



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 para o Autocuidado da Pessoa
idosa hospitalizada: Ganhos sensíveis aos
cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

Tânia Isabel Brasiel Costa

Orientação: Professora Florbela Bia

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação 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 para o Autocuidado da Pessoa idosa hospitalizada: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Tânia Isabel Brasiel Costa

Orientação: Professora Florbela Bia

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Ana Clara Pica Nunes

Arguente: Professora Ana Lúcia da Silva João

Orientador: Professora Florbela Maria Marmou Bia

Setúbal, 2023

“But if you never try, you’ll never know just
what you’re worth”

Coldplay

AGRADECIMENTOS

À minha família, o meu porto seguro. Por todo o carinho e compreensão pelos momentos de ausência;

Ao João David, pelo amor e compreensão. Por incentivar o meu crescimento e não permitir que eu desista;

À Fernanda, à Beatriz e ao Rúben, pela amizade e companheirismo. Por partilharem comigo a sua experiência;

À Professora Florbela, pela disponibilidade e dedicação. Por toda a orientação ao longo deste percurso;

Ao corpo docente e Enfermeiros Orientadores Clínicos pelo acolhimento e partilha de conhecimentos. Por contribuírem para o meu crescimento profissional e pessoal;

A todos, o meu obrigada!

RESUMO

Enquadramento: Num país cada vez mais envelhecido, urge focar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, assegurando a manutenção das capacidades funcionais da pessoa. A capacitação da pessoa idosa para o autocuidado é fundamental para a promoção do bem-estar e qualidade de vida e os cuidados de Enfermagem de Reabilitação podem contribuir para uma melhoria significativa na recuperação da independência funcional. **Objetivo:** Identificar ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no cuidado à pessoa idosa hospitalizada e realizar uma análise reflexiva de aquisição de competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de Mestre. **Metodologia:** Foi implementado um projeto de intervenção assente na metodologia qualitativa de estudo de caso de Yin e baseado no Modelo De Prática Profissional de Enfermagem de Reabilitação, utilizando como instrumento de colheita de dados o Elderly Nursing Core Set. **Resultados:** A intervenção especializada resultou numa melhoria global da funcionalidade, alcançando-se uma média de 26,2% de ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao nível do conceito «autocuidado». **Conclusões:** O projeto de intervenção implementado revelou-se eficaz na capacitação para o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada. Foi feita uma análise reflexiva do desenvolvimento de aquisição de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação e como Mestre.

Palavras-chave: Autocuidado, Capacitação, Enfermagem de Reabilitação, Ganhos em saúde, Pessoa idosa

ABSTRACT

Background: In an increasingly ageing country, there is an urgent need to focus the intervention of the Rehabilitation Nurse Specialist on ensuring that the person's functional capacities are maintained. Empowering the elderly person to self-care is fundamental to promoting well-being and quality of life, and Rehabilitation Nursing care can contribute to a significant improvement in the recovery of functional independence. **Objective:** To identify gains that are sensitive to rehabilitation nursing care in the care of hospitalized elderly people and to carry out a reflective analysis of the acquisition of the common competences of specialist nurses, rehabilitation nursing specialists and masters. **Methodology:** An intervention project was implemented based on Yin's qualitative case study methodology and based on the Rehabilitation Nursing Professional Practice Model, using the Elderly Nursing Core Set as a data collection instrument. **Results:** The specialized intervention resulted in an overall improvement in functionality, achieving an average of 26.2% gains sensitive to Rehabilitation Nursing care in terms of the "self-care" concept. **Conclusions:** The intervention project implemented proved to be effective in training hospitalized elderly people in self-care. A reflective analysis was made of the development of the acquisition of specialized skills in Rehabilitation Nursing and as a Master.

Keywords: Self-care, Training, Rehabilitation Nursing, Health gains, Elderly person

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – COMUNICAÇÃO ORAL NO WORKSHOP IWOG'22, FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY: «THE REHABILITATION NURSE AND THE EMPOWERMENT OF OLDER ADULTS WITH MOBILITY IMPAIRMENT AND SELF-CARE DEFICITS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW»	112
APÊNDICE II - THE REHABILITATION NURSE AND THE EMPOWERMENT OF OLDER ADULTS WITH MOBILITY IMPAIRMENT AND SELF-CARE DEFICITS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW	121
APÊNDICE III – CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO: AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	134
APÊNDICE IV - COMUNICAÇÃO ORAL NO III CONGRESSO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM (EM ASSOCIAÇÃO): «CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA: GANHOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO»	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura n.º 1 – Modelo de Prática Profissional de Enfermagem.....	34
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes	36
Quadro n.º 2 - Plano de Intervenção de ER para a capacitação para o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada.....	51
Quadro n.º 3 - Aplicação do instrumento ENCS à participante A1	54
Quadro n.º 4 - Aplicação do instrumento ENCS à participante A2	55
Quadro n.º 5 - Aplicação do instrumento ENCS ao participante B1	57
Quadro n.º 6 - Aplicação do instrumento ENCS ao participante B2.....	58
Quadro n.º 7 - Aplicação do instrumento ENCS ao participante B3.....	59
Quadro n.º 8 - Aplicação do instrumento ENCS à participante B4.....	60
Quadro n.º 9 - Aplicação do instrumento ENCS ao grupo de participantes C	62
Quadro n.º 10 - Média dos ganhos alcançados pela aplicação do instrumento ENCS	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Evolução do parâmetro «autocuidado» do instrumento ENCS	79
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ATJ – Artroplastia Total do Joelho

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diárias

CH – Centro Hospitalar

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS – Direção-Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENCS – Elderly Nursing Core Set

ER – Enfermagem de Reabilitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

MPP – Modelo de Prática Profissional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PE – Processo de Enfermagem

RC – Reabilitação Cardíaca

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

TDAE – Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	14
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO.....	17
1.1. SERVIÇO DE CARDIOLOGIA	18
1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA	18
1.3. SERVIÇO DE ORTOPEDIA	19
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCRETUAL	21
2.1. PERFIL DA PESSOA IDOSA EM PORTUGAL	21
2.2. TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA	22
2.3. AUTOCUIDADO	24
2.4. RELAÇÃO ENFERMEIRO-PESSOA.....	26
3. CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	28
4. MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA	30
5. METODOLOGIA	35
5.1. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	35
5.2. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	37
5.3. PLANO DE INTERVENÇÃO	39
5.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	52
6. RESULTADOS.....	53
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	64
8. ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	81

8.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	81
8.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO	86
8.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	89
CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
APÊNDICES	111

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, inserida no plano de estudos do terceiro semestre do segundo ano do 6.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, acolhido pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, sob orientação dos docentes Professor Doutor César Fonseca e Professora Florbela Bia.

O ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre integra um curso de especialização e um estágio de natureza profissional, objeto de relatório final, alvo de apreciação e discussão pública por um júri nomeado pelo órgão legal e estatutariamente competente da instituição de ensino superior (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Segundo Coutinho (2020), um relatório desempenha o papel de um documento escrito destinado a comunicar os resultados de uma investigação, bem como os métodos utilizados para obtê-los. Na esfera da saúde, os relatórios desempenham um papel fundamental na divulgação dos resultados de projetos e na sensibilização dos profissionais de saúde para questões específicas.

A população portuguesa tornou-se cada vez mais envelhecida na última década (PORDATA, 2022). O envelhecimento populacional, o incremento das doenças crónicas e a transição saúde/doença encontram-se interligados e podem aumentar a dependência da pessoa idosa no autocuidado, afetando a sua qualidade de vida (Fonseca, 2013; Direção-Geral da Saúde (DGS), 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2017), a reabilitação desempenha um papel primordial, tanto no ambiente hospitalar quanto na comunidade, na maximização das capacidades da pessoa, na procura de melhorar a sua funcionalidade e minimizar a deficiência resultante da situação de saúde. A reabilitação visa “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

A Enfermagem de Reabilitação (ER) centraliza-se na promoção da qualidade de vida, contribuindo para a diminuição do grau de dependência em pessoas que apresentam dificuldades em satisfazer o autocuidado (Deodato, 2017a). Assim, no âmbito da sua prática especializada, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) compreende os problemas reais e potenciais das pessoas na formulação de diagnósticos precoces e na conceção, implementação e monitorização de planos de ER diferenciados que busquem manter, recuperar ou melhorar as capacidades funcionais e/ou a independência nas Atividades de Vida Diárias (AVD), prevenir complicações secundárias e evitar ou minimizar as incapacidades instaladas. A sua intervenção enquadra a educação das pessoas e familiares, o planeamento da alta, a continuidade dos cuidados e a reintegração na comunidade (Regulamento n.º 392/2019).

Considerando que um relatório procura apresentar estratégias e métodos para enfrentar desafios em questão (Ruivo et al., 2010) e partindo do exposto nos parágrafos anteriores, pareceu-nos pertinente a implementação de um projeto de intervenção intitulado “Capacitação para o Autocuidado da Pessoa idosa hospitalizada: Ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação” durante o estágio de natureza profissional, designado ao longo deste relatório como ensino clínico (EC).

Para este percurso, estabeleceu-se como objetivo geral: desenvolver competências de EEER e de Mestre nos cuidados à pessoa idosa hospitalizada com compromisso do autocuidado e como objetivos específicos: desenvolver avaliação diagnóstica da pessoa idosa hospitalizada com compromisso do autocuidado, planear programas de intervenção de ER para a pessoa idosa hospitalizada com compromisso do autocuidado e identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER à pessoa idosa hospitalizada com base no Modelo de Prática Profissional (MPP) desenvolvido.

De modo a simplificar a leitura do documento, este encontra-se estruturado em oito capítulos. O primeiro capítulo contextualiza os locais de ensino clínico, palco do projeto de intervenção, com a salvaguarda do anonimato da instituição, realizando, simultaneamente, um paralelismo com a intervenção do EEER em cada contexto. Segue-se, no segundo capítulo, um enquadramento teórico e concetual referente à problemática em estudo. O terceiro capítulo expõe uma Revisão Sistemática da Literatura (RSL) cuja temática vai de encontro a uma das Áreas de Investigação prioritárias de Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025: as intervenções autónomas do EEER e a capacitação da pessoa (Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2014). O quarto capítulo suporta-se nos dois capítulos

anteriores para apresentar um MPP de ER na Capacitação para o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada que norteia o projeto de intervenção. No quinto capítulo, é apresentada a metodologia do projeto de intervenção, cujos resultados são apresentados no sexto capítulo e alvo de discussão no sétimo. Por fim, no oitavo capítulo, é desenvolvida uma análise reflexiva de aquisição de competências por meio de descrição das atividades desenvolvidas ao longo de todo o percurso.

Este relatório foi redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa, à exceção da transcrição de citações cuja data seja anterior ao referido acordo. As referências seguem a Norma da *American Psychological Association 7th Edition* (American Psychological Association, 2021) e a estrutura do documento segue as normas de elaboração e apresentação de trabalho escritos da Escola Superior de Saúde, Politécnico de Portalegre (2018).

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

Neste capítulo proceder-se-á a uma descrição do contexto onde decorreram os ensinamentos clínicos com enfoque na população abrangida e na perspetiva dos cuidados de ER.

Os estágios clínicos decorreram num Centro Hospitalar (CH) situado na Área Metropolitana de Lisboa, de forma faseada em três serviços de internamento para adultos.

A área de influência do CH engloba quatro concelhos. Os resultados dos Censos 2021 indicam uma população com cerca de 219 mil habitantes (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2021a) com um índice médio de envelhecimento inferior (142), quando comparado ao de Portugal (182) (INE, 2021b).

Dados referentes a setembro de 2022 indicam que a demora média de internamento do CH é ligeiramente superior à média do Serviço Nacional de Saúde, todavia é na percentagem de internamentos com demora superior a 30 dias (3,1%) e na percentagem de reinternamento em 30 dias (5,5%) que o CH se destaca positivamente face à média do Serviço Nacional de Saúde que apresenta valores de 4,5% e 6,2% respetivamente (Administração Central do Sistema de Saúde, 2022).

Analogamente ao número de enfermeiros por cada 1000 habitantes por local de trabalho, constata-se um aumento da discrepância nos últimos dez anos, situando-se a média dos quatro concelhos abrangidos abaixo no valor nacional (INE, 2022a).

As particularidades da população abrangida pelo CH e a natureza dos serviços de internamento a seguir apresentada constituíram-se como premissas na escolha dos locais de ensino clínico, na procura de oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento de competências.

1.1. SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

As primeiras seis semanas de EC decorreram no Serviço de Cardiologia.

A reabilitação cardíaca (RC) encontra-se habitualmente dividida em três fases: (I) intra-hospitalar, (II) ambulatório e (III) intervenção a longo prazo (Piepoli et al., 2016; Ordem dos Enfermeiros (OE), 2020). No Serviço de Cardiologia, desenvolve-se a primeira fase da RC após um evento cardíaco agudo ou agudização de uma patologia cardíaca crónica ou preexistente.

O compromisso cardiorrespiratório impõe um processo de transição saúde/doença (Son & You, 2015) com repercussões significativas na autonomia e qualidade de vida da pessoa (OE, 2018). A RC induz uma melhoria progressiva da capacidade cardiorrespiratória e funcional e, consequentemente, da qualidade de vida e autonomia da pessoa para retornar as AVD (Abreu et al., 2018). A Sociedade Portuguesa de Cardiologia reconhece o papel primordial do EEER no seio de uma equipa multidisciplinar na RC (Abreu et al., 2018).

A competência do EEER em realizar uma avaliação da situação clínica permite planear as intervenções de ER mais adequadas (Regulamento n.º 392/2019). A avaliação e intervenção neste âmbito deverá incluir a avaliação sintomatológica, dos meios complementares de diagnóstico (Krowka, 2016), da função muscular e qualidade de vida por meio de instrumentos sistematizados de avaliação (OE, 2018) com vista a prevenir as sequelas da imobilização, melhorar a capacidade funcional e educar a pessoa (OE, 2020).

O Serviço de Cardiologia integra um Programa de RC na fase de internamento à pessoa com patologia cardíaca específica inserido no Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em fase de desenvolvimento.

1.2. SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

A Medicina Interna é uma especialidade médica generalista, dedicada a pessoas adultas portadoras de doenças sistémicas ou de órgão (Ministério da Saúde, 2016). Assume um papel fundamental na resposta integrada aos doentes crónicos, atendendo às suas necessidades, incluindo de reabilitação (Ministério da Saúde, 2016).

Pneumonia da Comunidade, Acidente vascular Cerebral (AVC) e Insuficiência Cardíaca constituem-se as três patologias mais recorrentes nos serviços de internamento de Medicina

Interna (Ministério da Saúde, 2016). O EC, desenvolvido durante dez semanas deste Serviço, incidiu essencialmente, devido às características da população internada, na reabilitação da pessoa após AVC.

Com característica súbita, um episódio de AVC provoca alterações sensoriais e motoras, comprometendo a mobilidade, a realização das AVD e a qualidade de vida (DGS, 2017; Boumer et al., 2019). Em consequência, ergue-se a necessidade de cuidados de reabilitação, o mais precocemente possível, na procura de promover a independência funcional da pessoa em todos os contextos, por forma a potenciar uma adequada adaptação da pessoa à sua nova condição (OMS, 2003; Menoita, 2012).

No processo de reabilitação, o EEER assume um papel fundamental na avaliação dos défices, na identificação dos diagnósticos, no planeamento e na implementação das intervenções de reabilitação que visem o alcance de ganhos na recuperação funcional da pessoa com AVC em todos os aspetos do quotidiano, de forma a preparar da pessoa para o regresso a casa (Regulamento n.º 392/2019).

1.3. SERVIÇO DE ORTOPEDIA

O EC terminou após seis semanas no Serviço de Ortopedia. A população internada neste serviço caracteriza-se pelo compromisso músculo-esquelético presente. Frequentemente, as regiões corporais acometidas são os membros superiores e inferiores, com lesões decorrentes de osteoartrose ou eventos traumáticos, muitas das vezes com necessidade de intervenção cirúrgica.

O compromisso no sistema músculo-esquelético e a cirurgia orto traumatológica desencadeiam um processo de transição saúde/doença, geram um grau de dependência no autocuidado e afetam o sistema psicológico (Brito, 2012; Lourenço et al., 2021).

Considerando que muitos casos se tratam de cirurgias programadas, a conceção de cuidados de ER deve contemplar o período pré-operatório (Lourenço et al., 2021). Intervir nesta fase conduz a uma redução da ansiedade e facilita o processo de transição, promove o envolvimento da pessoa e contribui para uma maior adesão ao plano de reabilitação (Pina & Baixinho, 2020; Stith et al., 2020; Lourenço et al., 2021).

Este período permite ainda realizar uma avaliação do potencial de reabilitação da pessoa e da sua potencialidade para adquirir conhecimento e capacidade, o que ajudará a prever a necessidade de existência de um cuidador para complementar ou substituir a pessoa no período pós-operatório (Lourenço et al., 2021).

Com primórdio do período pré-operatório e contínuo no período pós-operatório, as intervenções do EEER baseiam-se em ensinar, instruir e treinar a pessoa para a prevenção de complicações e maximização das suas capacidades (Lourenço et al., 2021) com enfoque a nível do autocuidado e da readaptação funcional (Regulamento n.º 350/2015).

Embora o Serviço de Ortopedia não apresente nenhum programa/projeto inerente à prática de ER, os EEER deste serviço assumem um papel relevante dado que, na maior parte das situações, são os profissionais que dão início ao processo de reabilitação.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL

Este capítulo procura enquadrar teoricamente e concetualmente a problemática em estudo, partindo do retrato da população alvo para o estabelecimento de u paralelismo entre os aspetos relevantes dos referenciais teóricos utilizados e o cuidado de ER.

2.1. PERFIL DA PESSOA IDOSA EM PORTUGAL

A OMS (2002) define «idoso» como a pessoa com 60 ou mais anos de idade, todavia, o conceito de idoso varia consoante o nível socioeconómico de cada país e, nos países desenvolvidos, a idade aumenta para os 65 anos, onde se inclui Portugal (PORDATA, 2022).

No mundo, em 2021, cerca de 13,5% da população era idosa e estima-se que em 2030 uma em cada seis pessoas terá 60 anos ou mais (OMS, 2021).

Na última década, em Portugal, tem-se verificado o aumento do envelhecimento populacional: em 2011, 18,9% da população portuguesa tinha 65 ou mais anos e, em 2021, a percentagem subiu para 23,4% (PORDATA, 2022). O índice de envelhecimento (idosos por cada 100 jovens) aumentou de 101,6% em 2001 para 178,4% em 2021 (PORDATA, 2022), sendo o mais alto registado na região centro de Portugal (INE, 2021b).

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 define o «indicador anos de vida saudável aos 65 anos» como “o número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável” (DGS, 2021, p. 35). Em 2019, os valores do indicador foram de 6,9 anos no sexo feminino e 7,9 anos no sexo masculino, mantendo-se inferiores aos da média da União Europeia, embora registem um crescimento contínuo (DGS, 2021).

Por outro lado, a esperança de vida em Portugal é ligeiramente superior à média da União Europeia (European Commission, 2021), atingindo os 83,7 anos para o sexo feminino e os 78,3 anos para o sexo masculino, no ano de 2019 (PORDATA, 2022). Ressalva-se que estes valores

diminuíram em 2020 em consequência da pandemia de COVID-19 (European Commission, 2021).

O avançar da idade traz o aumento da morbilidade e incapacidade consequentes de doenças e lesões, sobretudo crónicas, comprometendo a autonomia da pessoa no autocuidado (Fonseca, 2013; DGS, 2017). Os dados do 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico à população residente em Portugal em 2015, com idades compreendidas entre os 25 e os 74 anos, indicam que multimorbilidade afeta mais de um terço da população portuguesa sendo que a ocorrência de doença crónica é mais frequente no grupo etário dos 65-74 anos e no sexo feminino (Romana et al., 2019).

Do aumento da sobrevivência na presença de doença crónica, resulta a perda de funcionalidade e do bem-estar (Suzman et al., 2015). O diagnóstico precoce e o controlo adequado das doenças crónicas e do declínio físico e mental são fundamentais para a manutenção da capacidade funcional (DGS, 2017)

No mundo, pelo menos 142 milhões de pessoas idosas não conseguem satisfazer as suas necessidades básicas (OMS, 2021) e dados do Eurostat (2022) revelam que, em 2019, 20,6% da população idosa em Portugal apresentava dificuldades no cuidado pessoal, o qual inclui alimentar-se, levantar-se, vestir-se e despir-se, tomar banho e usar o sanitário.

Estes dados são corroborados, em 2021, com um Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias, que divulgou o número de casos de limitação na realização de atividades, limitação essa causada por problemas de saúde, tendo-se observado que o número de pessoas afetadas foi mais elevado desde 2016, respeitante maioritariamente a pessoas idosas (INE, 2022b)

2.2. TRANSIÇÃO SAÚDE/DOENÇA

Quando ocorre alguma situação que afeta a saúde de uma pessoa, existe, naturalmente, uma alteração na sua vida e na forma como a pessoa se percecionava previamente ao acontecimento. Inicia-se, então, um processo de transição (Meleis, 2010).

A transição apresenta-se como um dos conceitos centrais da Teoria das Transições de Afaf Meleis que define «transição» como um processo desencadeado por uma mudança e que leva a

uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro (Meleis et al., 2000). “A transição é entendida como sendo um processo psicológico envolvido na adaptação a um evento de mudança, por forma a incorporá-lo” (Silva et al., 2019, p. 38).

As transições podem ser de quatro tipos: de desenvolvimento, situacionais, saúde/doença e organizacionais (Meleis, 2012).

Focalizando a transição saúde/doença, esta caracteriza-se por uma mudança de um estado saudável para um estado de doença crónica ou agravamento da condição de saúde (Meleis, 2010). Todos os processos de transição exigem adaptação (Petronilho et al., 2021)

A consciencialização por parte da pessoa relativamente às mudanças que ocorreram a nível físico, emocional e social é uma propriedade fundamental para uma transição saudável, dado que só poderá existir envolvimento da pessoa, quando a mesma estiver consciencializada das mudanças ocorridas (Meleis, 2012).

Uma transição saudável resulta em mestria nos comportamentos pela aquisição de novas capacidades e habilidades para lidar com a nova condição de saúde e na reformulação de nova identidade (Meleis et al., 2000).

Cabe ao EEER compreender e facilitar os processos de transição e desenvolver terapêuticas de enfermagem fundamentadas nos padrões de respostas adequados, nomeadamente na promoção do conhecimento e capacidade da pessoa na aquisição de competências para o processo de readaptação, com vista à satisfação da pessoa e maximização da sua funcionalidade e bem-estar (Meleis et al., 2000; Ribeiro, 2017; Silva et al., 2019). Entende-se por terapêuticas de enfermagem as ações implementadas pelos enfermeiros durante as experiências de transição (Ribeiro, 2017).

Durante este processo, é imprescindível que o EEER conheça os fatores pessoais, da comunidade e da sociedade como aspetos facilitadores e dificultadores do processo de transição (Silva et al, 2019; Ribeiro et al., 2021) e que atenda à forma como a pessoa se posiciona face à nova condição de saúde, isto é, como consciencializa a situação e a mudança (Silva et al., 2019).

2.3. AUTOCUIDADO

A Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985, surge como uma das teorias mais citadas na enfermagem, possuindo o autocuidado como conceito central (Queirós et al., 2014).

Orem (2001) define «autocuidado» como uma função humana reguladora referente às ações deliberadamente executadas pelas pessoas para controlar o seu próprio funcionamento e desenvolvimento. Estas ações são empreendidas com o objetivo de assegurar o suprimento dos requisitos essenciais para sustentar a vida, promover o crescimento e desenvolvimento, e preservar a integridade humana. Além disso, englobam ações direcionadas para a manutenção das condições internas ou externas, necessárias para preservar e melhorar a saúde. O enfoque encontra-se na prevenção, alívio, cura ou controle de condições indesejáveis que afetam, ou podem vir a afetar, a vida, a saúde ou o bem-estar.

O autocuidado caracteriza-se como um comportamento adquirido, resultado de vivências cognitivas, culturais e sociais e integra dois conceitos: 1) agente de autocuidado, relacionado com a capacidade da pessoa para desenvolver comportamento de autocuidado; e 2) comportamento de autocuidado, que integra a prática de tarefas que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias, visando a preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar (Orem, 2001).

Quando nasce, o ser humano dá início a um processo gradual e sistemático em busca da independência, que o capacita a viver como cidadão autónomo (Reis & Bule, 2017). Toda a pessoa apresenta potencial para se autocuidar, resultado de um conjunto de habilidades, conhecimentos e experiência adquirida ao longo da vida (Orem, 2001).

Todavia, quando as exigências do autocuidado excedem a capacidade da pessoa para o realizar (Reis & Bule, 2017; Petronilho & Machado, 2017), o agente de autocuidado assume a responsabilidade de conhecer e suprimir a necessidade terapêutica de autocuidado de outro(s) que estão dependentes ou de regular o exercício de atuação de autocuidado destas pessoas (Orem, 2001). Estes agentes podem ser profissionais ou cuidadores informais capacitados para o cuidar (Queirós, 2010). O cuidador informal é definido por Abreu (2008) como um parente ou pessoa significativa que assume a função de cuidar da pessoa dependente numa relação de proximidade.

A TDAE compreende três teorias interrelacionadas: 1) a Teoria do Autocuidado; 2) a Teoria do Défice de Autocuidado; e 3) a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2002).

A Teoria do Autocuidado descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias, permitindo identificar as limitações da ação das pessoas (Tomey & Alligood, 2002). Segundo Söderhamn (2000), a capacidade de autocuidado é verdadeiramente manifestada quando a pessoa é competente para realizar atividades de autocuidado, visando a manutenção, recuperação ou aprimoramento de sua saúde e bem-estar.

A Teoria do Défice de Autocuidado estabelece a necessidade de cuidados de enfermagem face às limitações da ação da pessoa que a condicionam de cuidar de si mesma (Tomey & Alligood, 2002). Quando as exigências de autocuidado se tornam superiores à capacidade da pessoa para desenvolver o autocuidado, é necessária a intervenção de enfermagem (Queirós et al., 2014). Estas intervenções são orientadas pelas limitações da ação da pessoa (Tomey & Alligood, 2002). Queirós (2010) ressalva que a pessoa pode oscilar nas necessidades de autocuidado perante situações de transição.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem explica os sistemas de ação concebidos pelos enfermeiros através do exercício da sua prática perante pessoas com limitações de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002). Assim, Orem identificou três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem: 1) sistema totalmente compensatório, quando há necessidade de substituir a pessoa no autocuidado; 2) sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa apenas necessita de ajuda para realizar aquilo que não é capaz de realizar de forma autónoma; e 3) apoio-educativo, quando a pessoa necessita apenas de ensino e supervisão na realização das ações do autocuidado (Tomey & Alligood, 2002; Queirós et al., 2014).

Orem nomeou cinco métodos que podem ser utilizados isoladamente ou em combinação pelos enfermeiros quando cuidam da pessoa dependente: 1) executar ou agir, substituindo-a nas atividades que a pessoa não é capaz de concretizar; 2) orientar e encaminhar; 3) dar apoio físico e/ou psicológico; 4) criar e manter um ambiente que favoreça o desenvolvimento; e 5) ensinar (Tomey & Alligood, 2002).

Mais tarde, Fonseca (2013) desenvolveu um modelo de autocuidado suportado no Modelo de Autocuidado de Orem (2001) e no continuum de funcionalidade proposto pela Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) (DGS, 2004).

Este modelo examina o comportamento de autocuidado em pessoas com 65 anos ou mais, utilizando a avaliação da funcionalidade para estabelecer uma correspondência entre perfis funcionais e as necessidades de cuidados de enfermagem, de acordo com a CIF (DGS, 2004): não há problema (nenhum, ausente, insignificante - 0-4%); problema ligeiro (leve, pequeno - 5-24%); problema moderado (médio, regular - 25-49%); problema grave (grande, extremo - 50-95%); problema completo (total - 96-100%) (Fonseca, 2013).

2.4. RELAÇÃO ENFERMEIRO-PESSOA

A Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), que descreve a relação enfermeiro-doente, caracteriza-se por duas componentes distintas correlacionadas: a natureza da relação e o processo de relação.

A natureza da relação engloba dois processos interligados: o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica de enfermagem. O processo de avaliação diagnóstica consiste na avaliação ou reavaliação contínua, sistemática, dinâmica e integrada da situação clínica da pessoa, com o foco principal no indivíduo, sendo este o centro de atenção do enfermeiro. O processo de intervenção terapêutica abarca todas as intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa, levando em consideração as interações dela com o contexto envolvente (Lopes, 2006).

A relação entre estes dois processos conduz ao processo de relação composto por três fases sequenciais: o início da relação, o corpo da relação e o fim da relação (Lopes, 2006).

O início da relação antecede o encontro do enfermeiro com a pessoa e contempla a entrevista de admissão à pessoa, desenvolvendo-se o processo de avaliação diagnóstica e iniciando-se o processo de intervenção terapêutica de enfermagem, que se prolonga pelo corpo da relação caracterizado pela intervenção do enfermeiro. O fim da relação corresponde ao término da intervenção terapêutica do enfermeiro imposta pelo alcançar do objetivo inicialmente estabelecido ou pela ocorrência de um acontecimento precipitante do final da relação (Lopes, 2006).

Uma boa relação enfermeiro-pessoa permite uma redução dos dias de internamento hospitalar e melhora a qualidade e satisfação de ambos. A distribuição igualitária de poder

oferece à pessoa o poder de decisão sobre o seu processo de transição saúde/doença com o aconselhamento do enfermeiro (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020).

3. CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A evidência científica é reconhecida como uma ferramenta fundamental para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos EEER e para aprimorar a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019). O EEER desenvolve e implementa programas de reabilitação personalizados, fundamentados na identificação das necessidades individuais da pessoa, com base na melhor evidência científica. O objetivo é promover e manter o bem-estar e a qualidade de vida. (Regulamento n.º 392/2019; OE, 2018).

A Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014) publicou um documento respeitante às Áreas de Investigação prioritárias em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025, com destaque para as intervenções autónomas do EEER e para a capacitação da pessoa.

Posto isto, e considerando a temática aqui abordada, pareceu-nos pertinente estabelecer quais as intervenções de ER para a capacitação da pessoa idosa com compromisso da mobilidade e défice de autocuidado. Para isso, foi realizada uma RSL. Este tipo de revisão surge como ferramenta de destaque na prática de ER, permitindo alcançar a evidência científica desejada, sintetizando os achados recentes sobre a questão estudada de acordo com um método sistemático, explícito e reproduzível de forma a minimizar o viés (Cumpston et al., 2021).

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO Host – Research Databases, selecionando as seguintes bases de dados: Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL Plus with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Clinical Answers; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; eBook Collection (EBSCOhost); eBook University Press Collection (EBSCOhost); ERIC; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORTDiscus with Full Text; Teacher

Reference Center. Para identificar a questão de investigação foi utilizada a metodologia PICO (Costa et al., 2023).

Foram utilizados os descritores MeSH (Medical Subject Heading) e CINAHL Subject Headings, resultando na frase booleana [(elderly) AND (mobility) AND (self-care deficit)] AND [(rehabilitation nurs*) OR (nurs*) AND (intervention or program) OR (rehabilitation) OR (empowerment)] AND [(randomi?ed control* trial*) OR (randomi?ed clinical trial*)] (Costa et al., 2023).

Destaca-se que a RSL teve a avaliação metodológica (Tufanaru et al, 2020) e níveis de evidência de JBI Critical Appraisal Tools (2021), tendo-se cumprido mais de 50% os critérios de qualidade propostos (Costa et al., 2023).

Acresce referir que a RSL desenvolvida encontra-se inscrita para registo na PROSPERO com o ID CRD42022365894, foi apresentada em formato de comunicação oral no *Workshop IWoG'22, Fifth International Workshop on Gerontechnology* (Apêndice I) e publicada na revista *Gerontechnology V Iwog 2022 Lecture notes in bioengineering* com o título «The Rehabilitation Nurse and the Empowerment of Older Adults with Mobility Impairment and Self-care Deficits: A Systematic Literature Review»¹, que pode ser lida na íntegra (Apêndice II).

¹ https://doi.org/10.1007/978-3-031-29067-1_32

4. MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA

Ribeiro et al (2016) verificaram que, em contexto hospitalar, é necessário identificar estratégias que contribuam para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e para uma prática profissional de excelência, sugerindo os MPP de enfermagem enquanto estruturas de orientação para a prática como estratégia.

A ausência de estudos conduzidos em Portugal e a falta de conhecimento sobre instituições hospitalares que tenham estabelecido um Modelo de Prática Profissional (MPP) de enfermagem justificam o investimento nesta área, tanto em termos teóricos quanto práticos. Os MPP são encarados como uma ferramenta essencial para atingir a excelência nos resultados e promover uma prática profissional de enfermagem de alta qualidade (Ribeiro et al., 2016).

Atualmente, a pressão na acessibilidade e continuidade de cuidados e os baixos rácios de enfermagem são uma realidade, tornando-se imprescindível investir em modelos que garantam o desenvolvimento de cuidados de alta qualidade (Kaya & Boz, 2017; Bloemhof et al. 2021).

Os MPP de enfermagem oferecem uma base conceitual e metodológica por meio do desenvolvimento de processos relacionais e teorias de enfermagem. Eles fornecem aos enfermeiros uma orientação para a prática, visando alcançar a excelência na execução das suas funções na área de enfermagem (Meehan et al., 2018; Ribeiro et al., 2019; Pérez-Vergara et al.; 2021).

Um MPP é fundamentado numa base teórica e abrange seis elementos essenciais: liderança, fomento da prática independente e colaborativa entre os enfermeiros, configuração do ambiente de prática, ênfase em pesquisa e inovação, investimento no desenvolvimento e reconhecimento profissional, além da mensuração dos resultados obtidos pelos clientes (Slatyer et al., 2015).

A implementação de MPP de enfermagem resulta, para a pessoa, na promoção da saúde, no bem-estar, na prevenção de complicações e no aumento crescente da satisfação; e, para o enfermeiro, na melhoria da comunicação, da autonomia, do trabalho em equipa, da gestão partilhada e do fortalecimento do compromisso com a organização e a profissão (Ribeiro et al., 2016).

Independentemente dos seus constituintes, o foco principal dos MPP de enfermagem é a pessoa, sendo a relação enfermeiro-pessoa a chave para o êxito (Ribeiro et al., 2016). Este pressuposto vai de encontro à Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) explanada no capítulo anterior, que enfatiza a relação enfermeiro-doente.

No âmbito na sua prática, o EEER utiliza o Processo de Enfermagem (PE) como ferramenta no processo de tomada de decisão, permitindo desenvolver um pensamento sistemático e intencional (Andrade et al., 2018). A utilização do PE deve incluir a aplicação de pelo menos uma teoria de enfermagem como forma de identificar o modo como a pessoa reage aos seus problemas de saúde e processos de vida, determinando assim quais as áreas que requerem intervenção (Silva et al., 2017, Martins et al., 2018; Ribeiro et al., 2021).

A avaliação da pessoa, apesar de surgir como a primeira etapa do PE, é contínua no tempo (Silva et al., 2017). A nosso ver, esta etapa poderá ser equiparada ao processo de avaliação diagnóstica da Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), com o foco na pessoa. Meleis (2010) defende que a avaliação deve ser multifatorial e considerar a consciencialização sobre a nova condição de saúde dado este ser um aspeto determinante na promoção de transições saudáveis e, conseqüentemente, na obtenção de ganhos em saúde e de adaptação.

Também a Teoria das Transições de Afaf Meleis enfatiza a interação enfermeiro-pessoa, ao considerar que o enfermeiro atenta nos potenciais problemas e dificuldades decorrentes das experiências vivenciadas pela pessoa no processo de transição, aquando o planeamento de terapêuticas de enfermagem, visando o sua saúde e bem-estar (McEwen, 2016; Silva et al., 2019).

O EEER tem um papel fundamental no acompanhamento de pessoas em processo de transição de um estado de independência para dependência (Silva et al., 2019). A sua intervenção, tendo por foco o autocuidado, releva-se facilitadora dos processos adaptativos, contribuindo para a readaptação da pessoa à sua nova condição de vida após o declínio funcional (Petronilho et al., 2021).

Quando as necessidades de autocuidado se tornam superiores à capacidade da pessoa, surge um défice. Estabelecer uma relação entre estes dois conceitos permite ao enfermeiro orientar a sua prática de acordo com as necessidades da pessoa (Orem, 2001).

A dependência no autocuidado emerge como foco central no plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, na orientação para a capacitação da pessoa no desempenho das atividades que compõem cada um dos domínios do autocuidado (Petronilho & Machado, 2017). O EEER é detentor de conhecimentos e competências que o permitem capacitar a pessoa para a reinserção e maximizar a funcionalidade pelo desenvolvimento das capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019). Neste sentido, planeia a sua intervenção direcionada à promoção do autocuidado e da maximização das capacidades, tendo como foco a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa e a recuperação funcional (Regulamento n.º 350/2015).

Capacitar “é um processo multidimensional que envolve conhecimento, decisão e ação” (Reis & Bule, 2017, p. 57) e envolve domínios cognitivo, físico e material (Reis & Bule, 2017; Sousa et al., 2020), à semelhança do autocuidado que envolve quatro domínios: cognitivo, físico, emocional e de comportamento (Petronilho & Machado, 2017).

As intervenções de ER, que Lopes (2006) designa por processo de intervenção terapêutica, com foco no autocuidado podem ser compensatórias, parcialmente compensatórias e de apoio educativo (Orem, 2001). Aqui realizamos um paralelismo entre a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem (2001) e o Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013) onde é possível associar as intervenções referidas anteriormente ao perfil funcional problema grave / problema completo, ao problema moderado e não há problema / problema ligeiro, respetivamente. De ressaltar que o sistema parcialmente compensatório agrega a participação da pessoa e as de natureza educativa, um conjunto de informações necessárias à capacitação para o autocuidado (Reis & Bule, 2017).

Partindo dos pressupostos teóricos explanados no capítulo anterior e das relações estabelecidas no presente capítulo, o MPP de enfermagem que aqui propomos tem como bases teóricas, a Teoria de Autocuidado de Orem (2001), a Teoria das Transições de Meleis (Meleis et al., 2000), a Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) e o Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013), objetivando ganhos sensíveis aos cuidados de ER na capacitação para o

autocuidado da pessoa idosa hospitalizada. O modelo proposto encontra-se esquematizado na figura n.º 1.

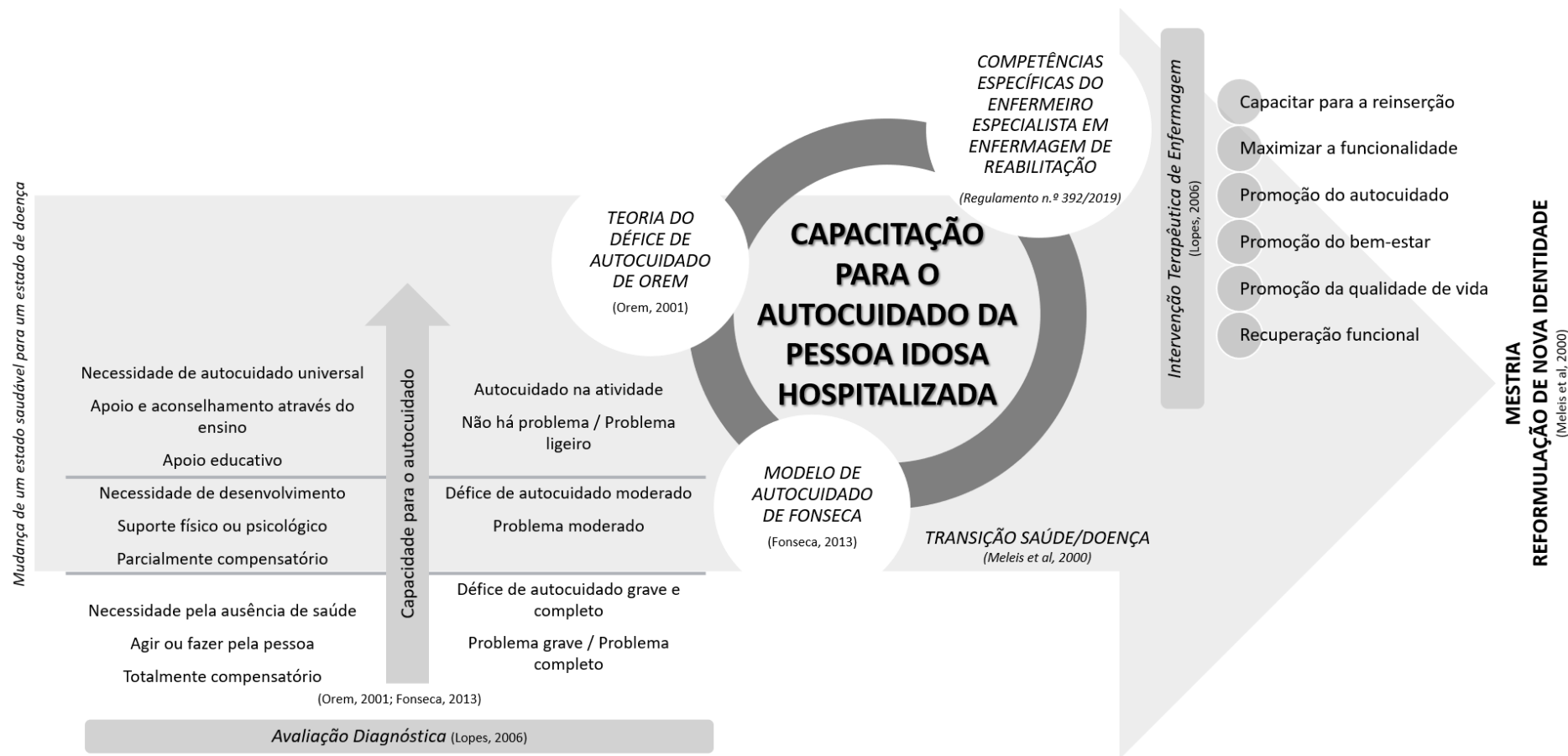


Figura n.º 1 – Modelo de Prática Profissional de Enfermagem

5. METODOLOGIA

O projeto de intervenção assenta na metodologia qualitativa de estudo de caso (Yin, 2018).

Os estudos de caso não buscam a generalização de resultados, mas sim a compreensão e interpretação profunda dos factos e fenómenos específicos. Apesar de não poderem ser generalizados, os resultados obtidos podem possibilitar a transferência do conhecimento, através de proposições teóricas que podem surgir do estudo (Yin, 2018).

A esta metodologia agregam-se as teorias explanadas no Capítulo 2. que suporta o MPP de enfermagem desenvolvido no Capítulo 4.

Para Meleis et al (2000), ocorre um evento inicial que interfere na saúde da pessoa e, sequencialmente, uma transição. Qualquer pessoa que necessite de cuidados de reabilitação necessita de intervenções terapêuticas para atingir uma transição saudável. Fonseca (2013) desenvolveu um modelo de autocuidado suportado no Modelo de Autocuidado de Orem (2001) que permite avaliar a funcionalidade da pessoa e estabelecer uma correspondência entre perfis funcionais e necessidades de cuidados de enfermagem.

O MPP permite, assim, identificar as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa em processo de transição saúde/doença (Meleis et al., 2000) durante o processo de avaliação diagnóstica, de acordo com a Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006).

Os ganhos sensíveis aos cuidados de ER serão identificados após a intervenção do EEER durante o processo de intervenção terapêutica (Lopes, 2006), pela reavaliação diagnóstica.

5.1. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

A população alvo constitui-se por um grupo de pessoas com características comuns, selecionadas de acordo com um conjunto de critérios de seleção previamente estabelecidos (Fortin, 2009).

Para o presente estudo, considerou-se uma amostragem não probabilística acidental, ou de conveniência, em que foram selecionados os casos mais enriquecedores e adequados à temática. Este tipo de amostragem permite selecionar os participantes segundo critérios de inclusão previamente estabelecidos e com facilidade de acesso, considerando a disponibilidade dos participantes para integrar a amostra durante um determinado intervalo de tempo (Fortin, 2009; Coutinho, 2020).

Como critérios de inclusão da amostra, definiram-se pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de idade com défice de autocuidado, com necessidade de cuidados de ER, internadas num dos serviços onde decorreu o EC e que, durante esse período, concomitantemente, sejam identificadas pelo Enfermeiro Orientador Clínico como casos enriquecedores e adequados para intervenção.

Assim, a amostra foi composta por oito pessoas alvo de intervenção de ER nos diversos estágios. Cada participante encontra-se identificado com uma letra e um número, de forma a garantir a confidencialidade e o anonimato, e as suas características sociodemográficas encontram-se enumeradas no quadro n.º 1.

De referir que o grupo de participantes A corresponde a pessoas internadas no Serviço de Cardiologia, o grupo de participantes B no Serviço de Medicina Interna e, por fim, o grupo C no Serviço de Ortopedia.

Participante	Sexo	Idade (anos)	Nacionalidade	Estado Civil	Agregado familiar	Escolaridade	Situação profissional
A1	Feminino	72	Portuguesa	Casada	Esposo	4.ª classe	Reformada
A2	Feminino	78	Portuguesa	Casada	Esposo	< 4.ª classe	Reformada
B1	Masculino	71	Portuguesa	Casado	Esposa	> 4.ª classe	Reformado
B2	Masculino	76	Portuguesa	Solteiro	Sobrinha	< 4.ª classe	Reformado
B3	Masculino	82	Portuguesa	Casado	Esposa	4.ª classe	Reformado
B4	Feminino	79	Portuguesa	Casada	Esposo	4.ª classe	Reformada
C1	Feminino	76	Portuguesa	Casada	Esposo	> 4.ª classe	Reformada
C2	Feminino	79	Portuguesa	Casada	Esposo	4.ª classe	Reformada

Quadro n.º 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes

Ao dissertar-mos sobre os dados sociodemográficos dos diferentes grupos amostrais (A, B e C), verificámos que se tratou de um grupo de participantes de nacionalidade portuguesa, maioritariamente do sexo feminino (62,5%), com faixa etária entre 71 e 82 anos, situando-se a média nos 77 anos de idade. À exceção de um participante, cujo estado civil era solteiro e residia com a sobrinha, os demais eram casados e residiam com o seu cônjuge em domicílio próprio. A nível de escolaridade, 25% do grupo não completou a 4.^a classe, 50% completou a 4.^a classe e 25% estudou para além da 4.^a classe. Todos os elementos do grupo encontravam-se em situação de reforma.

5.2. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Os instrumentos de colheita de dados suportam o exercício profissional dos EEER (OE, 2016), permitindo ao EEER determinar a condição de saúde da pessoa num determinado momento, garantido não só a documentação dos cuidados especializados como a sua continuidade (Hoeman, 2011; OE, 2016).

Um instrumento de avaliação deverá caracterizar-se pela praticidade, simplicidade e fiabilidade adequadas. Concomitantemente, o referido instrumento deve ser suficientemente sensível de forma a traduzir resultados significativos que possam orientar o processo de reabilitação (Sousa et al., 2017) e quantificar e evidenciar os resultados obtidos (OE, 2016).

No processo de avaliação diagnóstica, aplicou-se como instrumento de colheita de dados o Elderly Nursing Core Set (ENCS) (Fonseca, 2013). A apreciação diagnóstica distinguiu-se pela recolha de dados através deste instrumento, que suporta as intervenções terapêuticas de ER (Lopes, 2006). Posteriormente, após nova aplicação do instrumento, será possível identificar os ganhos resultantes das intervenções.

Este instrumento monitoriza o score global da funcionalidade das pessoas através de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, permitindo a avaliação da necessidade de cuidados a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em diversos contextos e, posteriormente, a identificação dos ganhos resultantes após intervenção de ER (Fonseca, 2013; Fonseca et al., 2019).

O instrumento ENCS integra duas partes distintas: a primeira parte integra um conjunto de questões de caracterização sócio biográfica e a segunda parte avalia a funcionalidade com base

em vinte e cinco indicadores (Fonseca et al., 2018). A resposta a cada um dos indicadores é registada segundo uma escala tipo Likert com 5 pontos (1. Não há problema: 0-4%; 2. Problema ligeiro: 5-24%; 3. Problema moderado: 25-49%; 4. Problema grave: 50-95%; 5. Problema completo: 96-100%). A uma menor pontuação corresponde uma melhor funcionalidade da pessoa (Fonseca et al., 2018).

Suportada pela CIF (DGS, 2004), a segunda parte do instrumento avalia quatro conceitos: autocuidado, aprendizagem e funções mentais, comunicação e relação com amigos e familiares. O primeiro conceito, constituído por doze indicadores, associa-se a aspetos funcionais relacionados com os cuidados pessoais. O segundo conceito compreende seis indicadores que remetem para a orientação, atenção, memória e consciência. O terceiro conceito engloba elementos relacionados com o diálogo, sendo composto por quatro elementos. Por fim, o quarto elemento integra três indicadores relacionados com os prestadores de cuidados pessoais e amigos (Fonseca, 2013).

Quando pertinente, aplicaram-se outros instrumentos de colheita de dados que permitiram monitorizar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER.

Na avaliação da pessoa com compromisso cardiorrespiratório, a Escala de Borg Modificada é frequentemente usada. Esta escala avalia em tempo real o grau de dispneia percebida pela pessoa, permitindo definir limites seguros (DGS, 2009; OE, 2016). A escala encontra-se graduada por meio de números aos quais é associada uma descrição sobre a intensidade da dispneia, que vai de 0 (nenhuma falta de ar) a 10 (falta de ar máxima). É solicitado à pessoa que indique o número e a descrição que corresponde à sensação de dispneia num determinado momento (OE, 2016).

No contexto da reabilitação neurológica, com foco na pessoa com AVC, a Gugging Swallowing Screen revela-se útil na avaliação da deglutição em pessoas com AVC e a Escala de Lower possibilita a avaliação da força muscular através da força e resistência do profissional (OE, 2016). A classificação varia entre 0 (sem contração muscular e sem movimento) e 5 (movimento normal contra a gravidade e resistência) (Menoita, 2012). A esta pode-se associar a Escala de Ashworth Modificada – que apesar de não se encontrar validada em Portugal, é considerada como Gold standard – para avaliação do tónus/espasticidade e a Goniometria para avaliação da amplitude articular (OE, 2016), sendo esta última também bastante utilizada na

pessoa com compromisso no sistema músculo-esquelético e submetida a cirurgia orto traumatológica.

A todos os participantes foi aplicada a Escala Numérica da Dor (DGS, 2003). A presença de dor pode levar a pessoa a interromper ou a reduzir a sua atividade, impedir o autocuidado e a mobilidade, gerar incapacidade e afetar o sentimento de bem-estar e a qualidade de vida. O controlo eficaz da dor constitui um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (DGS, 2003), sendo, por isso, um indicador de monitorização prioritárias para os EEER (Fonseca et al., 2018).

Para a utilização dos instrumentos descritos anteriormente, foram tidos em consideração dois momentos de avaliação que serão descritos adiante, no subcapítulo 5.6.

5.3. PLANO DE INTERVENÇÃO

Na consecução do plano de intervenção foram identificadas as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa em processo de transição saúde/doença, com recurso ao instrumento ENCS, o EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565), procurando a maximização do potencial das pessoas (Regulamento n.º 392/2019) através de intervenções de ER direcionadas para o ensino, demonstração e treino de estratégias adaptativas que permitirão desenvolver o autocuidado (Santos, 2017).

O plano de intervenção desenvolvido foca-se na capacitação para o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada e assenta num conjunto de focos em linguagem de Classificação Internacional Profissional de Enfermagem (International Council of Nurses, 2019) que se apresentam de forma alfabética de seguida no quadro n.º 2, com as respetivas intervenções de ER.

Foco	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem de reabilitação
Adesão a precauções de segurança	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre precauções de segurança e a prevenção de complicações 2. Potencial para melhorar a capacidade para prevenir complicações 3. Potencial para melhorar a adesão a precauções de segurança 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre as precauções de segurança e a prevenção de complicações - Informar sobre complicações - Ensinar sobre prevenção de complicações - Instruir para a prevenção de complicações - Treinar para a prevenção de complicações - Incentivar a adesão a precauções de segurança
Adesão ao regime de reabilitação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação 2. Potencial para melhorar a adesão ao regime de reabilitação 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e a recuperação - Ensinar sobre o regime de reabilitação - Incentivar a adesão ao regime de reabilitação
Andar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Potencial para melhorar a consciencialização sobre o compromisso no andar 2. Potencial para melhorar a capacidade para andar 3. Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para andar 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa a andar (abordagem pelo lado afetado) - Ensinar técnica de adaptação para andar - Instruir técnica de adaptação para andar - Treinar técnica de adaptação para andar

		Exemplo de técnicas de adaptação para andar: andar com apoio nos dedos dos pés, andar com apoio no calcanhar, andar em linha
Andar com auxiliar de marcha	<p>1. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar</p> <p>2. Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha</p> <p>3. Potencial para melhorar o conhecimento sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha</p>	<p>- Analisar com a pessoa a relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar</p> <p>- Ensinar sobre auxiliar de marcha</p> <p>- Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha</p> <p>- Instruir sobre andar com auxiliar de marcha (em plano/subir e descer escadas)</p> <p>- Treinar a andar com o auxiliar de marcha</p> <p>- Ensinar sobre adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha</p> <p><u>Exemplos de auxiliar de marcha:</u> andarilho, tripé, canadianas, bengala</p> <p><u>Exemplos de adaptação do domicílio para andar com auxiliar de marcha:</u> eliminar tapetes e passadeiras não aderentes ao chão, dispor os móveis de forma a haver mais espaço para andar com o auxiliar de marcha, retirar os cabos soltos do chão/colocar fita isoladora sobre os mesmos</p>

<p>Arranjar-se</p>	<p>1. Potencial para melhorar a capacidade para arranjar-se</p> <p>2. Potencial para melhorar a consciencialização sobre o compromisso no arranjar-se</p> <p>3. Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para arranjar-se</p> <p>4. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para arranjar-se</p> <p>5. Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo de apoio para arranjar-se</p> <p>6. Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para arranjar-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para arranjar-se - Ensinar técnica de adaptação para arranjar-se - Instruir técnica de adaptação para arranjar-se - Treinar técnica de adaptação para arranjar-se - Incentivar a pessoa a arranjar-se - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para arranjar-se - Ensinar sobre dispositivos de apoio para arranjar-se - Instruir sobre dispositivos de apoio para arranjar-se - Treinar o uso de dispositivos de apoio para arranjar-se - Ensinar sobre adaptação do domicílio para arranjar-se <p><u>Exemplos de técnicas de adaptação e dispositivos de apoio para arranjar-se:</u> espelho colocado à altura da pessoa, equipamento de apoio adaptado para cortar unhas</p>
<p>Dispneia em repouso</p>	<p>1. Dispneia em repouso</p> <p>2. Potencial para melhorar a capacidade para técnicas de descanso e relaxamento</p> <p>3. Potencial para melhorar a capacidade para técnicas de controlo respiratório</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnicas de descanso e relaxamento - Ensinar sobre técnicas de descanso e relaxamento - Instruir o uso de técnicas de descanso e relaxamento - Treinar o uso de técnicas de descanso e relaxamento

		<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados - Instruir o uso de técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados - Treinar o uso de técnicas de controlo ventilatório: expiração com lábios semicerrados <p><u>Exemplos de técnicas de descanso e relaxamento:</u> decúbito dorsal, decúbito semi fowler, decúbito lateral em semi fowler, posição de cocheiro (sentado, em pé)</p>
Equilíbrio corporal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equilíbrio estático comprometido 2. Equilíbrio dinâmico comprometido 3. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio 4. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda 5. Potencial para melhorar a capacidade para treinar o equilíbrio 6 Potencial para melhorar o equilíbrio 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio - Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda - Executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado/ ortostático) / dinâmico - Ensinar sobre exercícios para treino de equilíbrio estático (sentado/ortostático) / dinâmico - Instruir sobre exercícios para treino de equilíbrio estático (sentado/ortostático) / dinâmico - Treinar exercícios para treino de equilíbrio estático (sentado/ortostático) / dinâmico

		<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar exercícios para treino de equilíbrio estático (sentado/ortostático) / dinâmico - Assistir no treino de equilíbrio estático (sentado/ortostático) / dinâmico <p><u>Exemplos de exercícios para treino de equilíbrio:</u> alternância de carga nos membros superiores e inferiores, apoio unipodal, contorno de obstáculos, controlo e coordenação de movimentos, facilitação cruzada, transferência de peso para os braços, carga no cotovelo/facilitação cruzada, com recurso a bola, treino propriocetivo, mudança de rotação, correção postural</p>
Espasticidade	<p>1. Espasticidade (especificar região)</p> <p>2. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre exercícios e tónus muscular</p> <p>3. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre posicionamentos em padrão anti-espástico e prevenção e espasticidade</p> <p>4. Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares</p> <p>5. Potencial para melhorar a capacidade para executar posicionamentos em padrão anti-espástico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre exercícios e tónus muscular - Executar técnica de exercícios musculares e articulares - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares - Instruir exercícios musculares e articulares - Treinar exercícios musculares e articulares - Incentivar exercícios musculares e articulares - Analisar com a pessoa a relação entre posicionamentos em padrão anti-espástico e prevenção e espasticidade - Posicionar em padrão anti-espástico - Ensinar sobre posicionamento em padrão anti-espástico (deitado/sentado)

		<ul style="list-style-type: none"> - Instruir posicionamentos em padrão anti-espástico (deitado/sentado) - Treinar posicionamentos em padrão anti-espástico (deitado/sentado) - Incentivar posicionamentos em padrão anti-espástico (deitado/sentado) - Executar massagem <p><u>Exercícios musculares e articulares</u>: exercícios passivos, exercícios ativos-assistidos</p>
Intolerância à atividade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intolerância à atividade 2. Potencial para melhorar a capacidade para conservação de energia 3. Potencial para melhorar a capacidade para implementar estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia 4. Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios de resistência 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso - Instruir para gestão dos períodos de atividade e repouso - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade - Ensinar sobre estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia - Instruir para a implementação de estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia - Executar exercícios de resistência/aeróbico - Ensinar sobre exercícios de resistência/aeróbico - Instruir sobre exercícios de resistência/aeróbico - Treinar exercícios de resistência/aeróbico - Incentivar a execução de exercícios de resistência/aeróbico

		<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a manter atividade física de forma contínua ao longo do dia - Planear repouso <p><u>Exemplos de exercícios de resistências/aeróbio:</u> cicloergómetro membros superiores/membros inferiores, marcha em superfície plana e declives, transposição de obstáculos (subir e descer escadas)</p>
Limpeza das vias aéreas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limpeza das vias aéreas comprometida 2. Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas para limpeza da via aérea 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar reflexo de tosse - Executar técnicas para limpeza da via aérea - Ensinar sobre técnicas para limpeza da via aérea - Instruir técnicas para limpeza da via aérea - Treinar sobre técnicas para limpeza da via aérea - Incentivar ingestão hídrica <p><u>Exemplos de técnicas para limpeza da via aérea:</u> drenagem postural clássica, drenagem postural modificada, manobras acessórias (percussão, vibração, compressão, vibrocompressão), tosse, huffing/expiração forçada, ciclo ativo da respiração, drenagem autogénica, expiração lenta com a glote aberta em decúbito infralateral (ETGOL), técnica de aceleração do fluxo expiratório</p>
Movimento corporal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Movimento corporal comprometido (especificar região) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a relação entre exercícios e movimento corporal

	<p>2. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre exercícios e movimento corporal</p> <p>3. Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares - Instruir exercícios musculares e articulares - Treinar exercícios musculares e articulares - Incentivar a execução de exercícios musculares e articulares <p><u>Exemplos de exercícios musculares e articulares:</u> exercícios passivos, exercícios ativos-assistidos, exercícios ativos, exercícios ativos-resistidos, exercícios de automobilização, exercícios isométricos, exercícios isotónicos, exercícios de agachamento, exercício da ponte, dissociação da cintura pélvica, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de motricidade fina</p>
<p>Tomar banho</p>	<p>1. Potencial para melhorar a capacidade para tomar banho</p> <p>2. Potencial para melhorar a consciencialização sobre o compromisso no tomar banho</p> <p>3. Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para tomar banho</p> <p>4. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para tomar banho</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para tomar banho - Ensinar técnica de adaptação para tomar banho - Instruir técnica de adaptação para tomar banho - Treinar técnica de adaptação para tomar banho - Incentivar a pessoa a tomar banho - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para tomar banho - Ensinar sobre dispositivos de apoio para tomar banho - Instruir sobre dispositivos de apoio para tomar banho

	<p>5. Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo de apoio para tomar banho</p> <p>6. Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para tomar banho</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Treinar o uso de dispositivos de apoio para tomar banho - Ensinar sobre adaptação do domicílio para tomar banho <p><u>Exemplos de dispositivos de apoio para tomar banho:</u> banco/cadeira de banho, tábua de banheira, barra de apoio, esponja de cabo longo</p>
<p>Transferir-se</p>	<p>1. Potencial para melhorar a capacidade para transferir-se</p> <p>2. Potencial para melhorar a consciencialização sobre o compromisso no transferir-se</p> <p>3. Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para transferir-se</p> <p>4. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para transferir-se</p> <p>5. Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo de apoio para transferir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para se transferir - Assistir a pessoa a transferir-se - Incentivar a pessoa a transferir-se - Ensinar técnica de adaptação para transferir-se - Instruir técnica de adaptação para transferir-se - Treinar técnica de adaptação para transferir-se - Incentivar técnica de adaptação para transferir-se - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para transferir-se - Instruir uso do dispositivo de apoio no transferir-se - Treinar uso do dispositivo de apoio no transferir-se <p><u>Exemplo de dispositivos de apoio para transferir-se:</u> tábua de transferência</p>

<p>Usar o sanitário</p>	<p>1. Potencial para melhorar a capacidade para usar o sanitário</p> <p>2. Potencial para melhorar a consciencialização sobre o compromisso no usar o sanitário</p> <p>3. Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para usar o sanitário</p> <p>4. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para usar o sanitário</p> <p>5. Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo de apoio para usar o sanitário</p> <p>6. Potencial para melhorar conhecimento sobre adaptação do domicílio para usar o sanitário</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para usar o sanitário - Ensinar técnica de adaptação para usar o sanitário - Instruir técnica de adaptação para usar o sanitário - Treinar técnica de adaptação para usar o sanitário - Incentivar a pessoa a usar o sanitário - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para usar o sanitário - Ensinar sobre dispositivos de apoio para usar o sanitário - Instruir sobre dispositivos de apoio para usar o sanitário - Treinar o uso de dispositivos de apoio para usar o sanitário - Ensinar sobre adaptação do domicílio para usar o sanitário <p><u>Exemplos de dispositivos de apoio para usar o sanitário:</u> alteador de sanita, barras de apoio laterais</p>
<p>Ventilação</p>	<p>1. Ventilação comprometida</p> <p>2. Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória</p> <p>3. Potencial para melhorar a capacidade para uso de dispositivo respiratório</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnicas respiratórias para otimização da ventilação - Informar sobre técnicas respiratórias - Ensinar sobre técnicas respiratórias - Instruir técnicas respiratórias - Treinar técnicas respiratórias

	<p>4. Potencial para melhorar capacidade para autocontrolo do padrão respiratório</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar o uso de técnicas respiratórias - Ensinar sobre dispositivo respiratório: inspirómetro de incentivo - Instruir sobre o uso de dispositivo respiratório: inspirómetro de incentivo - Treinar sobre o uso de dispositivo respiratório: inspirómetro de incentivo - Incentivar o uso de dispositivo respiratório: inspirómetro de incentivo - Executar técnica de posicionamento para otimizar a ventilação - Informar sobre técnica de posicionamento - Ensinar sobre técnica de posicionamento - Instruir sobre técnica de posicionamento - Incentivar técnica de posicionamento <p><u>Exemplos de técnicas respiratórias para otimizar a ventilação:</u> consciencialização e controlo da respiração, dissociação dos tempos respiratórios, inspirações profundas, expiração com os lábios semicerrados, respiração diafragmática/abdominodiafragmática, reeducação diafragmática, reeducação costal, terapêutica de posição</p>
<p>Vestir-se/despir-se</p>	<p>1. Potencial para melhorar a capacidade para vestir-se/despir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para vestir-se/despir-se - Ensinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se

	<p>2. Potencial para melhorar a consciencialização sobre o compromisso no vestir-se/despir-se</p> <p>3. Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se</p> <p>4. Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para vestir-se/despir-se</p> <p>5. Potencial para melhorar a capacidade para usar dispositivo de apoio para vestir-se/despir-se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Treinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Incentivar a pessoa a vestir-se/despir-se - Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivos de apoio e autonomia para vestir-se/despir-se - Ensinar sobre dispositivos de apoio para vestir-se/despir-se - Instruir sobre dispositivos de apoio para vestir-se/despir-se - Treinar o uso de dispositivos de apoio para vestir-se/despir-se <p><u>Exemplos de técnicas de adaptação e dispositivos de apoio para vestir-se/despir-se:</u> iniciar pelo membro afetado, sapatos sem atacadores (idealmente com velcro), pinças de cabo longo, calçadeira de cabo longo</p>
<p>Adaptado de Araújo et al (2021), Couto et al (2021), Cordeiro e Menoita (2012), OE (2018), Lourenço et al (2021), International Council of Nurses (2019)</p>		

Quadro n.º 2 - Plano de Intervenção de ER para a capacitação para o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada

5.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) declara que “a integridade científica constitui-se como um princípio ético a observar em toda a investigação” (CNECV, 2018, p. 2). Uma investigação responsável pauta-se pelos princípios éticos de confiabilidade na metodologia, honestidade no desenvolvimento e divulgação dos resultados, respeito pelos intervenientes e responsabilidade para com a comunidade científica e sociedade (CNECV, 2018).

A salvaguarda dos direitos humanos, incluindo na participação em investigação, nomeadamente de grupos vulneráveis como os idosos, é dever do enfermeiro, incluindo o direito a não receber dano, de conhecimento pleno ou de informação completa sobre o estudo, de autodeterminação, à intimidade e ao anonimato e à confidencialidade (Deodato, 2017b; Nunes, 2020). O Código Deontológico dos Enfermeiros ² e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro ³ reforçam o enunciado anterior.

De forma a assegurar tais direitos durante a realização do projeto de intervenção, foi respeitado o direito à pessoa de remoção do consentimento em qualquer momento e a colheita, tratamento e apresentação de dados sucederam de acordo com um código com letras e números.

² Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro

³ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro

6. RESULTADOS

No presente capítulo, serão apresentados os dados recolhidos aquando a intervenção do EEER.

Os dados serão apresentados e tratados com base no instrumento ENCS e a intervenção do EEER considerou o plano de intervenção delineado no subcapítulo 5.3. e o MPP de ER na capacitação para o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada desenvolvido no capítulo 4.

A todos os participantes foram realizadas duas avaliações, com recuso ao instrumento ENCS: uma avaliação antes e uma avaliação após intervenção de ER. Quando oportuno, foram utilizados outros instrumentos de avaliação, conforme explanado no capítulo 5.2., que permitiram monitorizar os ganhos em saúde, resultantes das intervenções de ER. Após a avaliação inicial, foram estabelecidos objetivos de reabilitação em concordância com os participantes e definido um plano conjunto de intervenções de ER.

A utilização deste modelo, bem como os instrumentos de medida detiveram importância na prestação de cuidados de reabilitação. Assumimos que a informação ou a partilha de dados, conforme recomendado pela OMS, pode proporcionar uma oportunidade para diferentes profissionais de saúde contribuírem para uma avaliação abrangente da pessoa idosa em todas as transições de cuidados (Takeda et al., 2022). Consideramos que a visibilidade do papel do EEER pode ser ampliada pela partilha deste conhecimento, no que diz respeito aos diferentes instrumentos de avaliação de autocuidado.

Sendo o autocuidado o elemento fulcral deste trabalho, a apresentação dos dados, e posterior discussão no capítulo seguinte, focar-se-á essencialmente na análise do conceito «autocuidado» do instrumento ENCS, comprando resultados à luz dos diferentes autores.

Grupo de participantes A

O grupo de participantes A integrou duas pessoas do sexo feminino, de 72 (A1) e 78 (A2) anos de idade, internadas no Serviço de Cardiologia. Ambas de nacionalidade portuguesa,

casadas e a residir com o cônjuge em domicílio próprio. Eram ambas reformadas, sendo que ao nível de habilitações a participante A1 completou a 4.^a classe e a participante A2 não concluiu a 4.^a classe.

As avaliações realizadas, com recurso ao instrumento ENCS, às participantes do grupo A, encontram-se nos quadros n.º 3 e n.º 4, seguidos de uma breve descrição dos casos e acontecimentos.

Os conceitos «aprendizagem e funções mentais», «comunicação» e «relação com amigos e cuidadores» não careceram de intervenção especializada, uma vez que se obteve como resultado da pontuação «sem problema» nas duas avaliações em ambas as participantes.

Participante	Instrumento ENCS	Avaliação inicial	Avaliação final
A1	Perfil funcional geral	Problema moderado (32,5%)	Sem problema
	Autocuidados	Problema grave (70%)	Sem problema
	Aprendizagem e funções mentais	Sem problema	Sem problema
	Comunicação	Sem problema	Sem problema
	Relação com amigos e cuidadores	Sem problema	Sem problema

Quadro n.º 3 - Aplicação do instrumento ENCS à participante A1

A participante A1, com antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial, Miocardiopatia dilatada e Enfarte Agudo do Miocárdio em 2011, encontrava-se internada sob o diagnóstico médico de Taquicardia Supraventricular, Derrame Pleural bilateral e Edema Agudo do Pulmão não hipertensivo, aguardava a implementação de cardioversor desfibrilhador.

A avaliação diagnóstica à participante A1 ocorreu no oitavo dia de internamento. Encontrava-se vígil e orientada em todas as vertentes, com um olhar confiante, um sorriso forçado e ligeiramente ansiosa. No momento presente, verbalizava uma sensação de dispneia que classificava como 6/10 na Escala de Borg Modificada e que era potenciada pela presença de acessos de tosse produtiva pouco eficaz. À observação apresentava uma respiração mista,

superficial, taquipneica e com utilização dos músculos acessórios da respiração nos momentos de tosse, que posteriormente revertia e normalizava para os 13-15 ciclos respiratórios por minuto. A sua pele era corada e sem cianose periférica.

A imagem de radiografia pulmonar era compatível com os diagnósticos médicos, visualizando-se uma opacidade junto dos seios costo-frênicos, mais evidente à direita. Estes achados eram compatíveis com a auscultação pulmonar, onde se identificaram roncos e atrito pleural, ambos nas fases de inspiração e expiração, predominantes na região posterior direita do tórax.

A presença desta sintomatologia condicionava a capacidade para o autocuidado, verificando-se uma dificuldade grave em diversas atividades como sentar, pôr de pé, andar, lavar-se, vestir-se/despir-se, comer, beber e usar o sanitário. As intervenções de ER visaram, essencialmente, o controlo da dispneia e a limpeza das vias aéreas e, após cinco sessões, verificou-se uma melhoria significativa da capacidade para o autocuidado e, conseqüentemente do parâmetro «perfil funcional geral».

No final das sessões de ER, a nível imagiológico constatou-se uma melhoria na imagem de radiografia tórax, denotando-se ausência de opacidade. A auscultação pulmonar encontra-se livre de ruídos adventícios. À observação, a participante apresentava-se eupneica, sem sinais nem sintomas de dificuldade respiratória, e verbalizada uma melhoria significativa dos acessos de tosse, pontuando 0/10 na Escala de Borg Modificada.

	Perfil funcional geral	Problema moderado (35%)	Problema moderado (32,5%)
A2	Autocuidados	Problema grave (80%)	Problema grave (70%)
	Aprendizagem e funções mentais	Sem problema	Sem problema
	Comunicação	Sem problema	Sem problema
	Relação com amigos e cuidadores	Sem problema	Sem problema

Quadro n.º 4 - Aplicação do instrumento ENCS à participante A2

A participante A2 estava internada com o diagnóstico médico de Estenose Aórtica grave, a aguardar cirurgia. Tinha como antecedentes pessoais de Hipertensão Arterial e Patologia Osteoarticular.

A intervenção de ER à participante A2 ocorreu desde o primeiro dia de internamento e contemplou, no total, sete sessões. Apesar de se encontrar orientada em todas as vertentes, sorridente e bastante comunicativa à abordagem, o seu fáceis era triste, transmitindo desconforto e cansaço.

À semelhança do caso anterior, a participante A2 apresentava uma sensação de dispneia que lhe condicionava a capacidade para o autocuidado. No entanto, esta classificava-a como 8/10 na Escala de Borg Modificada e tinha como fator agravante a presença de dores no ombro esquerdo e nos membros inferiores decorrentes da sua Patologia Osteoarticular. A observação a sua respiração era mista, superficial, taquipneica e com utilização dos músculos acessórios da respiração, mesmo em repouso. A dor era pontuada em 4/10 na Escala Numérica da Dor, e caracterizada como uma dor do género pontada com agravamento à mobilização. Após intervenção do EEER, que se pautou pelo controlo da dispneia e da dor, alcançou-se um ganho de 10% ao nível do autocuidado, resultado de uma pontuação inferior na Escala Numérica da Dor (0/10) e na Escala de Borg Modificada (4/10), constatando-se uma melhoria nas características da respiração.

Grupo de participantes B

No que concerne ao grupo de participantes B, o mesmo era composto por quatro pessoas de nacionalidade portuguesa, maioritariamente sexo masculino (75%), e com idades compreendidas entre os 71 e os 82 anos, com uma média de idade de 77 anos. Todos os participantes eram reformados, 50% concluíram a 4.^a classe (B3 e B4), 25% (B2) não concluíram a 4.^a classe e 25% (B1) estudou para além da 4.^a classe. Três quartos do grupo eram casados e residiam com o cônjuge em domicílio próprio e o restante (B2) era solteiro e residia com a sobrinha.

Estes participantes encontravam-se internados no Serviços de Medicina Interna com o diagnóstico médico de AVC e com comorbilidades associadas. Apesar de todos os participantes

apresentarem o mesmo diagnóstico médico, as sequelas decorrentes do AVC eram distintas, o que explica a variedade de pontuações no instrumento ENCS.

À semelhança do grupo anterior, as avaliações realizadas aos participantes do grupo B, com recurso ao instrumento ENCS, encontram-se representadas nos quadros n.º 5, 6, 7 e 8.

Participante	Instrumento ENCS	Avaliação inicial	Avaliação final
B1	Perfil funcional geral	Problema moderado (45,83%)	Problema moderado (30%)
	Autocuidados	Problema grave (81,67%)	Problema moderado (41,67%)
	Aprendizagem e funções mentais	Problema ligeiro (23,33%)	Sem problema
	Comunicação	Problema grave (53,33%)	Problema moderado (33,33%)
	Relação com amigos e cuidadores	Sem problema	Sem problema

Quadro n.º 5 - Aplicação do instrumento ENCS ao participante B1

O participante B1 era um senhor orientado em todas as vertentes. Manifestava uma boa consciencialização do processo de transição saúde/doença, aderindo ao regime de reabilitação. De salientar que, anteriormente a este acontecimento de saúde, era um senhor independente na satisfação das AVD.

Na avaliação diagnóstica de ER, o participante B1 apresentava dificuldades ao nível da comunicação, traduzidas pelo seu discurso frequentemente pouco claro, uma dificuldade ligeira nos significados implícitos e uma dificuldade moderada em iniciar ou manter conversa. A nível motor, apresentava uma hemiparesia direita, pontuando 3/5 e 4/5 na Escala de Lower, para o membro superior e inferior respetivamente. Esta hemiparesia condicionava o uso da mão e braço dominantes e, conseqüentemente, a capacidade para o autocuidado que se traduzia numa dificuldade completa em vestir-se/despír-se; grave em andar, lavar-se e comer; e moderada em beber e usar o sanitário.

Após seis sessões de intervenção especializada, a pontuação do «autocuidado» evoluiu de «problema grave» para «problema moderado», em virtude do aumento da força muscular do membro superior direito (4/5 na Escala de Lower) que permitiu ao participante andar com auxiliar de marcha (bengala) e lavar-se, vestir-se/despir-se e comer apenas com ajuda mínima. No conceito «comunicação», obteve-se um ganho de 20% condicionado pela presença de um discurso pouco claro (por vezes) e por uma dificuldade ligeira para iniciar uma conversa.

A pontuação da «aprendizagem e funções mentais» deveu-se às funções de memória, considerando, que, na primeira avaliação, o participante acertou nas palavras proferidas pelo EEER trinta segundo antes, mas sem a ordem descrita e na segunda avaliação já respondeu segundo a ordem correta.

Participante	Instrumento ENCS	Avaliação inicial	Avaliação final
B2	Perfil funcional geral	Problema grave (54,17%)	Problema moderado (42,92%)
	Autocuidados	Problema grave (78,33%)	Problema grave (66,67%)
	Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (33,33%)	Problema moderado (26,67%)
	Comunicação	Problema grave (60 %)	Problema moderado (33,33%)
	Relação com amigos e cuidadores	Problema moderado (45%)	Problema moderado (45%)

Quadro n.º 6 - Aplicação do instrumento ENCS ao participante B2

O participante B2, vígil e orientado na pessoa, apresentava alterações ao nível do conceito «comunicação», caracterizadas por um discurso frequentemente pouco claro, dificuldade ligeira nos significados implícitos e dificuldade grave em iniciar ou manter conversa, o que dificultava a avaliação do grau de orientação nas restantes vertentes.

A presença de alterações a nível das funções de atenção, memória e emocionais pontuaram como «problema moderado» o conceito «aprendizagem e funções mentais». Estas alterações condicionaram a intervenção do EEER, nomeadamente as alterações a nível das funções de atenção, sendo esta a única função onde não se verificaram ganhos.

Como seqüela motora do AVC, o participante B2 apresentava uma hemiparesia esquerda com força muscular pontuada em 4/5 na Escala de Lower que, em conjunto com uma amputação transmetatarsiana do pé direito e um desvio do tronco para a esquerda, condicionava o equilíbrio estático e dinâmico e, conseqüentemente, a realização de atividades como deitar, sentar, pôr de pé e andar. A nível do membro superior, a paresia dificultava o ato de lavar-se, vestir-se/despir-se, comer, beber e usar o sanitário.

No final de nove sessões de ER, constatou-se uma melhoria no autocuidado, apesar de manter um «problema grave», reflexo da transição de dificuldade moderada para ligeira no comer, e de completa para grave no vestir-se/despir-se e andar. Estes ganhos foram alcançados através do ensino e treino de estratégias adaptativas, uma vez que a força muscular do hemicorpo e o desvio do tronco para a esquerda mantiveram-se, embora este último menos acentuado.

Relativamente à «relação com amigos e cuidadores», o participante B2 foi o único participante que não pontuou «sem problema» devido à ausência de apoio por parte dos amigos e de a família oferecer suporte, mas necessitar de ajuda a tempo parcial.

Participante	Instrumento ENCS	Avaliação inicial	Avaliação final
B3	Perfil funcional geral	Problema grave (52,92%)	Problema moderado (49,17%)
	Autocuidados	Problema grave (95%)	Problema grave (90%)
	Aprendizagem e funções mentais	Problema grave (76,67%)	Problema grave (66,67%)
	Comunicação	Sem problema	Sem problema
	Relação com amigos e cuidadores	Sem problema	Sem problema

Quadro n.º7 - Aplicação do instrumento ENCS ao participante B3

No primeiro contacto com o participante B3, verificou-se a existência de dificuldades ao nível das funções de orientação, atenção, memória e emocionais, identificadas pelo seu estado de sonolência, desorientação no tempo e espaço, capacidade de concentração perante um estímulo externo e adequação das emoções.

A pontuação no conceito «autocuidado» reflete as consequências da paresia do membro inferior esquerdo com força muscular 4/5 (Escala de Lower) e plegia do membro superior esquerdo com presença de espasticidade pontuada em 1+/4 na Escala de Ashworth Modificada e presença de dor (3/10 na Escala Numérica da Dor) na flexão da articulação glenoumeral. No dia-a-dia, o participante era incapaz de manter a posição de pé, mas mantinha a posição de sentado, embora com dificuldade em virtude de um desvio do tronco para a esquerda, e necessitava de ser substituído nas atividades lavar-se, vestir-se/despir-se, comer, beber e usar o sanitário.

Na Escala Numérica da Dor, o participante B3 pontuou 0/10 no final da intervenção especializada, após sete sessões. As pontuações nas Escala de Lower e de Ashworth Modificada mantiveram-se, contudo, verificou-se a existência de ganhos em saúde a nível da «aprendizagem e funções mentais» devido à melhoria das funções de orientação, atenção e emocionais. Ao nível do «autocuidado», observou-se uma melhoria na posição de sentado, sem desvio do tronco, e nas atividades de comer e beber.

Participante	Instrumento ENCS	Avaliação inicial	Avaliação final
B4	Perfil funcional geral	Problema moderado (44,58%)	Problema moderado (40,83%)
	Autocuidados	Problema grave (81,67%)	Problema grave (76,67%)
	Aprendizagem e funções mentais	Problema grave (56,67%)	Problema moderado (46,67%)
	Comunicação	Sem problema	Sem problema
	Relação com amigos e cuidadores	Sem problema	Sem problema

Quadro n.º8 - Aplicação do instrumento ENCS à participante B4

A participante B4 encontra-se vígil e orientada na pessoa, com períodos de desorientação no tempo e espaço, predominantemente no período noturno. Apresentava um défice moderado na capacidade de concentração e de memória que, numa fase inicial, dificultou a adesão ao plano de reabilitação. Posteriormente, observou-se uma melhoria gradual ao nível destas

funções, o que permitiu uma maior adesão ao plano de reabilitação e, conseqüentemente, ganhos nos demais conceitos do instrumento ENCS.

A nível motor, apresentava hemiparesia esquerda com força muscular pontuada com 4/5 na Escala de Lower que lhe condicionava parcialmente a realização das atividades lavar-se, comer e beber, e, de forma completa, as atividades vestir-se/despír-se e usar o sanitário. Era capaz de manter a posição de sentada, mas não mantinha a posição de pé. Depois de cinco sessões de ER, em enfoque na reeducação funcional motora e no ensino e treino de estratégias adaptativas e materiais de apoio, a participante andava curtas distâncias com apoio bilateral de terceiros e apresentava maior capacidade para desempenhar as atividades de vestir-se/despír-se e comer.

Grupo de participantes C

O grupo de participantes C era composto por duas utentes portuguesas com 76 (C1) e 79 (C2) anos de idade, internadas no Serviço de Ortopedia e submetidas a Artroplastia Total do Joelho (ATJ) esquerdo, em consequência de Gonartrose.

Ambas as participantes eram casadas e residiam com o esposo em domicílio próprio. A participante C1 residia num apartamento no rés-do-chão com barreiras arquitetónicas (três degraus de escadas) e a participante C2 numa moradia sem barreiras arquitetónicas. Ambas eram reformadas, a participante C2 concluiu a 4.^a classe e C1 estudou para além da 4.^a classe.

A nível de antecedentes pessoais, as duas as participantes apresentavam uma ATJ direito, com datação inferior a três anos.

As avaliações realizadas às participantes do grupo C com recurso ao instrumento ENCS apresentam-se no quadro n.º 9. Nos dois casos, a primeira avaliação de ER ocorreu no segundo dia pós-operatório e a avaliação final no momento da alta, correspondente ao terceiro dia pós-operatório.

Considerando a semelhança de diagnósticos médicos e problemas funcionais de ambas as participantes, e ao contrário do que foi realizado nos grupos de participantes anteriores, será realizada uma análise conjunta das avaliações realizadas.

Participante	Instrumento ENCS	Avaliação inicial	Avaliação final
C1	Perfil funcional geral	Problema moderado (30,83%)	Problema ligeiro (24,58%)
	Autocuidados	Problema grave (63,33%)	Problema moderado (38,33%)
	Aprendizagem e funções mentais	Sem problema	Sem problema
	Comunicação	Sem problema	Sem problema
	Relação com amigos e cuidadores	Sem problema	Sem problema
C2	Perfil funcional geral	Problema moderado (33,75%)	Problema moderado (27,5%)
	Autocuidados	Problema grave (63,33%)	Problema moderado (41,67%)
	Aprendizagem e funções mentais	Problema moderado (26,67%)	Problema ligeiro (23,33%)
	Comunicação	Sem problema	Sem problema
	Relação com amigos e cuidadores	Sem problema	Sem problema

Quadro n.º 9 - Aplicação do instrumento ENCS ao grupo de participantes C

A participantes C2, contudo, apresentava um «problema moderado» ao nível da «aprendizagem e funções mentais» por demonstrar dificuldade na adequação e regulação das emoções na fase inicial e um «problema ligeiro» na fase final, apenas com dificuldade na regulação das emoções.

Na avaliação diagnóstica, no que concerne ao domínio do «autocuidado», ambas as participantes apresentavam um «problema grave» com igual percentagem, decorrente da dificuldade em realizar um conjunto de atividades, de entre as quais: deitar, sentar, pôr de pé, andar e deslocar-se, lavar-se e vestir-se. À avaliação da força muscular e da amplitude articular, na primeira avaliação, ambas as participantes pontuavam 4/5 na Escala de Lower no membro inferior operado e 5/5 nos restantes membros e toleravam mobilização passiva da articulação do joelho esquerdo, com recurso a Artromotor, até 40°.

Após intervenção de ER, direcionada para a reeducação funcional motora e para o ensino e treino de uso de dispositivos de marcha, as duas participantes mantiveram o mesmo grau de força muscular na Escala de Lower em todos os membros, no entanto, aumentaram a amplitude de movimento para 60°, deambulavam com apoio de duas canadianas e eram capazes de subir e descer escadas, registando-se ganhos significativos ao nível do conceito «autocuidado». Ressalva-se que a diferença de 3,34% entre as participantes deve-se ao facto de a participante B2 já apresentar dificuldades antes da intervenção cirúrgica realizada ao joelho esquerdo, sendo assistida pelo esposo no domicílio.

Face aos conceitos «comunicação» e «relação com amigos e cuidadores», contactou-se que a avaliação foi «sem problema», o que indicou a ausência de necessidade de intervenção especializada nestas áreas.

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Depois da apresentação dos resultados, segue-se, neste capítulo, a discussão dos mesmos através do confronto das intervenções implementadas em concordância com o plano de intervenção instituído no subcapítulo 6.3. e a evidência científica obtida pela RSL apresentada no capítulo 4, pesquisa realizada, a análise da prática, bem como o conhecimento obtido através da especialidade de reabilitação. Desta forma, utilizar-se-á como fio condutor o conceito «autocuidado» do instrumento ENCS, comparando os resultados, tendo como base os diferentes autores.

Um das etapas do PE é a avaliação do status funcional de cada participante (Kozáková, 2021), compreendendo a avaliação da incapacidade, a monitorização dos progressos e a documentação dos resultados das intervenções implementadas (Radu et al., 2021). A aplicação do instrumento ENCS, a par de outros instrumentos de colheita de dados identificados no subcapítulo 6.2, permitiu monitorizar a evolução dos participantes, que a seguir se apresenta.

Salienta-se a avaliação dos sinais vitais em três momentos (antes, durante e após) intervenção de ER e a continuidade do plano de reabilitação na ausência do EEER. A continuidade da realização dos exercícios pontua como aspeto fundamental, na medida em que eram prescritas intervenções a realizar, que eram validadas no turno seguinte.

Arrogando que a capacitação é o tema fulcral neste trabalho, esta é definida como um processo multidimensional que envolve três domínios (Reis & Bule, 2017), segundo Reis e Bule (2017), envolve o domínio cognitivo, físico e material. Corroboram esta assunção, outros autores que referem na sua conceptualização mais um domínio, nomeadamente o emocional ou psicossocial. Estes consideram que a capacidade da pessoa em envolver-se no autocuidado denomina-se de ação do autocuidado, envolvendo quatro domínios – cognitivo, comportamental físico e emocional ou psicossocial (Orem, 2001; Petronilho & Machado, 2017).

Por opção dos intervenientes e por se considerar mais fácil a leitura e compreensão do trabalho, a estrutura a discussão dos resultados será de acordo com os domínios de autocuidado referidos acima.

Domínio cognitivo e comportamental

O domínio cognitivo da ação do autocuidado refere-se à capacidade da pessoa de compreender a sua condição de saúde e as ações necessárias para cuidar de si mesmo. Isso inclui a consciencialização das necessidades de autocuidado e a capacidade de tomada de decisão para manter ou melhorar a saúde (Petronilho & Machado, 2017).

É importante para o EEER conhecer como a pessoa consciencializa o seu processo de transição, isto é, como a pessoa se posiciona face à sua nova condição de saúde física, mental, social ou económica de forma a individualizar os cuidados (Sousa et al., 2015; Silva et al., 2019).

Ao domínio cognitivo, une-se o domínio comportamental, que compreende as ações físicas realizadas pela pessoa para cuidar de si mesma. Envolve atividades concretas de autocuidado e está diretamente relacionado com a habilidade para executar as tarefas de autocuidado necessárias (Petronilho & Machado, 2017).

O domínio cognitivo pode ser categorizado em linguagem, aprendizagem e memória, cognição social, atenção complexa, função executiva e função perceptivo-motora. Esses domínios cognitivos específicos podem, por sua vez, ser divididos em subdomínios para especificar as funções cognitivas (American Psychiatric Association, 2023).

A cognição engloba uma variedade de processos mentais, abrangendo a atenção, percepção, compreensão, aprendizagem, memória, resolução de problemas e raciocínio. Estas funções capacitam as pessoas a compreender e interagir com o mundo (Cardoso et al., 2004).

O AVC, isquémico ou hemorrágico, tem a propensão de acarretar sequelas temporárias ou permanentes. Estas sequelas abrangem a área neurológica com comprometimento da função motora, da sensibilidade e do estado de consciência. Podem ser igualmente observadas alterações neuropsicológicas nos domínios cognitivos, comunicativo e/ou emocional (Faria et al. 2020).

Pela análise dos resultados dos participantes do grupo B, pudemos avaliar o domínio cognitivo e comportamental dos participantes, verificando-se que todos os participantes do grupo B, juntamente com a participante C2, apresentavam um compromisso no domínio «aprendizagem e funções mentais».

Os participantes do grupo B encontravam-se acometidos por um AVC que, geralmente, desencadeia um compromisso cognitivo (Varanda & Rodrigues, 2017). Nestas situações, os défices cognitivos podem causar um impacto significativo na vida das pessoas envolvidas, com repercussão na adesão e na eficácia do regime de reabilitação (Faria et al. 2020), dado que o processo de aprendizagem requer o exercício de funções cognitivas (Varanda & Rodrigues, 2017).

O EEER com a reabilitação dos défices cognitivos visa maximizar as capacidades cognitivas, considerando o bem-estar psicológico e a funcionalidade na realização das AVD, integrando estratégias compensatórias de modo a melhorar o funcionamento quotidiano (Varanda & Rodrigues, 2017; Cicerone et al., 2019).

Na primeira avaliação de ER, todos os participantes do grupo B apresentavam um compromisso ao nível da «aprendizagem e funções mentais», com diversas consequências nas funções da consciência, da orientação, da atenção, da memória e emocionais.

Um estado de desorientação pode inibir a pessoa de progredir num programa de reabilitação e advém de alterações no estado de consciência, compromisso da memória ou défice de atenção (Hoeman, 2011). Os participantes B3 e B4 encontravam-se desorientados e, concomitantemente, apresentavam alterações nas funções de consciência, atenção e memória. O plano de intervenção delineado para estes participantes inclui intervenções que visaram diminuir o compromisso no conceito afetado, como: orientar para a realidade, no tempo e no espaço, socorrendo-se a informação verbal atualizada ou pistas ambientes (relógio ou calendário) e o treino de repetição contínua de dados e a socialização (Varanda & Rodrigues, 2017). No final da intervenção, verificaram-se ganhos de 10% em ambos os participantes no conceito «aprendizagem e funções mentais».

Para além das alterações na memória, nas praxias, nas funções executivas e na atenção, destacam-se também as alterações na linguagem e na perceção associadas ao quadro de AVC. 3/4/9/11 Verificámos que os participantes B1 e B2 apresentavam um compromisso no conceito «comunicação» do instrumento ENCS.

Como sequela do AVC, os participantes B1 e B2 encontravam-se disártricos. Nestes casos, é frequente a instalação de quadros de ansiedade e depressão pelas dificuldades de comunicação e pela afeição na inserção sociofamiliar e na qualidade de vida (Varanda & Rodrigues, 2017), como foi o caso do participante B2 que apresentava alterações nas funções emocionais. Ramos-Perdigués et al. (2015) consideram que a raiva pode perturbar a gestão dos cuidados e criar situações stressantes, quer para a pessoa com AVC e sua família quer para o profissional de saúde. Diversos autores (Santos et al., 2006; Kwon et al., 2021; Kim & Yim, 2017) afirmam que níveis mais elevados de raiva apresentaram menores taxas de adesão à medicação e ao ensino.

A intervenção especializada dirigida a esta problemática incluiu estratégias facilitadoras da comunicação e exercícios para aumentar as capacidades de linguagem como favorecer um ambiente calmo para focar a atenção, dar mais tempo à pessoa para comunicar, atitude calma e compreensiva, elogiar e orientar os familiares para formas alternativas de comunicação (Menoita, 2012).

Ambos os participantes (B1 e B2) pontuaram «problema grave» na primeira abordagem com o EEER e, em ambos, verificou-se a presença de alterações na comunicação por discurso, frequentemente pouco claro, e dificuldade ligeira nos significados implícitos. A diferença na pontuação deveu-se à dificuldade em iniciar ou manter conversa, onde o participante B1 apresentava uma dificuldade moderada e o participante B2 uma dificuldade grave. Foi também neste parâmetro que se encontrou disparidade na avaliação final: o participante B1 apresentava apenas uma dificuldade ligeira para iniciar uma conversa e o B2 dificuldade moderada. Os ganhos alcançados a nível da comunicação foram de 20% e 26,67% para os participantes B1 e B2 respetivamente, e o participante B2 evoluiu de um problema moderado para o problema ligeiro relativamente às funções emocionais.

A reabilitação cognitiva fundamenta-se na neuroplasticidade, exigindo estímulos saudáveis, o mais precocemente possível, como o conforto físico, psíquico, ambiental e social transmitido pela serenidade, o tom de voz calmo e incentivos ao progresso (Varanda & Rodrigues, 2017). Dever-se-á envolver não só a pessoa, mas também a família e o ambiente sociocultural (Varanda & Rodrigues, 2017).

Existem diversos estudos randomizados de intervenções que utilizaram testes de reabilitação cognitiva na recuperação da neuroplasticidade com efeitos positivos da utilização

destes testes comparativamente a grupos que não foram sujeitos a este tipo de intervenções. Conforme Amorós-Aguilare e seus colaboradores (2021), numa revisão sistemática, defendem os efeitos das intervenções que incluem o treino cognitivo também podem depender de subdomínios cognitivos específicos visados, principalmente pelos exercícios de reabilitação cognitiva. Ainda, segundo estes autores, existem múltiplas variáveis que podem influenciar os efeitos cognitivos das intervenções após o AVC, tais como o tempo desde a lesão, a duração da intervenção, as características específicas do exercício (frequência, intensidade), entre outras.

A influência das intervenções que visam os mecanismos de plasticidade, como o exercício e a reabilitação cognitiva, podem variar. No caso de o cérebro ainda estar sob o efeito dos mecanismos de recuperação espontânea, que têm o seu pico máximo nas primeiras semanas e meses após a lesão, ou caso contrário, mais tardiamente, uma vez que esta “janela temporal de oportunidade” foi fechada (Jeffares et al., 2019)

Consideramos, então, que a fase precoce em que dispusemos a oportunidade para prestar cuidados aos participantes do grupo B teve influência positiva nos outcomes de enfermagem, uma vez que no final da intervenção especializada verificou-se uma média de obtenção de ganhos em saúde de 8,6%, 12,5% e 11,7%, relativamente aos conceitos «perfil funcional geral», «aprendizagem e funções mentais» e «comunicação», respetivamente.

Sumariamente, referimos que, para o grupo de participantes B, os progressos na funcionalidade simbolizam progressos na reeducação cognitiva e que os ganhos em saúde alcançados pelas intervenções de ER foram traduzidos pelas avaliações efetuadas. Advogam estas assunções Varanda e Rodrigues (2017).

Relativamente à alteração identificada a nível do conceito «aprendizagem e funções mentais» da participante C2, salienta-se que a mesma inicialmente demonstrava dificuldades na adequação e regulação das emoções, consequência do seu sentimento de revolta e dependência decorrentes da sua situação de saúde.

Frequentemente, nestas situações, o tempo de internamento é curto, levando o EEER a centrar as suas intervenções em ensinar, instruir e treinar as pessoas para que, após a alta, estejam envolvidas na prevenção de complicações e na maximização das capacidades (Lourenço et al, 2021). Perante estes factos, compreendemos que é importante focar intervenções específicas para minorar e regular estas emoções, bem como, identificá-las e compreendê-las.

Quisemos, assim, prevenir complicações e maximizar capacidades, através intervenções de ER que contemplassem intervenções associadas à «adesão ao regime de reabilitação» e «adesão a precauções de segurança» do plano de intervenção com enfoque na prevenção de complicações, nomeadamente: evitar longos períodos de tempo na posição de pé, evitar colocar o joelho sob uma almofada/outro material, dado que a flexão do joelho deverá ser evitada, evitar a realização de práticas desportivas com impacto na articulação, evitar o aumento de peso e apoiar a região poplíteia, em extensão completa, durante o período de repouso para prevenir a rigidez articular (Lourenço et al, 2021).

Para Meleis (2012), a consciencialização desempenha um papel fundamental na vivência das transições e envolve o reconhecimento e a compreensão das mudanças que ocorrem. Esta consciencialização passa pela perceção das necessidades de saúde, o reconhecimento das mudanças no corpo e na mente, a avaliação das respostas emocionais e cognitivas às transições e a compreensão das estratégias necessárias para lidar com a nova situação.

Nesta linha de pensamento, Lourenço et al., (2021), defendem que a consciencialização, em relação ao plano de reabilitação, bem como ao conhecimento das etapas do processo de reabilitação, reduzem a ansiedade e contribuem para o envolvimento e adesão da pessoa ao regime de reabilitação.

Para esta participante (C2), a consciencialização do seu estado de saúde e a maximização das suas capacidades proporcionaram-lhe mais independência funcional o que, conseqüentemente, contribui para a redução do seu sentimento de frustração, permitindo-lhe evoluir de um «problema moderado» para um «problema ligeiro», alcançando um ganho de 3,34% no conceito «aprendizagem e funções mentais».

Embora os dados cognitivos se tenham tornado mais frequentes nos achados científicos em estudos de reabilitação de pessoas com AVC, esses dados são frequentemente limitados a instrumentos de medida que fornecem apenas uma visão superficial da função cognitiva. Verifica-se que a compreensão abrangente dos défices cognitivos específicos em sobreviventes de AVC e a forma como estas interferem na reabilitação da marcha continua a ser uma lacuna no conhecimento científico (VanGilder et al., 2020).

Não se verificou qualquer alteração nos conceitos anteriormente referidos no grupo de participantes A, excluindo-se a necessidade de intervenção de ER dirigida aos mesmos.

Domínio físico

O domínio físico concentra-se na capacidade física para realizar as atividades de autocuidado (Petronilho & Machado, 2017). Isso implica a avaliação da habilidade da pessoa para realizar tarefas relacionadas com o cuidado pessoal e a independência nas AVD. A amplitude deste domínio abrange desde tarefas básicas de autocuidado, como vestir-se ou alimentar-se, até atividades mais complexas que requerem coordenação motora fina e movimentos mais amplos (Taylor et al., 2016).

Neste sentido, a avaliação do domínio físico implica observar a funcionalidade e destrezas motoras do indivíduo. Esta capacidade física não está apenas relacionada com a força e destreza física, mas também com aspetos como a mobilidade, o equilíbrio e a agilidade (Johnston et al., 2015), como se constatou no grupo de participantes.

No grupo de participantes A, o compromisso cardiorrespiratório induz na pessoa idosa um processo de transição saúde-doença com impacto nos processos corporais (Neder & O'Donnell, 2020), exigindo um processo de readaptação pelo decréscimo da capacidade funcional (Taşçı et al., 2021). Em contexto hospitalar, o programa de RC inicia-se 12 a 24 horas após um evento cardíaco ou, assim que possível, após a identificação dos fatores de risco. Após a estabilização clínica, a atividade física deve iniciar-se o mais precocemente possível e de forma progressiva (Abreu et al., 2018).

A avaliação do EEER, neste âmbito, deverá compreender a avaliação dos sintomas decorrente do exame físico, complementada pelos meios complementares de diagnóstico disponíveis (Krowka, 2016), força muscular e da qualidade de vida (OE, 2018). As intervenções de ER centram-se no controlo sintomatológico e na estabilidade clínica (Steindal et al, 2019) e a prescrição de exercícios deve ser individualizada e depende do estado clínico, do diagnóstico e do tratamento em curso (Nunes, 2023).

A tolerância ao esforço é determinada pela perceção subjetiva através da Escala de Borg Modificada, pela presença de sintomas adversos e pela frequência cardíaca. É importante que o exercício realizado pela pessoa não produza aumento da frequência cardíaca superior a 20-30 batimentos por minuto em relação ao valor de repouso, e também não ultrapasse 120 batimentos por minuto durante o exercício (Abreu et al., 2018). O cumprimento dos requisitos de segurança durante um programa de RC é de extrema relevância (Nunes, 2023). Destacamos que, durante

todas as sessões de ER implementadas, considerou-se a monitorização contínua do esforço durante as atividades e a atenção aos sinais de alarme, garantindo a segurança dos participantes.

As intervenções delineadas para as participantes do grupo A consideraram a ausência de alterações da força muscular e de equilíbrio estático e dinâmico e o comprometimento na satisfação das AVD pela presença de dispneia em repouso e, conseqüentemente, intolerância à atividade. Posto isto, Couto et al. (2021) estabeleceram-se como focos de intervenção comuns às duas participantes «ventilação», «dispneia em repouso» e «intolerância à atividade».

Orientado para a pessoa com doença respiratória, Dias et al. (2022) através de uma RSL identificaram um conjunto de intervenções de ER para a promoção da melhoria da função respiratória que se assemelham às a seguir apresentadas e implementadas neste projeto. Alves e Grilo (2021) sublinham que as técnicas de reabilitação respiratória, utilizadas como tratamento não farmacológico para controlo sintomatológico respiratório, têm efeitos positivos em pessoas adultas e idosos, com benefício a nível da diminuição da fadiga e da dispneia, aumento da tolerância ao esforço e alterações nos volumes e capacidades pulmonares.

Durante as sessões, foram implementadas técnicas de otimização de ventilação, visando melhorar a função respiratória através da melhoria da coordenação e eficácia dos músculos respiratórios e mobilidade e expansão torácica (Higashimoto et al., 2020). Estas técnicas, descritas no plano de intervenção e sugeridas também por Gomes e Ferreira (2017), incluíam: consciencialização e controlo da respiração, dissociação dos tempos respiratórios, expiração com os lábios semicerrados, reeducação diafragmática e reeducação costal.

Complementou-se a intervenção com técnicas de descanso e relaxamento (decúbito dorsal, decúbito semi fowler, decúbito lateral em semi fowler, posição de cocheiro) para alívio da dispneia e com o ensino sobre gestão dos períodos de atividade e repouso e o uso de estratégias adaptativas para realizar atividades do dia a dia como forma de melhorar a tolerância à atividade, como é sugerido por Higashimoto et al (2020). Nas duas participantes, observou-se uma melhoria da sensação de dispneia e das saturações periféricas de oxigénio de 92% para 97% (A1) e 90% para 95% (A2), sem demais repercussão hemodinâmica.

A presença de acessos de tosse produtiva pouco eficaz relevaram-se como fator de agravamento junto da participante A1. Neste sentido, selecionaram-se, também, as intervenções inerentes ao foco «limpeza das vias aéreas»: drenagem postural clássica, manobras acessórias (percussão, vibração, compressão, vibrocompressão), tosse assistida e *huffing*/expiração

forçada. O sucesso destas intervenções era reforçado pela participante que referia tossir menos vezes, mas expelir mais secreções em cada acesso de tosse.

No final da intervenção especializada, a participante A1 apresentou melhorias na tolerância ao esforço e no desempenho das AVD, que se refletiu num ganho de 70% no conceito «autocuidado» e de 32,5% no «perfil funcional geral».

A participante A2 apresentava como fator agravante da sua sensação de dispneia a presença de dores no ombro esquerdo e nos membros inferiores decorrentes da sua Patologia Osteoarticular, que se traduzia numa maior dificuldade em desempenhar atividades como sentar, pôr de pé, andar, lavar-se, vestir-se/despir-se, comer, beber e usar o sanitário, comparativamente à participante A1.

No caso da participante A2, o objetivo da intervenção de ER na fase pré-operatória de cirurgia cardíaca focava a capacitação da pessoa, por meio de instrução e treino, de exercícios respiratórios, de técnicas de limpeza as vias aéreas, de posicionamento e de mobilização musculoesquelética precoce (Vermelho & Pestana, 2021). Agregaram-se como focos de intervenção «adesão a precauções de segurança» e «movimento corporal» e aplicaram-se as intervenções de acordo com o plano de intervenção estabelecido, indo de encontro aos exercícios sugeridos por Vermelho & Pestana (2021) num Programa de Enfermagem de Reabilitação Cardíaca Intra-Hospitalar destinado à pessoa internada com patologia cardíaca.

Considerando que o primeiro foco prevê a prevenção de complicações pulmonares pós-operatórias (Vermelho & Pestana, 2021) as intervenções de ER visaram o ensino e instrução das técnicas respiratórias e para limpeza da via aérea descritas anteriormente. As intervenções relativas ao «movimento corporal» visaram, essencialmente, prevenir sequelas da imobilidade recomenda/imposta na fase aguda e melhorar a capacidade funcional (Abreu et al., 2018; Vermelho & Pestana, 2021), neste caso específico, com a agravante da Patologia Osteoarticular que, frequentemente, está associada a um compromisso musculoesquelético (Lourença et al., 2021).

Considerando os riscos associados ao esforço e a presença de dor no ombro esquerdo e membros inferiores, as intervenções de ER implementadas iniciaram-se com exercícios passivos do membro superior esquerdo e membros inferiores que, de forma gradual, passaram a exercícios ativos-assistidos, consoante a tolerância à dor da participante. O membro superior

direito foi sempre submetido a exercícios ativos-assistidos e, em todos os momentos, foram mobilizados todos os segmentos dos quatro membros.

O controlo da dispneia e da dor na participante A2 refletiu-se num ganho ao nível do conceito «perfil funcional geral» de 2,5% e de 10% no «autocuidado», salvaguardando os resultados pela restrição de mobilidade imposta pela situação clínica.

Louie et al. (2019) e Antunes et al. (2016) afirmam que a maioria das pessoas que sobrevivem a um AVC frequentemente manifestam défices neurológicos e incapacidades físicas, sensoriais, cognitivas, linguísticas e visuais a longo prazo. Estas condições podem resultar numa redução da capacidade funcional para realizar diversas AVD.

No grupo de participantes B, verificou-se a existência de um problema ao nível da «aprendizagem e funções mentais» e de sequelas motoras (hemiparesia ou hemiplegia) que condicionavam a realização tarefas do quotidiano dos participantes e, conseqüentemente, a capacidade para o autocuidado, como se pode constatar pelas pontuações do conceito «autocuidado» do instrumento ENCS na avaliação inicial.

A reabilitação neurológica tem como principal objetivo promover a autonomia funcional em todas as áreas da vida de uma pessoa (OMS, 2003). É crucial iniciar esse processo o mais precocemente possível, aproveitando a plasticidade cerebral nos estádios iniciais de lesões neurológicas. Os programas de reabilitação não devem restringir-se ao ambiente hospitalar, considerando que é no domicílio, onde muitas atividades diárias ocorrem (Araújo et al., 2021). De acordo com Petronilho et al. (2021), as intervenções de ER visam reabilitar capacidades e promover estratégias adaptativas, com o objetivo de tornar a pessoa o mais independente possível. Estas intervenções têm uma repercussão positiva na qualidade de vida das pessoas e das suas famílias.

As intervenções delineadas para os participantes do grupo B estabeleceram-se em concordância com os objetivos estabelecidos para e com cada participante. Contudo, existiram focos de enfermagem transversais a todos os participantes devido às características semelhantes apresentadas, sendo eles: «arranjar-se», «tomar banho», «transferir-se», «usar o sanitário», «vestir-se/despir-se» e «andar». Para cada foco, as intervenções de ER focaram o ensino, a instrução e o treino de técnicas adaptativas e/ou uso de dispositivos de apoio, consoante as características individuais de cada participante.

Também o foco «movimento corporal» foi comum a todos os participantes deste grupo, considerando que as intervenções implementadas tiveram o propósito de facilitar a recuperação do esquema corporal. Visaram também a prática de mecanismos de reflexo postural, a estimulação da sensibilidade proprioceptiva, o aprimoramento do equilíbrio, a redução da espasticidade, a facilitação da mobilidade na cama e a preparação da pessoa para assumir a posição sentada e ortostáticas. Estas estratégias constituem uma abordagem abrangente para melhorar a coordenação motora, a percepção corporal e as habilidades posturais, essenciais para a execução de tarefas (Menoita, 2012).

Os défices de marcha e equilíbrio são comuns após o AVC e contribuem diretamente para o comprometimento da mobilidade, aumento de quedas e redução da qualidade de vida. A gravidade das alterações do equilíbrio e/ou marcha após o AVC é muito variável e depende de pessoa para pessoa (Mackintosh et al., 2005; Schmid et al., 2013).

A RSL conduzida por Martínez-Velilla et al. (2016) argumenta que as pessoas deveriam iniciar curtos períodos de caminhada durante o internamento hospitalar, utilizando dispositivos auxiliares. Uma perspetiva respaldada pela investigação de Gazineo et al. (2021) teve em conta que, em pessoas hospitalizadas, a implementação de um programa personalizado de caminhada assistida resultou em melhorias na capacidade de caminhar no momento da alta.

Numa meta-análise realizada por Zhao et al. (2021), em sobreviventes de AVC com comprometimento cognitivo, verificou-se que existe uma relação correlativa entre cognição e equilíbrio, sugerindo que o treino cognitivo (ou a reabilitação motora combinada com uma tarefa cognitiva) possa contribuir para a melhoria do desempenho motor (ou seja, da reaprendizagem).

Foi sobre os participantes B2 e B3 que mais recaíram as intervenções associadas ao foco «equilíbrio corporal», com diversos exercícios realizados, tanto com a pessoa em posição sentada quanto em pé, visando o desempenho de tarefas e a preparação para a marcha (Araújo et al., 2021).

No estudo de Lee et al. (2020), em pessoas com hemiplegia resultante de AVC, o treino de estabilidade do tronco com ativação seletiva dos músculos abdominais produz efeitos positivos nos músculos abdominais, equilíbrio e mobilidade. Enquanto os exercícios de estabilidade do tronco, incorporando a manobra de esvaziamento abdominal, mostraram ser eficazes na

contração do músculo transverso do abdômen, e os exercícios com a manobra de órtese na contração do músculo oblíquo interno.

No campo das novas tecnologias, o estudo de Van Den Berg et al. (2016) demonstrou que a inclusão de exercícios interativos baseados em vídeo/computador na reabilitação geriátrica e neurológica de pessoas hospitalizados resulta em melhorias específicas da tarefa no equilíbrio, no entanto, não produz melhorias na mobilidade em geral. Hassett et al. (2020), em contraste com o estudo anterior, observaram uma melhoria na mobilidade no grupo de intervenção em comparação com o grupo de controle pela utilização de videogames de realidade virtual, monitores de atividade e dispositivos de computador de mão.

Dirigida à espasticidade que o participante B3 apresentava, foram implementadas as intervenções associadas ao foco corresponde do plano de cuidados, nomeadamente: executar técnica de exercícios musculares e articulares e posicionar em padrão antiespástico durante 24horas por dia, como defende Menoita (2012).

Uma RSL com meta-análise de ensaios clínicos randomizados, conduzida por Wang et al. (2019), destacou os benefícios do Kinesio Taping® na reabilitação de membros inferiores de pessoas com AVC, evidenciando melhorias significativas na espasticidade, função motora, equilíbrio, capacidade e qualidade da marcha, embora ressalte a necessidade de mais estudos para uma compreensão mais aprofundada dos benefícios das bandas neuromusculares devido à limitação de artigos e qualidade da pesquisa disponível.

No grupo C, o processo de reabilitação associado ao pós-operatório da ATJ foca a capacitação da pessoa e a maximização da sua independência com vista à melhoria da qualidade de vida (Lourenço et al, 2021). Neste âmbito, o EEER é fundamental na conceção e implementação de programas de ER que deverão ser iniciados o mais precocemente possível (Moreira et al, 2020) de modo a prevenir complicações articulares, como luxação dos componentes protésicos ou rigidez da articulação do joelho, a complicação mais frequente após artroplastia e que compromete a funcionalidade da pessoa (Lourenço et al, 2021).

Na conceção de um plano de intervenção de ER à pessoa submetida a ATJ, o EEER deverá centrar-se nos focos: «adesão a precauções de segurança», «movimento corporal», «transferir-se», «equilíbrio corporal», «andar com auxiliar de marcha», «usar o sanitário», «vestir-se/despir-se» e «tomar banho» (Lourenço et al, 2021). Estes dados convergem com as necessidades identificadas nas participantes do grupo C.

Considerando que a manipulação de grupos musculares durante a cirurgia e as limitações impostas no sentido de se prevenirem complicações limitam a amplitude de movimento da articulação (Lourenço et al., 2021), o fortalecimento muscular deve iniciar-se imediatamente após a cirurgia (Borges, 2015), com a mobilização precoce no leito.

Destacam-se os exercícios isométricos para fortalecimento de glúteos e quadricípites, músculos essenciais na marcha, e dos tríceps braquiais, que estão envolvidos no uso de meios auxiliares de marcha (Sousa & Carvalho, 2017). A mobilização do membro inferior não intervencionado é igualmente importante de modo a potenciar o fortalecimento muscular (Lourenço et al., 2021). O artromotor, dispositivo que realiza mobilizações passivas contínuas, surge como uma opção vantajosa na recuperação da amplitude de movimentos (Sousa & Carvalho, 2017).

Face à avaliação da força muscular e da amplitude articular, na primeira avaliação, ambas as participantes (C1 e C2) pontuavam 4/5 na Escala de Lower no membro inferior operado e 5/5 nos restantes membros, tolerando a mobilização passiva da articulação do joelho esquerdo, com recurso a Artromotor, até 40°. Na avaliação final, mantiveram o mesmo grau de força muscular na Escala de Lower em todos os membros, no entanto, aumentaram a amplitude de movimento para 60°, deambulavam com apoio de duas canadianas e eram capazes de subir e descer escadas.

Considerando a presença de escadas no domicílio da participante C1, este último aspeto tornou-se fundamental na preparação para a alta, realçando a importância do ensino, instrução e treino de estratégias para a realização das atividades inerentes aos diferentes domínios do autocuidado (Sousa & Carvalho, 2017a; Sousa & Carvalho, 2017b), inserindo-nos nos focos «transferir-se», «andar com auxiliar de marcha», «usar o sanitário», «vestir-se/despir-se» e «tomar banho», com destaque particular para este caso, o treino do uso do auxiliar de marcha em superfícies planas e no subir/descer escadas.

A utilização de bandas neuromusculares foi associada à redução da dor pós-operatória, melhoria da extensão da articulação do joelho e diminuição do edema durante a reabilitação precoce pós-artroplastia total do joelho, conforme afirmado por Donec e Kubilius (2014).

Apesar de o primeiro contacto com as participantes do grupo C ter ocorrido no período pós-operatório, importa referir a importância da intervenção de ER no período pré-operatório que deverá focar a reeducação funcional respiratória e reeducação funcional motora (Sousa &

Carvalho, 2017). A intervenção neste período reduz a ansiedade e aumenta o envolvimento da pessoa no processo de reabilitação, permitindo-lhe expor as suas dúvidas e expectativas (Pina & Baixinho, 2020; Stith et al, 2020)

Domínio emocional ou psicossocial

O domínio emocional ou psicossocial aborda a dimensão emocional do autocuidado, envolvendo atitudes, valores, desejos, motivação e competência percebida para a realização da ação do autocuidado (Petronilho & Machado, 2017). Refere-se à capacidade das pessoas para gerir e expressar emoções, assim como interagir de forma eficaz no seu ambiente social (Rautakoski et al., 2021).

Sousa et al. (2015) destacaram a tristeza e a ansiedade como as emoções que emergem no processo de hospitalização. Apesar de cada pessoa viver a sua situação de saúde de forma singular, Leite et al. (2018) acrescentam que é comum que, durante a hospitalização, a pessoa que se encontra vulnerável desenvolva sentimento de angústia, apreensão, ansiedade pelo afastamento das atividades quotidianas e, simultaneamente, de medo do prognóstico (Leite et al., 2018).

Perante a imposição em lidar com mudanças físicas e outros desafios emocionais, a resiliência ou a capacidade de se recuperar de adversidades torna-se uma competência valiosa nesta fase da vida (Taboada et al., 2006).

Neste sentido, a deteção precoce de problemas socioemocionais é crucial. Como explicam Charles e Carstensen (2010), a avaliação profissional e a atenção às mudanças nas interações sociais, no humor e na adaptação a mudanças podem ser indicadores de problemas subjacentes, sendo que a intervenção precoce pode melhorar significativamente a qualidade de vida emocional da pessoa.

No domínio do autocuidado, o domínio emocional ou psicossocial é essencial para compreender como as emoções e a saúde mental influenciam a capacidade da pessoa para cuidar de si mesma. Conforme demonstrado por Torres-Soto et al. (2022), as atitudes em relação ao autocuidado podem influenciar a disposição da pessoa para se envolver em práticas saudáveis.

Analogamente, conhecer a maneira como a pessoa consciencializa a sua situação de saúde (Sousa et al., 2015; Silva et al., 2019), investigar o contexto de vida, as relações afetivas e laborais, os antecedentes pessoais e a relação com a equipa multidisciplinar e o ambiente hospitalar permite ao EEER identificar a possível causa de sentimentos e emoções negativas, de forma a adequar a sua intervenção e contribuir para o bem-estar da pessoa (Leite et al., 2018).

No que diz respeito ao domínio «autocuidado» do instrumento ENCS, identificou-se que, inicialmente, todos os participantes apresentavam problemas graves, com pontuações variando entre 63,33% e 95%. Após a intervenção especializada, evidenciou-se uma redução significativa no percentual de problemas para todos os participantes. Esses resultados sugerem que, conforme explica Molina-Mula & Gallo-Estrada (2020), abordar aspetos como a adesão a precauções de segurança, o seguimento do regime de reabilitação, o desenvolvimento de habilidades de movimento, o autocuidado pessoal, o controlo da dor, entre outros, impacta positivamente no desenvolvimento do autocuidado.

Neste contexto, concordamos com a teoria proposta por Berry et al. (2022), que sugere que pessoas com condições musculoesqueléticas, ao receberem formação específica nos domínios de autocuidado, experimentam melhorias notáveis na confiança em si mesmos e um aumento substancial do seu interesse em participar ativamente no seu processo de recuperação.

No que diz respeito ao domínio «relação com amigos e cuidadores», observou-se que a maioria dos participantes pontuou «sem problema», com destaque para a exceção do participante B2, pontuado como «problema moderado». Este participante era o único participante solteiro e a residir com a sobrinha. Na avaliação final, não se constatarem ganhos neste conceito, dado que não foi possível o contacto com a sobrinha do participante ou outros familiares/amigos, impossibilitando a intervenção de ER nesta área.

As funções emocionais, também aqui abordadas, por se encontrarem integradas no conceito «aprendizagem e funções mentais» do instrumento ENCS foram discutidas anteriormente no domínio cognitivo e comportamental.

Por fim, observaram-se ganhos em saúde nos três grupos de participantes, com destaque para o domínio «autocuidado» do instrumento ENCS que apresentou uma média de ganhos alcançados dos três grupos de 26,2%, seguido do «score global de funcionalidade» conforme consta no quadro n.º10.

Instrumentos ENCS	Média dos ganhos alcançados por grupo de participantes			Média dos ganhos alcançados no total
	Grupo A	Grupo B	Grupo C	
Score global de funcionalidade	17,5%	8,6%	6%	10,7%
Autocuidados	40%	15,4%	23,3%	26,2%
Aprendizagem e funções da memória	0%	12,5%	1,7%	4,7%
Comunicação	0%	11,7%	0%	3,9%
Relação com amigos e cuidadores	0%	0%	0%	0%

Quadro n.º 10 - Média dos ganhos alcançados pela aplicação do instrumento ENCS

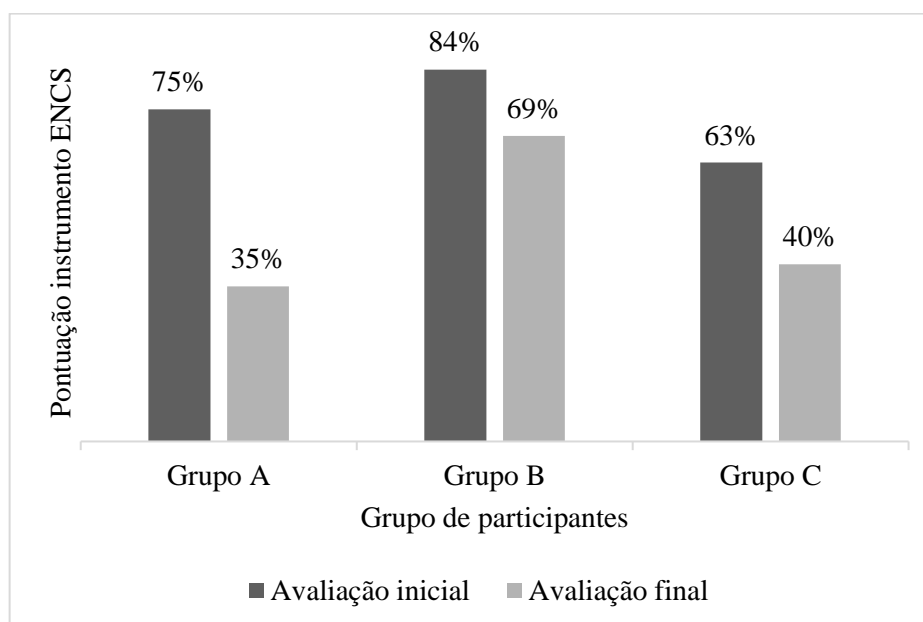


Gráfico n.º 1 – Evolução do parâmetro «autocuidado» do instrumento ENCS

A análise do gráfico n.º 1 permite visualizar a evolução média de cada grupo de participantes do conceito «autocuidado» nos dois momentos de avaliação, inicial e final. Todos

os grupos alcançaram ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER superiores a 15%, sendo que foi no grupo de participantes B que se verificou a menor percentagem de ganhos, consequente das sequelas do AVC nos participantes. No polo oposto, o grupo de participantes A foi o grupo que mais ganhos em saúde alcançou, com uma diferença percentual de 16,7%, comparativamente ao grupo C, o que poderá ser explicado pelo facto de estas participantes se encontrarem num período pós-operatório com limitações associadas.

8. ANÁLISE REFLEXIVA DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo aborda uma análise refletiva sobre as competências adquiridas durante a realização dos ensinamentos clínicos, sustentando a intervenção ao nível de competências comuns do enfermeiro especialista (EE), específicas do EEER e de mestre.

O International Council of Nurses (2019) define «competência» como uma medida individual de habilidades e conhecimentos que permite à pessoa desempenhar um determinado trabalho. Fukada (2018) define-a como uma habilidade adquirida através de experiências e aprendizagens sendo, por isso, uma característica comportamental e uma premissa para o desenvolvimento de competências (Fukada, 2018).

No âmbito da enfermagem, o exercício das competências baseia-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa e/ou grupo, na tomada de decisão fundamentada em evidência científica e no respeito e regulamentação profissional que estabelecem a boa prática (Cantante et al., 2020).

8.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE é um profissional de saúde a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados em áreas específicas de especialidade em enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define «competências comuns» como as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, sendo evidenciadas por meio da sua notável capacidade de conceber, gerir e supervisionar cuidados. Além disso, demonstram um apoio efetivo ao exercício profissional especializado, abrangendo as áreas de formação, investigação e consultoria (Regulamento n.º 140/2019).

Para a atribuição do título de EE, estes profissionais, independentemente da sua especialidade, devem partilhar um conjunto de competências comuns, divididas em quatro domínios: (A) Responsabilidade profissional, ética e legal; (B) Melhoria contínua da qualidade; (C) Gestão dos cuidados; e (D) 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)

No âmbito da sua especialidade, o EE desenvolve uma prática profissional, ética e legal baseada nas normas legais, nos princípios éticos e na deontologia profissional, garantindo o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019).

Na procura de um exercício seguro, profissional e ético, o EE lidera e avalia os resultados do processo de tomada de decisão, baseada em princípios, valores e normas deontológicas (Regulamento n.º 140/2019).

Considera-se que a intervenção ao longo deste projeto assentou numa práxis com tomada de decisão suportada em juízo baseado no conhecimento e experiência e no respeito e promoção dos direitos humanos, nomeadamente no respeito pelo direito ao acesso à informação, à confidencialidade, à privacidade e à escolha e autodeterminação (Regulamento n.º 140/2019).

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

As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade compreendem que o EE assuma um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias institucionais e desenvolva práticas de qualidade com base em programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019).

É esperado que o EE, na procura da melhoria da qualidade, colabore na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e efetue a avaliação das

práticas e, perante os resultados, planeie e lidere programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019).

Durante o EC no Serviço de Cardiologia, foi possível contribuir para o Programa de RC inserido no Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que se encontrava em fase de desenvolvimento, através de sugestões dirigidas para a etapa dos resultados/obtenção de ganhos da implementação do programa, cooperando “na comunicação de resultados das atividades institucionais” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4747). A sugestão passou pela avaliação do score atribuído ao foco de enfermagem «intolerância à atividade» no sistema informático na primeira e última sessões de ER.

No EC no Serviço de Medicina Interna, foi possível identificar oportunidades de melhoria, através de um questionário aplicado à equipa de enfermagem, que incluía enfermeiros generalistas e EE, sobre a temática «Cuidados de Enfermagem à Pessoa com compromisso da deglutição». Após avaliação dos resultados, foram estabelecidas prioridades e selecionada uma estratégia de melhoria, que passou pela realização de uma ação de formação em serviço (Apêndice III).

Dentro da mesma temática, e em conjunto com a Enfermeira com funções de chefia do Serviço, foi delineada uma proposta de melhoria: a criação de um dístico de alerta/informativo com o objetivo de promover a segurança da pessoa com compromisso relativo à deglutição. Este dístico seria colocado na unidade da pessoa como forma de alerta, para profissionais e visitantes, com o objetivo de validar junto do enfermeiro o ato de alimentar/hidratar a pessoa internada.

A temática abordada neste projeto vai de encontro a uma das Áreas de Investigação prioritárias em Enfermagem de Reabilitação para 2015-2025, identificadas pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2014). Sobre este assunto foi desenvolvida uma RSL com o objetivo de identificar quais as intervenções de ER para a capacitação da pessoa idosa com compromisso da mobilidade e défice de autocuidado, que, posteriormente, foi apresentada em formato de comunicação oral e publicada em revista, conforme mencionado do capítulo 4.

A participação na comunicação oral “Capacitação para o Autocuidado da Pessoa Idosa Hospitalizada: Ganhos Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, no III

Congresso do Mestrado em Enfermagem (em Associação) (Apêndice IV), contribuiu para a divulgação do conhecimento e experiências na área da ER.

Dentro deste domínio, cabe ainda ao EE garantir um ambiente terapêutico e seguro centrado na pessoa (Regulamento n.º 140/2019). A fim de garantir uma prestação de cuidados segura para a pessoa, família e profissionais de saúde, foram selecionados recursos humanos e materiais que permitissem uma adequada e segura prestação de cuidados e realizados ensinamentos para a prevenção de incidentes, de que são exemplos, o uso de ajudas técnicas como barras de apoio, cadeira de banho, andador, canadianas e tábua de transferência e a realização de ensinamentos sobre a prevenção de quedas e posteriores complicações.

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

No domínio da gestão dos cuidados, o EE tem competências para gerir os cuidados de enfermagem e adaptar a liderança e a gestão dos recursos, visando a segurança e qualidade dos cuidados e das tarefas delegadas (Regulamento n.º 140/2019).

A gestão dos recursos humanos e materiais foi imprescindível no planeamento e implementação dos programas de reabilitação durante os EC. Em conjunto com a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais, foi possível negociar e coordenar métodos de organização de trabalho adequados, utilizando as ajudas técnicas disponíveis, de forma a individualizar o cuidado. A par do que foi anteriormente referido, ressalva-se a necessidade de coordenar a prestação de cuidados com a restante equipa multidisciplinar, nomeadamente fisioterapeuta, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional, de modo a garantir a maximização de ganhos para a pessoa de cada intervenção especializada.

De igual forma, a gestão de tempo de internamento, sobretudo no Serviço de Ortopedia, foi importante, considerando que o tempo de internamento é curto e urge a necessidade de iniciar programas de reabilitação o mais precocemente possível com enfoque na educação para a saúde para a prevenção de complicações.

“Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

(Regulamento n.º 140/2019, p. 4745)

No âmbito das competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, cabe ao EE desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, demonstrando capacidade de reconhecer os seus recursos e limites pessoais e profissionais, consciencializar a influência pessoal na relação profissional e identificar fatores que possam interferir na relação enfermeiro-pessoa, e/ou outras, de forma a antecipar situações de eventual conflitualidade e adequar técnicas de resolução de conflitos (Regulamento n.º 140/2019).

O grupo de participantes do projeto incluía participantes com dificuldade na adequação e regulação das emoções resultantes da transição saúde-doença, conforme descrito no domínio cognitivo e comportamental do capítulo anterior. Junto destas pessoas, a intervenção especializada pautou-se por analisar a autoperceção da pessoa sobre a sua situação de saúde, permitindo gerir sentimentos e emoções e gerar respostas de adaptabilidade individual (Regulamento n.º 140/2019).

A praxis clínica especializada deverá basear-se em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019) e o EE “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

Neste sentido, e como referido anteriormente, durante o EC no Serviço de Medicina Interna, foram diagnosticadas necessidades formativas junto da equipa de enfermagem, sobre as quais foi desenvolvido um programa formativo com vista ao desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

Também a colaboração em estudos de investigação, através do desenvolvimento e divulgação dos resultados de uma RSL, contribuiu para o novo conhecimento e desenvolvimento da prática especializada, visando ganhos em saúde.

8.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O EEER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565) através do seu elevado nível de conhecimentos e experiência que lhe permitem tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

No âmbito do seu exercício profissional, o EEER integra três competências específicas da sua prática que a seguir se apresentam (Regulamento n.º 392/2019).

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

No âmbito da presente competência, é esperado que o EEER realize a avaliação da funcionalidade da pessoa, diagnostique alterações que determinam limitações da atividades e incapacidades, conceba planos de intervenção dirigidos à promoção da capacidade adaptativa, implemente as intervenções planeadas de acordo com o objetivo estabelecido e realize a avaliação dos resultados das intervenções implementadas (Regulamento n.º 392/2019). Este processo pode ser equiparado ao MPP desenvolvido e que sustenta o projeto de intervenção abordado neste relatório, como se explana de seguida.

Durante o EC, foi possível prestar cuidados de reabilitação a participantes com diferentes características, nomeadamente ao nível da idade, escolaridade, situação social e funcionalidade. Esta diversificação impôs a adaptação do plano de intervenção, de acordo com as necessidades individuais e os objetivos delineados.

A recolha de informação pertinente através de escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções, conforme descrito no subcapítulo 5.2., permitiu avaliar a capacidade funcional dos participantes e o seu impacto na qualidade de vida e bem-estar da pessoa, com ênfase na funcionalidade e autonomia. A informação recolhida permitiu a formulação de diagnósticos das respostas humanas desadequadas e a hierarquização das principais necessidades e prioridades de intervenção especializada (Regulamento n.º 392/2019).

Esta recolha de informação corresponde ao processo de avaliação diagnóstica da Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006). Durante este processo, pela aplicação da teoria de Meleis, foram considerados aspetos psicossociais e fatores facilitadores e inibidores que pudessem interferir nos processos adaptativos resultantes da transição saúde/doença.

Posteriormente, na conceção dos planos de intervenção, procurou-se envolver o participante e a família no estabelecimento de objetivos, estratégias a implementar, resultados esperados e metas a atingir, favorecendo, desta maneira, o processo de transição/adaptação.

As intervenções especializadas, designada no MPP por processo de intervenção terapêutica (Lopes, 2006), objetivaram a promoção da autonomia e a qualidade de vida através de programas de reeducação funcional que contemplaram intervenções de ensino, demonstração e treino de técnicas e de produtos de apoio, quando necessário, para otimizar e/ou reeducar a função. Destaco o exemplo das intervenções dirigidas às participantes do grupo C, nomeadamente as intervenções de ensino, instrução e treino sobre andar com auxiliar de marcha. Em todas as intervenções de ER implementadas foi garantida a segurança dos participantes.

No final de cada sessão de ER, era realizada uma nova avaliação e monitorização dos resultados que permitia a reformulação de objetivos, estratégias e programas e a avaliação de ganhos em saúde a nível da capacitação, da autonomia e da qualidade de vida da pessoa (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)

O EEER elabora e implementa programas de treino de AVD, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida através do ensino e treino de técnicas específicas de autocuidado e AVD. Neste campo, incluem-se os ensinamentos e supervisão do uso de produtos de apoio e dispositivos de compensação, garantindo a criação de ambientes seguros e a diminuição de fatores de risco ambientais associados a alterações na funcionalidade (Regulamento n.º 392/2019).

A adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia foi um objetivo constante para todos os grupos de participantes, considerando as características particulares de

cada grupo e de cada participante. O uso de estratégias adaptativas, mais utilizado no grupo de participantes B, permitiu maximizar a funcionalidade que se traduziu numa maior capacidade para executar o autocuidado. Já no grupo A, foi através do controlo sintomatológico que se alcançaram ganhos funcionais.

A par, o EEER promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social das pessoas a quem presta cuidados. Para isso, demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas e sensibiliza a comunidade sobre práticas inclusivas. A identificação e eliminação de barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa e a consideração pelas questões ergonômicas são dois pontos chaves da sua intervenção neste âmbito, bem como a identificação de circunstâncias ambientais para evitar eventos adversos associados à alteração da funcionalidade, promovendo a segurança da pessoa (Regulamento n.º 392/2019).

A título de exemplo, as participantes do grupo C foram incentivadas a fazer pequenas adaptações no seu domicílio face à sua nova situação de saúde, promovendo a prevenção de complicações e do risco de queda. Estas adaptações também se aplicavam aos participantes do grupo B que apresentavam défice na marcha ou no equilíbrio: evitar tapetes (exceto se antiderrapantes dentro da banheira), evitar colocar obstáculos nas zonas de passagem, adaptar a altura do sofá e da sanita (com recurso a alteador, por exemplo) de modo a facilitar a atividade sentar/levantar, instalar barras de apoio para maior segurança ao entrar/sair da banheira, instalar fitas antiderrapantes nos degraus das escadas, iluminar bem os locais por onde deambula, entre outras.

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

O profissional demonstra um conhecimento sólido fundamentado na melhor evidência científica referente às funções cardíaca, respiratória e motora. Ao concretizar programas e planos de reabilitação nessas áreas, o EEER considera situações de imprevisibilidade, complexidade e vulnerabilidade e desempenha um papel ativo no ensino, instrução e treino de técnicas e tecnologias, procurando promover a saúde, prevenir lesões, reabilitar, capacitar e fomentar a autogestão.

O estabelecimento de uma relação terapêutica conforme indica Lopes (2006) é fundamental para o sucesso de um plano de reabilitação. Todos os planos de intervenção implementados basearam-se na melhor evidência científica, referente às funções acometidas, e foram elaborados em conjunto com a pessoa, salvaguardando a sua segurança e procurando a maximização da sua funcionalidade, melhorando a sua qualidade de vida. Pelos ganhos em saúde alcançados no final da implementação do projeto, é notório o sucesso deste tópico, considerando que todos os participantes alcançaram ganhos de saúde, nomeadamente no conceito «autocuidado» pela maximização da sua funcionalidade.

8.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O grau de Mestre é conferido àquele que demonstre capacidade para integrar, aplicar e partilhar conhecimento, em situações complexas e em contexto de investigação (Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4162).

Na procura pela excelência do exercício, o enfermeiro assume o dever de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, utilizando de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Alínea c) do Artigo 109.º da Lei n.º 156/2015, p. 8080).

O conhecimento adquirido pela investigação em enfermagem permite estabelecer uma base científica para guiar a tomada de decisão, integrando a melhor evidência científica existente no momento e conduzindo a uma Prática Baseada na Evidência (PBE) (Fortin, 1999; Toro, 2001; OE, 2006).

Peixoto et al (2016) e Pereira (2021) reforçam a necessidade de melhorar o suporte para a PBE dos enfermeiros em contexto de prática, através da criação de parceiras com as escolas de enfermagem e de uma política integrada de investigação clínica, que envolva a participação ativa dos profissionais, promovendo a PBE.

Embora direcionado para o Curso de Licenciatura em Enfermagem, Cardoso et al (2021) e Ferreira et al (2021) reforçam a necessidade de incluir a PBE nos planos de estudos, incluindo EC, de forma a permitir ao estudante utilizar os resultados da investigação e transferi-los para os contextos clínicos.

O processo de aprendizagem deve ser baseado no conhecimento da melhor evidência científica (Peixoto et al, 2016). Neste sentido, o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem frequentado inclui Unidades Curriculares nas quais foram desenvolvidos trabalhos académicos, seguindo a metodologia de investigação.

Os resultados desses trabalhos de investigação foram posteriormente transferidos para o contexto de ensino clínico. A integração dos conhecimentos adquiridos manifestou-se pela adequação de cada intervenção de ER às necessidades individuais da pessoa, contribuindo para o desenvolvimento da PBE. A PBE melhora a qualidade dos cuidados e otimiza os resultados em saúde (OE, 2006).

O estabelecimento de planos de intervenção, visando a prevenção de complicações e a maximização do potencial da pessoa (Regulamento n.º 392/2019), através da mobilização de conhecimentos adquiridos e prática reflexiva, contribuiu para o desenvolvimento da “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas” (Alínea c) do Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4162), demonstrando competências de aprendizagem e autonomia no âmbito profissional (Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4162).

Para o enunciado anterior, considera-se ainda a criação de um MPP de enfermagem direcionado para a capacitação para o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada, assente em diversas teorias (Capítulo 3.).

Ainda no campo da investigação e como contributo para a PBE, a comunicação oral e publicação da RSL, desenvolvida em conjunto com a comunicação oral no III Congresso do Mestrado em Enfermagem (em Associação), contribuíram para “comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes” (Alínea d) do Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, p. 4162). Destaca-se, igualmente, a ação de formação em serviço realizada em contexto de EC, destinada a enfermeiros especialistas e não especialistas e de acordo com as necessidades formativas identificadas pela equipa. Esta ação de formação visou a discussão e a partilha de conhecimentos sobre a prática dirigida à pessoa com compromisso da deglutição, de forma a “adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (Alínea b) do Artigo 109.º da Lei n.º 156/2015, p. 8080).

CONCLUSÃO

O aumento da longevidade traz consigo a coexistência de múltiplas doenças crônicas e a necessidade de lidar com compromissos funcionais, o que pode comprometer a autonomia e o bem-estar das pessoas idosas. Com isto, a capacitação para o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada surge como um desafio e uma oportunidade para os EEER.

A relação enfermeiro-pessoa surge como uma peça central nesse cenário. A capacitação para o autocuidado não visa apenas melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, mas também fortalecer a relação de confiança entre os profissionais de enfermagem e as pessoas que cuidam. A Teoria de Médio Alcance de Lopes destaca a importância do processo de relação, complementado pela Teoria das Transições de Meleis, que enfoca o papel do enfermeiro em facilitar as transições saudáveis entre diferentes estados de saúde. Através da aplicação das teorias e dos modelos discutidos neste estudo, os EEER podem desempenhar um papel fundamental na promoção da autonomia e do bem-estar das pessoas idosas, capacitando-as a cuidar de si mesmas, procurando que se adaptem às mudanças no estado de saúde.

O Modelo de Autocuidado de Fonseca, baseado no Modelo de Autocuidado de Orem, oferece uma estrutura prática para compreender e abordar as necessidades de autocuidado das pessoas idosas com base na funcionalidade. Isso é particularmente relevante em um ambiente hospitalar, onde a independência e a capacidade de autocuidado podem estar comprometidas.

Um MPP de ER, adaptado para capacitar o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada, surge como uma ferramenta valiosa, ao fornecer uma estrutura sólida para a avaliação, planejamento, implementação e avaliação das intervenções de ER. Através da implementação de um MPP, que incorpora conceitos fundamentais de várias teorias, é possível criar um ambiente de cuidados sensível, adaptado e centrado na pessoa. Isso não só melhora a qualidade de vida das pessoas idosas, como fortalece a relação enfermeiro-pessoa, alcançando-se ganhos em saúde.

A metodologia utilizada neste projeto de intervenção baseia-se na abordagem qualitativa de estudo de caso. A população-alvo deste estudo foi composta por pessoas com idade igual ou

superior a 65 anos de idade, internadas num dos serviços onde decorreu o EC, com défice de autocuidado e necessidade de cuidados de ER. A amostra foi selecionada por conveniência, incluindo casos considerados enriquecedores e adequados à pesquisa.

Na colheita de dados, incluíram-se vários instrumentos, com destaque para o ENCS, composto por indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Quando devidamente justificado, utilizaram-se outros instrumentos que permitiram monitorizar ganhos em saúde. O plano de intervenção foi desenvolvido com base nas necessidades de cuidados identificadas e visou capacitar as pessoas idosas para o autocuidado durante o processo de transição saúde-doença, com foco em estratégias adaptativas e ensino de habilidades que promovem a independência e a melhoria da qualidade de vida.

Todos os participantes experimentaram ganhos em saúde. Os resultados revelaram melhorias significativas nos participantes dos três grupos, evidenciando-se, notoriamente, no domínio "autocuidado" do instrumento ENCS. O destaque vai para uma média de ganhos de 26,2% no domínio referido. Esses resultados destacam a importância do EEER na capacitação para o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada, com o retorno de ganhos sensíveis aos cuidados de ER.

Assim sendo, entende-se que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados. O desenvolvimento de uma RSL e a comunicação de resultados contribuiu para o desenvolvimento de competência de ER e de Mestre, em busca do conhecimento mais recente e da partilha deste e de experiências com os pares.

Destacam-se como aspetos dificultadores e limitações, a duração do tempo de EC, a alta rotatividade de doentes e o baixo número de dias de internamento o que, por vezes, dificultou a continuidade dos cuidados de ER, limitando os ganhos em saúde, resultantes da intervenção especializada.

Este trabalho contribuiu para a expansão do conhecimento na temática e serve como base para orientar a prática profissional dos EEER, visando melhorar a qualidade de vida e a independência das pessoas idosas hospitalizadas. Na implementação de um próximo projeto de intervenção, sugere-se uma avaliação mais detalhada do estado cognitivo dos participantes, considerando a sua influência no processo de reabilitação, com recurso, por exemplo, ao Mini Mental State Examination.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Mendes, M., Dores, H., Silveira, C., Fontes, P., Teixeira, M., Santa Clara, H., & Morais, J. (2018). Mandatory criteria for cardiac rehabilitation programs: 2018 guidelines from the Portuguese Society of Cardiology. *Revista Portuguesa De Cardiologia*, 37(5), 363–373. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2018.02.006>
- Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais*. Formasau.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Monitorização mensal hospitais - produção e rácios de eficiência - internamento*. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficInternamentoDashboard
- Alves, J., & Grilo, E. (2022). Reabilitação Respiratória em idosos, em contexto de cuidados agudos: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Climepsi Editores.
- Amorós-Aguilar, L., Rodríguez-Quiroga, E., Sánchez-Santolaya, S., & Coll-Andreu, M. (2021). Effects of combined interventions with aerobic physical exercise and cognitive training on cognitive function in stroke patients: A systematic review. *Brain Sciences*, 11(4), 473. <https://doi.org/10.3390/brainsci11040473>
- Andrade, L., Favoretto, N., Souza, D., Gimenes, F., & Faleiros, F. (2018). Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para indivíduos com lesão medular. In *PRONANDA: Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: Ciclo 6* (p. 9–45). Artmed Panamericana.
- Antunes, J., Justo, F., Justo, A., Ramos, G., & Prudente, C. (2016). Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular

cerebral. *Revista Fisioterapia & Saúde Funcional*, 5(1). <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/19343>

Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. In *Enfermagem de reabilitação. Conceções e práticas* (pp. 164–233). Lidel.

Berry, A., McClellan, C., Wanless, B., & Walsh, N. (2022). A tailored app for the self-management of musculoskeletal conditions: Evidencing a logic model of behavior change. *JMIR Formative Research*, 6(3), Artigo e32669. <https://doi.org/10.2196/32669>

Bloemhof, J., Knol, J., Van Rijn, M., & Buurman, B. M. (2021). The implementation of a professional practice model to improve the nurse work environment in a Dutch hospital: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4919–4934. <https://doi.org/10.1111/jan.15052>

Bloemhof, J., Knol, J., Van Rijn, M., & Buurman, B. M. (2021). The implementation of a professional practice model to improve the nurse work environment in a Dutch hospital: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4919–4934. <https://doi.org/10.1111/jan.15052>

Borges, S. C. (2015). *Resultados da implementação de um programa de reabilitação em utentes submetidos a artroplastia total do joelho* [Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <http://hdl.handle.net/10198/12000>

Boumer, T., Firmino, T., Devetak, G., Martello, S., Moser, A., & Manffra, E. (2019). Efeitos do treino de marcha com suporte parcial de peso corporal associado a fisioterapia convencional sobre o equilíbrio funcional e a independência da marcha pós-avc: Estudo clínico randomizado. *Revista Inspirar Movimento & Saúde*, 19(4).

Brito, M. A. C. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati – Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/12617>

Cantante, A. P. d. S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de saúde e competências do enfermeiro em

portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261–272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>

Cardoso, L., Piovesana, A., Costa, R., & Carvalho, J. (2004). Utilização de ambientes virtuais na reabilitação de pacientes com lesão cerebral por AVC e TCE. https://www.researchgate.net/publication/238108323_Utilizacao_de_Ambientes_Virtuais_na_Reabilitacao_de_Pacientes_com_Lesao_Cerebral_por_AVC_e_TCE

Cardoso, M., Baixinho, C. L., Ferreira, Ó., Nascimento, P., Pedrosa, R., & Gonçalves, P. (2021). Aprender prática baseada na evidência pelo envolvimento em atividades de investigação – autopercepção dos estudantes. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79806>

Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 383–409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>

Cicerone, K. D., Goldin, Y., Ganci, K., Rosenbaum, A., Wethe, J. V., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., Kingsley, K., Nagele, D., Trexler, L., Fraas, M., Bogdanova, Y., & Harley, J. P. (2019). Evidence-Based cognitive rehabilitation: Systematic review of the literature from 2009 through 2014. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(8), 1515–1533. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.02.011>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2018). *Integridade na investigação científica - recomendação*. <https://www.cneqv.pt/pt/pareceres/integridade-na-investigacao-cientifica-recomendacao>

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.

Costa, T., Lopes, M., & Bia, F. (2023). The rehabilitation nurse and the empowerment of older adults with mobility impairment and self-care deficits: A systematic literature review. In *Gerontechnology V. Iwog 2022. Lecture notes in bioengineering* (pp. 339–350). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29067-1_32

Coutinho, C. (2020). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas* (2ª ed.). Almedina.

- Couto, G., Silva, R., Mar, M., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema cardiorrespiratório. In *Enfermagem de reabilitação. Conceções e práticas* (pp. 234–279). Lidel.
- Cumpston, M., Flemyng, E., Thomas, J., Higgins, J., Deeks, J., & Clarke, M. (2021). Chapter I: Introduction. In *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. <https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-i>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. *Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04, 2959-2962. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. *Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16, 4147-4182. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Deodato, S. (2017a). Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 35–39). Lusodidacta.
- Deodato, S. (2017b). *Direito da saúde*. Almedina.
- Dias, P. M. M., Teixeira, H. M. d. S., Palma, M. C., Messias, P. A. L., Vieira, J. V. d. S., & Ferreira, R. M. F. (2022). Intervenções de reeducação funcional respiratória na pessoa com doença respiratória: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0654>
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor* (Circular Normativa N.º 09/DGCG). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Orientações técnicas sobre reabilitação respiratória na doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)* (Circular Informativa N.º 40A/DSPCD). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/CircularDGS40A_DSPCD_27Out2009.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano nacional de saúde 2021-2030*. <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>
- Donec, V., & Kubilius, R. (2020). The effectiveness of Kinesio Taping® for mobility and functioning improvement in knee osteoarthritis: A randomized, double-blind, controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 34(7), 877–889. <https://doi.org/10.1177/0269215520916859>
- Escola Superior de Saúde, Politécnico de Portalegre. (2018). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos* (2ª ed.).
- European Commission. (2021). *Estado da Saúde na UE. Portugal. Perfil de saúde do país 2021*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
- Eurostat. (2022). *Dificuldades nas atividades de cuidado pessoal segundo sexo, idade e escolaridade*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_pc1e/default/table?lang=en
- Faria, A. D. C., Pereira Da Silva Martins, M. M., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Pereira Gomes, B. (2020). Impacto de um programa de envelhecimento ativo no contexto comunitário: Estudo de caso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(S1), 36–41. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.4.5768>
- Ferreira, Ó. R., Baixinho, C. L., Medeiros, M., & Fernandes de Oliveira, E. S. (2021). Aprender a usar evidência no curso de licenciatura em enfermagem: Resultados de um Focus Group. In *Investigação qualitativa em ciências sociais: Avanços e desafios // investigación cualitativa en ciencias sociales: Avances y desafíos* (pp. 35–43). Ludomedia. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43>
- Fonseca, C. J. V. d. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem* [Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/12196>

- Fonseca, C., Carretas, N., Galhofas, M., & Costa, A. (2018). Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível do autocuidado, nas pessoas em processo cirúrgico: Revisão Sistemática da Literatura. *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 103–119. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-processo-cir.pdf>
- Fonseca, C., Lopes, M., Mendes, D., Parreira, P., Mónico, L., & Marques, C. (2019). Psychometric properties of the elderly nursing core set. *Gerontechnology. IWoG 2018. Communications in Computer and Information Science*, 1016, 143–153. https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_13
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusodidacta.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fukada, M. (2018). Nursing competency: Definition, structure and development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1–7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Gazineo, D., Godino, L., Decaro, R., Calogero, P., Pinto, D., Chiari, P., Zoli, M., & Ambrosi, E. (2020). Assisted walking program on walking ability in in-hospital geriatric patients: A randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.16922>
- Gomes, B., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da função respiratória. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 253–279). Lusodidacta.
- Hassett, L., van den Berg, M., Lindley, R. I., Crotty, M., McCluskey, A., van der Ploeg, H. P., Smith, S. T., Schurr, K., Howard, K., Hackett, M. L., Killington, M., Bongers, B., Togher, L., Treacy, D., Dorsch, S., Wong, S., Scrivener, K., Chagpar, S., Weber, H., ... Sherrington, C. (2020). Digitally enabled aged care and neurological rehabilitation to enhance outcomes with Activity and MObility UsiNg Technology (AMOUNT) in Australia: A randomised controlled trial. *PLOS Medicine*, 17(2), Artigo e1003029. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003029>
- Higashimoto, Y., Ando, M., Sano, A., Saeki, S., Nishikawa, Y., Fukuda, K., & Tohda, Y. (2020). Effect of pulmonary rehabilitation programs including lower limb endurance training on dyspnea in stable COPD: A systematic review and meta-

- analysis. *Respiratory Investigation*, 58(5), 355–366. <https://doi.org/10.1016/j.resinv.2020.05.010>
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Lusodidacta.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021a). *População residente (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida)*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021b). *Índice de envelhecimento (n.º) por local de residência à data dos censos [2021] (NUTS - 2013) e sexo*. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011610>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022a). *Enfermeiras/os por 1000 habitantes (n.º) por local de trabalho (NUTS - 2013)*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008277&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2022b). *Cerca de 35% da população com limitação na realização de atividades, o valor mais elevado desde 2016*. Portal do INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=544264379&DESTAQUESmodo=2
- International Council of Nurses. (2019a). *ICNP browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Council of Nurses. (2019b). *Core competencies in disaster nursing*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- Jeffares, I., Merriman, N. A., Rohde, D., McLoughlin, A., Scally, B., Doyle, F., Horgan, F., & Hickey, A. (2019). A systematic review and meta-analysis of the effects of cardiac rehabilitation interventions on cognitive impairment following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1641850>
- Kaya, A., & Boz, İ. (2017). The development of the professional values model in nursing. *Nursing Ethics*, 26(3), 914–923. <https://doi.org/10.1177/0969733017730685>

- Kim, J., & Yim, J. (2017). Effects of an exercise protocol for improving handgrip strength and walking speed on cognitive function in patients with chronic stroke. *Medical Science Monitor*, 23, 5402–5409. <https://doi.org/10.12659/msm.904723>
- Kozáková, R., Bužgová, R., Bártoová, P., & Ressner, P. (2021). Unmet needs of people with Parkinson's disease. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(2), 307–314. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2020.11.0035>
- Krowka, M. (2016). Cardiopulmonary examination. *Clinical Liver Disease*, 7(5). <https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/cld.550>
- Krowka, M. J. (2016). Cardiopulmonary examination. *Clinical Liver Disease*, 7(5), 116–118. <https://doi.org/10.1002/cld.550>
- Kwon, B., Lee, E.-J., Park, S., Lee, J. S., Lee, M. H., Jeong, D., Lee, D., Kwon, H. S., Chang, D.-I., Park, J.-H., Cha, J.-K., Heo, J. H., Sohn, S.-I., Kim, D.-E., Choi-Kwon, S., & Kim, J. S. (2021). Long-Term changes in post-stroke depression, emotional incontinence, and anger. *Journal of Stroke*, 23(2), 263–272. <https://doi.org/10.5853/jos.2020.04637>
- Lee, J., Jeon, J., Lee, D., Hong, J., Yu, J., & Kim, J. (2020). Effect of trunk stabilization exercise on abdominal muscle thickness, balance and gait abilities of patients with hemiplegic stroke: A randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 47(4), 435–442. <https://doi.org/10.3233/nre-203133>
- Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, 8059-8105. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Leite, K., Yoshii, T., & Langaro, F. (2018). O olhar da psicologia sobre demandas emocionais de pacientes em pronto atendimento de hospital geral. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 21(2), 145–166. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-08582018000200009&lng=pt&nrm=iso
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: Proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau.

- Louie, D. R., Lim, S. B., & Eng, J. J. (2019). The efficacy of lower extremity mirror therapy for improving balance, gait, and motor function poststroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(1), 107–120. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.09.017>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. In *Enfermagem de reabilitação. Conceções e práticas* (pp. 281–328). Lidel.
- Mackintosh, S. F. H., Goldie, P., & Hill, K. (2005). Falls incidence and factors associated with falling in older, community-dwelling, chronic stroke survivors (>1 year after stroke) and matched controls. *Aging Clinical and Experimental Research*, 17(2), 74–81. <https://doi.org/10.1007/bf03324577>
- Martínez-Velilla, N., Cadore, E. L., Casas-Herrero, Á., Idoate-Saralegui, F., & Izquierdo, M. (2016). Physical activity and early rehabilitation in hospitalized elderly medical patients: Systematic review of randomized clinical trials. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 20(7), 738–751. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0683-4>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura Da Silva, J. (2018). Orientações concetuais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(2), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4409>
- McEwen, M., & Wills, E. (2016). *Bases teóricas de enfermagem* (4^a ed.). Artmed.
- Meehan, T. C., Timmins, F., & Burke, J. (2018). Fundamental care guided by the careful nursing philosophy and professional practice model©. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2260–2273. <https://doi.org/10.1111/jocn.14303>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: Development and progress* (5^a ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An 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. Contributos para um envelhecer resiliente*. Lusociência.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2014). *Áreas de investigação prioritárias de enfermagem de reabilitação para 2015-2025*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ministério da Saúde. (2016). *Rede de referência hospitalar. Medicina interna*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/RRH-Medicina-Interna-Para-CP-21-12-2017.pdf>
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Monga, T., & Grabois, M. (2002). *Pain management in rehabilitation*. Demos.
- Moreira, J., Flamínio, J., & Grilo, E. (2020). O utente submetido a artroplastia total do joelho: Impacto de um programa de enfermagem de reabilitação. *Journal of Aging and Innovation*, 9(1), 151–173. <https://doi.org/10.36957/jai.2182-696X.v9i1-11>
- Neder, J., & O'Donnell, D. E. (2020). Heart, lungs, and muscle interplay in worsening activity-related breathlessness in advanced cardiopulmonary disease. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 14(3), 157–166. <https://doi.org/10.1097/spc.0000000000000516>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

- Nunes, M. (2023). *Papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no cuidado da pessoa com insuficiência cardíaca* [Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/45042>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006b). *Investigação em enfermagem. Tomada de posição*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016a). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia orientador de boa prática - reabilitação respiratória*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Guia Orientador de boa prática em enfermagem de reabilitação: Reabilitação cardíaca*. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/gobper/full-view.html>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Active ageing. A policy framework*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral*. Artmed Editora.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *Reabilitação em sistemas de saúde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-por.pdf?isAllowed=y&sequence=5>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Decade of healthy ageing: Baseline report: Summary*. <https://iris.who.int/handle/10665/341488>

- Peixoto, M., Pereira, R., Martins, A., & Barbieri, C. (2016). Enfermagem baseada em evidência: Atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. *Jornadas internacionais de enfermagem comunitária*. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31753/1/2016_Jornadas26-34.pdf
- Pereira, R. (2021). Eficácia clínica e prática baseada em evidências: Avaliação de atitudes, competências e práticas. In *Teoria e prática de enfermagem: Da atenção básica à alta complexidade* (pp. 15–35). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/210303903>
- Pérez-Vergara, M., Cañas-Lopera, E. M., Ortiz, J. A., Rojas, N. A., Laverde-Contreras, O. L., & Sánchez-Herrera, B. (2021). Nursing Care at the Service of Life: A model including charity, quality, and leadership. *Nursing Forum*, 56(4). <https://doi.org/10.1111/nuf.12624>
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de enfermagem e autocuidado: contributos para a construção do cuidado de reabilitação. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (p. 3–14). Lusodidacta.
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de reabilitação. Conceções e práticas* (p. 67–75). Lidel.
- Piepoli, M. F., Corrà, U., Dendale, P., Frederix, I., Prescott, E., Schmid, J. P., Cupples, M., Deaton, C., Doherty, P., Giannuzzi, P., Graham, I., Hansen, T. B., Jennings, C., Landmesser, U., Marques-Vidal, P., Vrints, C., Walker, D., Bueno, H., Fitzsimons, D., & Pelliccia, A. (2016). Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: A call for action. *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(18), 1994–2006. <https://doi.org/10.1177/2047487316663873>
- Pina, B. M., & Baixinho, C. (2020). Programas de capacitação da pessoa submetida a artroplastia da anca - revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42–47. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>

- Pina, B. M., & Baixinho, C. (2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 42–48. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>
- PORDATA. (2022). *Evolução de Portugal nas últimas 6 décadas Quadro-resumo*. <https://www.pordata.pt/portugal/quadro+resumo/portugal-822515>
- Queirós, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, (21).
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/riv14081>
- Radu, R. A., Terecoasă, E. O., CĂȘARU Bogdan, Enache, I., Ghiță, C., & Tiu, C. (2021). Access to post-stroke physical rehabilitation after acute reperfusion therapy– the neglected link in ischemic stroke management: A retrospective cohort study. *Balneo and PRM Research Journal*, 12(Vol.12, no.1), 46–52. <https://doi.org/10.12680/balneo.2021.418>
- Ramos-Perdigués, S., Mané-Santacana, A., & Pintor-Pérez, L. (2015). Prevalence and associated factors of anger post stroke: a systematic review. *Revista de Neurología*, 60(11), 481-489. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26005071/>
- Rautakoski, P., Ursin, P. A., Carter, A. S., Kaljonen, A., Nylund, A., & Pihlaja, P. (2021). Communication skills predict social-emotional competencies. *Journal of Communication Disorders*, 93, 106138. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106138>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744–4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 350/2015, de 22 de junho. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República n.º 119/2015, Série II de 2015-06-22, 16655-16660. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>

Regulamento n.º 392/2019, de 3 de maio. *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03, 13565–13568. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>

Reis, G., & Bule, M. J. (2017). Capacitação e atividade de vida. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (p. 57–65). Lusodidacta.

Ribeiro, O. M. P. L. (2017). *Contextos da prática hospitalar e conceções de enfermagem: Olhares sobre o real da qualidade e o ideal da excelência no exercício profissional dos enfermeiros* [Tese de doutoramento, Instituto de ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/105835>

Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(10), 125–134. <https://doi.org/10.12707/riv16008>

Ribeiro, O., Martins, M., Tronchin, D., Silva, J., & Forte, E. (2019). Modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros em hospitais portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 1), 24–31. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0670>

Ribeiro, O., Moura, M. I., & Ventura, J. (2021). Referenciais teóricos orientadores do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In *Enfermagem de reabilitação. Conceções e práticas* (p. 48–57). Lidel.

Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal: Dados do primeiro inquérito nacional de saúde com exame físico. *Acta Médica Portuguesa*, 32(1), 30. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva das etapas. *Percursos*, (15). http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Santos, C. O., Caeiro, L., Ferro, J. M., Albuquerque, R., & Luisa Figueira, M. (2006). Anger, hostility and aggression in the first days of acute stroke. *European Journal of Neurology*, 13(4), 351–358. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01242.x>

- Santos, L. (2017). O processo de reabilitação. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao Longo da Vida*. Lusodidacta.
- Schmid, A. A., Van Puymbroeck, M., Altenburger, P. A., Miller, K. K., Combs, S. A., & Page, S. J. (2013). Balance is associated with quality of life in chronic stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 20(4), 340–346. <https://doi.org/10.1310/tsr2004-340>
- Silva, J., Silva, J., & Gonzaga, M. (2017). Etapas do processo de enfermagem. *Revista Saúde em Foco*, 594–603. https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/067_etapasprocessoenfermagem.pdf
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para enfermagem de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 35–44. <https://www.researchgate.net/publication/337313131>
- Slatyer, S., Coventry, L. L., Twigg, D., & Davis, S. (2015). Professional practice models for nursing: A review of the literature and synthesis of key components. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 139–150. <https://doi.org/10.1111/jonm.12309>
- Söderhamn, O. (2000). Self-care activity as a structure: A phenomenological approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7(4), 183–189. <https://doi.org/10.1080/110381200300008724>
- Son, Y.-J., & You, M.-A. (2015). Transitional care for older adults with chronic illnesses as a vulnerable population: Theoretical framework and future directions in nursing. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(6), 919. <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.6.919>
- Sousa, L., & Carvalho, M. L. (2017). Pessoa com osteoartrose na anca e joelho em contexto de internamento e ortopedia. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 405–420). Lusodidacta.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 113–121). 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>
- Sousa, M., Scherer, A., Ramos, F., & Baião, V. (2015). O paciente hospitalizado à luz da teoria cognitivo-comportamental. *Psicologia Hospitalar*, 3(1). http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000100003
- Steindal, S. A., Torheim, H., Oksholm, T., Christensen, V. L., Lee, K., Lerdal, A., Markussen, H. Ø., Gran, G., Leine, M., & Borge, C. R. (2019). Effectiveness of nursing interventions for breathlessness in people with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(5), 927–945. <https://doi.org/10.1111/jan.13902>
- Stith, E., Borrero, L., Santurri, L., Breeden, L., & Shemanski, S. (2020). Patient perceptions of acute phases of rehabilitation following shoulder arthroplasty. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 8(2), 1–13. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1642>
- Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world—what do we know? *The Lancet*, 385(9967), 484–486. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)61597-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61597-x)
- Taboada, N. G., Legal, E. J., & Machado, N. (2006). Resiliência: Em busca de um conceito. *Journal of Human Growth and Development*, 16(3), 104. <https://doi.org/10.7322/jhgd.19807>
- Takeda, C., Guyonnet, S., Vellas, B., & Sumi, Y. (2022). WHO Integrated Care for Older People (ICOPE). *Pathy's Principles and Practice of Geriatric Medicine*, 2, 1272-1279. <https://doi.org/10.1002/9781119484288.ch100>
- Taşçı, C., Mülazimoğlu, D. D., Doğan, D., Öcal, N., & Arslan, Y. (2021). Effect of pulmonary rehabilitation on patients with severe and very severe COPD and emphysema. *Bakirkoy Tip Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy*, 17(2), 121–124. <https://doi.org/10.4274/bmj.galenos.2021.04127>

- Taylor, A. M., Phillips, K., Patel, K. V., Turk, D. C., Dworkin, R. H., Beaton, D., Clauw, D. J., Gignac, M. A. M., Markman, J. D., Williams, D. A., Bujanover, S., Burke, L. B., Carr, D. B., Choy, E. H., Conaghan, P. G., Cowan, P., Farrar, J. T., Freeman, R., Gewandter, J., ... Witter, J. (2016). Assessment of physical function and participation in chronic pain clinical trials. *Pain*, *157*(9), 1836–1850. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000577>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Lusociência.
- Toro, A. G. (2001). *Enfermería basada en la evidencia. cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. ProTesis.
- Torres-Soto, N. Y., Corral-Verdugo, V., & Corral-Frías, N. S. (2022). The relationship between self-care, positive family environment, and human wellbeing. *Wellbeing, Space and Society*, *3*, 100076. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2022.100076>
- Van Den Berg, M., Sherrington, C., Killington, M., Smith, S., Bongers, B., Hassett, L., & Crotty, M. (2016). Video and computer-based interactive exercises are safe and improve task-specific balance in geriatric and neurological rehabilitation: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, *62*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.11.005>
- VanGilder, J., Hooyma, A., Peterson, D. S., & Schaefer, S. Y. (2020). Post-Stroke cognitive impairments and responsiveness to motor rehabilitation: A review. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, *8*(4), 461–468. <https://doi.org/10.1007/s40141-020-00283-3>
- Varanda, E., & Rodrigues, C. (2017). Reeducação cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente. In *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 215–225). Lusodidacta.
- Vermelho, A., & Pestana, S. (2021). Programa de enfermagem de reabilitação cardíaca intrahospitalar. In *Enfermagem de reabilitação. concepções e práticas* (pp. 576–599). Lidel.
- Wang, M., Pei, Z.-w., Xiong, B.-d., Meng, X.-m., Chen, X.-l., & Liao, W.-j. (2019). Use of Kinesio taping in lower-extremity rehabilitation of post-stroke patients: A systematic

review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.008>

Yin, R. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6^a ed.). SAGE.

Zhao, Q., Wang, X., Wang, T., Dmytriw, A. A., Zhang, X., Yang, K., Luo, J., Bai, X., Jiang, N., Yang, B., Ma, Y., Jiao, L., & Xie, Y. (2021). Cognitive rehabilitation interventions after stroke: Protocol for a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01607-7>

APÊNDICES

APÊNDICE I – COMUNICAÇÃO ORAL NO WORKSHOP IWOG'22, FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY: «THE REHABILITATION NURSE AND THE EMPOWERMENT OF OLDER ADULTS WITH MOBILITY IMPAIRMENT AND SELF-CARE DEFICITS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW»



O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a capacitação do idoso com compromisso da mobilidade e défice de autocuidado: Revisão sistemática da Literatura de estudos randomizados controlados

Tânia Costa ¹ [0000-0002-4208-7111] | Mauro Lopes ² [0000-0003-3976-0050] | Florbela Bia ³ [0000-0001-5822-6537]

¹ Master student (rehabilitation nursing), Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal | ² MSc Rehabilitation nurse, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E., Santiago do Cacém, Portugal | ³ MSc, Adjunct Professor, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Évora, Portugal

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Enquadramento



- 22,1% da população portuguesa tem idade ≥ 65 anos (European Commission, 2021)
- Morbilidade e incapacidade decorrentes de doenças e lesões aumenta com a idade (Direção-Geral da Saúde, 2016)
- 52,5% portugueses apresentam dificuldades nas AVD e AVI (Eusostat, 2021)



“Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” e “Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019)

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Pergunta de Investigação:

Quais as intervenções de ER para a capacitação da pessoa idosa com compromisso da mobilidade e défice de autocuidado?

Objetivo:

Identificar quais as intervenções de ER para a capacitação da pessoa idosa com compromisso da mobilidade e défice de autocuidado

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Tipo de estudo:

- Revisão Sistemática da Literatura
- Diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI)
- Método PICOD:
 - P: Pessoas com 65 ou mais anos com compromisso da mobilidade
 - I: Capacitação
 - C: Défice de autocuidado
 - O: Intervenções de ER
 - D: Estudos randomizados controlados

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Pesquisa:

📅 julho 2022

Base de dados EBSCOhost

Descritores validados pelo MeSH / CINAHL Subject Headings:

“elderly”, “empowerment”, “mobility”, “randomized control trial”, “rehabilitation nurse”,
“self care deficit”

Booleanos: "AND" e "OR"

Critérios de inclusão:

RCT com texto completo disponível no idioma **inglês** e publicados entre **2016 e 2022**

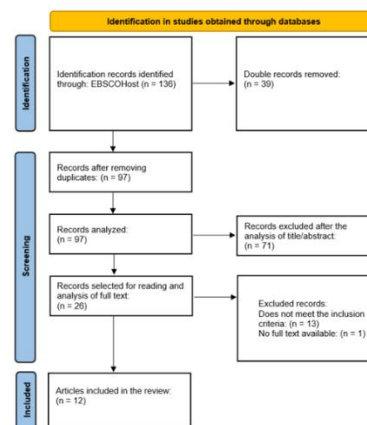
FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Metodologia de pesquisa tipo PRISMA

97 artigos após exclusão de duplicados
26 artigos para análise de texto completo

12 artigos incluídos



Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Resultados da pesquisa:

12 estudos controlados randomizados ⇔ Nível de evidencia 1.c.



Ano de publicação dos estudos

2016 (2)
2017 (2)
2018
2019
2020 (6)



Países onde se desenvolveram os estudos

Austrália (5) China
Rawalpindi Lituânia
(Paquistão) Coreia do Sul
França Noruega
Itália

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Discussão dos resultados:

Novas tecnologias

Exercícios interativos baseados em vídeo / computador
(Van Den Berg et al., 2016)



Melhora o equilíbrio, mas não a mobilidade no geral

Uso de auxiliar de marcha robótico (SafeWalker®)
(Piau et al., 2019)



Eficaz em pessoas idosas com medo severo de cair

Videojogos de realidade virtual, monitores de atividade e dispositivos de computador de mão
(Hassett et al., 2020)



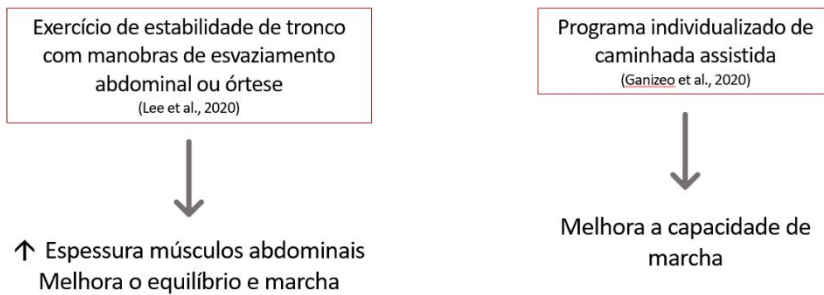
Melhora a mobilidade e atividade física

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Discussão dos resultados:

Exercícios terapêuticos

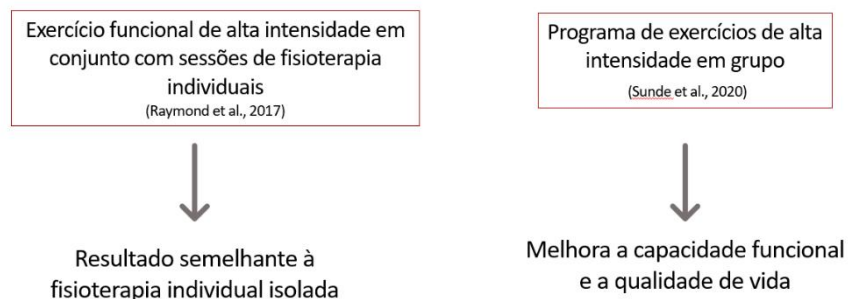


FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Discussão dos resultados:

Exercícios terapêuticos

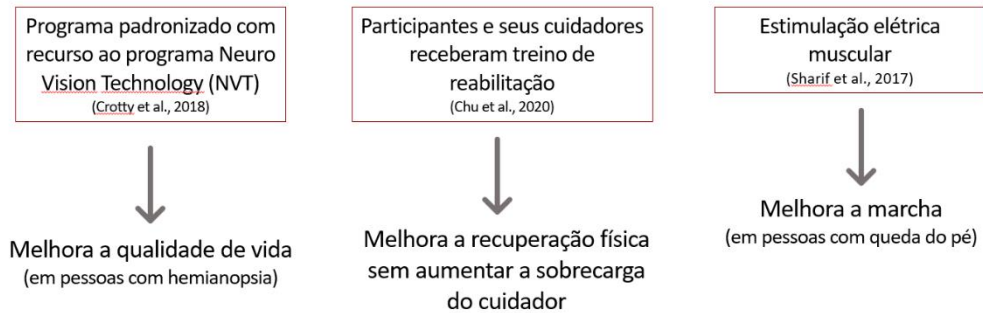


FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Discussão dos resultados:

Pessoa com Acidente Vascular Cerebral

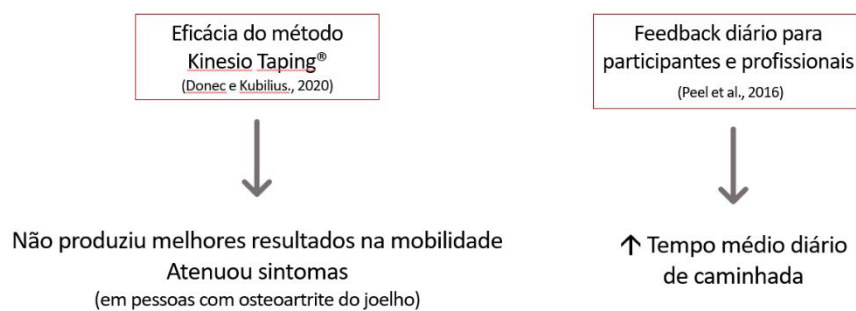


FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Discussão dos resultados:

Outros



FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Conclusão:

Investimento nas novas tecnologias

Inclusão do cuidador

Feedback diário



Exercícios terapêuticos individuais e/ou em grupo

Estimulação elétrica muscular

CAPACITAÇÃO

A evidência científica relativa à temática é ainda limitada

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e a capacitação do idoso com compromisso da mobilidade e défice de autocuidado: Revisão sistemática da Literatura de estudos randomizados controlados

Obrigada pela atenção

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022



Referências bibliográficas:

- Chu, K., Bu, X., Sun, Z., Wang, Y., Feng, W., Xiao, L. I., ... & Tang, X. (2020). Feasibility of a Nurse-Trained, Family Member-Delivered Rehabilitation Model for Disabled Stroke Patients in Rural Chongqing, China. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 29(12), 105382. [10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105382](https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105382)
- Crotty, M., van den Berg, M., Hayes, A., Chen, C., Lange, K., & George, S. (2018). Hemianopia after stroke: A randomized controlled trial of the effectiveness of a standardised versus an individualized rehabilitation program, on scanning ability whilst walking. *Neurorehabilitation*, 43(2), 201-209. [10.3233/NRE-172377](https://doi.org/10.3233/NRE-172377)
- Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. (2016). *A Saúde dos Portugueses 2016*. Direção-geral da Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.26/18278>
- Donec, V., & Kubilius, R. (2020). The effectiveness of Kinesio Taping® for mobility and functioning improvement in knee osteoarthritis: a randomized, double-blind, controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 34(7), 877-889. [10.1177/0269215520916859](https://doi.org/10.1177/0269215520916859)
- European Commission. (2021). *Estado da Saúde na EU. Portugal. Perfil de saúde do país 2021*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
- Eurostat. (2022, outubro 24). *Dificuldades em atividades de cuidados pessoais ou atividades domésticas por sexo, idade e nível de escolaridade*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_TAE/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_state.hlth_fal
- Gazineo, D., Godino, L., Decaro, R., Calogero, P., Pinto, D., Chiari, P., ... & Ambrosi, E. (2021). Assisted Walking Program on Walking Ability in In-Hospital Geriatric Patients: A Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(3), 637-643. [10.1111/jgs.16922](https://doi.org/10.1111/jgs.16922)
- Hassett, L., van den Berg, M., Lindley, R. I., Crotty, M., McCluskey, A., van der Ploeg, H. P., ... & Sherrington, C. (2020). Digitally enabled aged care and neurological rehabilitation to enhance outcomes with Activity and MObility Using Technology (AMOUNT) in Australia: A randomised controlled trial. *PLoS medicine*, 17(2), e1003029. [10.1371/journal.pmed.1003029](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003029)

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022




Referências bibliográficas:

- Lee, J., Jeon, J., Lee, D., Hong, J., Yu, J., & Kim, J. (2020). Effect of trunk stabilization exercise on abdominal muscle thickness, balance and gait abilities of patients with hemiplegic stroke: a randomized controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 47(4), 435-442. [10.3233/NRE-203133](https://doi.org/10.3233/NRE-203133)
- Peel, N. M., Paul, S. K., Cameron, I. D., Crotty, M., Kurrle, S. E., & Gray, L. C. (2016). Promoting activity in geriatric rehabilitation: a randomized controlled trial of accelerometry. *PLoS one*, 11(8), e0160906. [10.1371/journal.pone.0160906](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160906)
- Piau, A., Krams, T., Voisin, T., Lepage, B., & Nourhashemi, F. (2019). Use of a robotic walking aid in rehabilitation to reduce fear of falling is feasible and acceptable from the end user's perspective: A randomised comparative study. *Maturitas*, 120, 40-46. [10.1016/j.maturitas.2018.11.008](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.11.008)
- Raymond, M. J., Jeffs, K. J., Winter, A., Soh, S. E., Hunter, P., & Holland, A. E. (2017). The effects of a high-intensity functional exercise group on clinical outcomes in hospitalised older adults: an assessor-blinded, randomised-controlled trial. *Age and Ageing*, 46(2), 208-213. [10.1093/ageing/afw215](https://doi.org/10.1093/ageing/afw215)
- Regulamento n.º 392/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República. https://static.sancoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2019/Maio/Regul_392_2019.pdf
- Sharif, F., Ghulam, S., Malik, A. N., & Saeed, Q. (2017). Effectiveness of functional electrical stimulation (FES) versus conventional electrical stimulation in gait rehabilitation of patients with stroke. *J Coll Physicians Sura Pak*, 27(11), 703-706. PMID: 29132482
- Sunde, S., Hesseberg, K., Skelton, D. A., Ranhoff, A. H., Pripp, A. H., Aarønes, M., & Brovold, T. (2020). Effects of a multicomponent high intensity exercise program on physical function and health-related quality of life in older adults with or at risk of mobility disability after discharge from hospital: a randomised controlled trial. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-10. [10.1186/s12877-020-01829-9](https://doi.org/10.1186/s12877-020-01829-9)
- van den Berg, M., Sherrington, C., Killington, M., Smith, S., Bongers, B., Hassett, L., & Crotty, M. (2016). Video and computer-based interactive exercises are safe and improve task-specific balance in geriatric and neurological rehabilitation: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 62(1), 20-28. [10.1016/j.jphys.2015.11.005](https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.11.005)

FIFTH INTERNATIONAL WORKSHOP ON GERONTECHNOLOGY | November 17-18, 2022

APÊNDICE II - THE REHABILITATION NURSE AND THE EMPOWERMENT OF OLDER ADULTS WITH MOBILITY IMPAIRMENT AND SELF-CARE DEFICITS: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

The Rehabilitation Nurse and the Empowerment of Older Adults with Mobility Impairment and Self-Care Deficits: A Systematic Literature Review

Tânia Costa¹  [0000-0002-4208-7111], Mauro Lopes 0000-0003-3976-0050² [0000-0003-3976-0050] and Florbela Bia³ [0000-0001-5822-6537]

¹ School of Health of the Polytechnic Institute of Setúbal, Setúbal, Portugal

² Litoral Alentejano Local Health Unit, Santiago do Cacém, Portugal

³ São João de Deus School of Nursing of the University of Évora, Évora, Portugal

✉ 07taniacosta@gmail.com

Abstract

Background: The increase in the elderly population and life expectancy brings new challenges to RNs. The promotion and empowerment of these people for self-care is an added value in the search for well-being and quality of life, where the RN can intervene effectively.

Objective: Identify which RN interventions for empowering the elderly person with mobility impairment and self-care deficit.

Methodology: SLR by searching RCTs using the EBSCO Host - Research Databases platform, including the following databases: Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL Plus with Full Text; Cochrane; ERIC; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORTDiscus with Full Text; Teacher Reference Center in the period between 2016 and 2022.

Results: A total of 12 studies were found that demonstrate functional gains in the elderly with mobility impairment as a result of rehabilitation interventions or caregiver involvement in the rehabilitation process.

Conclusion: The implementation of a functional re-education plan can be effective in promoting functionality and empowering the elderly for self-care. RN interventions comprise conventional therapeutic exercise training, the application of functional electrical stimulation and neuromuscular bands, and the implementation of new technologies in rehabilitation. The caregiver can incorporate the re-education plan without endangering the person.

Keywords: Self-care · Mobility impairment · Rehabilitation Nursing · Aged

1. Introduction

Aging is characterized as a continuous, dynamic and progressive process of biopsychosocial changes that affect the health status, the level of dependence and autonomy of human beings [1]. The World Health Organization (WHO) defines elderly as any individual aged 60 years or more, however, in more developed countries, an individual aged 65 years or more is considered elderly [2-4], including the situation of the population in Portugal [5].

Data from the 2021 Census of the National Institute of Statistics in Portugal reveal that the age group of people aged 65 or older registered a population increase [6], representing 22.1% of the Portuguese population in 2020 [7]. In the 2019-2021 triennium life expectancy at age 65 was estimated for the total Portuguese population to be 19.35 years [8].

However, as people get older, there is an increase in morbidity and disability caused by diseases and injuries, most of which are chronic, with impact on self-care and, consequently, on quality of life [9-11].

Data from 2019 reveal that 52.5% of the Portuguese population has difficulties satisfying the Activities of Daily Living (ADLs) and Instrumental Life Activities, compared to 49.7% in the European Union [12].

According to the Regulation of the Specific Competences of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing [13] in force in Portugal, the Rehabilitation Nurse (RN) develops a functional re-education plan aimed at improving residual functions, maintaining or regaining independence in ADLs, and minimizing the impact of installed disabilities, with a focus on empowering the person and maximizing their functionality.

Given the characteristics of the Portuguese population and the RN's skills, there was a need to identify RN interventions for empowering the elderly with mobility impairment and a self-care deficit via this systematic literature review (SLR) of randomized controlled trials (RCT).

2. Methodology

This SLR followed the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines [14] and employed the PICO[D] method in formulating the research question, as follows: P - Persons aged 65 or older with mobility impairment; I - Empowerment; C - Self-care deficit; O - RN interventions; D - Randomized controlled trials. The research question "What are the RN interventions for the empowerment of older people with mobility impairment and self-care deficit?" emerged.

During the period of July 2022 a search was conducted on the EBSCO Host - Research Databases platform, selecting the following databases: Academic Search Complete; Business Source Complete; CINAHL Plus with Full Text; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Clinical Answers; Cochrane Database

of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; eBook Collection (EBSCOhost); eBook University Press Collection (EBSCOhost); ERIC; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; MEDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Psychology and Behavioral Sciences Collection; Regional Business News; SPORTDiscus with Full Text; Teacher Reference Center.

We used the MeSH (Medical Subject Heading) and CINAHL validated descriptors "elderly", "empowerment", "mobility", "randomized control trial", "rehabilitation nurse" and "self-care deficit", using the Boolean "AND" and "OR", resulting in the Boolean phrase [(elderly) AND (mobility) AND (self-care deficit)] AND [(rehabilitation nurs*) OR (nurs*) AND (intervention or program) OR (rehabilitation) OR (empowerment)] AND [(randomi?ed control* trial*) OR (randomi?ed clinical trial*)].

The inclusion criteria were randomized controlled studies with full text available, in English, published between 2016 and 2022, and that answered the research question. The studies should show functional gains in the elderly person resulting from rehabilitation interventions in inpatient or outpatient settings, or from the involvement of caregivers in the rehabilitation process.

Figure 1 systematizes the methodological path of the research developed through the Prisma Flow Diagram [15].

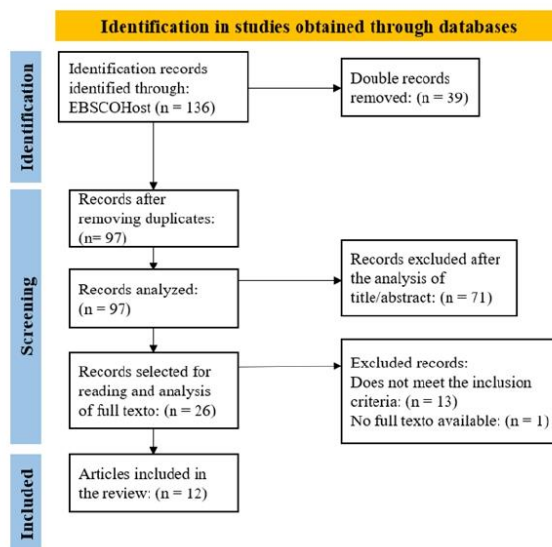


Figure 1 – Prisma Flow Diagram research methodology [15].

4

The search resulted in a total of 136 articles, which after the elimination of duplicate results resulted in 97 articles for title and abstract analysis. After this analysis 71 articles were eliminated whose theme or methodology did not fit the intended outcome or whose results did not show positive outcomes in this area of intervention, resulting in 26 articles for full text analysis. From this analysis we obtained a total of 12 articles to be included in this review, whose methodological quality assessment [16] and levels of evidence of JBI Critical Appraisal Tools [17] meet more than 50% of the proposed quality criteria. All articles were reviewed by two authors.

This SLR is registered in PROSPERO with ID CRD42022365894.

3. Results

After the process of search, selection and validation of the studies found, a set of 12 articles was obtained, whose data were extracted and presented in Table 1. All results correspond to RCT, level of evidence 1.c [17].

Table 1 – Identification of the analyzed articles

Title /Authors	Objectives	Results / Conclusions
Title: "Promoting Activity in Geriatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial of Accelerometry" Authors: Peel et al. (2016)	Determining whether activity levels increase with the sharing of activity monitoring data, for individuals and professionals, in the context of setting explicit goals	Making the accelerometer walking times available daily to participants and professionals increases the average daily walking time
Title: "Video and computer-based interactive exercises are safe and improve task specific balance in geriatric and neurological rehabilitation: a randomised trial" Authors: Van Den Berg et al. (2016)	To test the feasibility and safety of using interactive computer/video rehabilitation exercises in improving mobility in the geriatric population, or those with neurological disorders	The addition of interactive video/computer-based exercises to geriatric and neurological rehabilitation of hospitalized persons induces task-specific improvements in balance, but not in overall mobility
Title: "The effects of a high-intensity functional exercise group on clinical outcomes in hospitalised older adults: an assessor-blinded, randomised controlled trial" Authors: Raymond et al. (2017)	Evaluating a high-intensity functional exercise group in hospitalized elderly	High-intensity functional exercise in groups contributes to greater professional efficiency, but produces effects similar to individual physical therapy alone
Title: "Effectiveness of Functional Electrical Stimulation (FES) versus Conventional Electrical Stimulation in Gait Rehabilitation of Patients with Stroke" Authors: Sharif et al (2017)	To compare the efficacy of functional electrical stimulation versus muscular electrical stimulation on gait in people with foot drop due to stroke	Gait training with functional electrical stimulation is more effective than electrical muscle stimulation in improving mobility, balance, gait performance, and reducing spasticity
Title: "Hemianopia after stroke: A randomized controlled trial of the effectiveness of a standardized versus an individualized rehabilitation program, on scanning ability whilst walking" Authors: Crotty et al. (2018)	Comparing the effectiveness of a standardized program versus individualized therapy in people with homonymous hemianopsia	A standardized intervention using NVT and mobility training improves quality of life compared to individualized therapy

Title /Authors	Objectives	Results / Conclusions
Title: "Use of a robotic walking aid in rehabilitation to reduce fear of falling is feasible and acceptable from the end user's perspective: A randomised comparative study" Authors: Piau et al. (2019)	To determine the acceptability and feasibility of using a robotic walking aid to support the work of rehabilitation professionals in reducing the fear of falling in older people with 'psychomotor maladaptation' (the most severe form of post-fall syndrome)	The use of a robotic walking aid is feasible and accepted by participants and professionals
Title: "Feasibility of a Nurse-Trained, Family Member-Delivered Rehabilitation Model for Disabled Stroke Patients in Rural Chongqing, China" Authors: Chu et al. (2020)	To evaluate the feasibility of implementing a new nurse-led rehabilitation model to empower family caregivers of stroke patients in their rehabilitation process	The new rehabilitation model improved the person's physical recovery without increasing the burden on the caregiver
Title: "The effectiveness of Kinesio Taping® for mobility and functioning improvement in knee osteoarthritis: a randomized, double-blind, controlled trial" Authors: Donec e Kubilius (2020)	To evaluate the effectiveness of the Kinesio Taping® method for improving mobility and functionality in people with knee osteoarthritis	The use of Kinesio Taping® attenuated the symptoms and increased mobility in a subjective evaluation of the participants. However, it did not show results in mobility and functionality
Title: "Digitally enabled aged care and neurological rehabilitation to enhance outcomes with Activity and Mobility UsiNg Technology (AMOUNT) in Australia: A randomised controlled trial" Authors: Hassett et al. (2020)	Evaluate a personalized prescription of accessible digital devices, in addition to usual care, for people with mobility limitations admitted to geriatric and neurological rehabilitation units	The use of virtual reality video games, activity monitors, and handheld computer devices improves mobility and physical activity
Title: "Effect of trunk stabilization exercise on abdominal muscle thickness, balance and gait abilities of patients with hemiplegic stroke: A randomized controlled trial" Authors: Lee et al. (2020)	To evaluate the effectiveness of core muscle contraction training on abdominal muscle thickness, balance and gait in stroke patients	The conventional therapeutic exercise program helps to improve gait and balance, and the trunk stability exercises promote a change in the thickness of the abdominal muscles, which translates into an improvement at the functional level and in the ability to control the trunk
Title: "Effects of a multicomponent high intensity exercise program on physical function and health related quality of life in older adults with or at risk of mobility disability after discharge from hospital: a randomised controlled trial" Authors: Sunde et al. (2020)	To evaluate the effects of a group-based, high-intensity, multi-component exercise program on physical function and quality of life in older adults with or at risk for mobility impairment after hospital discharge	A group exercise program significantly improves functional capacity and quality of life in older adults with or at risk for mobility impairment after hospital discharge
Title: "Assisted Walking Program on Walking Ability in In-Hospital Geriatric Patients: A Randomized Trial" Authors: Gazineo et al. (2021)	To evaluate whether the use of an individualized assisted walking program for hospitalized elderly people contributes to improved walking ability, compared to usual geriatric care and rehabilitation	The use of an individualized assisted walking program improves walking ability at discharge

Legend: IG – Intervention group; CG – Control Group

4. Discussion

The loss of functionality that older people may suffer during or after periods of hospitalization may not only result in loss of independence in ADLs and decreased quality of life, but may also affect the rehabilitation process itself [18-21].

The introduction of a rehabilitation program, as early as possible, through a multidisciplinary team where the RN is included, is extremely important for older people with mobility impairment and self-care deficit, and has been proven by several authors [20-22], namely in two SLRs [20, 21], coexisting gains for individuals, family members and the community.

4.1. Conventional exercises and electrical stimulation

The study by Lee et al. [23] asserts that in people with hemiplegia due to stroke, trunk stability training with selective activation of the abdominal muscles has beneficial effects on abdominal muscles, balance, and mobility. The results of this study are corroborated by other authors [24-27].

The use of electrical stimulation has also been tested. In the rehabilitation of people with foot drop due to stroke, Sharif et al. [28] proved that gait training with functional electrical stimulation produces greater gains in mobility, balance, gait performance and reduction of spasticity, when compared to muscular electrical stimulation. There are more studies solidifying the gains from the use of electrical stimulation, such as the study by Tan et al [29] that demonstrates the efficacy of gait training and the study by Stein et al. [30] that validates the use of neuromuscular electrical stimulation in improving specificity and range of motion in people with stroke. On the other hand, Fossat et al. [31] point out that electrical stimulation of the quadriceps muscles, associated with early exercise practice with a cycloergometer and standardized rehabilitation, does not show benefits when compared to standardized rehabilitation practice alone.

The RSL conducted by Martinez-Velilla et al. [20] advocates that people should initiate short periods of walking while still in hospital, using auxiliary devices, which is corroborated by the study of Gazineo et al. [32], concluding that, in hospitalized people, an individualized assisted walking program improves the ability to walk at discharge.

In a study by Dong et al. [33], a strategy to increase activity levels in the older population with mobility impairment, namely after stroke, leading to a promotion of their functional independence, is the use of accelerometers during gait, recording the activity performed. The feedback from this instrument can serve as a stimulus (maintain activity, promote motivation and increase self-efficacy). Peel et al. [34] validated that providing participants and professionals with daily accelerometer walking times leads to an increase in average daily walking time. In contrast, in the study by Atkins et al. [35], when testing the pedometer as a motivational tool, they concluded that it does not improve functional mobility if no goals are set, although an increase in daily time in the orthostatic position was observed.

Raymond et al. [36] state that high intensity functional exercise in conjunction with individual physiotherapy sessions produces a similar effect to individual physiotherapy alone, with the benefit that group physiotherapy sessions result in greater practitioner efficiency, as they save 31 to 205 minutes per week. This is consistent with research by Sunde et al. [37], who found that a group exercise program led by a rehabilitation professional significantly improves functional capacity and quality of life compared with a home exercise program in older adults with, or at risk for, mobility impairment.

4.2. Application of neuromuscular taping

In the field of rehabilitation of the person with musculoskeletal changes, Donec and Kubilius [38] evaluated the effectiveness of neuromuscular bands (Kinesio Taping®). The intervention did not produce better results in mobility and functional improvement, compared to nonspecific knee banding. However, it did have better results on a subjective, participant-reported assessment for symptom alleviation and increased mobility experienced. The intervention had already been tested by other authors who achieved a similar result [39-41].

Also, Donec and Kriščiūnas [42] stated that the use of neuromuscular bands may be beneficial in reducing postoperative pain and edema, improving knee joint extension, in the early postoperative rehabilitation period of total knee arthroplasty.

In an RSL with a meta-analysis of ERC performed by Wang et al. [43], the use of the Kinesio Taping® method demonstrated benefits in lower limb rehabilitation of people with stroke, significantly improving spasticity, motor function, balance, gait ability and quality, and ADLs. However, the authors suggest further studies to identify the benefits of neuromuscular taping, due to the limited number of articles selected and the quality of the research performed.

4.3. New Technologies

The study by van den Berg et al. [44] proved that the addition of interactive video/computer-based exercises to geriatric and neurological rehabilitation of hospitalized persons induces task-specific improvements in balance, but not in mobility in general. However, Cannell et al [45] demonstrated no significant differences in stroke patients' rehabilitation with the use of virtual reality with gesture controlled interactive video and Li et al [46] corroborated these results by demonstrating that the use of an app supported exercise program (mHealth) can facilitate supplemental exercise, but does not directly affect functionality outcomes compared to traditional rehabilitation programs.

Recently, Hasset et al. [47] implemented a study and contrary to previous studies, there was an improvement in mobility in the intervention group, but the time spent in the orthostatic position did not change.

Piau et al. [48] demonstrated the feasibility and acceptability of the use of a robotic walking aid (SafeWalker®), from the perspective of participants and professionals, in the context of older people with a severe fear of falling.

Homonymous hemianopia after stroke is equally impactful for independence and insertion in the community for the elderly population, some authors [49, 50] argue that these people have reduced independence and a lower quality of life when compared to people with other visual deficits [49].

Crotty et al. [49] proved that a standardized intervention using scanning techniques, using NVT scanning equipment, which allows training a set of visual enhancement techniques and mobility training, improves quality of life, when compared to usual individualized rehabilitation care.

4.4. Caregiver Involvement

Taking into account the limitations that rehabilitation units have to meet all the needs of the population, the importance of informal caregivers in the process of rehabilitation at home of older people, reaching out similar results in terms of effectiveness, freeing the elderly and their caregivers from traveling to rehabilitation units [51, 52].

Zhou et al. [53], found no benefit in caregiver empowerment as they tested a complex intervention in the rehabilitation of people with stroke that combined caregiver empowerment through a cell phone application with teachings/training during the hospital stay focusing on mobility and self-care. In parallel, Chu et al [54], conducted another intervention study in stroke survivors focusing on mobility, self-care, and toilet use. This study concluded that the new rehabilitation model implemented by nurses and practiced by family members improved physical recovery, as evidenced by Barthel Index values, without increasing caregiver burden, compared to usual care.

Jarbandhan and his collaborators [55] certify this statement, proving that the rehabilitation care provided at home and through tele-rehabilitation, promotes better results in functional independence, when compared to general care. They also present a better cost-benefit ratio compared to rehabilitation care in hospital rehabilitation units.

5. Conclusion

The scientific evidence on the RN intervention for the empowerment of the elderly person with mobility impairment and self-care deficit is still limited. The need to develop evidence-based practice is urgent, and the consequent publication of these studies is an added value in the promotion and visibility of RN interventions within this theme.

From the analysis performed, all studies showed gains resulting from rehabilitation interventions in older people with mobility impairments, highlighting conventional exercises and electrical stimulation, neuromuscular banding, new technologies, and caregiver involvement in rehabilitation care.

To contribute to increasing the mobility and functionality of the elderly is to contribute to their empowerment for self-care, improvement of quality of life, relationships with family members, the community, and society in general.

References

1. Organização Mundial da Saúde: Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde - Resumo. (2015)
2. Marques-Vieira, C., Amaral, T., Pontífice-Sousa, P.: Contributos para um Envelhecimento Ativo. Em: Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (eds.) Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. pp. 525–534. Lusodidacta, Loures (2017)
3. Organização Mundial da Saúde: Decade of Healthy Ageing Baseline Report Summary. (2021)
4. Organização Mundial de Saúde: Active Ageing: A Policy Framework. Organização Mundial da Saúde (2002)
5. Instituto Nacional de Estatística: Estatísticas Demográficas - 2019. , Lisboa (2020)
6. Instituto Nacional de Estatística: População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Grupo etário., <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>
7. Comissão Europeia: Estado da Saúde na UE. Portugal. Perfil de saúde do país 2021. . (2021)
8. Instituto Nacional de Estatística: Esperança de vida de 80,72 anos à nascença e de 19,35 anos aos 65 anos - 2019 - 2021, https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540806507&DESTAQUESmodo=2
9. Fonseca, C.: Modelo de Autocuidado Para Pessoas com 65 e Mais Anos de Idade, Necessidades de Cuidados de Enfermagem. Tese de Doutoramento, (2014)
10. DGS. Direção de Serviços de Informação e Análise: A Saúde dos Portugueses 2016. Direção Geral da Saúde (2017)
11. Tomey, A.M., Alligood, M.R.: Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Lusociência, Loures (2004)
12. Eurostat: Dificuldades em atividades de cuidados pessoais ou atividades domésticas por sexo, idade e nível de escolaridade. , https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_EHIS_TAE/default/table?lang=en&category=h1th.h1th_state.h1th_fal
13. Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. (2019)
14. Aromataris, E., Munn, Z.: JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI (2020)
15. Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P., Moher, D.: The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. n71 (2021). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
16. Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., Hopp, L.: Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. Em: Aromataris, E. e Munn, Z. (eds.) JBI Manual for Evidence Synthesis. pp. 71–133. JBI (2020)
17. Joanna Briggs Institute: Ovid Database Guide, <https://ospguides.ovid.com/OSPGuides/jbidb.htm>
18. Said, C.M., McGinley, J.L., Szoek, C., Workman, B., Hill, K.D., Wittwer, J.E., Woodward, M., Liew, D., Churilov, L., Bernhardt, J., Morris, M.E.: Factors Associated with Improved Walking in Older People During Hospital Rehabilitation: Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial. *BMC Geriatr*. 21, 90 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02016-0>
19. Turunen, K., Aaltonen, L., Kumpumäki, J., Portegijs, E., Keikkala, S., Kinnunen, M.-L., Finni, T., Sipilä, S., Nikander, R.: A Tailored Counseling and Home-based

- Rehabilitation Program to Increase Physical Activity and Improve Mobility Among Community-dwelling Older People After Hospitalization: Protocol of a Randomized Controlled Trial. *BMC Musculoskelet. Disord.* 18, 477 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1825-5>
20. Martinez-Velilla, N., Cadore, E.L., Casas-Herrero, Á., Idoate-Saralegui, F., Izquierdo, M.: Physical Activity and Early Rehabilitation in Hospitalized Elderly Medical Patients: Systematic Review of Randomized Clinical Trials. *J. Nutr. Health Aging.* 20, 738–751 (2016). <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0683-4>
 21. Lopes, M.J., Silva, C., Nunes, I., Pimenta, E., Seromenho, V.: Sensitive Indicators for Rehabilitation Nursing Care in Older Persons with Mobility Impairment Through a Rehabilitation Program: A Systematic Literature Review. Em: Garcia-Alonso, J. e Fonseca, C. (eds.) *Gerontechnology IV*. pp. 158–170. Springer (2022)
 22. Garlet, A.B., Plentz, R.D.M., Blauth, A.H.E.G., Righi, T.T., Righi, N.C., Scharndong, J.: Reabilitação Robótica em Pacientes com AVC: Protocolo de Ensaio Clínico Randomizado. *Fisioter. e Pesqui.* 28, 483–490 (2021). <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21020028042021>
 23. Lee, J., Jeon, J., Lee, D., Hong, J., Yu, J., Kim, J.: Effect of Trunk Stabilization Exercise on Abdominal Muscle Thickness, Balance and Gait Abilities of Patients with Hemiplegic Stroke: A Randomized Controlled Trial. *NeuroRehabilitation.* 47, 435–442 (2020). <https://doi.org/10.3233/NRE-203133>
 24. Karthikbabu, S., Nayak, A., Vijayakumar, K., Misri, Z., Suresh, B., Ganesan, S., Joshua, A.M.: Comparison of Physio Ball and Plinth Trunk Exercises Regimens on Trunk Control and Functional Balance in Patients with Acute Stroke: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Clin. Rehabil.* 25, 709–719 (2011). <https://doi.org/10.1177/0269215510397393>
 25. Mew, R.: Comparison of Changes in Abdominal Muscle Thickness Between Standing and Crook Lying During Active Abdominal Hollowing Using Ultrasound Imaging. *Man. Ther.* 14, 690–695 (2009). <https://doi.org/10.1016/j.math.2009.05.003>
 26. Suehiro, T., Mizutani, M., Watanabe, S., Ishida, H., Kobara, K., Osaka, H.: Comparison of Spine Motion and Trunk Muscle Activity between Abdominal Hollowing and Abdominal Bracing Maneuvers during Prone Hip Extension. *J. Bodyw. Mov. Ther.* 18, 482–488 (2014). <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2014.04.012>
 27. Teyhen, D.S., Miltenberger, C.E., Deiters, H.M., Del Toro, Y.M., Pulliam, J.N., Childs, J.D., Boyles, R.E., Flynn, T.W.: The Use of Ultrasound Imaging of the Abdominal Drawing-in Maneuver in Subjects With Low Back Pain. *J. Orthop. Sport. Phys. Ther.* 35, 346–355 (2005). <https://doi.org/10.2519/jospt.2005.35.6.346>
 28. Sharif, F., Ghulam, S., Malik, A.N., Saeed, Q.: Effectiveness of Functional Electrical Stimulation (FES) versus Conventional Electrical Stimulation in Gait Rehabilitation of Patients with Stroke. *J Coll Physicians Surg Pak.* 27, 703–706 (2017)
 29. Tan, Z.M., Jiang, W.W., Yan, T.B., Wu, W., Song, R.: Effects of functional electrical stimulation based on normal gait pattern on walking function in subjects with recovery of stroke. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 96, 2342–2346 (2016). <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2016.29.012>
 30. Stein, C., Fritsch, C.G., Robinson, C., Sbruzzi, G., Plentz, R.D.M.: Effects of Electrical Stimulation in Spastic Muscles After Stroke. *Stroke.* 46, 2197–2205 (2015). <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.009633>
 31. Fossat, G., Baudin, F., Courtes, L., Bobet, S., Dupont, A., Bretagnol, A., Benzekri-Lefèvre, D., Kamel, T., Muller, G., Bercault, N., Barbier, F., Runge, I., Nay, M.-A., Skarzynski, M., Mathonnet, A., Boulain, T.: Effect of In-Bed Leg Cycling and Electrical Stimulation of the Quadriceps on Global Muscle Strength in Critically Ill Adults. *JAMA.* 320, 368 (2018). <https://doi.org/10.1001/jama.2018.9592>
 32. Gazieo, D., Godino, L., Decaro, R., Calogero, P., Pinto, D., Chiari, P., Zoli, M.,

- Ambrosi, E.: Assisted Walking Program on Walking Ability in In-Hospital Geriatric Patients: A Randomized Trial. *J. Am. Geriatr. Soc.* 69, 637–643 (2021). <https://doi.org/10.1111/jgs.16922>
33. Dong, Y., Steins, D., Sun, S., Li, F., Amor, J.D., James, C.J., Xia, Z., Dawes, H., Izadi, H., Cao, Y., Wade, D.T.: Does Feedback on Daily Activity Level from a Smart Watch During Inpatient Stroke Rehabilitation Increase Physical Activity Levels? Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Trials*. 19, 177 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2476-z>
 34. Peel, N.M., Paul, S.K., Cameron, I.D., Crotty, M., Kurlle, S.E., Gray, L.C.: Promoting Activity in Geriatric Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial of Accelerometry. *PLoS One*. 11, e0160906 (2016). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160906>
 35. Atkins, A., Cannell, J., Barr, C.: Pedometers Alone do not Increase Mobility in Inpatient Rehabilitation: a Randomized Controlled Trial. *Clin. Rehabil.* 33, 1382–1390 (2019). <https://doi.org/10.1177/0269215519838312>
 36. Raymond, M.J.M., Jeffs, K.J., Winter, A., Soh, S.-E., Hunter, P., Holland, A.E.: The Effects of a High-intensity Functional Exercise Group on Clinical Outcomes in Hospitalised Older Adults: An Assessor-blinded, Randomised-Controlled Trial. *Age Ageing*. 46, 208–213 (2017). <https://doi.org/10.1093/ageing/afw215>
 37. Sunde, S., Hesseberg, K., Skelton, D.A., Ranhoff, A.H., Pripp, A.H., Aarønes, M., Brovold, T.: Effects of a Multicomponent High Intensity Exercise Program on Physical Function and Health-related Quality of Life in Older Adults with or at risk of Mobility Disability after Discharge from Hospital: a Randomised Controlled Trial. *BMC Geriatr.* 20, 464 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01829-9>
 38. Donec, V., Kubilius, R.: The Effectiveness of Kinesio Taping[®] for Mobility and Functioning Improvement in Knee Osteoarthritis: a Randomized, Double-blind, Controlled Trial. *Clin. Rehabil.* 34, 877–889 (2020). <https://doi.org/10.1177/0269215520916859>
 39. Wageck, B., Nunes, G.S., Bohlen, N.B., Santos, G.M., de Noronha, M.: Kinesio Taping does not Improve the Symptoms or Function of Older People with Knee Osteoarthritis: a Randomised Trial. *J. Physiother.* 62, 153–158 (2016). <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2016.05.012>
 40. Kaya Mutlu, E., Mustafaoglu, R., Birinci, T., Razak Ozdincler, A.: Does Kinesio Taping of the Knee Improve Pain and Functionality in Patients with Knee Osteoarthritis? *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 96, 25–33 (2017). <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000520>
 41. Kocyigit, F., Turkmen, M.B., Acar, M., Guldane, N., Kose, T., Kuyucu, E., Erdil, M.: Kinesio Taping or Sham Taping in Knee Osteoarthritis? A Randomized, Double-blind, Sham-controlled Trial. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 21, 262–267 (2015). <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.10.001>
 42. Donec, V., Kriščiūnas, A.: The Effectiveness of Kinesio Taping After Total Knee Replacement in Early Postoperative Rehabilitation Period. A Randomized Controlled Trial. *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.* 50, 363–371 (2014)
 43. Wang, M., Pei, Z., Xiong, B., Meng, X., Chen, X., Liao, W.: Use of Kinesio Taping in Lower-extremity Rehabilitation of Post-stroke Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Complement. Ther. Clin. Pract.* 35, 22–32 (2019). <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.008>
 44. van den Berg, M., Sherrington, C., Killington, M., Smith, S., Bongers, B., Hassett, L., Crotty, M.: Video and computer-based interactive exercises are safe and improve task-specific balance in geriatric and neurological rehabilitation: a randomised trial. *J. Physiother.* 62, 20–28 (2016). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.11.005>
 45. Cannell, J., Jovic, E., Rathjen, A., Lane, K., Tyson, A.M., Callisaya, M.L., Smith, S.T.,

- Ahuja, K.D., Bird, M.-L.: The Efficacy of Interactive, Motion Capture-based Rehabilitation on Functional Outcomes in an Inpatient Stroke Population: a Randomized Controlled Trial. *Clin. Rehabil.* 32, 191–200 (2018). <https://doi.org/10.1177/0269215517720790>
46. Li, I., Bui, T., Phan, H.T., Llado, A., King, C., Scrivener, K.: App-based Supplemental Exercise in Rehabilitation, Adherence, and Effect on Outcomes: a Randomized Controlled Trial. *Clin. Rehabil.* 34, 1083–1093 (2020). <https://doi.org/10.1177/0269215520928119>
47. Hassett, L., van den Berg, M., Lindley, R.I., Crotty, M., McCluskey, A., van der Ploeg, H.P., Smith, S.T., Schurr, K., Howard, K., Hackett, M.L., Killington, M., Bongers, B., Togher, L., Treacy, D., Dorsch, S., Wong, S., Scrivener, K., Chagpar, S., Weber, H., Pinheiro, M., Heritier, S., Sherrington, C.: Digitally Enabled Aged Care and Neurological Rehabilitation to Enhance Outcomes with Activity and Mobility Using Technology (AMOUNT) in Australia: A Randomised Controlled Trial. *PLOS Med.* 17, e1003029 (2020). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003029>
48. Piau, A., Krams, T., Voisin, T., Lepage, B., Nourhashemi, F.: Use of a Robotic Walking Aid in Rehabilitation to Reduce Fear of Falling is Feasible and Acceptable from the end User's Perspective: A Randomised Comparative Study. *Maturitas.* 120, 40–46 (2019). <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.11.008>
49. Crotty, M., van den Berg, M., Hayes, A., Chen, C., Lange, K., George, S.: Hemianopia After Stroke: A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of a Standardised versus an Individualized Rehabilitation Program, on Scanning Ability Whilst Walking. *NeuroRehabilitation.* 43, 201–209 (2018). <https://doi.org/10.3233/NRE-172377>
50. Sand, K.M., Midelfart, A., Thomassen, L., Melms, A., Wilhelm, H., Hoff, J.M.: Visual Impairment in Stroke Patients - a review. *Acta Neurol. Scand.* 127, 52–56 (2013). <https://doi.org/10.1111/ane.12050>
51. Nordin, N.A.M., Aziz, N.A., Sulong, S., Aljunid, S.M.: Effectiveness of Home-Based Carer-Assisted in Comparison to Hospital-Based Therapist-Delivered Therapy for People With Stroke: A Randomised Controlled Trial. *NeuroRehabilitation.* 45, 87–97 (2019). <https://doi.org/10.3233/NRE-192758>
52. Fonseca, C., de Pinho, L. G., Lopes, M. J., Marques, M. D. C., & Garcia-Alonso, J.: The Elderly Nursing Core Set and the cognition of Portuguese older adults: A cross-sectional study.. *BMC nursing*, 20(1), 1-8. (2021). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00623-1>
53. Zhou, B., Zhang, J., Zhao, Y., Li, X., Anderson, C.S., Xie, B., Wang, N., Zhang, Y., Tang, X., Prvu Bettger, J., Chen, S., Gu, W., Luo, R., Zhao, Q., Li, X., Sun, Z., Lindley, R.I., Lamb, S.E., Wu, Y., Shi, J., Yan, L.L.: Caregiver-Delivered Stroke Rehabilitation in Rural China. *Stroke.* 50, 1825–1830 (2019). <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.021558>
54. Chu, K., Bu, X., Sun, Z., Wang, Y., Feng, W., Xiao, L., Jiang, F., Tang, X.: Feasibility of a Nurse-Trained, Family Member-Delivered Rehabilitation Model for Disabled Stroke Patients in Rural Chongqing, China. *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* 29, 105382 (2020). <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105382>
55. Jarbandhan, A., Toelsie, J., Veeger, D., Bipat, R., Vanhees, L., Buys, R.: Feasibility of a Home-Based Physiotherapy Intervention to Promote Post-Stroke Mobility: A Randomized Controlled Pilot Study. *PLoS One.* 17, e0256455 (2022). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256455>

APÊNDICE III – CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO: AÇÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Cuidados de Enfermagem à Pessoa com compromisso da deglutição

Tânia Isabel Costa

Orientação: Prof. César Fonseca | Prof.ª Florbela Bia | EEER Elsa Alves

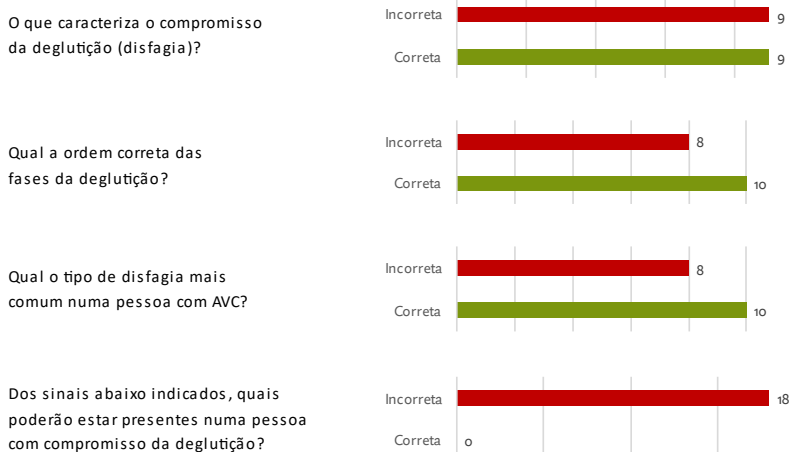
Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Ação de Formação em Serviço

Novembro 2022

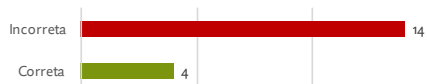
IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA



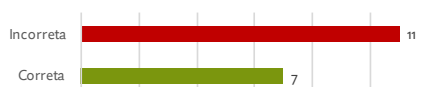


IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Qual a inclinação correta da cabeceira do leito para alimentar uma pessoa com compromisso da deglutição?



Qual a posição correta da cabeça e pescoço durante a alimentação de uma pessoa com compromisso da deglutição?



Considera a temática "Cuidados de Enfermagem à Pessoa com compromisso da deglutição" pertinente?



SUMÁRIO

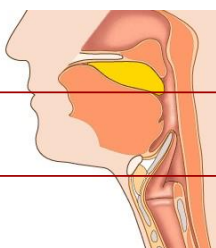
1. Deglutição
2. Compromisso da deglutição
3. Compromisso da deglutição na pessoa com AVC
4. Avaliação da pessoa com compromisso da deglutição
5. Escala de Guss
6. Cuidados de Enfermagem
7. Proposta de melhoria



DEGLUTIÇÃO

Processo vital que se divide em 4 fases e envolve duas fases distintas.

- 1 - Oral preparatória
- 2 - Oral
- 3 - Faríngea
- 4 - Esofágica



VOLUNTÁRIA: envolve a região cortical; relaciona -se com a fase oral e/ou preparatória.

REFLEXA: envolve o tronco cerebral e os pares cranianos; relaciona -se com a fase faríngea.

COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO

Dificuldade na preparação oral dos alimentos ou no deslocamento do bolo alimentar da boca até ao estômago. Impedimento à passagem da comida deglutida.

DISFAGIA OROFARÍNGEA : dificuldade em iniciar a deglutição resultante da ↓ da motilidade de origem neuromuscular . Pode ocorrer regurgitação nasal, tosse e/ou armazenamento dos alimentos da parte posterior da boca .

DISFAGIA ESOFÁGICA : sensação de que os alimentos ficam retidos no esófago devido a uma obstrução mecânica .



Complicações : ↑ secreções orais que conduzem à obstrução das vias respiratórias e à pneumonia de aspiração, desidratação, medo e receio de comer/beber, perda de peso e má nutrição.

COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO

Videofluoroscopia



Deglutição normal



Deglutição **alterada**

COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO NA PESSOA COM AVC

Nas pessoas com **AVC** é mais comum a **disfagia orofaríngea**, relacionando -se com a diminuição da força, do tónus e/ou sensibilidade dos músculos da face, da mandíbula e/ou da língua.



Em **fase aguda**: 64-78%

Em **fase crónica**: 40-81%
(Silva, 2020)



AVALIAÇÃO DA PESSOA COM COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO

Deve ocorrer precocemente, de forma regular e em diferentes contextos, e incluir uma avaliação multidisciplinar.

1 - TRIAGEM

Enfermeiro de Cuidados Gerais

Escala de GUSS (teste de deglutição indireto)

2 - AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEGLUTIÇÃO

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Reabilitação, Terapeuta da Fala

Escala de GUSS (teste de deglutição direto)

3 - AVALIAÇÃO INSTRUMENTAL DA DEGLUTIÇÃO

Videofluoroscopia da Deglutição, Videofluoroscopia da Deglutição

4 - AUTOAVALIAÇÃO POR PARTE DA PESSOA



AVALIAÇÃO DA PESSOA COM COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO

TRIAGEM - SINAIS PRESENTES NA PESSOA COM COMPROMISSO DA DEGLUTIÇÃO :


- Alteração da sensibilidade da cavidade oral e na parede faríngea posterior
- Reflexo velopalatino diminuído/ausente
- Aumento do tempo de deglutição (para líquidos ou sólidos)
- Acumulação involuntária de conteúdo alimentar na cavidade oral
- Sialorreia
- Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição/escape anterior de conteúdo da cavidade oral
- Movimentos assimétricos dos lábios e língua
- Alteração da voz ("voz húmida") após deglutição
- Tosse até 3 minutos após a deglutição
- Deglutições múltiplas
- Diminuição de 3 valores percentuais da saturação de oxigénio após deglutição
- Alteração da consciência
- Ausência de controlo cefálico



ESCALA DE GUSS

(GuggingSwallowingScreen)

Método rápido e de confiança para identificar a disfagia e o risco de aspiração em pessoas com AVC.

 Utilização simples, à cabeceira da pessoa.

SISTEMA DE PONTUAÇÃO: a pontuação total é obtida através do somatório de cada item.



ESCALA DE GUSS

(GuggingSwallowingScreen)

GUSS Gugging Swallowing Test

Data da avaliação _____ Hora _____ Identificação doente _____

Secção 1. Avaliação preliminar / teste de deglutição indirecto

	SIM	NÃO
Vigilância (o doente deve estar alerta durante pelo menos 15 minutos)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Tosse e/ou pigarreio (tosse voluntária) (o doente deve conseguir tossir ou pigarrear 2 vezes)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Deglutição de saliva	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Sialorreia	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
• Alterações da voz (rouquidão, gorgolejo, voz molhada ou fraca)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	
	1 – 4 = Investigação posterior 5 = Continuar para a secção 2	

Materiais necessários para o teste indirecto

de deglutição:

- Copo
- Colher de chá
- Água (água mineral sem gás ou água bidestilada)
- Estetoscópio

Instruções [aqui](#)

ESCALA DE GUSS

(GuggingSwallowingScreen)

Secção 2. Teste de deglutição directo (Material: Água destilada, colher de chá rasa, espessante, pão)

Seguir a ordem:	1 → SEMI-SÓLIDO*	2 → LÍQUIDO**	3 → SÓLIDO***
DEGLUTIÇÃO			
• Deglutição impossível	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Deglutição demorada (> 2 seg.) (Sólidos > 10 seg.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
• Deglutição com sucesso	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
TOSSE (involuntária) (antes, durante ou após a deglutição – até 3 minutos após)			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
SIALORREIA			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ALTERAÇÃO DA VOZ (escutar a voz antes e após a deglutição – o doente deve dizer "O")			
• Sim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
• Não	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
TOTAL:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para líquido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Continuar para sólido	1 – 4 = investigação posterior ¹ 5 = Normal
TOTAL: (Secção 1 + Secção 2)	(20)		

Destinada ao
Enfermeiro Especialista de
Enfermagem de Reabilitação

CUIDADOS DE ENFERMAGEM | Disfagia Orofaringea

ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS POSTURAIS: flexão anterior do pescoço; rotação da cabeça para o lado afetado; flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado; inclinação posterior da cabeça



Flexão



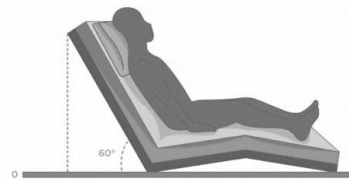
Rotação

ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS SENSORIAIS: frio, sabores ácidos, incremento de volume, pressão da colher sobre a língua

ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS DE CONSISTÊNCIA: líquidos tipo pudim, líquidos tipo mel, líquidos tipo néctar



CUIDADOS DE ENFERMAGEM | DisfagiaOrofaringea



NO LEITO : a inclinação da cabeça deverá estar nos 60-80º e deverá ficar nesta posição 30 minutos após a refeição .

NA CADEIRA : o correto alinhamento de cabeça, tronco e extremidades é fundamental : pés bem apoiados, região lombar apoiada nas costas da cadeira (se necessário usar uma almofada pequena para permitir uma ligeira flexão anterior do tronco) e pélvis em posição neutra .



CUIDADOS DE ENFERMAGEM | DisfagiaOrofaringea



- A **COLHER** deve ser direcionada de baixo para cima .
- O alimento direcionado para a parte média posterior da língua (ou do lado menos afetado no caso de parésia ou plegia facial ou da língua) devendo ser realizada uma pressão da colher sobre a língua ao colocar o alimento, estimulando o reflexo da deglutição .



- **COPO** com abertura larga/chávena ajuda a evitar a extensão cervical e reduz o risco de aspiração .



- Se for seguro, as **PRÓTESES DENTÁRIAS** devem ser utilizadas e estarem bem adaptadas .



CUIDADOS DE ENFERMAGEM | Disfagia Orofaringea



- Após a refeição deve inspecionar -se a cavidade oral e realizar a **HIGIENE ORAL** . Particularmente importante quando existem alterações da sensibilidade.



- O **ENFERMEIRO** deve sentar -se para alimentar a pessoa, de preferência do lado afetado.
- Se a pessoa apresentar negligência hemiespacial unilateral, o enfermeiro deve abordar a pessoa pelo lado não afetado.



- A refeição deve ser em **LOCAL CALMO E RELAXADO** , sem outros estímulos.



PROPOSTA DE MELHORIA

DÍSTICO DE ALERTA / INFORMATIVO

Objetivo: promover a segurança da pessoa com compromisso da deglutição

O dístico será colocado na unidade da pessoa com compromisso da deglutição e servirá de alerta para a necessidade de falar com Enfermeiro antes de alimentar a pessoa.

Fale com **ENFERMEIRO**

NÃO ALIMENTAR

	Espessante (colher/medida)		
Consistência	Nectár	Mel	Pudim
200 ml(1 copo)	2 colheres	4 colheres	6 colheres
Personalizado			

Personalizado de acordo com a necessidade da pessoa





Cuidados de Enfermagem à Pessoa com compromisso da deglutição


Obrigada pela atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação Conceções e Práticas* (pp. 173-179). Lisboa: Lidel.
- Braga, R. (2017). Avaliação da Função Deglutição Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 181-188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2017). Reeducação da Deglutição Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Costa, C. S. P. (2020). *Avaliação da deglutição intervençãodo enfermeiro de reabilitaçã* [Master's thesis]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2409>
- da Silva Ferreira A. M. (2017). *Avaliação da Deglutição com a Aplicação da Escala GUSS: Contribuição da Enfermagem de Reabilitação* [Doctoral dissertation]. Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4556>
- da Silva, M. C. O. (2021). *Caracterização e análise de custos da Disfagia Orofaringea numa Unidade de Cuidados Continuados de média Duração e Reabilitação* [Doctoral dissertation]. Instituto Politécnico de Porto (Portugal). <http://hdl.handle.net/1040022/17713>
- Dias, S. F. C., Queluz, G. D. C., Mendonça, A. R., & Souza, V. R. D. (2020, June). Protocolo de cuidado de enfermagem no paciente disfágico hospitalizado. In *CoDAS* (Vol. 32). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202019060>
- Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., & Vieira, C. (2012). *Reabilitar Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colégios/Documentos/3017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Fi2017.pdf
- Takawa, C., Gemmel, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. *Dysphagia*, 31(3), 434-441. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9>
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948-2952. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>



APÊNDICE IV - COMUNICAÇÃO ORAL NO III CONGRESSO DO MESTRADO EM ENFERMAGEM (EM ASSOCIAÇÃO): «CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA: GANHOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO»



**ENFERMAGEM ESPECIALIZADA:
INOVAÇÃO E DESAFIOS**

Escola Superior de Saúde

**III CONGRESSO DO MESTRADO EM
ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO**

**Capacitação para o
Autocuidado da Pessoa idosa
hospitalizada: Ganhos
sensíveis aos cuidados de
Enfermagem de Reabilitação**

Tânia Costa¹ | PhD César Fonseca² | MSc Florbela Bia²

¹ Master student (rehabilitation nursing), Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal
² Adjunct Professor, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Évora, Portugal

Beja, 12 outubro 2023

OBJETIVOS

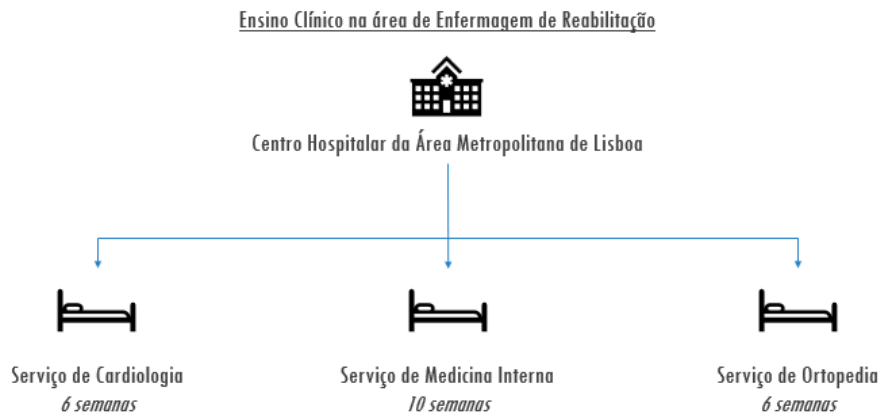
Geral

1. Desenvolver competências de EEER e de Mestre nos cuidados à pessoa idosa hospitalizada com compromisso do autocuidado

Específicos

1. Desenvolver avaliação diagnóstica da pessoa idosa hospitalizada com compromisso do autocuidado
2. Planear programas de intervenção de ER para a pessoa idosa hospitalizada com compromisso do autocuidado
3. Identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER à pessoa idosa hospitalizada com base no MPP desenvolvido

CONTEXTUALIZAÇÃO

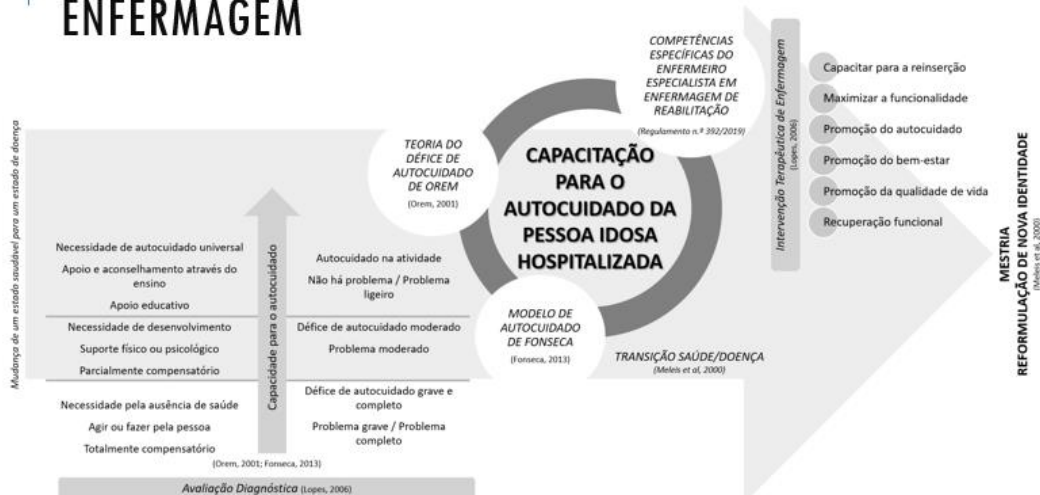


ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL



Teoria das Transições de Afaf Meleis
Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea de Orem
Modelo de Autocuidado de Fonseca
Teoria de Médio Alcance de Lopes

MODELO DE PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM



REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Questão de investigação
Quais as intervenções de ER para a capacitação da pessoa idosa com compromisso da mobilidade e défice de autocuidado?



The Rehabilitation Nurse and the Empowerment of Older Adults with Mobility Impairment and Self-care Deficits: A Systematic Literature Review

Tânia Costa¹ , Mauro Lopes² , and Florbela Bia³ 

¹ School of Health of the Polytechnic Institute of Setúbal, Setúbal, Portugal
enfermeira.taniacosta@gmail.com

² Litoral Alentejano Local Health Unit, Santiago do Cacém, Portugal

³ São João de Deus School of Nursing of the University of Évora, Évora, Portugal

METODOLOGIA

Metodologia qualitativa de estudo de caso

População alvo e amostra



Amostragem não probabilística acidental

(8 participantes)

Instrumentos de colheita de dados



Elderly Nursing Core Set

Plano de intervenção



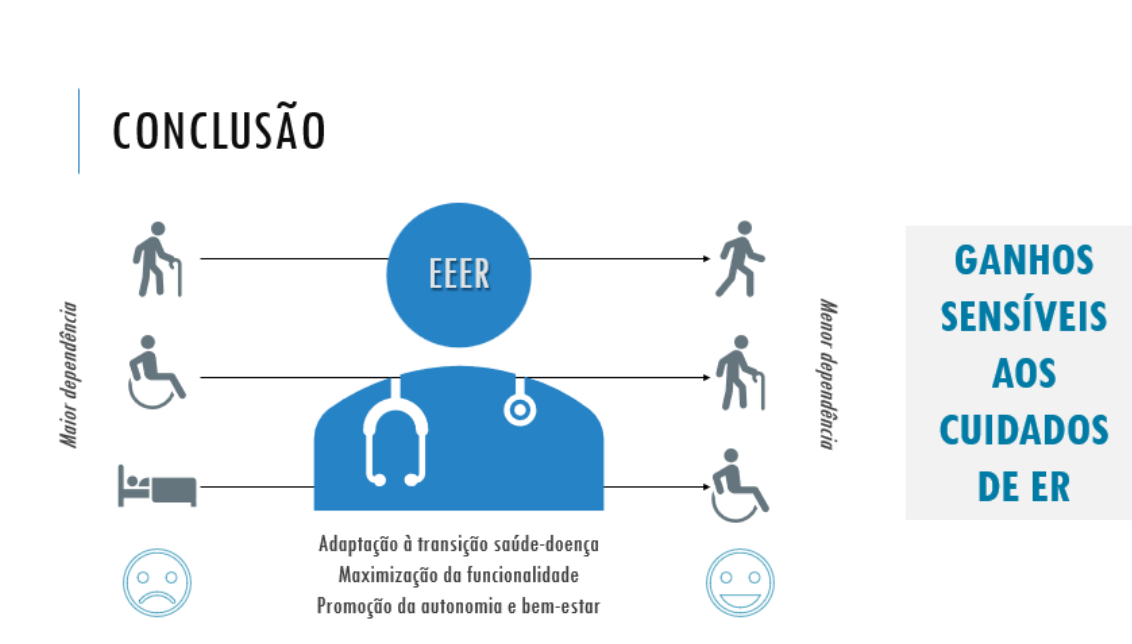
Capacitação para o autocuidado da pessoa idosa hospitalizada

(ensino, demonstração e treino)

RESULTADOS

Média dos ganhos alcançados pela aplicação do instrumento ENCS

Instrumentos ENCS	Média dos ganhos alcançados por grupo de participantes			MÉDIA DOS GANHOS ALCANÇADOS NO TOTAL
	Grupo A	Grupo B	Grupo C	
Score global de funcionalidade	17,5%	8,6%	6%	10,7%
Autocuidados	40%	15,4%	23,3%	26,2%
Aprendizagem e funções da memória	0%	12,5%	1,7%	4,7%
Comunicação	0%	11,7%	0%	3,9%
Relação com amigos e cuidadores	0%	0%	0%	0%



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, T., Lopes, M., & Bica, F. (2023). The rehabilitation nurse and the empowerment of older adults with mobility impairment and self-care deficits: A systematic literature review. In *Gerontechnology V. Ivoag 2022. lecture notes in bioengineering*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-29067-1_32
- Coutinho, C. (2020). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*.
- Fonseca, C. J. V. d. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem* [Doctoral thesis]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/12196>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Lopas, M. (2006). *A relação enfermeira-doente como intervenção terapêutica: Proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasou.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Pordata, (s.d.). PORDATA - Estatísticas, gráficos e indicadores. <https://www.pordata.pt/portugal/quadro+resumo/portugal-822464>
- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, Regulamento n.º 392/2019 (2019, 3 de maio) (Portugal). *Diário da República II Série*, (85/2019). <https://dre.pt/application/contudo/122216893>
- Santos, L. (2017). O processo de reabilitação. In *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 15–23). Lusodidacta.
- Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world—what do we know? *The Lancet*, 385(9967), 484–486. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61597-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61597-5)
- Yin, R. K. (2017). *Case study research and applications: Design and methods*. SAGE Publications, Incorporated.



**Capacitação para o
Autocuidado da Pessoa idosa
hospitalizada: Ganhos
sensíveis aos cuidados de
Enfermagem de Reabilitação**

Obrigada.