, J., Booth, S., Gilligan, D., Todd, C., & Ewing, G. (2017). Six key topics informal carers of patients with breathlessness in advanced disease want to learn about and why: MRC phase I study to inform an educational intervention. *Plos One*, 12(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177081>
- Ferreira, M. (2013). *Ser Cuidador da Pessoa com Doença Avançada em Contexto Comunitário: Perceções e Vivências*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/73049>
- Fonseca, C. (2013). *Modelo de Autocuidado Para Pessoas com 65 e Mais Anos de Idade, Necessidades de Cuidados de Enfermagem*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/12196>
- Fonseca, J. M. B. (2017). *Avaliação De Capacidades Cognitivas não-Verbais Na Afasia De Etiologia Vascular*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/30383>
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Lusodidacta
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., & Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*, 3(6), 343–353. [https://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(04\)00767-7](https://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(04)00767-7)
- Freitas, M. J., Parreira, P. M., & Domingues, J. P. (2016). Avaliação das propriedades psicométricas da Escala Satisfação do Cliente com os Cuidados de Enfermagem no Hospital. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 9-17. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16031>

- Hawkins, R. J., Swanson, B., & Kremer, M. J. (2014). Content validity Testing of Questions for a Patient Satisfaction With General Anesthesia Care Instrument. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 29, 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2013.05.011>
- Hajek, A., Riedel-Heller, S., & König, H. (2020). Perceived social isolation and cognitive functioning. Longitudinal findings based on the German Ageing Survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(3), 276–281. <https://doi.org/10.1002/gps.5243>
- Hertel-Joergensen, M., Abrahamsen, C., & Jensen, C. (2018). Translation, adaptation and psychometric validation of the Good Perioperative Nursing Care Scale (GPNCS) with surgical patients in perioperative care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 29, 41-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2018.03.001>
- Hoeman, S. P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados esperados* (4ª edição) Loures: Lusodidacta
- Holanda, C. M. D. A., Andrade, F. L. J. P. D., Bezerra, M. A., Nascimento, J. P. D. S., Neves, R. D. F., Alves, S. B., & Ribeiro, K. S. Q. S. (2015). Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 175-184. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25650611>
- Horn, J. L., & Cattell, R. B. (1967). Age differences in fluid and crystallized intelligence. *Acta psychologica*, 26, 107-129. [https://doi.org/10.1016/0001-6918\(67\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0001-6918(67)90011-X)
- ICN (2015). CIPE®-Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão 1.0. Loures: Lusociência
- INE (2022). Censos 2021- Divulgação dos resultados provisórios. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUES-dest\\_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES-dest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2)
- Kisner, C., & Colby, L. A. (2016). *Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas* (6ª edição). Manole.
- Larson, R., & Farber, B. (2010). *Estatística Aplicada* (4ª edição). São Paulo: Pearson
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2ª alteração ao Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181/2018, Série I. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Lista, A. J. M. (2018). *Ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, à pessoa dependente no autocuidado com comorbilidade*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23658>
- Liverman, C. T., Yaffe, K., & Blazer, D. G. (Eds.) (2015). *Cognitive aging: Progress in understanding and opportunities for action*. Institute of medicine of the national academies. <https://doi.org/10.17226/21693>



- Lopes, M. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 39 (2), 220-228. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.p>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à Evolução das Necessidades em Cuidados de Saúde*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9411/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_oelinescte.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9411/estudocuidadosespecializadosenfermagem_oelinescte.pdf)
- Lopes, M. J. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. Formasau.
- Lopes, M. J., & Fonseca, C. (2013). Processo de Construção do Elderly Nursing Core Set. *Journal of Aging & Innovation*, 2(1), 121–131. <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume2-edicao1-janeiro2013/elderly-nursing-core-set/>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Adulta/Idosa com Compromisso do Sistema Musculoesquelético. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 281–328). Lidel
- Lourenço, M. (2015) *A Promoção Da Autonomia Da Pessoa Dependente Para O Autocuidado: Um Modelo De Intervenção De Enfermagem Em Cuidados Continuados*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/20685>
- Louro, M. (2009). *Cuidados Continuados no Domicílio*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26337/2/tese%20doutoramento%20revista.pdf>
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland state medical journal*, 14(2), 61-65. <https://doi.org/10.1037/t02366-000>
- Martins, M., Martins, A., Martins, A. (2016). Reeducação Familiar/Social – Reconstrução da vida familiar e social no processo de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 67-76). Lusodidacta
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle- Range and situation specific theories in nursing and practice*. New York: Springer Publishing Company
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K. & Schumacker, K. (2000). Experiencing transition: Na emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC*. Lusociência



- Menoita, E. C., Sousa, L. M., Pão-Alvo, I., & Marques-Vieira, C. (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusodidacta
- Messecar, D. (2012). *Nursing standard of practice protocol: family caregiving*. <https://consulteri.org/geriatric-topics/family-caregiving>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L. (2014). *Nursing outcomes Classification: (NOC) (3ª edição)*. St. Louis, MO: Mosby
- Moreira, M. M. (2012). *O impacte da intolerância à atividade no quotidiano dos clientes com doença pulmonar obstrutiva crónica*. [Tese de Doutoramento, Escola Superior de enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9379>
- Multidimensional Integrated Assessment Platform for Elderly (2022). <https://www.miape.me/login>
- Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., Ambrosino, N., Bourbeau, J., ... & Troosters, T. (2006). American thoracic society/European respiratory society statement on pulmonary rehabilitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 173(12), 1390-1413. <https://doi.org/10.1164/rccm.200508-1211ST>
- Nunes, A. M. (2017). Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(4), 49-71. <https://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71>
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>
- OE (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesQualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- OE (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas: Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)
- OE (2014). *Unidades de Cuidados na Comunidade: presente com futuro*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/PublishingImages/Dia%20Mundial%20da%20Saúde%202015/Estado%20UCC%20SRSul%202013\\_3dez2014.pdf](https://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/PublishingImages/Dia%20Mundial%20da%20Saúde%202015/Estado%20UCC%20SRSul%202013_3dez2014.pdf)
- OE (2015 a). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. [http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)

- OE (2015 b) *Assembleia do colégio da especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. [http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/Core\\_Indicadores\\_por\\_Categoria\\_de\\_Enunciados\\_Descrit\\_PQCER.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf)
- OE (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- OE (2018 a). *Bilhetes de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>
- OE (2018 b). *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação: Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4\\_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8141/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf)
- OE (2018 c). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação Respiratória*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp\\_reabilita%C3%A7%C3%A3orespirat%C3%B3ria\\_mceer\\_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3orespirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf)
- OMS (2015) *Resumo. Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf)
- OMS (2021). *Índice de massa corporal – IMC*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª edição). St. Louis Mosby, St. Louis
- Pereira, A. (2021). *UCC Sines com Saúde - Guia de Acolhimento do Formando / Alunos de Enfermagem*. ULSLA
- Pereira, R. S., Martins, M. M., Machado, W. C. A., Pereira, A. I., Pereira, A. M., & Chesani, F. H. (2020). Cuidados de enfermagem para a inclusão social da pessoa com deficiência física adquirida: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 86-95. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.13.5827>
- Petronilho, F. & Machado, M. (2016). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (3-14). Lusodidacta

- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O Autocuidado como Dimensão Relevante para a Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 67–75). Lidel
- Pontes, M. M., & Santos, A. (2017). A Gestão de Serviços de Enfermagem de Reabilitação. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 89–100). Lusodidacta.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: Série II de 2019-02-06, n.º 26/2019, 4744-4750. Ordem dos Enfermeiros. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 392/2019 de 3 de maio. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário Da República, 2a Série, 85, 13565–13568. <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Rehnström, L., Christensson, L., Leino-Kilpi, H., & Unosson, M. (2003). Adaptation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Good Perioperative Nursing Care Scale for Patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (17), 308-314. <https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00232.x>
- Reis, G (2018). *O adulto com dependência assistido nos autocuidados no domicílio*. In M. Mayor, C. Sequeira, & G. Reis (Eds.), *Visita Domiciliária*. (pp. 119–140). Repositório Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/25074>
- Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e Atividade de Vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 57–66). Lusodidacta
- Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L. M. M. de, Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de Reabilitação na Idade Adulta e Velhice. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 154–163). Lidel
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. <https://dx.doi.org/10.12707/RIII12162>
- Rocha, A., Antunes, E., Silva, P. & Farinha, T. (2016). Terapêutica de posição na pessoa com patologia ortopédica: artroplastia. In M. J. Lourenço, Ó, Ferreira, & C. L. Baixinho (Eds.). *Terapêutica de Posição – Contributo para um Cuidado de Saúde Seguro*. (pp. 345-347). Loures: Lusodidacta.



- Rodrigues, J. P. (2012). *Declínio funcional cognitivo e risco de quedas em doentes idosos internados*. [Tese de Doutoramento, Instituto Politécnico de Bragança]. <http://hdl.handle.net/10198/7704>
- Roper N, Logan W, & Tierney AJ. (1995). *Modelo de enfermagem* (3ª edição). Lisboa (PO): McGraw-Hill;
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi
- Sales, M. V. d. C., Silva, T. J. A. d., Gil Jr., L. A., & Filho, W. J. (2010). Efeitos adversos da internação hospitalar para o idoso. *Geriatrics & Gerontologia*, 4(4), 238-246.
- Santos, F. M. P. (2019). *Influência do ambiente de prática na individualização dos cuidados e nos cuidados omissos* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/90005>
- Santos, L. R., Ferreira, S., & Ribeiro, J. L. P. (2015). Pontes entre saúde e lazer: um percurso diferenciador de perfis. In Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (Eds.), *Promoção da saúde: da investigação à prática*. (pp. 36-50). SPPS, Editora, LDA
- Saraiva, D. (2011). *O Olhar dos e pelos Cuidadores: Os Impactos de Cuidar e a Importância do Apoio ao Cuidador*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <http://hdl.handle.net/10316/17858>
- Sendão, M. J. G. (2018). *Promoção da saúde no idoso: contributos da enfermagem de reabilitação na manutenção da funcionalidade no idoso institucionalizado*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2068>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 25 (1), 11-19
- Silva, L. & Delgado. (2020). Reabilitação respiratória domiciliária na doença pulmonar obstrutiva crónica: estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3, 50–55. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.6.5776>
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26, 35-44. [http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26\\_s2.pdf](http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE26_s2.pdf)
- Sousa, E. S. (2011). *A família: Atitudes do enfermeiro de reabilitação*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/9365>

- Sousa, L. & Carvalho, M. L. (2016a). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 405-420). Lusodidacta
- Sousa, L., Martins, M. M., & Novo, A. (2020). A enfermagem de reabilitação no empoderamento e capacitação da pessoa em processos de transição saúde-doença. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 63-68. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Spruit, M.A., Singh, S.J., Garvey, C., ZuWallack, R., Nici, L., Rochester, C., Hill, K., Holland, A. E., Lareau, S.C., Cara, W.D.-C., Pitta, F., Sewell, L., Raskin, J., Bourbeau, J., Crouch, R., Franssen, F.M., Casaburi, R., Vercoulen, J.H., Vogiatzis, I., Gosselink, R., Clini, E.M., ...& Wouters, E. F. M. (2013). An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonar rehabillitation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 188(8), 13-64. <https://doi.org/10.1164/rccm.201309-1634ST>
- Teasdale, G. (2014). Forty Years On: Updating the Glasgow Coma Scale. *Nursing Times*, 110(42), 12–16. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/accident-and-emergency/forty-yearson-updating-the-glasgow-coma-scale-10-10-2014/>
- Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. (2020). *ULSLA, E.P.E. - Relatório e Contas 2020*. <http://www.ulsla.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/8/2016/11/Relatorio-e-contas2020.pdf>
- Valença, T. D. C., Lima, P. V., Chaves, R. N., dos Santos Santana, E., & dos Reis, L. A. (2017). Repercussões sociais da aquisição de uma deficiência física na vida de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), 41-55. <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p41-55/22114>
- Ventura, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. (2021). Processo de trabalho dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. In O. Ribeiro (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 67–75). Lidel.
- Vieira, C. C. (2021). *O enfermeiro e a promoção do autocuidado na Rede Nacional de Cuidados Continuados: uma scoping review*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/38132>
- Vigia, C., Ferreira, C., & Sousa, L. (2017). Treino de Atividades de Vida Diária. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 351–364). Lusodidacta
- Wang, L. H., Zhao, Y., Chen, L. Y., Zhang, L., & Zhang, Y. M. (2020). The effect of a nurse-led self-management program on outcomes of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Clinical Respiratory Journal*, 14(2), 148–157. <https://doi.org/10.1111/crj.1311>

White, P.; Pringle, D.; Doran, D. & Hall, L. (2005). The nursing and health outcomes project. *Canadian Nurse*, 101(9), 14-18. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16350735/>

Yin, R. (2003). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (D. Grassi, Trad.) (2ª edição). Bookman

Yin, R. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6ª edição). SAGE.



## **ANEXOS**

**ANEXO I- ENCS (FONSECA & LOPES, 2013)**

## INSTRUMENTO: Elderly Core Set <sup>Short Form</sup>

O questionário que se apresenta a seguir integra quatro secções distintas. A primeira é constituída por um conjunto de questões de identificação e caracterização Sócio biográfica, a segunda secção e subsequentes são constituídas pelas funções do corpo, estrutura do corpo, atividades de participação e fatores ambientais. Seja rigoroso, preencha as perguntas e cumpra os critérios de inclusão descritos. Todas as informações fornecidas pelos participantes no estudo são consideradas confidenciais.

### Secção I - IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO SOCIO-BIOGRÁFICA

1. Número de Cartão de Utente: \_\_\_\_\_
2. Instituição Responsável pela Avaliação:
3. FREGUESIA:
4. TIPO DE AVALIAÇÃO:
  - 4.1. 1ª AVALIAÇÃO (Projecto RSCE) - Avaliação Inicial.
  - 4.2. 2ª Avaliação (Projecto RSCE)
  - 4.3. 3ª Avaliação (Projecto RSCE)
5. DATA DE AVALIAÇÃO:
6. Idade: \_\_\_\_\_
7. Sexo: Masculino <sup>1</sup> Feminino <sup>2</sup>
8. Estado civil: Solteiro <sup>1</sup> Casado <sup>2</sup> Viúvo <sup>3</sup> Divorciado <sup>4</sup>
9. Peso: \_\_\_\_\_ (Kg)
10. Altura: \_\_\_\_\_ (Cm)
11. Nível de escolaridade
  - <sup>1</sup> Não frequentou a escola e não sabe ler nem escrever
  - <sup>2</sup> Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever
  - <sup>3</sup> Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe
  - <sup>4</sup> Fez exame da 4ª classe
  - <sup>5</sup> Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente)
  - <sup>6</sup> Completou o antigo 7º ano (curso complementar do liceu)
  - <sup>7</sup> Completou o ensino superior
  - <sup>8</sup> Nível de ensino completado na idade adulta, ex. programa novas oportunidades (especifique)
12. Principal área de diagnóstico médico que levou à intervenção (áreas ICD10):
  - <sup>1</sup> Neoplasias [tumores]
  - <sup>2</sup> Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos
  - <sup>3</sup> Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
  - <sup>4</sup> Transtornos mentais e comportamentais
  - <sup>5</sup> Doenças do sistema nervoso
  - <sup>6</sup> Doenças do aparelho circulatório
  - <sup>7</sup> Doenças do aparelho respiratório
  - <sup>8</sup> Doenças do aparelho digestivo
  - <sup>9</sup> Doenças da pele e do tecido subcutâneo
  - <sup>10</sup> Doenças do aparelho digestivo
  - <sup>11</sup> Doenças do sistema osteomuscular
  - <sup>12</sup> Doenças do aparelho geniturinário
  - <sup>13</sup> Outro: \_\_\_\_\_

### SECÇÃO II - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - FUNÇÕES DO CORPO

1. **Funções da consciência (b110)** *Avalie e classifique as funções da consciência, tendo por base o seguinte conceito "é o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento, e a capacidade de responder aos seus estímulos".*
  - b110.0: Nenhuma deficiência
  - b110.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ocasional numa das dimensões.



- b110.2: Deficiência moderada. Dificuldade em duas das dimensões.  
b110.3: Deficiência grave. Dificuldade em diversas das dimensões a maior parte do tempo.  
b110.4: Deficiência completa. Sem reação, não responde
2. **Funções da orientação (b114)** *Avalie e classifique as funções da orientação em relação ao tempo (e.g., dia, mês, ano), ao espaço (e.g., onde está, de onde é), a si mesmo e aos outros (e.g., quem é a sua família) e classifique:*  
b114.0: Nenhuma deficiência  
b114.1: Deficiência ligeira. Ligeiras dificuldades de orientação em relação ao tempo  
b114.2: Deficiência moderada. Dificuldades de orientação em relação a duas das dimensões referidas  
b114.3: Deficiência grave. Dificuldades de orientação em pelo menos 3 das dimensões referidas  
b114.4: Deficiência total. Desorientado em todas as dimensões
3. **Funções da atenção (b140)** *As Funções de atenção avaliam a capacidade de concentração num estímulo externo ou numa experiência interna pelo período de tempo necessário. Inclui a capacidade de manutenção da atenção, mudança de atenção, divisão da atenção e partilha de atenção. Com base na sua observação global da pessoa, classifique:*  
b140.0: Nenhuma deficiência  
b140.1: Deficiência ligeira. Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas  
b140.2: Deficiência moderada. Dificuldade moderada em duas das dimensões referidas  
b140.3: Deficiência grave. Dificuldade grave em pelo menos 3 das dimensões referidas  
b140.4: Deficiência completa. Dificuldade completa
4. **Funções da memória (b144)** *Avalie as funções de memória (de curto prazo) da seguinte forma: “Vou dizer quatro palavras. Queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor: **Pera, Gato, Bola, Carro**”. Após cerca de 30 segundos, peça: “Diga-me agora as quatro palavras que acabei de dizer”.*  
b114.0: Nenhuma deficiência  
b114.1: Deficiência ligeira. Respondeu correctamente, mas sem a ordem descrita  
b114.2: Deficiência moderada. Respondeu corretamente, recordando 3 palavras  
b114.3: Deficiência grave. Respondeu corretamente, recordando apenas 1 palavra  
b114.4: Deficiência completa. Não respondeu correctamente
5. **Funções emocionais (b152)** *Avalie a adequação (capacidade de gerar, em si mesmo, as emoções apropriadas em um momento determinado), regulação (capacidade de redireccionar, controlar, modelar e modificar as emoções de modo a permitir ao indivíduo funcionar de forma adaptativa) e amplitude (capacidade de expressar diferentes emoções e diferentes intensidades) das emoções.*  
b152.0: Nenhuma deficiência. Demonstra adequação, regulação e amplitude de emoções  
b152.1: Deficiência ligeira. Demonstra ligeira dificuldade em uma das dimensões referidas  
b152.2: Deficiência moderada. Demonstra moderada dificuldade em duas das dimensões referidas  
b152.3: Deficiência grave. Demonstra dificuldades em todas as dimensões referidas  
b152.4: Deficiência completa. Incapaz de adequação, regulação e amplitude de emoções
6. **Funções cognitivas de nível superior (b164)** *Avalie as funções cognitivas de nível superior perguntando o seguinte: O que quer dizer para si o seguinte ditado popular: “cão que ladra não morde”?*  
b164.0: Nenhuma deficiência. Descodificou sem dificuldade  
b164.1: Deficiência ligeira. Hesitou mas descodificou  
b164.2: Deficiência moderada. Descodificou interpretando à letra  
b164.3: Deficiência grave. Interpretou à letra com muita hesitação  
b164.4: Deficiência completa. Não descodificou

7. **Sensação de dor (b280)** Avalie a dor com base na seguinte pergunta: “Nas últimas 48h, qual a dor máxima que sentiu?” Utilize a Escala Numérica (EN) de avaliação da dor e classifique:
- b280.0: 0 pontos na EN
  - b280.1: 1 a 2 pontos da EN
  - b280.2: 3 a 4 pontos da EN
  - b280.3: 5 a 8 pontos da EN
  - b280.4: 9 a 10 pontos da EN
  - b280.8: Não especificado
- 7.1. LOCALIZE A DOR MAIS INTENSA REFERIDA PELA PESSOA NOS DIAGRAMAS CORPORAIS FORNECIDOS:
- \_\_\_\_\_
8. **Funções da pressão arterial (b420)** Avalia a Pressão Arterial e classifique de acordo com a tabela abaixo:
- b420.0: Pressão Arterial Sistólica até 120 e Diastólica até 80
  - b420.1: Pressão Arterial Sistólica (120-139) ou Diastólica (80-89)
  - b420.2: Pressão Arterial Sistólica (140-159) ou Diastólica (90-99)
  - b420.3: Pressão Arterial Sistólica (160-179) ou Diastólica (100-109)
  - b420.4: Pressão Arterial Sistólica (> 180) ou Diastólica (> 110)
9. **Funções da respiração (b440)** - Inclui: funções da **frequência, ritmo e profundidade** da respiração
- b440.0: Nenhuma deficiência.
  - b440.1: Deficiência ligeira. Ligeira alteração de uma das dimensões do padrão respiratório
  - b440.2: Deficiência moderada. Alteração de duas das dimensões (a pessoa pode necessitar de inaloterapia)
  - b440.3: Deficiência grave. Alteração grave em todas as dimensões. A pessoa necessita de apoio (intermitente) de oxigénio suplementar ou ventilador (não invasivo)
  - b440.4: Deficiência completa. Precisa de apoio (permanente) de oxigénio suplementar e ventilador (não invasivo e invasivo)
10. **Funções de defecação (b525)** Seleccione uma das seguintes opções
- b440.0: Nenhuma deficiência. A Pessoa apresenta: 1 dejeção/dia (**ou**)  
ou 1 dejeção em 2 dias ;
  - b440.1: Deficiência ligeira. A Pessoa apresenta: 2 a 3 dejeções/dia (**ou**)  
ou 1 dejeção cada 2 a 4 dias ;
  - b440.2: Deficiência moderada. A Pessoa apresenta: 4 a 5 dejeções/dia (**ou**)  
ou 1 dejeção cada 5 a 7 dias ;
  - b440.3: Deficiência grave. A Pessoa apresenta: 6 a 7 dejeções/dia (**ou**)  
ou 1 dejeção cada 8 a 9 dias ;
  - b440.4: Deficiência total. A Pessoa apresenta: > 8 dejeções/dia (**ou**);  
ou 1 dejeção cada 10 ou mais .
  - b440.8: Condições Especiais (especificar – por ex. Incontinência, colostomia): \_\_\_\_\_

---

#### Secção IV- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Estrutura do Corpo

---

11. **Estrutura das áreas da pele (s810)** Observe a pele da pessoa e classifique as zonas de maior gravidade:
- s810.0: Nenhuma deficiência.
  - s810.1: Deficiência ligeira. A pessoa apresenta pele seca ou desidratada
  - s810.2: Deficiência moderada. A pessoa apresenta lesões da pele - Máculas ou Pápula
  - s810.3: Deficiência grave. A pessoa apresenta lesões da pele, com alterações da integridade cutânea
  - s810.4: Deficiência completa. A pessoa apresenta múltiplas lesões da pele que põem em risco a vida.
- 11.1. Com recurso aos diagramas corporais fornecidos, localize a lesão cutânea mais grave - 1º Local:  
\_\_\_\_\_
- 11.2. Com recurso aos diagramas corporais fornecidos, localize a segunda lesão cutânea mais grave - 2º Local: \_\_\_\_\_

---

#### Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Atividades de Participação

---

12. **Realizar a rotina diária (d230)** *Avalie a realização da rotina diária inquirindo acerca da capacidade de realizar ações coordenadas, simples ou complexas, de modo a poder planejar, gerir e responder às exigências das tarefas e das obrigações do dia-a-dia.*  
d230.0: Sem dificuldades  
d230.1: Dificuldades ligeiras. Realiza de forma independente a sua rotina diária, mas tem dificuldades ocasionais nas ações complexas.  
d230.2: Dificuldades moderadas. Necessita de referências para realizar e concluir a sua rotina diária  
d230.3: Dificuldades graves. Necessita de apoio contínuo para realizar e concluir a sua rotina diária  
d230.4: Dificuldade completa. Não tem possibilidade de realizar e concluir a rotina diária
13. **Comunicar e receber mensagens orais (d310)** *Esta função avalia a **capacidade de compreender os significados literais e implícitos das mensagens**. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.*  
d310.0: Sem dificuldades  
d310.1: Dificuldade ligeira. Dificuldades ligeiras nos significados implícitos  
d310.2: Dificuldade moderada. Dificuldades frequentes nos significados implícitos  
d310.3: Dificuldade grave. Dificuldades totais nos significados implícitos e acentuadas nos literais  
d310.4: Dificuldade total. Não comunica
14. **Falar (d330)** *Esta função avalia a **capacidade de produzir mensagens verbais constituídas por palavras, frases e passagens mais longas com significado literal e implícito**. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo com a tabela abaixo.*  
d330.0: Sem dificuldades  
d330.1: Dificuldade ligeira. Fala, mas por vezes o discurso é pouco claro  
d330.2: Dificuldade moderada. Fala, mas frequentemente com discurso pouco claro  
d330.3: Dificuldade grave. Tenta expressar-se apenas por monossílabos  
d330.4: Dificuldade completa. Incapaz de produzir um discurso articulado
15. **Conversação (d350)** - *Esta função avalia a **capacidade de iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, realizadas através da linguagem escrita, oral, gestual ou de outras formas de linguagem**. Avalie esta capacidade através da forma como a pessoa interagiu consigo durante a resposta a este questionário. Classifique de acordo:*  
d350.0: Sem dificuldade.  
d350.1: Dificuldade ligeira para iniciar uma conversa  
d350.2: Dificuldades moderadas para iniciar ou manter uma conversa  
d350.3: Dificuldades grave para iniciar ou manter uma conversa  
d350.4: Dificuldade completa. Não consegue iniciar ou manter uma conversa
16. **Mudar a posição básica do corpo (d410)** *Avalie a **capacidade de a pessoa se deitar, agachar, ajoelhar, sentar, pôr de pé e curvar sozinho**.*  
d410.0: Sem dificuldade  
d410.1: Dificuldade ligeira em uma das dimensões referidas  
d410.2: Dificuldade moderada em pelo menos duas das dimensões referidas  
d410.3: Dificuldade grave em 3 ou mais das dimensões referidas  
d410.4: Dificuldade completa
17. **Manter a posição do corpo (d415)** *Manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário, como por exemplo, permanecer sentado ou de pé. Classifique:*  
d415.0: Sem dificuldade  
d415.1: Dificuldade ligeira. Mantém a posição do corpo de pé, com apoio ocasional  
d415.2: Dificuldade moderada. Mantém a posição do corpo de pé com dificuldade, mantém a posição de sentado  
d415.3: Dificuldade grave. Não mantém a posição do corpo de pé, mantém a posição de sentado, com dificuldade



- d415.4: Dificuldade completa. Não mantém a posição do corpo de pé e não mantém a posição de sentado
18. **Utilização da mão e do braço (d445)** *Avalie a capacidade de utilização da mão e do braço.*
- d445.0: Sem dificuldades.
- d445.1: Dificuldade ligeira. Usa de forma normal as duas mãos mas tem dificuldade num dos braços.
- d445.2: Dificuldade moderada. Usa com dificuldades, uma das mãos e tem dificuldade num dos braços.
- d445.3 Dificuldade grave. Usa com dificuldade as duas mãos e os dois braços ou não usa a mão e braço dominantes.
- d445.4: Dificuldade completa. Não usa as duas mãos e os dois braços.
19. **Andar (d450)** *Avalie e classifique observando a marcha da pessoa:*
- d450.0: Sem dificuldades
- d450.1: Dificuldade ligeira. Deambula em casa e na vizinhança: a pessoa é capaz de deambular na rua, embora numa distância limitada e restrita.
- d450.2: Dificuldade moderada. Deambula apenas em casa: a deambulação só é possível num ambiente fechado, e num ambiente conhecido como em casa.
- d450.3: Dificuldade grave. Marcha terapêutica: O paciente precisa ser firmemente amparado por 1 ou 2 pessoas, e/ou a deambulação só é possível durante a terapia domiciliar ou hospitalar, nas barras paralelas.
- d450.4: Dificuldade completa. Não realiza marcha, incapacidade absoluta para a deambulação.
20. **Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465)** *A pessoa tem a capacidade de mover o corpo de um lugar para outro, sobre qualquer superfície ou espaço, em cadeira de rodas ou com auxílio de um andarilho, ou outras ajudas técnicas:*
- d465.0: Sem dificuldades
- d465.1: Dificuldades ligeira. Necessita de ajuda ocasional de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).
- d465.2: Dificuldades moderadas. Necessita de ajuda frequente de um ponto de apoio (uma bengala ou similar).
- d465.3: Dificuldades graves. A maior parte do tempo com ajuda de dois ou mais pontos de apoio (duas bengalas, andarilho ou cadeira de rodas)
- d465.4: Dificuldade completa. Sempre com ajuda de cadeira de rodas.
21. **Lavar-se (d510)** *Lavar e secar todo o corpo, ou partes do corpo, utilizando água e produtos ou métodos de limpeza e secagem apropriados.*
- d510.0: Sem dificuldades.
- d510.1: Dificuldades ligeiras. Necessita de ajuda no banho apenas para entrar ou sair da banheira.
- d510.2: Dificuldades moderadas. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar uma parte do corpo (ex. costas, ou pernas)
- d510.3: Dificuldades graves. Recebe assistência no banho para entrar ou sair da banheira e para lavar mais de uma parte do corpo
- d510.4: Dificuldade completa. Recebe assistência total para o banho.
22. **Cuidar de partes do corpo d520** *Cuidar de partes do corpo como pele, cara, dentes, couro cabeludo, unhas e genitais, que requerem mais do que lavar e secar.*
- d520.0: Sem dificuldades.
- d520.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para cuidar de partes do corpo.
- d520.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para cuidar de diversas partes do corpo.
- d520.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para cuidar de quase todas as partes do corpo.
- d520.4: Dificuldade completa. Necessita de ajuda total para cuidar de todas as partes do corpo.
23. **Cuidados relacionados com os processos de excreção (d530)** *Cuidados relacionados com os processos de excreção.*
- d530.0: Sem dificuldades

- d530.1: Dificuldade ligeira. É autónomo, com supervisão ocasional, nos cuidados relacionados com o processo de excreção, e prevê a eliminação. É continente.
- d530.2: Dificuldade moderada. É autónomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e na previsão da eliminação, mas apresenta acidentes ocasionais.
- d530.3: Dificuldade grave. É autónomo, com supervisão, nos cuidados relacionados com o processo de excreção e não prevê a eliminação. É incontinente.
- d530.4: Dificuldade completa. Não é autónomo nos cuidados relacionados com o processo de excreção, não é continente e não prevê a eliminação
24. **Vestir-se (d540)** *Realizar as tarefas e os gestos coordenados necessários para pôr e tirar a roupa e o calçado*
- d540.0: Sem dificuldades
- d540.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para se vestir.
- d540.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para vestir determinadas peças de roupa e/ou para se calçar.
- d540.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para vestir quase todas as peças de roupa e para se calçar
- d540.4: Dificuldade completa. Não se veste.
25. **Comer (d550)** *Executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para ingerir os alimentos servidos*
- d550.0: Sem dificuldades
- d550.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para comer (ex. Trincar alguns alimentos).
- d550.2: Dificuldade moderada. Necessita de ajuda para trincar os alimentos e levar alguns à boca.
- d550.3: Dificuldade grave. Necessita de ajuda para usar qualquer utensílio de alimentação (ex. garfo, colher)
- d550.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de comer
26. **Beber (d560)** *Coordenar os gestos necessários para tomar uma bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida.*
- d560.0: Sem dificuldades
- d560.1: Dificuldade ligeira. Necessita de ajuda mínima para beber (ex. colocar água num copo)
- d560.2: Dificuldade moderada. Por vezes precisa de ajuda para levar o copo à boca.
- d560.3: Dificuldade grave. Frequentemente precisa de ajuda para quase todos os gestos necessários ao beber
- d560.4: Dificuldade completa. É totalmente dependente no ato de beber
27. **Relacionamentos familiares (d760)** *Criar e manter relações de parentesco, como por exemplo, com membros da família nuclear, da família alargada.*
- d760.0: Sem dificuldades.
- d760.1: Dificuldade ligeira para manter relações com alguns membros da família alargada.
- d760.2: Dificuldades moderadas para manter relações com a família alargada
- d760.3: Dificuldade grave em manter relações com a família alargada e com alguns membros da família nuclear.
- d760.4: Dificuldade completa. Não consegue manter ou criar relações com a família.

---

#### Secção IV - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO - Factores Ambientais

---

28. **Família próxima (e310)** *Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outro relacionamento reconhecido pela cultura como família próxima.*
- e310.0: A família próxima oferece total suporte
- e310.1: A família próxima oferece grande parte do suporte, precisando apenas de ajudas pontuais
- e310.2: A família próxima oferece suporte mas precisa de ajuda a tempo parcial
- e310.3 A família próxima oferece suporte ligeiro precisando de ajuda em quase todas as atividades
- e310.4: A família próxima não oferece qualquer suporte

29. **Amigos (e320)** *Indivíduos que são conhecidos próximos, com relacionamento continuado caracterizado pela confiança.*  
e320.0: Os amigos oferecem apoio total  
e320.1: Os amigos oferecem muito apoio  
e320.2: Os amigos oferecem apoio apenas se solicitados  
e320.3: Os meus amigos oferecem apoio pontual  
e320.4: Os meus amigos não oferecem qualquer apoio
30. **Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais (e340)** *Indivíduos que prestam os serviços necessários para apoiar as pessoas nas suas actividades diárias.*  
e355.0: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem todo o apoio necessário  
e355.1: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem quase todo o apoio necessário  
e355.2: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio de suplemento à família (50/50).  
e355.3: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais oferecem apoio pontual.  
e355.4: Prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais não oferecem qualquer apoio
31. **Profissionais de saúde (e355)** *Todos os prestadores de cuidados que trabalham no contexto do sistema de saúde, como por exemplo, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.*  
e355.0: Os profissionais de saúde oferecem todo o apoio necessário  
e355.1: Os profissionais de saúde oferecem quase todo o apoio necessário  
e355.2: Os profissionais de saúde oferecem apoio de suplemento  
e355.3: Os profissionais de saúde oferecem pouco apoio  
e355.4: Os profissionais de saúde não oferecem qualquer apoio



**ANEXO II- IB MODIFICADO E INSTRUÇÕES (DGS, 2011)**

<b>1. Alimentação</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7. Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>8. Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9. Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>10. Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana) .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	

### **Escala de Barthel – Instruções**

#### **GERAIS**

O índice deverá ser usado como um registo do que o doente faz, NÃO como um registo do que o doente poderia fazer. O principal objectivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja.

A necessidade de supervisão implica a classificação de NÃO independente.

As performances do doente deverão ser estabelecidas segundo a melhor prova disponível. A fonte habitual será o inquérito ao doente, amigos/ familiares e enfermeiros, mas também são importantes a observação directa e o senso comum. No entanto, comprovação directa não é necessária.

Geralmente é importante a performance das últimas 24-48 horas\*, mas ocasionalmente períodos mais longos serão apropriados.

Os doentes inconscientes deverão ter a cotação de "0" em todos os itens, mesmo se ainda não incontinentes.

Os níveis médios implicam que o doente faça mais de 50% do esforço.

Para ser independente, é permitido o uso de auxiliares e ajudas técnicas.

#### **ESPECÍFICAS**

##### **Intestino** (semana anterior)

Se necessita que lhe seja aplicado um clister, então "incontinente" \*.

Ocasional \* = uma vez por semana.

##### **Bexiga** (semana anterior)

Ocasional = menos de uma vez por dia.

O doente algaliado que consegue utilizar autonomamente a sonda, é registado como " continente".

##### **Higiene Pessoal** (últimas 24 – 48 horas)

Refere-se: lavar os dentes, colocar prótese dentária, pentear-se, barbear-se, lavar a cara. Os acessórios de higiene podem ser fornecidos por terceiro.

##### **Alimentação**

Capaz de comer qualquer tipo de comida (e não só comida pastosa\*). Comida cozinhada e servida por outros, mas não cortada.

Ajuda = comida cortada, o doente come sozinho\*.

##### **Transferências**

Da cama para a cadeira e vice-versa.

Dependente – SEM equilíbrio sentado (incapaz de se sentar): duas pessoas para o levantar.

Ajuda maior = Uma pessoa forte/ experiente, ou duas pessoas normais. Consegue levantar-se.

Ajuda menor = Uma pessoa com facilidade, OU necessita de supervisão para segurança.

##### **Mobilidade**

Refere-se à mobilidade perto da casa ou no bairro e dentro de casa. Pode usar auxiliar de marcha de qualquer tipo. Se em cadeira de rodas, tem que ser capaz de ultrapassar portas/ esquinas sem auxílio de terceiro.

Ajuda = Por uma pessoa, não treinada, incluindo apoio moral/supervisão.

##### **Vestir**

Deve ser capaz de escolher e vestir toda a roupa, que pode ser adaptada.

Ajuda = auxílio nos botões, fecho de correr, etc. (verifique!), mas consegue vestir algumas peças sozinho\*

##### **Escadas**

Pode usar qualquer tipo de auxiliares de marcha para ser independente.

##### **Banho**

Geralmente, a atividade mais difícil.

Tem que entrar e sair sem supervisão e lavar-se autonomamente.

Independente no duche = "independente" se sem supervisão/sem auxílio\*.

\*= Itens acrescentados ou modificados após estudo: asterisco no final, todo o item acrescentado; asterisco no meio, frase acrescentada ou clarificada.



### **Índice de Barthel – Instruções**

#### **Intestinos**

0- Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5- Acidente ocasional (um / semana)

10- Contínente

#### **Bexiga**

0- Incontinente ou algaliado e incapaz da sua utilização

5- Acidente ocasional (um/ dia)

10- Contínente (há mais de 7 dias)

#### **Higiene Pessoal**

0- Necessita auxílio nos cuidados pessoais

5- Independente: face/ cabelo/ dentes/ barba (acessórios fornecidos)

#### **Uso da sanita**

0- Dependente

5- Necessita alguma ajuda, mas pode fazer parte sozinho

10- Independente (instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se)

#### **Alimentação**

0- Incapaz

5- Necessita auxílio para cortar, espalhar a manteiga, etc.

#### **Transferências**

0- Incapaz - sem equilíbrio sentado

5- Ajuda maior (uma ou duas pessoas, física) – consegue sentar-se

10- Ajuda menor (verbal ou física)

15- Independente

#### **Mobilidade**

0- Imóvel

5- Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc.

10- Marcha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15- Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, p. ex. bengala)

#### **Vestir**

0- Dependente

5- Necessita ajuda, mas pode fazer cerca de metade sem ajuda

10- Independente (incluindo botões, fechos, atacadores, etc.)

#### **Escadas**

0- Incapaz

5- Necessita ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares)

10- Independente no subir e descer

#### **Banho**

0- Dependente

5- Independente (ou no duche)

**TOTAL: (0 – 100)**





## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I- PLANO DE EXERCÍCIOS I**

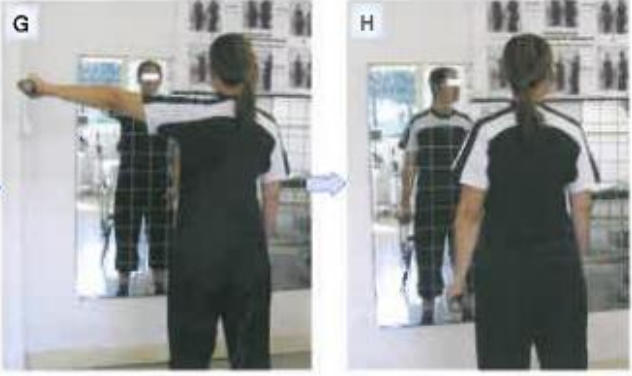

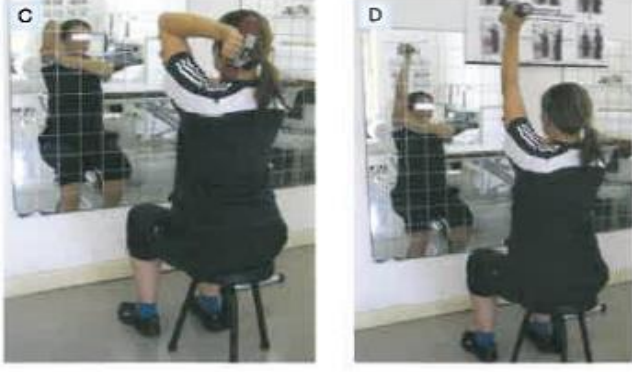


## PLANO DE EXERCÍCIOS


### Exercícios respiratórios:

<p><b>Consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios:</b> Inspiração nasal e expiração pela boca.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Inspiração</b>                      <b>Expiração</b></p>  <p style="text-align: center;">Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>
<p><b>Expiração com os lábios semi-cerrados:</b> Inspiração nasal e expiração pela boca com os lábios quase fechados.</p>	 <p style="text-align: center;">Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>
<p><b>Respiração diafragmática:</b> Inspiração nasal lenta e profunda, dirigindo o ar para o abdómen e expiração pela boca com os lábios quase fechados.</p>	 <p style="text-align: center;">Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>
<p><b>Reeducação costal global com bastão:</b> Segurar no bastão com as mãos afastadas à largura dos ombros. Realizar inspiração quando o bastão sobe e realizar expiração quando o bastão desce.</p>	 <p style="text-align: center;">Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>

### Exercícios para os membros superiores com halteres

<p><b>Fortalecimento muscular dos músculos do ombro (deltoide e trapézio):</b> Agarrar os halteres com as palmas das mãos viradas para baixo e executar o movimento de abdução e adução do ombro.</p>	 <p>Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>
<p><b>Fortalecimento muscular dos músculos do ombro (deltoide):</b> Agarrar os halteres com as palmas das mãos viradas para baixo e executar o movimento de flexão e extensão do ombro.</p>	 <p>Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>
<p><b>Fortalecimento muscular do braço (tricípite):</b> Agarrar o haltere com os cotovelos fletidos e com as mãos atrás do trapézio e executar a extensão do cotovelo.</p>	 <p>Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>

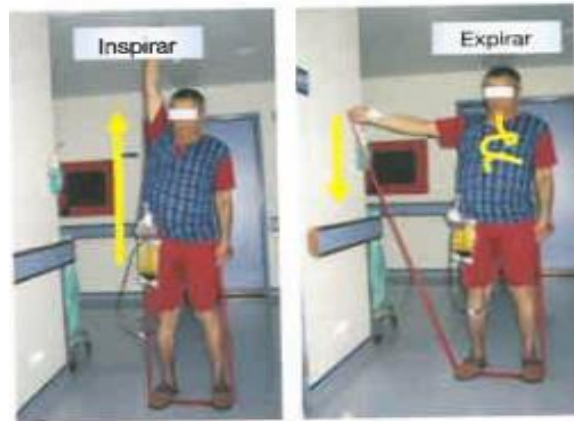


<p><b>Fortalecimento muscular do braço (tricípite):</b> Agarrar o haltere e realizar hiperextensão do ombro com o tronco inclinado para a frente.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>
<p><b>Fortalecimento muscular do braço (bicípite, braquial e supinador):</b> Agarrar os halteres com as palmas das mãos viradas uma para a outra e executar o movimento de flexão do cotovelo.</p>	 <p>Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>
<p><b>Fortalecimento muscular do braço (bicípite e braquial):</b> Agarrar os halteres com as palmas das mãos viradas para cima e executar o movimento de flexão do cotovelo.</p>	 <p>Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>
<p><b>Fortalecimento muscular do peitoral:</b> Agarrar os halteres com as mãos viradas uma para a outra, com os cotovelos fletidos ao nível dos ombros e executar o afastamento dos cotovelos.</p>	 <p>Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>



### Exercícios para os membros superiores com elástico

**Fortalecimento muscular dos músculos do ombro (deltoide e trapézio):** De pé, segure o elástico com os braços estendidos, um de cada lado. Eleve os braços para fora até que as mãos atinjam o nível dos ombros. Regresse lentamente à posição inicial.



Fonte: Cordeiro & Menoita, 2012

**Fortalecimento muscular dos músculos do ombro (deltoide):** De pé, calcar uma ponta do elástico com pé esquerdo. De seguida, agarrar a outra ponta do elástico com a mão direita e realizar a extensão do braço direito para cima. Regresse lentamente à posição inicial. Após as várias repetições, realizar o movimento com o membro superior contrário.



Fonte: Cordeiro & Menoita, 2012

**Fortalecimento muscular do deltoide, trapézio, redondo e romboide:** Com os pés à largura dos ombros e os joelhos ligeiramente fletidos, estenda os braços à frente do tronco, com a banda elástica em volta dos punhos. De seguida, empurre o dorso das mãos para fora.



Fonte: Cordeiro & Menoita, 2012

### Exercícios para os membros inferiores com caneleiras

**Fortalecimento muscular da coxa (quadríceps):** Levantar e sentar na cadeira.



Fonte: Ribeiro, 2021

**Fortalecimento muscular da coxa (adutores, pectíneo e reto interno):** Partindo da posição neutra, afastar a perna direita. Regresse lentamente à posição inicial. Após as várias repetições, realizar o movimento com o membro inferior contrário.



Fonte: Ribeiro, 2021

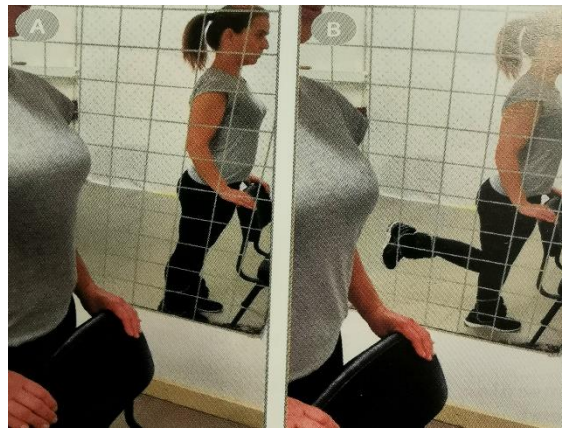


**Fortalecimento muscular da coxa (quadricíptes):** Realizar extensão dos joelhos sentado na cadeira, com as duas pernas em simultâneo.



Fonte: Ribeiro, 2021

**Fortalecimento muscular da coxa (bicípites femoral):** Realizar flexão do joelho em pé. Regresse lentamente à posição inicial. Após as várias repetições, realizar o movimento com o membro inferior contrário.



Fonte: Ribeiro, 2021

**Fortalecimento muscular da perna (gastrocnémio):** Realizar extensão da tibiotársica, com movimento de elevação dos calcanhares, mantendo o tronco reto e os joelhos em extensão. Realizar com as duas pernas em simultâneo.







Fonte: Ribeiro, 2021



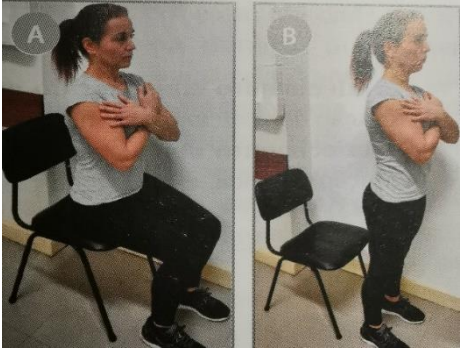
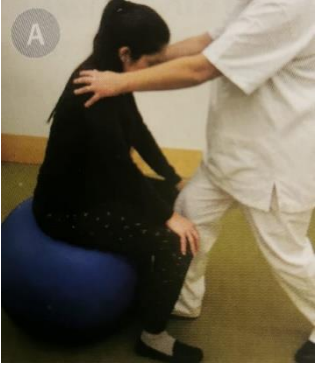


## **APÊNDICE II- PLANO DE EXERCÍCIOS II**




## PLANOS DE EXERCÍCIOS

<p><b>Exercício da ponte:</b></p> <p>Deitada na cama, com os joelhos fletidos, colocar uma almofada ou uma folha de papel entre eles e de seguida, elevar a pelve.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>
<p><b>Dissociação da cintura pélvica:</b></p> <p>Deitada na cama, com os joelhos fletidos, colocar uma almofada entre eles e de seguida, rodar as pernas para um lado e para o outro.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>
<p><b>Fortalecimento muscular dos membros inferiores:</b></p> <p>Deitada na cama, com os joelhos fletidos, colocar o elástico à volta dos joelhos. De seguida, realizar afastamento dos joelhos.</p>	 <p>Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>
<p><b>Fortalecimento muscular dos membros inferiores:</b></p> <p>Deitada na cama, com os joelhos fletidos, colocar o elástico por baixo de um dos pés e realizar extensão do joelho.</p>	 <p>Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>

<p><b>Fortalecimento muscular dos membros inferiores:</b></p> <p>Deitada na cama, colocar o elástico por baixo de um pé e realizar flexão plantar e flexão dorsal.</p>	 <p>Fonte: Cordeiro &amp; Menoita, 2012</p>
<p><b>Equilíbrio dinâmico sentado-carga no cotovelo/facilitação cruzada:</b></p> <p>Sentada na beira da cama, com os pés apoiados no chão, lateralizar o tronco para um lado, apoiando o peso no cotovelo contrário.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>
<p><b>Equilíbrio dinâmico sentado-carga no cotovelo/facilitação cruzada:</b></p> <p>Sentada na cadeira de rodas, com os pés apoiados no chão, colocar a bola à sua frente. De seguida, com as mãos entrelaçadas sobre a bola, rolar o máximo que conseguir para frente e para os lados.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>
<p><b>Equilíbrio dinâmico sentado-carga no cotovelo/facilitação cruzada:</b></p> <p>Sentada na cadeira de rodas, com os pés apoiados no chão e com as mãos entrelaçadas, ir ao encontro das mãos do enfermeiro.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>



<p><b>Fortalecimento muscular dos membros inferiores:</b></p> <p>Levantar e sentar na cadeira de rodas.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>
<p><b>Equilíbrio dinâmico sentado com recurso a bola:</b></p> <p>Sentada na bola, realizar pequenos deslizamentos para a frente e para trás e para os lados.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>
<p><b>Alternância de carga nos membros inferiores:</b></p> <p>Em pé em frente a um espelho, fixar um ponto e realizar flexão do joelho e da anca de uma das pernas. Após várias repetições, realizar o mesmo movimento com a perna contrária.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>
<p><b>Equilíbrio dinâmico em pé e treino proprioceptivo:</b></p> <p>Colocar um colchão no chão e com as mãos entrelaçadas, realizar a marcha em cima do colchão.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>

<p><b>Equilíbrio dinâmico em pé-contorno de obstáculos:</b></p> <p>Realizar a marcha, ultrapassando os obstáculos colocados no chão.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>
<p><b>Andar em linha:</b></p> <p>Realizar a marcha em cima da linha.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>
<p><b>Equilíbrio dinâmico com mudança de rotação:</b></p> <p>Sentada na cadeira de rodas com os pés apoiados no chão, olhando em frente. De seguida, quando o enfermeiro solicitar, levanta-se da cadeira de rodas e vai ao encontro do mesmo.</p>	 <p>Fonte: Ribeiro, 2021</p>

### **APÊNDICE III- RSL**



## Factors Influencing the Gains Sensitive to Rehabilitation Nursing Care in Empowering the Dependent Person in Self-Care in the Home Setting: A Systematic Review of the Literature

Maria João Vieira e Pinho<sup>1</sup>, Ana Lúcia da Silva João<sup>2</sup>, Carlos Miguel Martins Soares<sup>3</sup>

<sup>1</sup>School of Health, Polytechnic Institute of Setúbal, Setúbal, Portugal

maria\_joao0@sapo.pt

<sup>2</sup>São João de Deus School of Nursing, University of Évora, Évora, Portugal

alsjoao@uevora.pt

<sup>3</sup>Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E., Santiago do Cacém, Portugal

carlos.soares@ulsla.min-saude.pt

**Abstract:** Dependence on self-care has had a major impact on the financial, social, and health model of the population. The specialist nurse in rehabilitation nursing should direct his/her action by promoting meaningful learning and providing adaptive strategies to make the person as independent as possible in performing his/her life activities, thus promoting self-care. In this sense, it is important to identify the factors that influence the gains that are sensitive to rehabilitation nursing care in empowering the dependent person in self-care at home, with a view to improving and satisfying the care provided.

**Objective:** To identify which factors influence the gains that are sensitive to rehabilitation nursing care in empowering the dependent person in self-care in a home setting.

**Methodology:** The search was conducted through the EBSCOHost platform, where it was possible to access the following databases: CINAHL Plus with full text and Psychology and Behavioral Sciences Collection. To define the research question, the PICO methodology was followed.

**Results:** The factors identified are related to health professionals' knowledge and skills, care planning and decision making, person-centered care, social and environmental conditions of the patient/family, and gaps in transitional care.

**Conclusions:** The empowerment of the dependent person on self-care at home should take into account the identified factors in order to obtain gains sensitive to rehabilitation nursing care.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing - Gains Sensitive to Rehabilitation Nursing Care - Self-Care - Home Care.

## 1 INTRODUCTION

The changes in society and the improvement in the living conditions of the population had a great impact on health gains, generating greater longevity and, consequently, an increase in the aging

population [1]. According to data from the National Institute of Statistics, the Portuguese population is getting older. In 2021, for every 100 young people, there will be 182 elderly people, while in 2011, for every 100 young people there will be 128 elderly people [2]. In this sense, the World Health Organization estimates that by the year 2050 the number of people over 60 will triple [3].

Aging is a natural phenomenon that affects all individuals [4]. Morphological, functional, biochemical, and psychological changes occur with aging, as well as the loss of the individual's ability to adapt to the environment, and a higher prevalence of pathological processes [1]. However, some studies identify an association between a worse functional profile and being a woman, having low literacy, the presence of multimorbidity, being institutionalized and having cognitive deficits [5] [6] [7]. In this sense, older people require a person-centered care model aimed at health promotion and prevention of complications associated with aging [8]. This care model should take into account shared decision-making, the establishment of individual goals, the person's specific needs, and family involvement in care, using a case management methodology and systematic person-healthcare professional feedback [9] [10].

Faced with an aging population and an increase in the number of chronic diseases, professionals are challenged to understand the factors underlying these phenomena and rethink intervention models that are more adjusted to individuals [11]. In this sense, rehabilitation nursing should focus its activities on promoting meaningful learning and providing adaptive strategies to make the person as independent as possible in performing his/her life activities, thus promoting self-care [12]. It is important to take into account not only the physical component but also the psychological one, since depression rates are very high in older people, with an increase after the beginning of the pandemic [13].

The Self-Care Deficit Nursing theory developed by Dorothea Orem in 1967 and first published in 1971 encompasses three interrelated theories: the Self-Care Deficit theory, the Self-Care theory, and the Nursing Systems theory [12]. Orem [14] defines self-care as "(...) an action deliberately performed by people to regulate their own functioning and development (...) Those are actions performed to ensure the provision of requirements to continue with life (...)".

However, dependency can be defined as: "(...) lack or loss of physical, psychological or intellectual autonomy, resulting from or aggravated by chronic disease, organic dementia, post-traumatic sequelae, disability, severe and or incurable disease in advanced stages, absence or scarcity of family or other support, is unable, by himself, to perform the activities of daily living. [15]. Nevertheless, dependence is not only a result of the aging process but can also be related to other factors, such as congenital or acquired disabilities, oncological and degenerative diseases, work accidents, or even sequelae of traffic accidents [16].

The phenomenon of dependence on self-care has had a major impact on the financial, social, and health models of the population. In response to these challenges, health and social support policies have focused their actions on accountability, awareness, the involvement of families in activities that promote self-care, and the search for more effective health behaviors in the management of health-illness processes [12].

Nursing theories have always described that the focus of nurses' professional action is the promotion of self-care independence. In this sense, and given the permanent or temporary absence of functional capacity, nurses should focus their activities on promoting the relatives/caregivers' skills so that they can respond in an adjusted way to the needs of dependent members [12], taking into account that home is the right place for human beings to develop and maintain a permanent balance and well-being [17] [12].

However, the objective of this systematic literature review is to identify the factors influencing the gains sensitive to rehabilitation nursing care in the empowerment of dependent people in self-care in home settings. In this sense, the research question was formulated, following the PICO (Participant, Intervention, Comparison, Outcomes) methodology: "What factors influence the gains sensitive to rehabilitation nursing care in the empowerment of the person with dependence in self-care in a home setting?"

## 2 METHODOLOGY

The search was conducted through the EBSCOHost - Research Databases platform in September 2022. Through this platform, it was possible to access the following databases: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text, and Psychology and Behavioral Sciences Collection. The descriptors used were caregivers, care homes, client-centered care, domiciliary care, informal caregivers, family members, nursing homes, patient-centered care, and rehabilitation. All descriptors were validated in MeSH (Medical Subject Heading) and CINAHL Subject Headings. The Boolean operators used were "AND" and "OR". The results obtained were limited using inclusion criteria: full text, English language, and articles with a publication date between January 2017 and September 2022.

The search resulted in a total of 127 articles. After the analysis of the results, it was observed that 4 of these articles were duplicates. After reading the title and the abstract, 110 articles that did not fit the theme under study were eliminated, resulting in only 13 articles for the reading of the remaining text.

After reading and analyzing the full text, 7 articles were selected to be included in this systematic literature review. In a systematized manner, the flowchart in figure 1 demonstrates all the phases of the research performed.

The articles were subjected to Joanna Briggs Institute (JBI) methodological quality assessment, meeting more than 50% of the proposed quality criteria [18]. The levels of evidence were classified according to Melnyk & Fineout-Overholt [19].

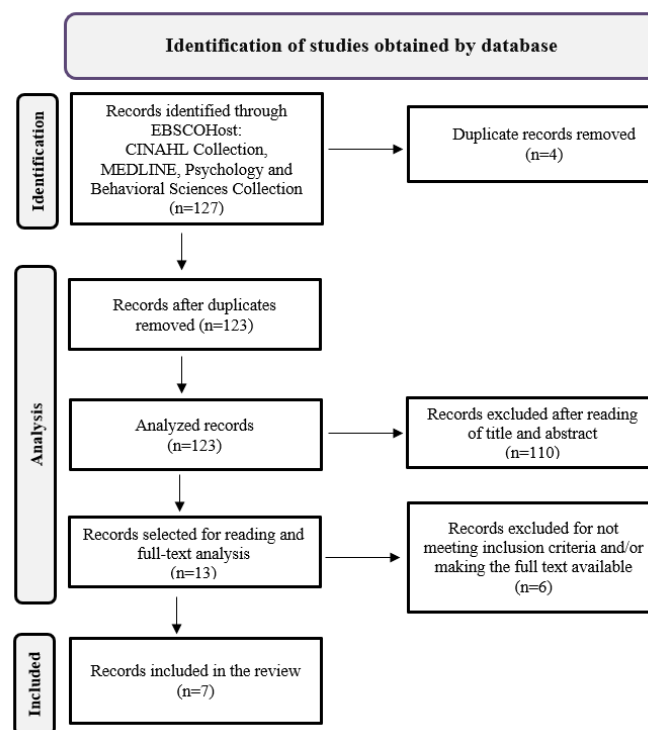


Figure 1. PRISMA-type research methodology

### 3 RESULTS

Table 1 shows the results obtained from the analysis of the selected articles.



Table 21- Summary of the analyzed articles

Authors/ Year/ Title Participants Methodology/ Level of Evidence	Objectives	Results/Conclusions
<p>Gustafsson, et al (2019): <b>'Best fit' caring skills of an interprofessional team in short-term goal-directed reablement: older adults' perceptions</b></p> <p>23 people aged 65 or more</p> <p>Qualitative study/ Level VI</p>	<p>Identify what skills are needed in a multidisciplinary team in achieving better results in the delivery of short-term rehabilitation care</p>	<p>-According to the participants, the skills that are needed in a multidisciplinary team in achieving better results in the provision of short-term rehabilitation care are: a motivating caregiver, a caregiver who creates a positive atmosphere, a caregiver who is oriented towards human companionship, a caregiver who goes beyond what is expected;</p> <p>-These caregiving skills can be seen as core nursing competencies;</p> <p>-The provision of rehabilitation care at home is an important area that should be recognized by health care professionals as well as health care managers;</p> <p>- Goal-oriented rehabilitation may contribute to improved care and expected outcomes in the recovery of the elderly.</p>
<p>Bölenius, et al (2017): <b>Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services - a study protocol of a non-randomised controlled trial</b></p> <p>270 elderly aged &gt;65 years receiving home care services, 270 relatives, and 65 employees. The control group contains the same number of members and is equally distributed.</p> <p>Non randomized controlled trial/ Level III</p>	<p>Evaluate the effects and meanings of the health-promoting, elderly-centered intervention at home</p>	<p>-Current home care services are very task-focused and have several shortcomings, including not meeting the psychosocial needs of the elderly and very limited planning, decision making, and care delivery;</p> <p>-Person-centered care has been shown to improve satisfaction with care and quality of life for older adults.</p>

<p>Parmar, et al (2022): <b>Optimizing the integration of family caregivers in the delivery of person-centered care: evaluation of an educational program for the healthcare workforce</b></p>	<p>Evaluating the mixed methods of a competency-based education program for health professionals who interact and work with family caregivers</p>	<p>-The education program had an immediate effect on increasing students' knowledge and skills for working with family caregivers;                  -Students became more confident and comfortable supporting family caregivers;                  -Students reported improvements in communication, assessing support needs, and helping family caregivers navigate health and community systems;                  -This study provides a basis for educating healthcare professionals to provide person-centered care and include family caregivers as care partners, assisting them to maintain their own well-being.</p>
<p>Mostly health care employees (68.1%) and health care students (21.4%)</p>		
<p>Qualitative study/ Level VI</p>		
<p>Jones, et al (2022): <b>Patient Perspectives on Care Transitions From Hospital to Home</b></p>	<p>Identify gaps perceived by users during their transition of care experiences, including post-discharge follow-up.</p>	<p>- The gaps identified by users in the care transition processes are related to follow-up phone calls, scheduling appointments and their transportation, the provision of important contacts, delivery of medical equipment to the home, and differences in follow-up for black users;                  -There are several opportunities for improvement related to user-identified gaps;                  -Identification of user-perceived gaps during the care transition process may help hospitals and physicians tailor their care transition interventions to users' specific needs.</p>
<p>1257 service users aged ≥18 years who have been admitted to any of the 17 hospitals, 12 professional organizations, or 6 skilled nursing facilities in Michigan and have been recently discharged to home or assisted living facility with a diagnosis of congestive heart failure or chronic obstructive pulmonary disease</p>		

Opinion Article/Level VII		
Giosa, et al (2021): <b>Person- and family-centred goal-setting for older adults in Canadian home care: A solution-focused approach</b>	Determine how goal-setting practices can be guided taking into account the individual, goals, perceived needs and preferences	-Participants identified four important competencies in professionals: (1) seeing beyond age; (2) relational communication; (3) doing 'with' rather than 'for'; (4) participation and collaboration in the care planning process; -Elderly people and their caregivers want to be more involved in the care planning process to ensure that their preferences, needs, and personal history are included; -The solutions suggested by seniors and caregivers in this study are consistent with recommendations for applying person- and family-centered care.
People aged >65 years		
Qualitative study/ Level VI		
Piculell, et al (2020): <b>A concept analysis of health communication in a home environment: Perspectives of older persons and their informal caregivers</b>	To identify and construct the meaning of health communication from the perspective of the elderly and their informal caregivers who require care at home	-The advantages of health communication are related to the management of the recipient's resources, in the decision-making process, and personalized information and support deliveries; -The home environment influences health communication due to the habits and interactions that the elderly have towards their informal caregivers; -Technology-assisted health communication may facilitate understanding of information. but can also be considered a barrier. when the information provided is excessive or irrelevant; -Health communication has been shown to contribute to the improvement of care for the elderly at home .
No participants		
Systematic Literature Review/ Level I		
Shahsavari, et al (2018): <b>Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach</b>	Define the concept of transitional care, considering its application in different studies and changes over time	-The concept of transitional care is a systematic care process involving the service user, his/her relatives, and the various elements of the multidisciplinary team; -The concept of transition care is not only limited to the care provided to patients by nurses at discharge; -For the implementation of the concept of transition care, it is necessary to take
No participants		



Systematic Literature Review/ Level I		into account several factors, namely the conditions of the service user and his/her family members, the participation of the different elements of the multidisciplinary team, the environmental conditions, and the social support.
---------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 4 DISCUSSION

In the study by Gustafsson, et al. [20] 23 elderly people were interviewed who, after a period in the hospital, were provided with goal-oriented rehabilitation care. By conducting these interviews it was possible to describe how the participants lived their experience and to identify the skills that are necessary for a multidisciplinary team as success factors in obtaining short-term results. From the analysis of the results, it was possible to identify four skills: 1st) a motivating caregiver, 2nd) a caregiver who creates a positive atmosphere, 3rd) a caregiver who is oriented toward human companionship, and 4th) a caregiver who goes beyond what is expected. These caregiving skills can be seen as core nursing competencies.

In the study conducted by Bölenius, et al. [21] 270 elderly people were invited to form an intervention group and another 270 elderly people were invited to form a control group. In addition to the elderly, one family member from each selected element, 65 employees were invited to participate in the intervention group and another 65 employees were invited to participate in the control group. The different groups were selected from two different cities in a county in northern Sweden. Both cities have similar organizations, in terms of working conditions, staff skill mix, and educational levels. With this study, it was possible to evaluate the effects and meanings of an elderly-centered, health-promoting home-based intervention.

Current home care services are very task-focused and have several shortcomings, namely not meeting the psychosocial needs of the elderly and very limited planning, decision-making, and care provision [22, 23, 24]. In this sense, Bölenius, et al. [21] argue that care provision and decision-making should be planned and person-centered, taking into account the needs expressed by the elderly, thus allowing for greater control over their own health. In this sense, this intervention will allow the elderly and their families, together with the nurse, to dialogue and prioritize the contents of care that can meet the psychosocial, physical, and functional needs of the elderly [21]. Thus, from the study conducted by Bölenius, et al. [21] we can conclude that person-centered care is shown to improve satisfaction with care and quality of life in the elderly. However, Gustafsson, et al. [20] argue that goal-oriented rehabilitation care contributes to improved care and expected outcomes in the recovery of the elderly.

Parmar, et al. [25] argue that health professionals should have knowledge and skills to support family caregivers. In this regard, Parmar, et al. [25] applied a competency-based education program for healthcare professionals who interact and work with family caregivers. The participants in this study were mainly healthcare workers (68.9%) and trainees (21.7%), representing 5 professional categories in healthcare.

The education program consisted of the presentation of six modules that followed the domains of the competency framework. Its application had an immediate effect in increasing the students' knowledge and skills for working with family caregivers [25].

Participants reported becoming more confident and comfortable supporting family caregivers and reported improvements in communication, assessing support needs, and helping family caregivers navigate health and community systems [25].

Thus, this education program provides a basis for educating health professionals to provide person-centered care, including family caregivers as partners in care, helping them to maintain their own well-being [25].

In the study conducted by Jones, et al. [26] it was possible to identify the gaps perceived by service users during their transition of care experiences, including post-discharge follow-up. The

participants were 1257 service users aged 18 years or older who had been admitted to some of the 17 hospitals, 12 professional organizations, or 6 skilled nursing facilities in Michigan and had recently been discharged to their homes or assisted living facility with a diagnosis of congestive heart failure or chronic obstructive pulmonary disease. These participants identified several gaps in the transition processes, including follow-up phone calls, scheduling appointments and their transport, providing important contacts, delivering medical equipment to the home, and differences in follow-up care for black patients. In the face of identifying these gaps, hospitals and physicians must tailor their care transition interventions to the specific needs of users [26]. However, Shahsavari, et al. [27] argue that the implementation of the concept of transitional care should take into account several factors, including the conditions of the service user and his/her family members, the participation of the different members of the multidisciplinary team, the environmental conditions, and the social support, which is in line with the aforementioned study. The study conducted by Giosa, et al. [28] allowed for the determination of how practices in goal setting can be guided taking into account the individual, goals, needs, and their preferences. Participants were recruited through community advertisements in a region of Ontario in Canada and included 13 people over the age of 65 and 12 family/friend caregivers. Interviews were conducted, in which participants identified four essential competencies in caregivers: 1st) seeing beyond age, 2nd) relational communication, 3rd) doing 'with' rather than 'for' and 4th) participation and collaboration in the care planning process. In this sense, older adults and their caregivers wish to be more involved in the care planning process to ensure that their preferences, needs, and personal history are taken into account, as advocated by the studies conducted by Bölenius, et al. [15] and Gustafsson, et al. [20].

Health communication is a rapidly growing field of research that identifies communication as an intervention to improve health outcomes [29]. The concept of health communication is multidisciplinary and has been influenced by various fields such as health education, medicine, psychology, marketing, and social sciences, contributing to various definitions [30, 31].

In this sense, Piculell, et al. [32] conducted a systematic literature review that aimed to identify and construct the meaning of health communication from the perspective of the elderly and their informal caregivers who require care at home. For this review, 29 articles were analyzed. For data analysis, a collection of phrases, words, or excerpts from the studies were grouped as surrogate terms and related concepts, attributes, references, antecedents, or consequences. From this study, we can conclude that health communication has been shown to contribute to the improvement of care for the elderly at home. The study by Giosa, et al. [28], argues that relational communication should be taken into account when providing care.

However, the home environment can influence health communication due to the habits and interactions that the elderly have toward their informal caregivers [32, 33]. However, Gustafsson, et al. [20] state that the provision of rehabilitation care at home is an important area that should be recognized by care providers as well as health care managers.

Health communication with the aid of technology can facilitate the understanding of information, but can also be considered a barrier when the information provided is excessive or irrelevant [32, 34].

Transitional care is increasingly recognized as a useful care delivery model. But despite the widespread use of transitional care, this concept still lacks clarity [27]. Thus, Shahsavari, et al. [27], through a review of the literature, defined the concept of transitional care, considering its application in different studies and changes over time. In this study, 46 articles were analyzed and the results were grouped into antecedents, attributes, and consequences. From the analysis of the various articles, Shahsavari, et al. [27], concluded that the concept of transitional care is a systematic care process involving the patient, his/her family members, and the various elements of the multidisciplinary team.

With the analysis of the articles obtained, the factors that influence the gains sensitive to rehabilitation care in the empowerment of the dependent person in self-care in the home setting were identified and are summarized in table 2.

Table 22- Identification of the factors that influence the gains sensitive to rehabilitation care in the empowerment of the dependent person in self-care in home settings

Author/Year/Article Title	Identification of the factors that influence the gains sensitive to rehabilitation care in the empowerment of the dependent person in self-care in home settings
<u>Gustafsson</u> , et al (2019): <b>'Best fit' caring skills of an interprofessional team in short-term goal-directed reablement: older adults' perceptions</b>	-Caregiver competencies: 1) Being a motivating caregiver; 2) Being a caregiver who creates a positive atmosphere; 3) Being a caregiver oriented to human companionship; 4) Being a caregiver who goes beyond what is expected.
Bölenius, et al (2017): <b>Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services - a study protocol of a non-randomised controlled trial</b>	-Care planning; -Decision-making process; -Providing person-centered care.
Parmar, et al (2022): <b>Optimizing the integration of family caregivers in the delivery of person-centered care: evaluation of an educational program for the healthcare workforce</b>	-Knowledge of health professionals; -Health professionals' skills.
Jones, et al (2022): <b>Patient Perspectives on Care Transitions From Hospital to Home</b>	- Gaps in the transition processes: follow-up phone calls, scheduling appointments and their transport, the provision of important contacts, delivery of medical equipment to the home, and differences in the follow-up of black users.
Giosa, et al (2021): <b>Person- and family-centred goal-setting for older adults in Canadian home care: A solution-focused approach</b>	- Competencies of health professionals: 1) Seeing beyond age 2) Relational communication; 3) Doing 'with' rather than 'for'; 4) Participation and collaboration in the care planning process.
Piculell, et al (2020): <b>A concept analysis of health communication in a home environment: Perspectives of older persons and their informal caregivers</b>	-Communication in health; -Use of technology.
Shahsavari, et al (2018): <b>Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach</b>	-Conditions of the patient and his/her family members; -Participation of the different elements of the multidisciplinary team; - Environmental conditions; - Social support.



## 5 CONCLUSIONS

In the studies analyzed, several factors were identified as influencing the gains that are sensitive to rehabilitation care in empowering the dependent person in self-care at home. Thus, the provision of rehabilitation nursing care at home should take into account these factors with a view to improving and satisfying the expected care and results.

Transition of care is a systematic care process involving the patient, the family and the various elements of the multidisciplinary team, and this concept is not only limited to the care provided by nurses to patients at discharge. In this sense, primary health care is a community resource that ensures adequate continuity of care in the home/family context. However, there are several gaps in the transition processes that should be improved.

The provision of rehabilitation care at home is an important area that should be recognized by caregivers as well as health care managers. In this sense health professionals must have the knowledge and skills to support family caregivers.

Person-centered and goal-oriented rehabilitation care contribute to improved care, expected outcomes, as well as improved satisfaction with care and quality of life for clients/family.

It is proposed that further studies be conducted on the topic of transition of care from hospital to home, particularly in the process of dependent empowerment for self-care.

## 5. REFERENCES

1. Nunes, A. M.: Envelhecimento ativo em Portugal: desafios e oportunidades na saúde (2017). <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i4p49-71>
2. INE: Censos 2021- Divulgação dos resultados provisórios (2022). [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2)
3. OMS: Resumo. Relatório mundial de envelhecimento e saúde (2015). [http://apps.who.int/iris/bits-team/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bits-team/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf)
4. Costa, P., & Nunes, A.: Os cuidadores informais como resposta eficaz no cuidado ao idoso dependente: condicionantes da sobrecarga, necessidades e empowerment. In *Visões sobre o envelhecimento*. p. 65–78 (2020)
5. Fonseca, C., Pinho, L. G., Lopes, M. J., Marques, M. C., Garcia-Alonso, J.: The Elderly Nursing Core Set and the cognition of Portuguese older adults: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 20(1) (2021) <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00623-1>
6. Lopes, M.J., Pinho, L.G., Fonseca, C., Goes, M., Oliveira, H., García-Alonso, J., Afonso, A.: Functioning and cognition of Portuguese older adults attending in residential homes and day centers: a comparative study. In *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Special Issue: Ageing and Health: A Functional and Psychological Perspective. 18(13), p. 7030 (2021) <https://doi.org/10.3390/ijerph18137030> ,
7. Ramos, A., Fonseca, C., Pinho, L., Lopes, M., Oliveira, H., Henriques, A.: Functional Profile of Older Adults Hospitalized in Convalescence Units of the National Network of Integrated Continuous Care of Portugal: A Longitudinal Study. In *Journal of Personalized Medicine*, 11(12), p. 1350 (2021) <https://doi.org/10.3390/jpm11121350>
8. Faria, A., & Ribeiro, O.: Enfermagem de Reabilitação em estruturas residenciais para pessoas idosas. In *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. p. 671–680. Lidel (2021)
9. Pinho, L. G.; Lopes, M. J.; Correia, T.; Sampaio, F.; Arco, H; Mendes, A.; Marques, M.C. Fonseca, C.: Patient-Centered Care for Patients with Depression or Anxiety Disorder: An Integrative Review. In *Journal of Personalized Medicine*, 11(8), p. 776 (2021) <https://doi.org/10.3390/jpm11080776>
10. Pinho, L. G.; Correia, T.; Lopes, M. J.; Fonseca, C.; Marques, M.C.; Sampaio, F.; Arco, H. R.: Patient-Centered Care for People with Depression and Anxiety: An Integrative Review Protocol. In *Journal of Personalized Medicine*, 11(5), p. 411 (2021) <https://doi.org/10.3390/jpm11050411>
11. Reis, G., Bule, M. J., Sousa, L., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O.: Enfermagem de Reabilitação na idade adulta e velhice. In *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. p. 154–163. Lidel (2021)

12. Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M.: O Autocuidado como dimensão relevante para a Enfermagem de Reabilitação. In *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. p. 67–75. Lidel (2021)
13. Silva, C., Fonseca, C., Ferreira, R., Pinho, L., Schneider, B., Weidner, A., Morgado, B., Lopes, M.: Depression in older adults during the COVID-19 pandemic: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 12(10) (2022) <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065610>
14. Orem, D.: *Nursing: Concepts of Practice*. 6 (2001).
15. Decreto-Lei n.º 101/2006: Disposições gerais. p. 3857 (2006). <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
16. Saraiva, D.: O Olhar dos e pelos Cuidadores: Os Impactos de Cuidar e a Importância do Apoio ao Cuidador (2011). <http://hdl.handle.net/10316/17858>
17. Reis, G.: O adulto com dependência assistido nos autocuidados no domicílio. In M. Mayor, C. Sequeira, & G. Reis (Eds.), *Visita Domiciliária*. p. 119–140 (2018)
18. Joanna Briggs Institute: *Critical Appraisal Tools - Joanna Briggs Institute*, <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> (2021)
19. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. p. 3-24 (2005)
20. Gustafsson, L. K., Östlund, G., Zander, V., Elfström, M. L., & Anbäcken, E. M.: 'Best fit' caring skills of an interprofessional team in short-term goal-directed reablement: older adults' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(2), p. 498–506 (2019). <https://doi.org/10.1111/scs.12650>
21. Bölenius, K., Lämås, K., Sandman, P. O., & Edvardsson, D.: Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services - a study protocol of a non-randomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 17(1) (2017). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0445-0>
22. Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., & Brink, E.: Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), p. 248–251 (2011). <https://doi.org/doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.00>
23. McCormack, B., & McCance, T.: Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), p. 472–479 (2006). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
24. WHO: *Milestones in health promotion -statements from global conferences* (2009). [http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf)
25. Parmar, J. K., L'Heureux, T., Anderson, S., Duggleby, W., Pollard, C., Poole, L., Charles, L., Sonnenberg, L. K., Leslie, M., McGhan, G., Huhn, A., Sereda, S., Marion, C., Tarnowski, G., Mah, J., Melenberg, D., Weir, C., Pooler, C., MacLachlan, N., ... Sacrey, L. A. R.: Optimizing the integration of family caregivers in the delivery of person-centered care: evaluation of an educational program for the healthcare workforce. *BMC Health Services Research*, 22(1) (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07689-w>
26. Jones, B., James, P., Vijayasiri, G., Li, Y., Bozaan, D., Okammor, N., Hendee, K., & Jenq, G.: Patient Perspectives on Care Transitions from Hospital to Home. *JAMA Network Open*, 5(5) (2022). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10774>
27. Shahsavari, H., Zarei, M., & Aliheydari Mamaghani, J.: Transitional care: Concept analysis using Rodgers' evolutionary approach. In *International Journal of Nursing Studies*. 99. Elsevier Ltd. (2018). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103387>
28. Giosa, J. L., Byrne, K., & Stolee, P.: Person- and family-centred goal-setting for older adults in Canadian home care: A solution-focused approach. *Health and Social Care in the Community*, 30(5), p. 2445–2456 (2021). <https://doi.org/10.1111/hsc.13685>
29. Kreps, G.: Health communication inquiry and health promotion: A state of the art review. *Journal of Nature and Science*, 1(2), p. 35 (2015)
30. Hannawa, A. F., García-Jiménez, L., Candrian, C., Rossmann, C., & Schulz, P. J.: Identifying the field of health communication. *Journal of Health Communication*, 20(5), p. 521–530 (2015). <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.999891>
31. Bernhardt, J. Communication at the core of effective public health. *American Journal of Public Health*, 94(12), p. 2051–2053 (2004)
32. Piculell, E., Skär, L., Sanmartin Berglund, J., Anderberg, P., & Bohman, D.: A concept analysis of health communication in a home environment: Perspectives of older persons and their informal caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), p. 1006–1024 (2020). <https://doi.org/10.1111/scs.12928>
33. Goes, M., Lopes, M.J., Oliveira, H., Fonseca, C., Mendes, D.: Biological and Socio-Demographic Predictors of Elderly Quality of Life Living in the Community in Baixo-Alentejo, Portugal. In: García-Alonso, J.,

- Fonseca, C. (eds) Gerontechnology. IWoG 2018. Communications in Computer and Information Science, vol 1016. Springer, Cham (2019). [https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9\\_28](https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_28)
34. Goes, M., Oliveira, H., Lopes, M., Fonseca, C., Pinho, L.: Satisfaction: A Concept Based on Functionality and Quality of Life to Be Integrated in a Nursing Care Performance System. In: García-Alonso, J., Fonseca, C. (eds) Gerontechnology IV. IWoG 2021. Lecture Notes in Bioengineering. Springer, Cham (2022). [https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_9)