

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

**PERCURSOS DE ASSISTÊNCIA DOS ENFERMEIROS
DE REABILITAÇÃO NUMA EQUIPA DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Rute Sousa Pinto

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

PERCURSOS DE ASSISTÊNCIA DOS
ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO NUMA
EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS

CARE PATHWAYS FOR REHABILITATION
NURSES IN AN INTEGRATED CONTINUING
CARE TEAM

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Maria Manuela Martins e
coorientada pela Professora Doutora Olga
Maria Ribeiro

Ana Rute Sousa Pinto

Porto, 2022

“(. . .) fazer face à
crescente necessidade em cuidados
de saúde associados à dependência
no autocuidado constitui-se, no
presente, como um dos desafios mais
significativos à inteligência coletiva
dos Portugueses.”

DEDICATÓRIA

A ti, meu pai, pela semente da curiosidade que habita em nós e germina a cada dia. Pelo gosto em querer saber “como se faz” e como “fazer melhor”. Porque o conhecimento não ocupa lugar, apenas encontra o seu espaço.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, minha orientadora, e à Professora Doutora Olga Maria Ribeiro, minha coorientadora, pela disponibilidade, dedicação, partilha de saberes, pelo incentivo na persecução dos meus objetivos, e pela leveza e boa disposição com que sempre acederam às minhas solicitações.

À Professora Doutora Bárbara Gomes, pelo incentivo no reingresso na vida académica.

À minha amiga e colega de trabalho, Ângela Mota, pelo estímulo constante a desenvolver e abraçar novos projetos.

Ao meu marido, Pedro, por todo o incentivo e suporte que meu deu, a mim e ao nosso filho, em que tantas vezes não pude estar presente. Por todo o amor e dedicação a nós.

Ao meu filho, Pedrinho, porque mesmo na sua inocência e ingénua compreensão, me motivou a não desistir deste percurso sinuoso e emocionalmente difícil.

À minha família, pelo amparo que nos proporcionou aos três para que eu pudesse desempenhar este meu papel com o menor ruído possível.

Às minhas amigas e aos meus colegas de trabalho, que tantas vezes me fizeram lembrar de que estava a dar um passo importante para todos nós, enfermeiros.

Concluída mais uma etapa de vida, aqui deixo um sincero agradecimento a todos aqueles que cruzaram o meu percurso nestes últimos dois anos e que, de alguma forma, o marcaram construtivamente.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
APER - Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação
CCS – Conselho Clínico e de Saúde
CES - Comissão de Ética para a Saúde
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CLPSI – Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DTI – Departamento de Tecnologias de Informação
ECCI – Equipa(s) de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipa Coordenadora Local
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EEER – Enfermeiro(s) Especialista(s) em Enfermagem de Reabilitação
EGA – Equipa de Gestão de Altas
EUA – Estados Unidos da América
ICN – *International Council of Nurses*
INR - Instituto Nacional para a Reabilitação
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SIE – Sistema de Informação em Enfermagem
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPSS® – *Statistical Package for the Social Sciences*
UCC – Unidade(s) de Cuidados na Comunidade
UE – União Europeia
USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A especialidade de enfermagem de reabilitação tem uma expressão assimétrica a nível mundial. Na Europa, Portugal é o único país que possui esta área de especialidade. A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no ano de 2006, surgiu para colmatar a necessidade de cuidados de saúde decorrentes da dependência no autocuidado, considerando o perfil epidemiológico da população atual. As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECI) atuam em ambiente domiciliário, sendo um dos contextos assistenciais privilegiados do desempenho da atividade profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EER).

Com a finalidade de contribuir para melhorar a organização dos cuidados prestados pelos EER nas ECI, a partir do Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) em uso, objetivamos caracterizar o perfil dos utentes que integram as ECI ao cuidado dos EER, analisar os focos e os diagnósticos de enfermagem bem como as intervenções documentadas, e identificar o percurso dos cuidados prestados pelos EER aos utentes a partir dos registos de enfermagem. Desenvolvemos, para isso, um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo e de carácter misto.

A amostra do estudo é constituída por 590 casos pertencentes a 496 utentes, com uma média de 76,18 anos de idade, sendo que o sexo feminino assume maior representatividade (63,4%). Os cuidados de reabilitação foram a tipologia de cuidados preponderante como motivo de admissão em ECI e, do total da amostra, a maioria dos casos teve alta com os objetivos atingidos. A média de dias de internamento em ECI foi de 61,42.

Da análise documental e estatística aos registos de enfermagem nas ECI, percebeu-se que os EER prestam cuidados comuns e cuidados inerentes às suas competências específicas. Dos focos de enfermagem mais relevantes para a sua prática profissional, agrupados pelas suas competências específicas, emergiram o *Autocuidado*, o *Andar*, o *Transferir-se*, a *Obstipação*, a *Aspiração*, a *Memória*, o *Andar com Auxiliar de Marcha*, o *Papel Prestador de Cuidados*, o *Usar a Cadeira de Rodas*, a *Interação Social*, a *Comunicação Expressiva*, o *Movimento Muscular*, a *Queda*, o *Equilíbrio Corporal*, a *Ventilação* e a *Limpeza das Vias Aéreas*. O desenvolvimento da competência “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” sobressaiu com maior representatividade no seio dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados nas ECI e *Atender* foi o tipo de ação no qual se incluíram a maioria das intervenções dos EER.

Consolidamos que os registos de enfermagem efetuados pelos EER vão de encontro às suas competências específicas. Admitimos, contudo, que um maior equilíbrio entre estas deveria coexistir, a par do desenvolvimento em maior profundidade dos focos e dos diagnósticos inerentes a cada competência. A inclusão do cuidador nos cuidados ao utente poderá ser também uma realidade mais trabalhada futuramente bem como a documentação no âmbito da capacitação e da aquisição de conhecimentos. Áreas de atenção ligadas à cognição, à comunicação, à socialização e à acessibilidade/inclusão social enquadram-se também no leque de competências específicas dos EER que, embora presentes na documentação, sobressaíram pela diminuta expressão. Consideramos, contudo, que, por motivos vários, uma parte dos cuidados desempenhados pelos EER nas ECI possam não estar documentados no SIE em uso.

Palavras-chave: Continuidade da Assistência ao Paciente, Enfermagem em Reabilitação, Serviços de Assistência Domiciliar (Cuidado Domiciliar), Sistemas de Informação em Saúde

ABSTRACT

The Rehabilitation Nursing specialty has an asymmetric expression worldwide. In Europe, Portugal is the only country that has this area of expertise. The creation of the National Network of Integrated Continuing Care (RNCCI), in 2006, emerged to fill the need for health care resulting from dependence on self-care, considering the epidemiological profile of the current population. The Integrated Continuing Care Teams (ECCI) work in a home environment, being one of the privileged care contexts for the performance of the professional activity of Nurse Specialists in Rehabilitation Nursing (EEER).

In order to contribute to improving the organization of care provided by EEER in ECCI, based on the Nursing Information System (SIE) in use, we aim to characterize the profile of users who integrate ECCI to the care of EEER, analyze the focuses and the nursing diagnoses as well as the documented interventions, and identify the path of care provided by the EEER to the users from the nursing records. For this purpose, we developed an exploratory, descriptive, retrospective and mixed study.

The study sample consists of 590 cases belonging to 496 users, with an average age of 76,18 years, with females being more representative (63.4%). Rehabilitation care was the predominant care typology as a reason for admission to ECCI and, of the total sample, most cases were discharged with the objectives achieved. The mean number of days of hospitalization in ECCI was 61,42.

From the documental and statistical analysis of the nursing records in the ECCI, it was perceived that the EEER provide common care and care inherent to their specific competences. From the most relevant nursing focuses for their professional practice, grouped by their specific skills, *Self Care, Walking, Self Transferring, Constipation, Aspiration, Memory, Walking Using Device, Caregiver Role, Wheelchair Use, Socialising, Communicating, Body Movement, Fall, Balance, Ventilation and Airway Clearance*. The development of the competence “maximizes functionality by developing the person's capabilities” stood out with greater representation within the rehabilitation nursing care provided in ECCI and Attending was the type of action in which most of the EEER interventions were included.

We consolidate that the nursing records made by the EEER meet their specific competences. We admit, however, that a greater balance between these should coexist, along with the development in greater depth of the focuses and diagnoses inherent to each competence. The inclusion of the caregiver in the care provided to the user may also be a reality that will be further worked on in the future, as well as the documentation within the scope of training and acquisition of knowledge. Areas of attention linked to cognition, communication, socialization and accessibility/social inclusion also fall within the range of specific competences of the EEER which, although present in the documentation, stood out for their small expression. We consider, however, that, for various reasons, part of the care performed by the EEER in the ECCI may not be documented in the SIE in use.

Keywords: Continuity of Patient Care, Rehabilitation Nursing, Home Care Services, Health Information Systems

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1. A ENFERMAGEM CENTRADA NA REABILITAÇÃO	27
1.1. A enfermagem de reabilitação enquanto especialidade	28
1.2. Da integração de cuidados à exigência da sua continuidade.....	34
1.2.1. Contextos assistenciais em reabilitação: reabilitar no domicílio	36
2. PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO.....	41
2.1. Percurso Metodológico	43
2.1.1. População e Amostra	43
2.1.2. Colheita de Dados	44
2.1.3. Análise de Dados	44
2.1.4. Procedimentos Éticos.....	45
3. A REALIDADE DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM EM USO	47
3.1. Caracterização da Amostra.....	47
3.2. Percursos de Assistência dos EEER nas ECCI	51
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	71
CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	93
ANEXO I - Autorização da CES, da CLPSI e do CCS.....	95
ANEXO II – Intervenções de Enfermagem.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição da amostra por classes de idade	48
Tabela 2 - Distribuição da amostra pelo tempo de internamento	50
Tabela 3 - Distribuição do motivo da alta face ao tempo de internamento.....	51
Tabela 4 - Desenvolvimento dos cuidados comuns.....	54
Tabela 5 - Desenvolvimento da competência específica “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”	55
Tabela 6 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Autocuidado.....	56
Tabela 7 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Andar.....	57
Tabela 8 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Transferir-se.....	57
Tabela 9 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Obstipação	58
Tabela 10 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Aspiração.....	58
Tabela 11 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Memória	58
Tabela 12 - Desenvolvimento da competência “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”	59
Tabela 13 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Andar com Auxiliar de Marcha	59
Tabela 14 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Papel Prestador de Cuidados.....	60
Tabela 15 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Usar a Cadeira de Rodas	60
Tabela 16 - Desenvolvimento da competência específica “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”	61
Tabela 17 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Movimento Muscular.....	62
Tabela 18 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Queda.....	62
Tabela 19 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Equilíbrio Corporal	63
Tabela 20 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Ventilação	63
Tabela 21 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco Limpeza das Vias Aéreas	64
Tabela 22 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria Atender e suas subcategorias.....	66
Tabela 23 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria Determinar e suas subcategorias	66

Tabela 24 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria Informar e suas subcategorias	67
Tabela 25 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria Executar e suas subcategorias	67
Tabela 26 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria Gerir e suas subcategorias	68
Tabela 27 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria Outros e suas subcategorias	68

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Países (a azul) que apresentam enfermeiros a trabalhar na área da reabilitação (adaptado de Schoeller et al., 2018)	29
Figura 2 - Competências profissionais dos enfermeiros	32
Figura 3 - Das competências específicas à qualidade do exercício profissional dos EEER (Martins et al., 2021 adaptado do Regulamento nº 350/2015 e do Regulamento nº 392/2019).....	33
Figura 4 - Fluxograma de decisões.....	42
Figura 5 - Desenvolvimento dos cuidados de enfermagem nas ECCI	52
Figura 6 - Organização das intervenções de enfermagem pelo eixo de ação	65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Descrição da amostra por sexo	47
Gráfico 2 - Distribuição da amostra pelo motivo de admissão.....	48
Gráfico 3 - Distribuição da amostra pelo motivo de alta	49
Gráfico 4 - Cuidados de enfermagem de reabilitação nas ECCI.....	65
Gráfico 5 - Representação das intervenções de enfermagem em ECCI por categoria	69

INTRODUÇÃO

A nível mundial, a especialidade de enfermagem de reabilitação assume uma distribuição bastante heterogénea. A sua maior representatividade evidencia-se em países como os Estados Unidos da América (EUA), o Canadá e a Austrália, sendo praticamente ou mesmo inexistente noutros (Schoeller et al., 2018). Na Europa, Portugal é o único país (e um dos cinco no mundo) que possui esta área de especialidade, existindo 4877 EEER. Destes, embora com tendência crescente, uma minoria desempenha a sua atividade profissional ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021), nos quais, no seio das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as ECCI exercem funções.

Embora a evidência científica nos mostre que não é o envelhecimento da população que determina diretamente a existência da especialidade de enfermagem de reabilitação (Schoeller et al., 2018), é inquestionável negar a sua relação com o perfil epidemiológico da população atual – tendencialmente envelhecida e, por isso, acompanhada de doenças crónicas e prolongadas. De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2015), os Censos de 2011 comprovaram este mesmo facto, revelando que 110 355 pessoas eram dependentes no autocuidado e que se encontravam nos domicílios, sendo que destas, 48 454 seriam pessoas dependentes “acamadas”.

A criação da RNCCI emerge desta necessidade de cuidado sentida: a de cuidados de saúde decorrentes da dependência no autocuidado. Este subsistema do Serviço Nacional de Saúde (SNS) assenta em objetivos bem definidos e princípios norteadores, nos quais, as ECCI se inserem como uma das possibilidades valiosas de resposta à díade - pessoa em situação de dependência funcional e familiares/cuidadores - ao nível da prestação de cuidados domiciliários (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2007).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação enquadram-se nesta especificidade de cuidados de saúde, ancorando-se na “(. . .) manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização das capacidades” (OE, 2015a, p. 16656). Pelo exposto, e tendo a reabilitação um corpo de conhecimentos específico, compreende-se então que os EEER detenham competências também específicas inerentes à natureza e à singularidade dos cuidados prestados e que o seu exercício profissional se

adequa em pleno às exigências de cuidados de saúde das pessoas referenciadas para a RNCCI.

O estudo de investigação em questão expresso neste relatório, surge no âmbito da elaboração da Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Enfermagem de Reabilitação pela Escola Superior de Enfermagem do Porto e assume especial relevância num percurso profissional de aquisição de conhecimentos e de aperfeiçoamento constante. Pois, só a sistematização/método e o rigor inerentes à investigação científica permitem adquirir novos conhecimentos (Fortin, 2009).

A delimitação do tema - “Percurso de assistência dos Enfermeiros de Reabilitação numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados” – agrega não só a experiência profissional enquanto EEER numa ECCI (na qual emergem questões de relevo e que motivam a pertinência do estudo), mas também o gosto pessoal pelo desempenho da nossa profissão na (e em prole da) comunidade, nomeadamente no seio domiciliário à pessoa/família com necessidades de cuidados especializados de reabilitação. Por isso, reflete, simultaneamente, um interesse profissional e um gosto pessoal, que, em concordância com as docentes que detêm a responsabilidade científica do trabalho, se considera ser uma problemática passível de estudo, de proveito e de valor para a profissão.

A enfermagem de reabilitação e os SIE têm evoluído notoriamente nos últimos anos, contudo, quer um quer outro não têm ainda uma representatividade amplamente distribuída a nível global. Daí que, a documentação e as publicações efetuadas relacionando estes dois conceitos com a continuidade de cuidados em âmbito domiciliário sejam escassas suportando mais ainda o mote desta investigação.

Atendendo a que a prática profissional dos enfermeiros se deve espelhar nos seus registos, pretende-se investigar, através da análise dos registos de enfermagem, se o processo de documentação reflete as particularidades do seu desempenho profissional dando visibilidade ao contributo dos EEER no âmbito das ECCI. Mais concretamente, se os focos, os diagnósticos e as intervenções documentadas se relacionam com o seu leque de competências profissionais específicas e, consequentemente, com as suas áreas de atuação neste âmbito de cuidados domiciliários, levando deste modo, ao aparecimento de percursos de cuidados característicos do trajeto efetuado pelos EEER.

Tendo em vista responder eficazmente à pergunta de partida, o estudo de investigação em questão é metodologicamente um estudo descritivo, exploratório, retrospectivo e de carácter misto. Os dados analisados são referentes ao ano de 2019, escolhido propositadamente por

ser um ano pré-pandemia por Covid19 e, por conseguinte, considerarmos que foi um ano em que os EEER tiveram oportunidade de desenvolver a sua atividade assistencial dentro dos padrões normais e esperados. Tal facto já não se verificou nos dois anos posteriores, ao longo dos quais a necessidade de afetação de recursos a determinadas áreas de cuidados exigiu a mobilização temporária destes profissionais. Mesmo que não tenham sido mobilizados, estes enfermeiros viram as suas atividades normais perturbadas tendo que direcionar parte dos seus horários a atividades inerentes à mitigação da pandemia.

O estudo tem como finalidade contribuir para melhorar a organização dos cuidados prestados pelos EEER em ECCI e o presente relatório pretende evidenciar precisamente os contornos da investigação efetuada, nomeadamente descrevendo o estado da arte que sustenta o problema de pesquisa, expondo o percurso metodológico da investigação e apresentando e discutindo os resultados obtidos.

O conteúdo deste relatório organiza-se em quatro capítulos principais. O primeiro remete para o enquadramento conceptual abordando o conceito de reabilitação enquanto área específica do conhecimento em enfermagem, os conceitos de integração e de continuidade de cuidados como promotores de cuidados de saúde de qualidade e o domicílio enquanto contexto assistencial privilegiado para o sucesso da reabilitação. Reflete, por isso, o suporte teórico que sustenta a formulação do problema. O segundo capítulo, referente ao trabalho de campo, descreve o percurso metodológico adotado expondo a pergunta de investigação, a população e a amostra, o método de colheita de dados utilizado e os procedimentos adotados na análise dos mesmos, bem como as questões éticas inerentes a toda a investigação. No terceiro capítulo, caracteriza-se a amostra do estudo e expõem-se os resultados obtidos com a análise dos registos de enfermagem que concorrem para o aparecimento de percursos de assistência dos EEER nas ECCI. No quarto e último capítulo, confrontam-se os resultados encontrados com a literatura existente sobre a problemática.

A síntese das conclusões do estudo dá por terminado o presente relatório, que se eleva não só pela relevância e pertinência dos resultados obtidos uma vez que se produziu conhecimento passível de incidir sobre a prática dos EEER, mas por todo o processo de pesquisa necessário para que esta investigação científica se concretizasse.

1. A ENFERMAGEM CENTRADA NA REABILITAÇÃO

Em alguns países é sabido que a área da reabilitação se desenvolveu pelas necessidades sentidas após a Segunda Grande Guerra (Luís et al., 2003), sendo nos EUA, no final da década de 30, que a área surgiu enquanto conceito e intervenção especializados (Gaspar et al., 2021).

Em Portugal, consta que foi a deslocação do motorista de um amigo do Dr. Oliveira Salazar para a Alemanha para receber tratamento de reabilitação após um acidente, que motivou o reconhecimento e o desenvolvimento da especialidade a nível nacional (Luís et al., 2003). E, embora evidência científica nos mostre que não é o envelhecimento da população que determina diretamente a existência da especialidade de enfermagem de reabilitação, é inquestionável negar a sua relação com o perfil epidemiológico da população atual – tendencialmente envelhecida e, por isso, acompanhada de doenças crónicas e prolongadas. A necessidade de cuidados de saúde relacionados com a dependência no autocuidado torna-se inevitável, enquadrando-se nesta especificidade, os cuidados de enfermagem de reabilitação (Marques et al., 2021).

E, já nos primórdios da profissão de enfermagem, *Florence Nightingale* tinha enaltecido a importância de a pessoa fazer por si própria, dando sentido aos conceitos de autocuidado e autonomia (Gaspar et al., 2021).

Pretendemos, neste capítulo, fazer uma súmula do estado da arte relativamente ao desenvolvimento e evolução do cuidado de enfermagem focado na vertente da reabilitação, desde o seu início até aos contextos em que esta área especializada se desenvolve na atualidade, nomeadamente a área de enfermagem de reabilitação em âmbito domiciliário.

1.1. A enfermagem de reabilitação enquanto especialidade

Com data de 1965, o primeiro Curso de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação possibilitou a formação de catorze enfermeiras especialistas. Foi ministrado pela Enfermeira Maria de Lurdes Sales Luís que, em conjunto com as Enfermeiras Maria da Graça Semião e Eduarda Carmona, fizeram a sua especialidade na *Georgia Warm Springs Foundation*, nos EUA, entre os anos de 1963 e 1964 (Luís et al., 2003).

A enfermagem de reabilitação enquanto especialidade inovou pela redefinição do conceito de cuidar. Abordava todo o ciclo vital e defendia que a ação desenvolvida pelo EEER se iniciava na fase aguda da doença e continuava em contexto comunitário, prevenindo possíveis complicações ao mesmo tempo que trabalhava todo o potencial existente na pessoa. Assim se permitia que o cuidar fosse projetado na funcionalidade e na inclusão social (Gaspar et al., 2021), aliás, competências que atribuímos hoje em dia, ao exercício profissional dos EEER, como poderemos aprofundar mais adiante.

Iniciada então na década de 60, a especialidade de enfermagem de reabilitação assume atualmente e a nível mundial, uma distribuição bastante heterogénea. De acordo com a pesquisa efetuada por Schoeller et al. (2018), apenas 13 países (EUA, Canadá, Austrália, Guatemala, França, Inglaterra, México, Holanda, Nova Zelândia, Portugal, Rússia, Seychelles e Suíça) dos 134 associados ao *International Council of Nurses* (ICN), possuem enfermagem de reabilitação legislada, uns enquanto área/filosofia de cuidado, outros já enquanto especialidade reconhecida (figura 1).



Figura 1 - Países (a azul) que apresentam enfermeiros a trabalhar na área da reabilitação (adaptado de Schoeller et al., 2018)

Na Europa, Portugal é o único país (e um dos cinco no mundo) que possui esta especialidade de enfermagem, sendo até, e de acordo com dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros (2021), a área com mais enfermeiros especialistas, existindo 4877 EEER a nível nacional. A distribuição destes profissionais é também assimétrica quer a nível territorial quer a nível do setor de atividade. É nas zonas sul e norte do país onde há mais especialistas (1896 e 1757 respetivamente), a zona centro tem um número intermédio (969) e a Madeira e os Açores têm significativamente menos profissionais (176 e 79 respetivamente).

Ao nível do setor de atividade, os EEER exercem o seu papel em diferentes contextos, sendo o meio hospitalar aquele que se destaca ainda com mais profissionais, com 3313 (OE, 2021). Apesar de, historicamente, e de acordo com Gaspar et al. (2021), o paradigma assistencial promover a supremacia do contexto hospitalar sobre todos os outros, a mudança deste paradigma é notória, nomeadamente na descentralização destes profissionais para o contexto dos CSP com programas de prevenção (saúde escolar, desporto, envelhecimento ativo) e de reabilitação (cardíaca e respiratória), dos cuidados continuados e até da hospitalização domiciliária.

Salienta-se que, as UCC enquanto Unidades Funcionais pertencentes aos CSP e onde se enquadram também as ECCI, se destacam como serviços de saúde privilegiados para o desempenho da atividade assistencial dos EEER. Além disso, o aparecimento de novos modelos de cuidados concomitante com o surgimento das redes sociais, plataformas digitais e o desenvolvimento dos SIE abriram portas a novas opções de tratamento e de acesso a

estes profissionais e aos seus cuidados especializados (Gaspar et al., 2021), sendo a via do exercício profissional liberal também uma possibilidade em crescendo.

Curioso é, no entanto, perceber que da totalidade dos EEER existentes no nosso país, apenas um número reduzido (592) desempenhe a sua atividade profissional prestando efetivamente cuidados especializados. A grande maioria (2551) está, ainda, alocada aos cuidados gerais. A gestão, a formação, o ensino/investigação e a acessoria/consultadoria são outras das áreas de atuação destes profissionais especializados (OE, 2021). E, segundo Gaspar et al. (2021), para se obterem ganhos em saúde, não é suficiente que existam EEER nos diferentes contextos, mas que existam sim em número adequado à população com necessidades de cuidados de saúde de reabilitação a fim de estarem garantidas a segurança e a qualidade dos cuidados que se pretende.

Pela relevância dos cuidados de enfermagem acompanhados da elevada exigência técnica e científica, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tendem a diferenciar-se e especializar-se no decorrer dos seus percursos profissionais. A especialidade proporciona ao enfermeiro, um reconhecimento de competências específicas (mediante a área de especialidade) e comuns (entre especialistas), além das preconizadas para os enfermeiros de cuidados gerais. Os EEER são, assim, profissionais diferenciados dos demais que detêm conhecimentos e experiência própria que lhes permite trabalhar os problemas reais e perspetivar os problemas futuros da pessoa provenientes de doença aguda/crónica ou acidente, promovendo assim a sua saúde, prevenindo complicações, tratando sequelas e maximizando o potencial funcional da pessoa (OE, 2019a).

Mais do que recuperar – em que se pressupõe a re aquisição da(s) função(ões) inicialmente existentes, reabilitar implica uma readaptação da pessoa à nova condição havendo uma “resignificação” da função e assim uma convivência saudável com as limitações funcionais instaladas. Esta perspetiva de “aproveitamento” de todas as capacidades da pessoa distingue estes profissionais, que detêm a sua formação alicerçada na enfermagem de cuidados gerais e focam a sua intervenção especializada na recuperação ou mesmo melhoria da funcionalidade prévia quando possível, na manutenção da mesma ou na readaptação da funcionalidade caso a condição pré-existente não seja passível de ser alcançada, minimizando o impacto negativo das incapacidades instaladas ao nível das funções neurológica, respiratória, ortopédica, cardíaca, em deficiências e outras incapacidades (OE, 2019a). Denotam, portanto, uma atuação simultaneamente abrangente e singular.

Melhorar a função, promover a independência, aumentar a satisfação e a auto-estima do próprio são os seus principais objetivos embora a sua intervenção englobe também as pessoas significativas, nomeadamente em momentos críticos como o do planeamento da alta hospitalar, da continuidade de cuidados, da reintegração no seio familiar e da comunidade, demonstrando a sua atuação em todos os contextos da prática de cuidados (OE, 2019a).

A perceção de que, hoje em dia, é tão essencial a presença dos EEER nos serviços de saúde e na composição das equipas multidisciplinares, que, não raras vezes, se torna mesmo critério indispensável para a certificação dos contextos de cuidados. Tal facto se percebe quando se compreende que a falta de EEER influencia a demora média dos dias de internamento e aumente o número de sequelas o que delimita a atuação destes profissionais especializados à sua vertente mais recuperadora do que preventiva (Marques et al., 2021). Não é este o caminho pretendido.

O percurso da especialidade foi, de facto, sinuoso, passando de uma formação profissionalizada para uma formação exclusiva do ensino superior o que proporcionou a sua evolução científica mantendo simultaneamente a sua identidade profissional. A formação académica tem, de facto, alterado positivamente o traçado evolutivo da especialidade, em que basear a prática na evidência se torna tão preponderante quanto basear a evidência na prática (Marques et al., 2021). Além do exposto, as áreas emergentes no cuidado especializado de reabilitação levaram à adaptação da resposta dos EEER, reorganizando as suas competências pelo alvo e contexto da sua intervenção (Gaspar et al., 2021). Esta prática dita reflexiva cimenta o pilar da reabilitação (Marques et al., 2021).

E, de entre o conjunto de instrumentos/documentos reguladores e de suporte ao exercício profissional dos EEER, salientamos dois: o “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação” e o “Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação”.

Pela análise da Figura 2, é possível perceber que o EEER, pelas suas competências específicas, denota um maior enfoque das suas intervenções na otimização do potencial funcional da pessoa; o enfermeiro de cuidados gerais, por sua vez, na criação de condições que favoreçam a atuação e a continuidade de cuidados por parte de um profissional especialista. Deste modo, tanto o enfermeiro de cuidados gerais como o EEER contribuem, com ações consonantes, para a readaptação da pessoa à sua nova condição, projetando-se a intervenção terapêutica do EEER, mais além.



Figura 2 - Competências profissionais dos enfermeiros

Além do descritivo, a robustez de cada competência do exercício profissional é dada pelas unidades de competências e critérios de avaliação que revestem cada pilar individualmente (Martins et al., 2021). Também, e como já anteriormente mencionado, importa salientar que a todos os Enfermeiros Especialistas são atribuídas competências transversais; daí que, nas competências específicas dos EEER se incorporem todas as anteriores que alicerçam a profissão de enfermagem.

Já os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, alicerçados também estes nos padrões de qualidade pré-existent para os cuidados gerais, explicitam a intervenção terapêutica com qualidade do EEER ao nível do que é, ou pode ser, expectável pela sociedade (OE, 2015a). Segundo Martins et al. (2021), estes oito aspetos, em profunda articulação com as competências específicas destes profissionais (figura 3), direcionam também para linhas de investigação e inovação. E investigar em enfermagem de reabilitação distingue-se de investigar noutras áreas da saúde por isso mesmo, pela centralidade dos problemas e pela finalidade com que é feita. Só este método de aquisição de conhecimento possibilita a adequação da intervenção do EEER aos desafios contemporâneos.

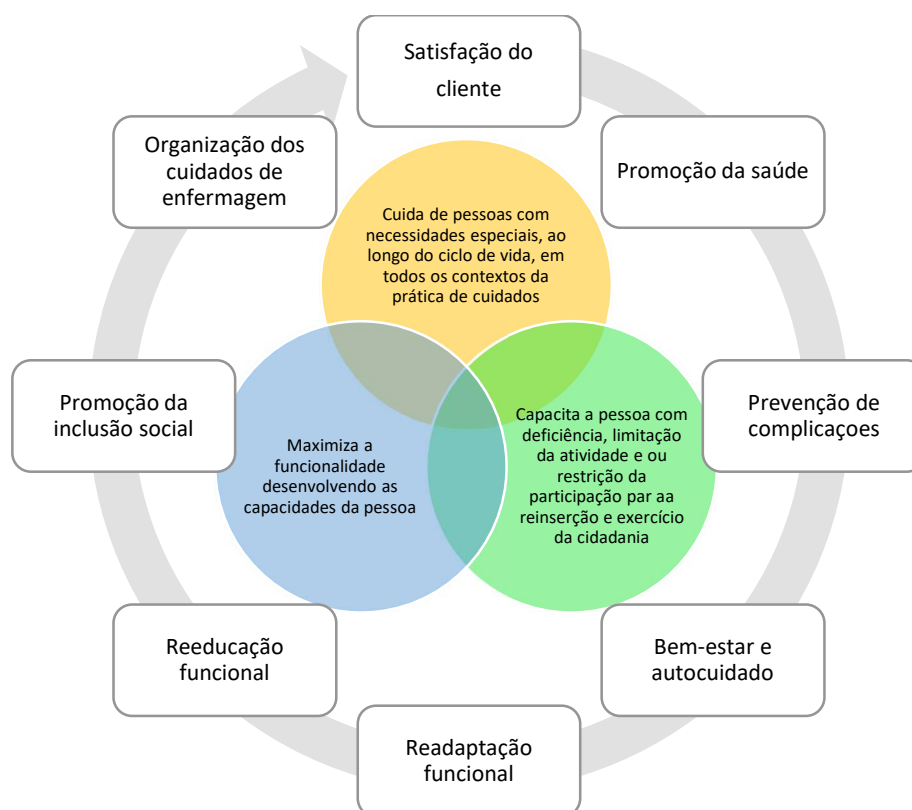


Figura 3 - Das competências específicas à qualidade do exercício profissional dos EEER (Martins et al., 2021 adaptado do Regulamento nº 350/2015 e do Regulamento nº 392/2019)

Num estudo realizado por Martins et al. (2018), verificou-se que as práticas dos EEER congruentes com as dimensões *bem-estar e autocuidado* e *readaptação funcional* são as que mais contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem na prática clínica hospitalar, o que se coaduna com as competências especializadas da profissão. Por outro lado, a operacionalização dos enunciados descritivos *satisfação do cliente*, *organização dos cuidados de enfermagem* e, principalmente, *promoção da saúde*, revelou-se como menos representativa, o que denota que tem vindo a ser descurada, nomeadamente neste contexto da prática de cuidados.

A propósito da promoção da saúde, Jesus Dias et al. (2022), verificaram que altos níveis de literacia em saúde se correlacionavam com a adoção de comportamentos de autocuidado, o que veio demonstrar ganhos significativos em saúde, nomeadamente pelo aparecimento de um menor número de doenças, pela menor necessidade de medicação, pelo menor aparecimento de sentimentos de tristeza, de alterações de memória e de dores musculares e articulares. De acordo com os mesmos autores, estes aspetos reforçam a ideia da necessidade de que mais EEER apostem nesta área.

1.2. Da integração de cuidados à exigência da sua continuidade

Para Dias e Queirós (2010), o consumo de recursos de cuidados de saúde é feito, nos países mais desenvolvidos, maioritariamente por uma população na faixa etária acima dos 65 anos de idade, com mais habilitações literárias, acompanhados de doenças crónicas e incapacitantes, que prioriza a manutenção da qualidade de vida e a preservação da autonomia. Torna-se, por isso, premente adequar o desenho da oferta atual e melhorar a coordenação entre os recursos existentes aumentando a eficiência dos meios.

Também, otimizar as diversas tipologias de cuidados indo de encontro à efetiva necessidade de cuidados para cada pessoa e descentralizar uma parcela de cuidados de saúde da hospitalização permitindo alternativas aos cuidados necessários em ambulatório, parecem estar entre as soluções mais viáveis quer do ponto de vista de gestão de recursos de saúde quer do ponto de vista de otimização de recursos financeiros (Dias & Queirós, 2010).

Enquadra-se, portanto, o conceito de integração de cuidados “(. . .) como um meio para melhorar o acesso aos serviços de saúde, elevar os padrões de qualidade na prestação de cuidados, utilizar melhor a capacidade instalada, aumentar a satisfação dos utentes e obter ganhos de eficiência” (Dias & Queirós, 2010, p. 6) ao invés de se perpetuar a fragmentação dos mesmos em que a baixa articulação e coordenação entre os diferentes serviços e instituições de saúde se denota. A integração de cuidados pressupõe assim que, dependendo da situação de saúde/doença em que o indivíduo se encontra, terá acesso ao tipo e à intensidade de cuidados de que necessita no local que mais lhe seja favorável.

A continuidade de cuidados surge muitas vezes associado a este conceito, caracterizando-se pelo carácter sequencial e duradouro das intervenções quer de saúde quer sociais, o que pressupõe que os cuidados continuados integrados se centrem, além do exposto, “(. . .) na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei n.º 101/2006, p. 3857).

Hu et al. (2020), procuraram precisamente perceber a pertinência da continuidade de cuidados na gestão da doença crónica. Revelaram haver melhor partilha de informação clínica bem como melhor coordenação entre a pessoa e a sua equipa de saúde e concluíram

que a continuidade de cuidados permitiu melhorar a qualidade de vida e a satisfação da pessoa, reduzir custos financeiros, idas ao serviço de urgência bem como internamentos hospitalares, proporcionando-se, assim, bons cuidados de saúde. A necessidade de continuidade de cuidados verificou ser ainda mais necessária quando a pessoa é inexperiente na gestão da sua doença crónica, sendo que um sistema de saúde mal coordenado e com limitações comportam ainda mais o desenvolvimento deste modelo de cuidados assistencial.

Dias e Queirós (2010), referem que a experiência da integração de cuidados não é de todo consensual a uma escala mundial, havendo aproximações nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e da União Europeia (UE), em que os programas mais ajustados a este tipo de abordagem se relacionam com a gestão da doença (principalmente crónica) e a gestão de casos. Dos países analisados por estes autores, é feita uma caracterização do modelo de sistema de saúde vigente e os esforços de integração de cuidados em cada um deles.

No modelo *Bismarck*, originário da Alemanha e incorporado por outros países como a Holanda, a Bélgica, a Suíça, a França, a Áustria, a Grécia e o Luxemburgo, a saúde pertence e é gerida pelo setor privado, financiada por seguros obrigatórios tendo o estado um papel de regulação e pouco interventivo na gestão, salvo em raras exceções. No modelo *Beveridge*, fundado em Inglaterra e adotado pela Dinamarca, Itália, Irlanda, Espanha e Portugal, a saúde é de carácter público, tendencialmente gratuita, em que o estado tem o papel de gestor com total controlo, sendo financiado por impostos pagos por todos os cidadãos. Nos EUA, há um sistema misto em que seguros privados e públicos se articulam. Contudo, hoje em dia, dificilmente um dos modelos de saúde é adotado e seguido de forma exclusiva, coexistindo, não raras vezes, um modelo de saúde misto ou com características diferentes das originais (Dias & Queirós, 2010).

Apesar de haver diferenças significativas no modelo de sistema de saúde em vigor em cada país com problemas e desafios subjacentes, consenso há em arranjar alternativas à hospitalização e afirmar os cuidados em ambulatório de longa duração como preferenciais (Dias & Queirós, 2010), o que se coaduna com o preconizado no nosso país e sobre o qual o foco deste estudo recai.

1.2.1. Contextos assistenciais em reabilitação: reabilitar no domicílio

Em Portugal, o modelo *Beveridge* serve de base ao sistema de saúde, contudo coexiste um sistema misto: o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os subsistemas de saúde e os seguros privados. O SNS integra os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), os hospitais e as unidades locais de saúde, sob tutela do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2022a) e é administrado a nível central pela ACSS com o intuito de assegurar a gestão integrada dos recursos (financeiros e humanos, instalações e equipamentos) (Ministério da Saúde, 2022b). A promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença bem como a reabilitação são assegurados pelo SNS. A integração e a continuidade de cuidados a pessoas com dependência são asseguradas pela RNCCI, criada em 2006, que se ramifica em diferentes tipologias com critérios de referenciação delimitados e específicos para cada uma delas, sendo possível a mobilidade de uma tipologia para outra quando há critérios que assim o justifique.

A ECCL é a única tipologia da rede que presta cuidados em âmbito domiciliário sendo os cuidados prestados no ambiente próprio do utente e da sua família com o devido ajuste à diade que esta situação permite. É uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP que incorpora profissionais diferenciados e especializados, nomeadamente enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas, médicos e assistentes sociais. Presta cuidados todos os dias da semana (incluindo aos fins-de-semana e feriados) e dispõe de atendimento telefónico aos utentes e famílias a quem presta os seus serviços. As visitas domiciliárias são maioritariamente programadas, contudo, mediante o horário de serviço da equipa, poderão ser efetuadas mais caso o estado clínico do utente se altere ou as necessidades de cuidados de saúde identificadas pelos profissionais assim o justifique (ACSS, 2007).

Para além de prestar cuidados a pessoas dependentes no autocuidado ou em convalescença e suas famílias/cuidadores, presta também cuidados a pessoas que pela intensidade dos cuidados de que necessita ultrapassa a capacidade da Unidade de Saúde Familiar (USF) a que pertence e que, por esse motivo, se enquadra no âmbito da carteira de serviços da ECCL. Integra também, com o apoio da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), pessoas com doença terminal que necessitem de cuidados em fim de vida (ACSS, 2007).

Promovendo a continuidade e a integração dos cuidados de saúde, a designação de um gestor de caso torna-se premente, sendo o profissional que melhor conhece o utente e a sua família e que, por isso, melhor gere e dá resposta às necessidades de ambos servindo-lhes de suporte no seio da comunidade e da equipa. Tendo em consideração as características da população-alvo e a natureza dos cuidados de que necessita, o papel de gestor de caso é comumente atribuído ao enfermeiro e, caso exista, ao enfermeiro de reabilitação (ACSS, 2007).

De acordo com o OPSS (2015), à data de 2011, 110 355 pessoas eram dependentes no autocuidado e encontravam-se nos domicílios, sendo que destas, 48 454 seriam pessoas dependentes “acamadas”. De facto, a deterioração de processos corporais e/ou mentais geram dependência no autocuidado e o problema é que esta mesma dependência determina ainda mais a involução dos processos corporais e/ou mentais que lhe deram origem.

Fruto de investigações nesta área, foi possível constatar que, por ordem decrescente, as pessoas dependentes no autocuidado apresentavam sinais de rigidez articular, de desidratação, alteração do estado cognitivo, algumas com pelo menos um episódio de queda recente, condições de higiene inadequadas, úlceras de pressão, vestuário inadequado à época do ano ou à temperatura ambiente e, por fim, compromisso do sistema respiratório. São uma população fortemente consumidora de recursos hospitalares, nomeadamente do serviço de urgência e consequentemente dos serviços de internamento (OPSS, 2015).

O primeiro mês após a alta hospitalar parece ser crítico e simultaneamente decisivo na forma como o regresso e a manutenção em casa se desenrolam, quer para a pessoa dependente quer para o seu cuidador. É também neste período de tempo que a maioria das pessoas dependentes demonstram ganhos significativos no autocuidado (Petronilho, 2013) encontrando-se aqui uma boa “janela terapêutica” após o evento gerador de dependência. Assim, não referenciar ou não identificar uma vaga em tempo oportuno na rede para todos aqueles que dela beneficiam é não facilitar ou mesmo prejudicar quer a recuperação da condição de saúde e dependência e/ou autonomia prévias da pessoa quer da assunção saudável ao papel de cuidador, que se traduzem em deterioração física e mental de ambos, diminuição da qualidade de vida e stresse associado ao novo papel que é apreendido por “tentativa-erro” ou decorrente de experiências anteriores (OPSS, 2015).

Em 2015, a oferta na Rede era manifestamente inferior à sua necessidade (com apenas 30% das necessidades cobertas) tornando o acesso à mesma desigual para pessoas com condições

de saúde semelhantes tanto pela insuficiência de vagas como pela divergência na distribuição a nível territorial (OPSS, 2015).

A prestação de cuidados de saúde por uma ECCI a uma pessoa por dia custa em média, 17,79 euros, o que se revela manifestamente inferior quando comparado com o custo de funcionamento das unidades de internamento da Rede (Filipe, 2015). Fazer este acompanhamento de proximidade evita que estas famílias recorram numa primeira instância a um serviço de urgência sem necessidade (OPSS, 2015), além de que disponibilizar cuidados de saúde profissionalizados no domicílio se revela mais sustentável financeiramente para o SNS (Filipe, 2015).

A referenciação destes utentes é feita por equipas referenciadoras existentes nos hospitais/centros hospitalares/unidades locais de saúde, as Equipas de Gestão de Altas (EGA), e nos ACES. Às Equipas Coordenadoras Locais (ECL) existentes nos CSP, após a referenciação, cabe a tarefa de melhor encaminhar o utente para a tipologia da Rede mais adequada às suas necessidades (ACSS, 2019).

De acordo com o Relatório de Monitorização da RNCCI (ACSS, 2019), o número de ECCI cresceu 1,4% e, paralela e paradoxalmente, houve um decréscimo do número de lugares de apoio domiciliário em 1,3% de 2018 para 2019. No final deste mesmo ano existiam 14.833 lugares disponíveis em toda a RNCCI representando um crescimento de 2,8%.

Nos motivos de referenciação, e de uma forma geral, a “Dependência em AVD” e o “Ensino utente/Cuidador Informal” representam 90% e 89,5% respetivamente destes. Em ECCI, o “Tratamento de Feridas/úlceras de pressão” e “úlceras de pressão múltiplas” representam a maior percentagem de referenciação comparativamente com as outras tipologias da Rede, contudo, a necessidade em “Reabilitação” representou 51% dos motivos de referenciação, verificando-se maior percentagem desta necessidade noutras tipologias da Rede (ACSS, 2019).

No número de utentes referenciados verificou-se um incremento de 1,4% para a Rede em geral, sendo de 2,3% o aumento para ECCI e, portanto, a tipologia para onde foram referenciados mais utentes, totalizando 29,5% de todas as referenciações a nível nacional. As ECCI acolheram 52,3% dos utentes referenciados pelas ECSCP e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (ACSS, 2019).

Quanto à origem da referenciação, verifica-se que 63,2% dos utentes foram referenciados pelos Hospitais e 36,8% pelos CSP, verificando um ligeiro aumento de referenciações por

parte da comunidade, relativamente a 2018. Para as ECCL, as referenciações provenientes dos CSP também aumentaram verificando-se um acréscimo de 3,8% e provenientes do Hospital em 0,4%. Constatou-se melhoria na mediana do tempo de referenciação até à identificação de vaga para a Rede em 45,5% (ACSS, 2019).

Quanto à caracterização da população referenciada para ECCL a nível nacional, 86,1% dos utentes tinha idade superior a 65 anos e 53,4% ultrapassa os 80. Em contrapartida, 70,2% dos utentes em idade pediátrica encontrava-se também nesta tipologia de apoio domiciliário. Na Rede em geral, 56,2% dos utentes eram do sexo feminino. A escolaridade inferior a seis anos representou 88,4% da totalidade, não tendo 22,3% desta população qualquer grau de instrução (ACSS, 2019).

A família é o ambiente natural de 69,7% dos utentes e 25,1% vivem sós, sendo a maioria casados, seguidamente viúvos, solteiros e finalmente divorciados. Ao nível de apoios prévios, 71% dos utentes tinha já apoio para alimentação, 68% para higiene da roupa e pessoal, higiene da casa 67% e 61% em medicamentos, podendo estes apoios ser cumulativos. Os familiares foram o principal apoio a estes utentes com 81% do total, representando a ajuda domiciliária, os técnicos de saúde, os técnicos do serviço social, os centros de dia, as empregadas domésticas e os vizinhos outras fontes de apoio (ACSS, 2019).

No que respeita às ECCL, a “Úlcera Crónica da Pele” foi o diagnóstico médico principal mais frequente seguido da “Doença Vascular Cerebral Aguda, mas mal definida (AVC)” e da “Fratura do Colo do Fémur” (ACSS, 2019).

À data de 2019, a incidência de úlceras de pressão nas ECCL a nível nacional foi de 2,4% e a sua prevalência foi de 19,3%. O risco de queda foi outro dos parâmetros em avaliação, revelando que 49,7% dos utentes apresentavam risco “médio” de queda, 25,6% risco “alto” de queda e 24,8% risco “baixo” de queda, sendo a sua prevalência de 6,1%. A “Perda de Equilíbrio” foi o motivo que mais frequentemente foi registado em ECCL como o motivo apontado para a ocorrência do evento de queda, seguido do “Escorregar” e em menor percentagem o “Tropeçar” (ACSS, 2019).

Ao nível da funcionalidade, e em ECCL, a maioria dos utentes foi admitido com uma funcionalidade muito reduzida a reduzida ou mesmo ausente (89,5%); à data de alta, este valor decresceu para 72,8% notando-se um incremento da funcionalidade média e total de 10,5% para 27,2%. Assim sendo, a maioria dos utentes manteve a sua funcionalidade, uma minoria diminuiu, e cerca de 33,1% aumentou, representando este último valor um aumento em relação ao ano anterior (ACSS, 2019).

Entre os motivos válidos para alta dos utentes, em ECCL, 84,5% destes tiveram alta por terem “atingido os objetivos”, sendo que ao nível da Rede geral, 74,1% dos utentes tiveram como destino pós-alta o seu domicílio e 11,6% para lar e resposta social (ACSS, 2019).

Embora a tendência de crescimento da população idosa caracteristicamente dependente no autocuidado acompanhada de doenças crónicas e incapacitantes seja crescente, e a oferta na continuidade de cuidados esteja sobejamente abaixo das reais necessidades, é com estranheza que se verifique que a taxa de ocupação das ECCL a nível nacional seja apenas de 72%. Esta valiosa tipologia de apoio domiciliário da RNCCI que propicia cuidados de saúde e sociais de proximidade no ambiente familiar do utente carece de um maior número de referenciações por parte das equipas referenciadoras existentes nas instituições de saúde, ficando por apurar os motivos (ACSS, 2019).

2. PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

A enfermagem de reabilitação e os SIE têm evoluído notoriamente nos últimos anos, contudo, quer um quer outro não têm ainda uma representatividade amplamente distribuída a nível global. Daí que, a documentação e as publicações efetuadas relacionando estes dois conceitos com a continuidade de cuidados em âmbito domiciliar sejam escassas suportando mais ainda o mote desta investigação.

A documentação do processo de tomada de decisão dos EEER é facilitada pelos SIE e a produção e a gestão da informação documentada, que traduzem o juízo clínico do(s) profissional(ais), influencia os resultados e a qualidade dos cuidados especializados prestados (OE, 2015c). Por conseguinte, e sendo que a prática profissional dos enfermeiros se deve espelhar nos seus registos, pretende-se investigar, através da análise dos registos de enfermagem, se o processo de documentação reflete as particularidades do seu desempenho profissional dando visibilidade ao contributo dos EEER no âmbito das ECCI. Mais concretamente, se os focos, os diagnósticos e as intervenções documentadas se relacionam com o seu leque de competências profissionais específicas e, consequentemente, com as suas áreas de atuação neste âmbito de cuidados domiciliários, levando deste modo, ao aparecimento de perfis de cuidados característicos do percurso efetuado pelos EEER.

Com a finalidade de contribuir para melhorar a organização dos perfis de cuidados desempenhados pelos EEER em ECCI a partir do SIE em uso, e no sentido de delimitar o estudo à sua finalidade, traçamos os seguintes objetivos:

- Caracterizar o perfil dos utentes que integram as ECCI ao cuidado dos EEER;
- Analisar os focos e os diagnósticos de enfermagem bem como as intervenções documentadas pelos EEER no SIE em uso;
- Identificar o percurso dos cuidados prestados pelos EEER aos utentes a partir dos registos de enfermagem.

Pressupondo o desenvolvimento de um método científico capaz de gerar conhecimentos, e face aos objetivos propostos, bem como pela observação e experiência profissionais, formulamos a seguinte questão de investigação/pergunta de partida: Será que a assistência

expressa nos registos efetuados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados, demonstra um perfil de cuidados especializados congruentes com as suas competências específicas?

Após a fase conceptual, segue-se então a fase metodológica, em que meios e atividades se unem na tentativa de dar resposta à questão de investigação identificada. É esta mesma questão e o estado da arte que irão determinar o método a utilizar para o estudo do fenómeno (Fortin, 2009). No sentido de o compreender, pretendemos explicar as opções metodológicas tomadas e, assim, apresentar o desenho de investigação por nós adotado.

Enquadra-se, por isso, neste capítulo, a descrição da justificação do estudo, do objeto do mesmo bem como da finalidade e dos objetivos propostos, da pergunta de partida, do desenho da investigação, da população e da amostra, da estratégia para recolha e análise dos dados, culminando com os aspetos éticos inerentes a todo o processo.

O fluxograma de decisões (figura 4) pretende sistematizar o percurso efetuado durante o processo de investigação, desde a escolha do tema até à conclusão da dissertação.

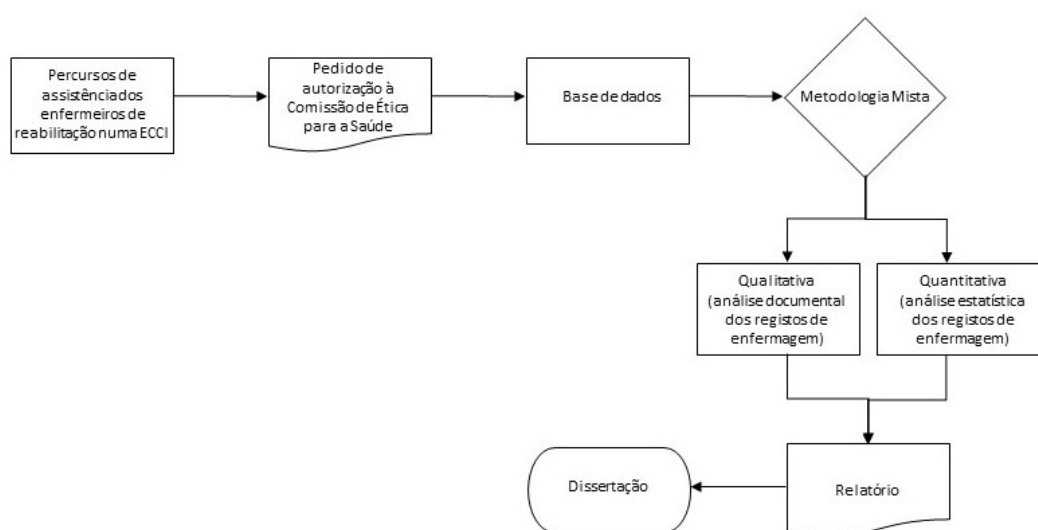


Figura 4 - Fluxograma de decisões

2.1. Percurso Metodológico

Tendo em consideração o objeto de estudo e, por conseguinte, a questão de investigação identificada, desenvolvemos um estudo exploratório, descritivo, retrospectivo e de carácter misto.

Exploratório e descritivo por pretender compreender/identificar as características de um fenómeno ainda pouco explorado até à data (um perfil de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação) obtendo uma visão geral sobre o mesmo; retrospectivo uma vez que a recolha de dados se reporta a um ano anterior e se estende por esse mesmo período de tempo junto dos mesmos sujeitos (Fortin, 2009).

Para a construção do conhecimento científico contribuem paradigmas de investigação, nos quais as metodologias qualitativa e quantitativa se enquadram (Fortin, 2009) e, neste caso, coexistem. Pela natureza do fenómeno a investigar, em que se pretende procurar a significação e o sentido dos registos especializados de enfermagem de reabilitação, salienta-se uma análise quali-quantitativa resultante da análise documental e estatística efetuada aos registos de enfermagem, o que torna o estudo metodologicamente misto.

2.1.1. População e Amostra

A definição da população constitui-se como a etapa inicial do processo de amostragem, e pressupõe a delimitação do grupo alvo do estudo a um conjunto de elementos com características comuns. Desta, seleciona-se uma fração ou porção que seja representativa da população e que permite a generalização dos resultados, procedendo-se à seleção da amostra (Fortin, 2009).

Pretende-se que a amostra represente bem a problemática em estudo, ajudando a compreendê-la (Fortin, 2009) e, nesse sentido, consideram-se os registos de enfermagem de reabilitação de quatro ECCL e não de apenas uma equipa, ao longo de um período de um ano, desde 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2019. A amostra é, portanto, não probabilística

intencional e coincidente com a população acessível, ou seja, a fração da população alvo a que se pode aceder (Fortin, 2009). Como critério de inclusão definimos que os registos inscritos no processo de enfermagem a analisar, seriam de utentes admitidos nas ECCI com registos efetuados pelos enfermeiros de reabilitação destas mesmas equipas.

2.1.2. Colheita de Dados

Este estudo foi realizado a partir dos dados extraídos do SIE em uso, o *SClínico*. Os dados foram extraídos previamente e fornecidos posteriormente pelo Departamento de Tecnologias de Informação (DTI) de um ACES do norte do país, na forma de uma base de dados com os casos ordenados de forma cronológica relativamente à admissão nas equipas. Para a concretização do exposto, solicitamos ao DTI os seguintes dados: idade e sexo de todos os utentes bem como o motivo de referenciação e/ou diagnóstico médico de admissão às ECCI e, ainda, os focos de atenção, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem inscritos no processo de enfermagem de utentes com registos efetuados pelos enfermeiros de reabilitação das ECCI.

2.1.3. Análise de Dados

Os dados colhidos foram analisados segundo uma metodologia de análise mista. Pela natureza do fenómeno a investigar, como anteriormente referido, salienta-se uma forte componente qualitativa do estudo; contudo, a análise quantitativa foi também necessária, designadamente pelo recurso à estatística descritiva.

Relativamente à análise e tratamento dos dados relativos à caracterização da amostra, em que foi necessário fazer análise estatística, recorremos ao programa informático IBM® *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS®) versão 26, o que permitiu o cálculo das

frequências absolutas e relativas, das medidas de tendência central, como a média, a moda e a mediana, e as medidas de dispersão, como o desvio-padrão. Para analisar a relação entre as variáveis *tempo de internamento* e *motivo de alta* foi usado o teste estatístico inferencial não paramétrico qui-quadrado (X^2), tendo sido adotado o nível de significância de $p < 0,05$.

No que concerne à análise e tratamento dos dados relativos ao processo de enfermagem, e pela riqueza dos dados obtidos, foi feita uma análise qualitativa, procedendo-se à análise documental dos registros de enfermagem. Mais concretamente, fizemos inicialmente uma leitura transversal de todos os focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem. De seguida, os focos foram agrupados e reorganizados de acordo com as competências específicas dos EEER e todos aqueles que não se reportam a essa especificidade de cuidados foram integrados numa categoria intitulada de “Cuidados Comuns”.

Abordamos os focos mais representativos (cinco primeiros) e os menos relevantes para cada grupo de cuidados. Contudo, pela impossibilidade de explanação de todos os diagnósticos elencados, aprofundamos apenas os diagnósticos emergentes em cada uma destas cinco áreas de atenção para os cuidados de especialidade. Assim, para os cuidados comuns, optamos por não analisar os diagnósticos inerentes, bem como não aprofundar a sua relevância na literatura.

Pela diversidade de intervenções existentes, e uma vez que nem todas são estanques e correspondentes a um diagnóstico em exclusivo, optamos por categorizá-las pelo eixo de ação com base na versão 2019 do *Browser CIPE*®. Formulamos, ainda, subcategorias, pela descendência encontrada, com o intuito de proporcionar uma leitura mais estruturada.

2.1.4 Procedimentos Éticos

A atividade humana encontra-se envolvida na investigação de grande parte das áreas científicas pelo que as decisões do investigador durante o processo de pesquisa se devem fundamentar nos princípios do respeito pela pessoa e da beneficência (Fortin, 2009). Torna-se, assim, essencial demonstrar as implicações éticas do estudo, considerando que a

preocupação com estes mesmos aspetos deve estar presente desde logo com a formulação do problema passando por todas as etapas do processo de investigação (Nunes, 2020).

Uma vez que o presente estudo envolve apenas a utilização de dados extraídos do SIE em uso, e não implica o contacto entre os investigadores e os participantes ou a necessidade de identificação dos mesmos, este não carece de consentimento informado por parte destes. Foi necessário, contudo, obter a autorização de todos(as) os(as) coordenadores(as) das quatro ECCI do ACES em questão bem como efetuar um protocolo do estudo de investigação.

Posteriormente, e reunida toda a documentação necessária para o efeito, submetemos o pedido de autorização para a realização do estudo e três entidades da instituição deram o seu parecer e aprovação, sendo elas a Comissão de Ética para a Saúde (CES), a Comissão Local de Proteção e Segurança da Informação (CLPSI) e o Conselho Clínico e de Saúde (CCS) (anexo I).

Com a obtenção dos pareceres favoráveis, solicitámos ao DTI deste ACES o acesso/consulta da documentação dos cuidados de enfermagem de reabilitação no SIE em uso que os forneceu sob a forma de uma base de dados. A identificação dos utentes surgiu codificada numericamente, mantendo-se, através deste processo, garantidos o anonimato e a confidencialidade das fontes.

3. A REALIDADE DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM EM USO

Pretende-se, neste capítulo, apresentar os resultados encontrados com o estudo de investigação efetuado aos registos de enfermagem no SIE em uso, através da análise documental e estatística dos mesmos. Para isso, efetuamos a caracterização da amostra numa primeira instância e, num segundo momento, apresentamos os procedimentos de análise de dados adotados, cujos resultados nos direcionam para os percursos de assistência dos EEER nas ECCI.

3.1. Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra do estudo permite retratar os casos/utentes referenciados para as ECCI, efetuada através de análise estatística com recurso, como explanado na metodologia, ao programa informático IBM® SPSS® versão 26.

A amostra do estudo é, assim, constituída por 590 casos pertencentes a 496 utentes. É possível verificar que o sexo feminino assume maior representatividade (gráfico 1), totalizando 63,4% da amostra.

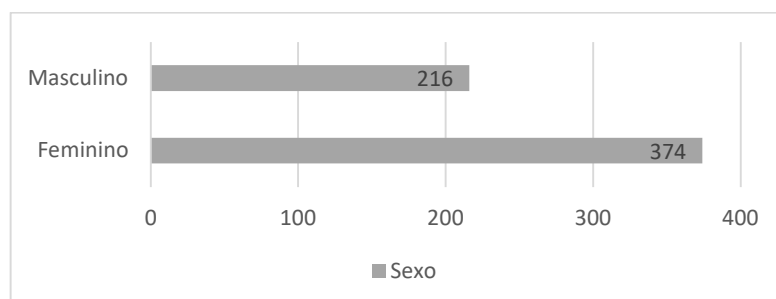


Gráfico 1 - Descrição da amostra por sexo

Verifica-se também que 36,8% dos elementos da amostra (a maioria) têm entre 71 e 80 anos de idade, sendo que apenas 2% da amostra admitida em ECCI tem menos de 50 anos (tabela 1). Acima dos 80 anos de idade perfaz 36,1%.

Tabela 1 - Descrição da amostra por classes de idade

Idade por Classes (anos)	<i>n</i>	%
< 50	12	2.0
51 - 60	30	5.1
61 - 70	118	20.0
71 - 80	217	36.8
81 - 90	180	30.5
> 91	33	5.6
Total	590	100.0

A idade média dos casos/utentes foi de 76,18 anos de idade (a moda ocorreu aos 79, a mediana aos 77 e o desvio padrão foi de 10,272), sendo que houve uma variação entre os 42 e os 103 anos.

Os cuidados de reabilitação foram a tipologia de cuidados preponderante como motivo de admissão em ECCI, totalizando 69,7% dos casos. Pelo contrário, os cuidados paliativos, com 5,1%, foram aqueles pelos quais se verificou um menor número de admissões (gráfico 2). Importa salientar que cada utente pode ter mais que um motivo de referenciação.

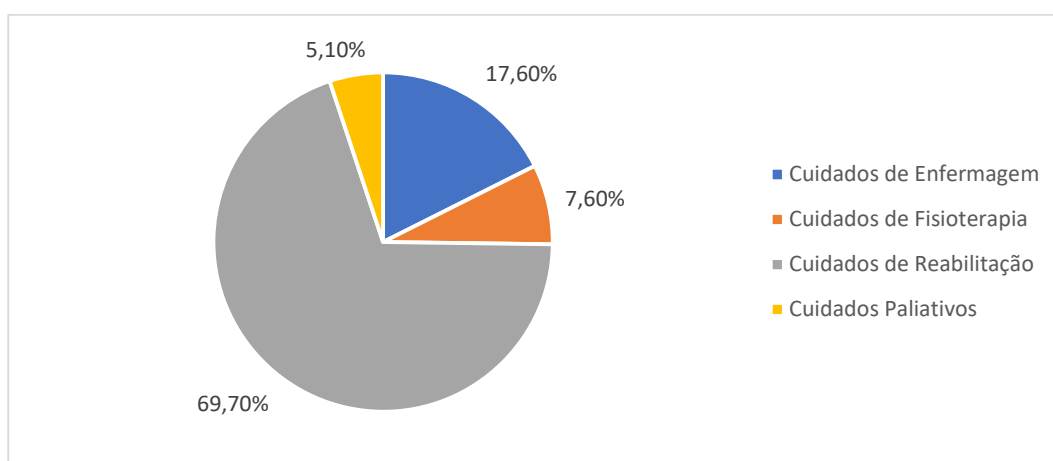


Gráfico 2 - Distribuição da amostra pelo motivo de admissão

Do total da amostra, 86,9% dos casos teve alta da ECCI com os objetivos (pelos quais foi admitido) atingidos (gráfico 3). Verificámos ainda que ocorreu um baixo número de internamentos hospitalares (4,2%) e de óbitos (5,3%). Em outros motivos para alta, é possível incluir, por exemplo, as altas dadas tendo em conta a entrada do utente em lar com apoio de enfermagem e/ou de reabilitação, bem como as altas a pedido.

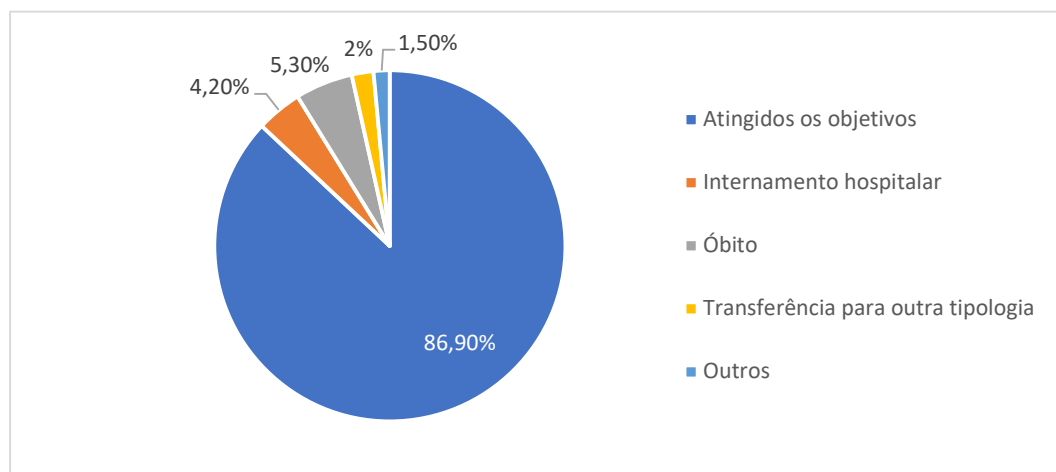


Gráfico 3 - Distribuição da amostra pelo motivo de alta

A média de dias de internamento em ECCI foi de 61,42 dias (a mediana foi de 54 e a moda de 33), ocorrendo um desvio padrão de 47,545 dias face às necessidades efetivas dos doentes. Há utentes que integram a ECCI apenas por um dia o que é passível de ser explicado tendo em conta que podem já ter as suas necessidades de cuidados de saúde satisfeitas aquando da ocorrência de vaga na equipa, como acontece no caso dos utentes que tem vaga em ECCI para cuidados de reabilitação e que já a iniciaram em ambulatório, ou até que por qualquer outro motivo, recusam a admissão em ECCI. O máximo de dias de internamento foi atingido com 378, o que pode ser explicado pela elevada complexidade de cuidados de saúde necessária, nomeadamente de cuidados diários de tratamentos de feridas, de aspiração de secreções ou ainda de administração de medicação.

Pela análise da Tabela 2, é possível verificar que de 31 a 60 dias é o intervalo no qual o maior número de utentes (38,3%) permanece integrado em ECCI. Em contrapartida, apenas 15,3% dos utentes fica internado mais de 91 dias.

Tabela 2 - Distribuição da amostra pelo tempo de internamento

Tempo de Internamento (dias)	<i>n</i>	%
< 30	118	20.0
31 - 60	226	38.3
61 - 90	156	26.4
> 91	90	15.3
Total	590	100.0

Em relação ao motivo da alta e ao tempo de internamento (tabela 3), verificamos que existe associação significativa ($\chi^2=88,644$; $p<0,001$).

Com tal, verificamos que para serem atingidos os objetivos previamente delineados para o utente integrado em ECCI foram necessários, para a maioria dos utentes, e segundo os dados obtidos, 31 a 60 dias de intervenção da equipa. Já para um utente ser transferido da

ECCI para outra tipologia da RNCCI são necessários, na maioria das vezes, mais de 91 dias de internamento, talvez porque este processo obrigue a uma redefinição de objetivos para o utente, formalização da referenciação e disponibilização de vaga por parte da instituição que o receberá.

O período de internamento mais curto, inferior a 30 dias, enquadra o grupo de utentes que acabam por ser internados em unidades hospitalares (provavelmente utentes admitidos ainda clinicamente instáveis ou com intercorrências clínicas ou ainda com intervenções cirúrgicas programadas), por falecer ou por ter alta por outros motivos como anteriormente referido (utentes que, à data de admissão na ECCI, já iniciaram reabilitação em ambulatório, que recusaram a admissão na equipa, que se encontravam a residir em lar com cuidados de enfermagem e/ou de reabilitação ou ainda por não reunirem critérios para integração na ECCI).

Tabela 3 - Distribuição do motivo da alta face ao tempo de internamento

		< 30 Dias	31-60 Dias	61-90 Dias	> 91 Dias	Total
Atingidos os Objetivos	n	77	205	149	82	513
	%	15.0	40.0	29.0	16.0	100.0
Internamento Hospitalar	n	15	5	4	1	25
	%	60.0	20.0	16.0	4.0	100.0
Óbito	n	16	12	2	1	31
	%	51.6	38.7	6.5	3.2	100.0
Transferência para outra Tipologia	n	3	2	1	6	12
	%	25.0	16.7	8.3	50.0	100.0
Outros	n	7	2	0	0	9
	%	77.8	22.2	0.0	0.0	100.0
Total	n	118	226	156	90	590
	%	20.0	38.3	26.4	15.3	100.0

Em síntese, apresentamos a caracterização geral dos utentes integrados em ECCI e, cumulativamente, dados relevantes da dinâmica de funcionamento destas equipas neste contexto de trabalho para uma melhor compreensão dos percursos assistenciais trilhados pelos EEER, que a seguir explanamos.

3.2. Percursos de Assistência dos EEER nas ECCI

No que concerne à análise e tratamento dos dados relativos ao processo de enfermagem, e pela riqueza dos dados obtidos, foi feita uma análise qualitativa, procedendo-se à análise documental dos registos de enfermagem, como anteriormente explicitado na metodologia. Mais concretamente, fizemos uma leitura transversal de todos os focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem inscritos no documento disponibilizado pelo DTI.

Os focos foram agrupados e reorganizados de acordo com as competências específicas do EEER e todos aqueles que consideramos não lhes pertencer foram integrados numa categoria intitulada de “Cuidados Comuns”, segundo o modelo ilustrado na Figura 5.

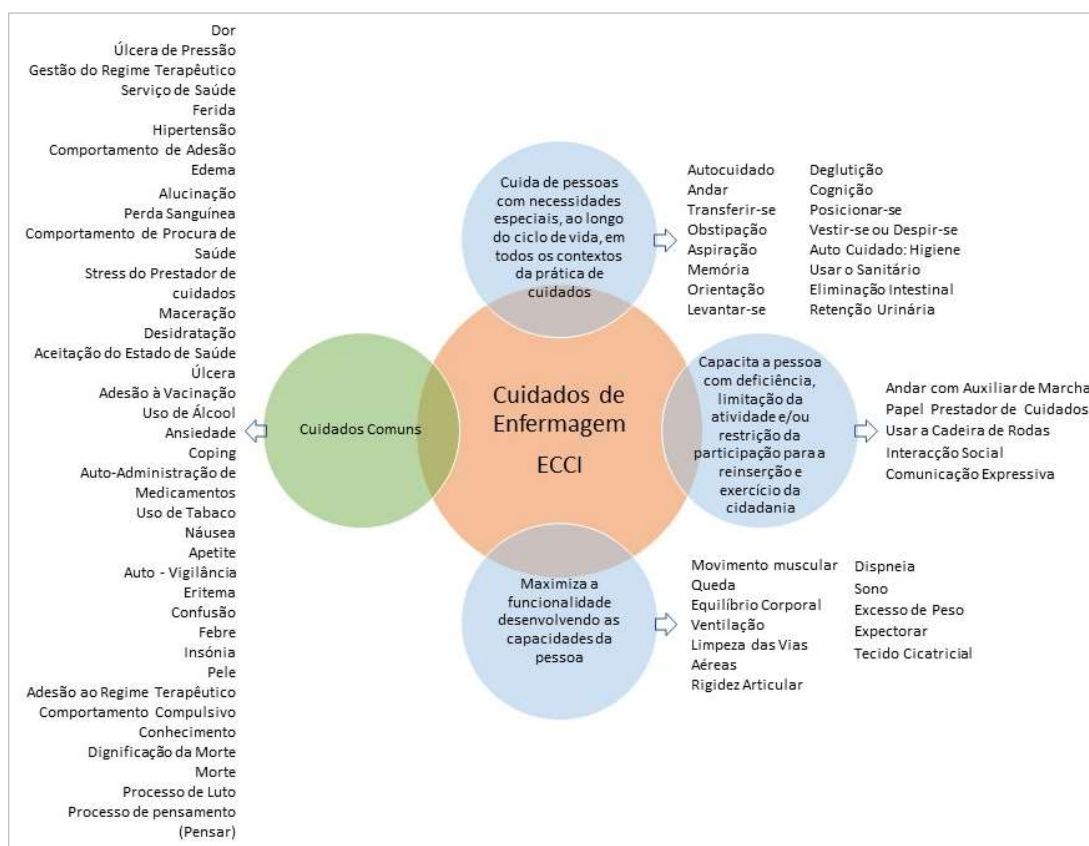


Figura 5 - Desenvolvimento dos cuidados de enfermagem nas ECCI

O modelo aqui exposto espelha, de uma forma sucinta, todo o processo de pensamento e organização efetuados, durante a análise documental.

Explanamos, de seguida, os focos mais representativos (cinco primeiros) e os menos relevantes para cada grupo de cuidados. Contudo, pela impossibilidade de explanação de todos os diagnósticos elencados, aprofundamos apenas os diagnósticos emergentes em cada uma destas cinco áreas de atenção para os cuidados de especialidade. Assim, para os “cuidados comuns”, optamos por não analisar os diagnósticos inerentes, bem como não aprofundar a sua relevância na literatura.

Pela diversidade de intervenções existentes, e uma vez que nem todas são estanques e correspondentes a um diagnóstico em exclusivo, optamos por categorizá-las pelo eixo de

ação com base na versão 2019 do *Browser CIPE*®. Formulamos, ainda, subcategorias, pela descendência encontrada, com o intuito de proporcionar uma leitura mais estruturada.

Tendo em consideração a reorganização dos focos, é possível verificar que os cuidados de enfermagem prestados na ECCL, expressos nos registos dos enfermeiros, se agrupam em duas áreas de cuidados principais: os cuidados comuns (a verde) e os cuidados específicos dos EEER (a azul), subdividindo-se esta última em três tendo em consideração que são três as suas competências específicas.

Os cuidados comuns englobam, como o próprio nome indica, os cuidados prestados/mantidos ao utente integrado em ECCL que também consideramos como possíveis áreas de atenção para outros enfermeiros da UCC e/ou da equipa de saúde familiar do utente, ou seja, que consideramos não serem específicos da atuação dos EEER.

Como é sabido, todos os enfermeiros, especialistas ou não, regem a sua conduta pelo quadro de competências para o enfermeiro de cuidados gerais e, todos os especialistas, têm um quadro de competências comuns e específicas para cada área de especialidade. Além do exposto, consideramos também que os utentes que são admitidos nas ECCL, podem concomitantemente continuar a usufruir da intervenção terapêutica de outros profissionais de enfermagem. Como tal, a documentação no SIE não é estanque, mas está sim em constante atualização o que faz com que o processo de enfermagem de cada utente seja construído com o contributo de diversos profissionais de enfermagem, agregando o que de relevante tem para cada utente.

Já os outros três grupos de cuidados, integrados no grupo das competências específicas dos EEER, representam a especificidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação. E é através da representação de cada área de cuidados específica que iremos delinear quais os percursos de assistência dos EEER neste contexto assistencial.

Pela análise da Tabela 4, dos cinco focos mais representativos e enquadrados nos cuidados comuns desempenhados pelas ECCL, é de realçar que a *Dor* é o fenómeno mais representativo com um *n* de 2291. Neste foco, enquadram-se também a *Dor musculoesquelética* e a *Dor por Ferida*, uma vez que derivam de uma área de atenção comum e tinham pouca representatividade individualmente.

A *Úlcera de Pressão* e a *Gestão do Regime Terapêutico*, embora menos representativos, foram também bastante documentados/trabalhados. Decrescendo na representatividade, encontramos o *Serviço de Saúde* e a *Ferida*. Por derivarem também de uma área de atenção

comum e por terem pouca representatividade individualmente, a *Ferida Cirúrgica* e a *Ferida Traumática* foram englobadas na *Ferida*.

Em contrapartida, a *Adesão ao Regime Terapêutico*, o *Comportamento Compulsivo*, o *Conhecimento*, a *Dignificação da Morte*, a *Morte*, o *Processo de Luto* e o *Processo de pensamento (Pensar)* foram os focos menos abordados pelas equipas e, portanto, menos representativos dos cuidados comuns, com *n* de apenas 1.

Tabela 4 - Desenvolvimento dos cuidados comuns

Focos dos Cuidados Comuns	<i>n</i>
Dor	2291
Úlcera de Pressão	1901
Gestão do Regime Terapêutico	1786
Serviço de Saúde	829
Ferida	233
Hipertensão	106
Comportamento de Adesão	75
Edema	48
Alucinação	34
Perda Sanguínea	30
Comportamento de Procura de Saúde	28
Stress do Prestador de cuidados	22
Maceração	19
Desidratação	18
Aceitação do Estado de Saúde	17
Úlcera	13
Adesão à Vacinação	12
Uso de Álcool	8
Ansiedade	7
Coping	7
Auto-Administração de Medicamentos	6
Uso de Tabaco	6
Náusea	4
Apetite	3
Auto - Vigilância	3
Eritema	3
Confusão	2
Febre	2
Insónia	2
Pele	2
Adesão ao Regime Terapêutico	1
Comportamento Compulsivo	1
Conhecimento	1
Dignificação da Morte	1
Morte	1
Processo de Luto	1
Processo de pensamento (Pensar)	1

Pelos registos analisados, verificamos que os EEER se preocuparam com aspetos muito relevantes na progressão de um processo de reabilitação: por um lado, o controlo da dor enquanto adjuvante/inibidor deste processo, por outro lado, o aparecimento de úlceras de pressão tão característico da afeção da mobilidade e, por último, a gestão de todo o regime terapêutico que se torna, por vezes, complexo, mas essencial.

Dos focos enquadrados na competência específica do EEER “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados” (OE, 2019a) (tabela 5), destaca-se o *Auto Cuidado* como o fenómeno mais amplamente difundido com *n* de 2237; a *Retenção Urinária*, por sua vez, com *n* de 1, foi o fenómeno menos representativo. *Andar*, *Transferir-se*, *Obstipação*, *Aspiração* e *Memória* são dos focos mais representativos, por ordem decrescente, dentro dos cinco primeiros. A *Memória de Curto Prazo* e a *Memória de Longo Prazo*, pelos motivos anteriormente explicitados para casos semelhantes, foram enquadrados na *Memória*.

Tabela 5 - Desenvolvimento da competência específica “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados”

Focos da Competência Específica	<i>n</i>
Auto Cuidado	2237
Andar	288
Transferir-se	101
Obstipação	62
Aspiração	46
Memória	46
Orientação	43
Levantar-se	32
Deglutição	27
Cognição	25
Posicionar-se	18
Vestir-se ou Despir-se	7
Auto Cuidado: Higiene	6
Usar o Sanitário	6
Eliminação Intestinal	2
Retenção Urinária	1

Nos registos analisados ocorre, indubitavelmente, uma maior representação do autocuidado de uma forma geral, sendo que as especificações para o andar e para o transferir-se enfatizam o trabalho desenvolvido pelos EEER. Já outros domínios também concorrentes para o autocuidado, como a capacidade da pessoa para se levantar, para se posicionar, se vestir ou despir, cuidar da sua higiene ou usar o sanitário, se verificam menos sujeitas à

atenção destes profissionais. Contudo, ao longo do ciclo de vida e por razões distintas, alterações nas funções normais podem ocorrer, nomeadamente da eliminação, da deglutição e da cognição, áreas essas que embora representadas, se verificam como menos relevantes no quotidiano profissional destes EEER.

No foco do *Autocuidado*, é possível verificar, pela análise da Tabela 6, que o diagnóstico mais comumente elencado é o *Auto cuidado dependente, em grau moderado*, com *n* de 555. Houve, no âmbito desta área de atenção, uma preocupação em avaliar o potencial para reconstrução de autonomia.

Tabela 6 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Autocuidado*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Autocuidado</i>	<i>n</i>
Auto cuidado dependente, em grau moderado	555
Potencial para reconstrução de autonomia, em grau elevado	257
Auto cuidado dependente, em grau elevado	225
Independente no auto cuidado	220
Conhecimento para promover o auto cuidado	192
Potencial para reconstrução de autonomia, em grau moderado	186
Potencial para melhorar o conhecimento para promover o auto cuidado	185
Conhecimento do cuidador para promover o auto cuidado	145
Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador para promover o auto cuidado	96
Auto cuidado dependente, em grau reduzido	78
Potencial para reconstrução de autonomia, em grau reduzido	35
Potencial para melhorar o conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia de eliminação	16
Capacidade no auto cuidado da ostomia de eliminação	6
Conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia de eliminação	6
Potencial para melhorar o conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação	6
Sem potencial para reconstrução de autonomia	6
Auto cuidado da ostomia de eliminação, dependente	5
Conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação	5
Potencial para melhorar a capacidade no auto cuidado da ostomia de eliminação	5
Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover o auto cuidado	5
Capacidade do cuidador para tratar da ostomia de eliminação	1
Independente no auto cuidado da ostomia de eliminação	1
Potencial para melhorar a capacidade do cuidador para tratar da ostomia de eliminação	1

No que respeita ao foco *Andar*, *Andar dependente, em grau moderado* é também o diagnóstico mais representativo, com *n* de 54 (tabela 7).

Tabela 7 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Andar*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Andar</i>	<i>n</i>
Andar dependente, em grau moderado	54
Andar dependente, em grau reduzido	53
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de adaptação para andar	47
Capacidade para executar técnica de adaptação para andar	37
Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para assistir no andar	29
Andar dependente, em grau elevado	26
Independente no andar	24
Capacidade do prestador de cuidados para assistir no andar	16
(em branco)	2

Relativamente ao foco *Transferir-se*, *Transferir-se dependente, em grau moderado* foi também o diagnóstico mais elencado pelos EEER, com *n* de 16 (tabela 8). Individualmente e em conjunto, os diagnósticos de enfermagem elencados como mais representativos nos três últimos focos abordados reportam-nos para a existência de uma dependência moderada nos utentes integrados nas ECCI ao nível destas áreas de atenção.

Tabela 8 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Transferir-se*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Transferir-se</i>	<i>n</i>
Transferir-se dependente, em grau moderado	16
Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para transferir/assistir a transferir	14
Independente no transferir-se	11
Transferir-se dependente, em grau reduzido	11
Capacidade do prestador de cuidados para transferir/assistir a transferir	10
Transferir-se comprometido	10
Capacidade no uso de estratégias adaptativas	8
Potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas	7
Sem transferir-se comprometido	6
Transferir-se dependente, em grau elevado	6
Capacidade do prestador de cuidados para transferir/assistir a transferir	1
Sem potencial para melhorar a capacidade no uso de estratégias adaptativas	1

No que concerne ao foco *Obstipação*, *Sem obstipação* foi, curiosamente, o diagnóstico mais representativo com *n* de 30, ou seja, a resolução de um possível diagnóstico ou a inexistência de um problema foi o diagnóstico mais reportado pelos EEER nos processos de enfermagem (tabela 9). De notar que, foram removidos dos diagnósticos, os termos associados ao eixo do tempo, considerando não acrescentar valor na análise, por exemplo: *Obstipação [frequente]* e *Obstipação [frequente agudo]*, tornando-se apenas em *Obstipação*.

Tabela 9 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Obstipação*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Obstipação</i>	<i>n</i>
Sem obstipação	30
Obstipação	18
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de obstipação	6
Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de obstipação	3
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de obstipação	2
Conhecimento sobre prevenção de obstipação	1
Risco de obstipação	1
(em branco)	1

No foco *Aspiração*, o diagnóstico mais elencado foi o *Risco de aspiração*, com *n* de 15 (tabela 10). Estes dois últimos diagnósticos de enfermagem fazem sobressair a preocupação dos EEER em prevenir possíveis complicações.

Tabela 10 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Aspiração*

Diagnósticos de Enfermagem por Fenómeno: <i>Aspiração</i>	<i>n</i>
Risco de aspiração	15
Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção da aspiração	12
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	10
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	5
Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção da aspiração	3
(em branco)	1

No foco *Memória*, a *Memória comprometida*, com *n* de 30, foi o diagnóstico mais representativo (tabela 11).

Tabela 11 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Memória*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Memória</i>	<i>n</i>
Memória comprometida	30
Sem memória comprometida	9
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre memória	4
Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados para estimular memória	3

De notar que, em todos os focos abordados anteriormente, embora com expressões significativamente diferentes, o cuidador/prestador de cuidados foi incluído nos diagnósticos de enfermagem, assim como a avaliação da potencialidade para aquisição de conhecimentos e/ou de capacidades.

Dos fenómenos de enfermagem enquadrados na competência específica do EEER “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (OE, 2019a) (tabela 12), destaca-se o *Andar com Auxiliar de Marcha* como sendo o foco mais representativo dos cinco, com *n* de 982. Seguidamente, e por ordem decrescente de representatividade, aparecem elencados o *Papel Prestador de Cuidados*, o *Usar a Cadeira de Rodas*, a *Interação Social* e, por fim, a *Comunicação Expressiva* com *n* de apenas 3.

Tabela 12 - Desenvolvimento da competência “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”

Focos da Competência Específica	<i>n</i>
Andar com Auxiliar de Marcha	982
Papel Prestador de Cuidados	15
Usar a Cadeira de Rodas	7
Interação Social	4
Comunicação Expressiva	3

Pelos registos inerentes a esta competência específica, salientamos a importância que os EEER atribuíram à utilização de produtos de apoio/ajudas técnicas como elementos promotores de uma menor limitação na atividade, logo, de uma menor dependência da pessoa no autocuidado. Os registos traduzem, por outro lado, um menor desenvolvimento do contributo que a reabilitação pode ter na promoção da socialização e na inclusão social da pessoa com deficiência.

No foco *Andar com Auxiliar de Marcha*, o diagnóstico mais representativo é o *Sem andar com auxiliar de marcha comprometido*, com *n* de 286 (tabela 13), o que denota a preocupação dos EEER em promover uma marcha segura e eficaz, tradutora de menor dependência.

Tabela 13 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Andar com Auxiliar de Marcha*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Andar com Auxiliar de Marcha</i>	<i>n</i>
Sem andar com auxiliar de marcha comprometido	286
Andar com auxiliar de marcha comprometido	251
Capacidade para andar com auxiliar de marcha	182
Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha	178
Conhecimento do prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha	45
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha	32
(em branco)	7
Sem potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha	1

No foco *Papel Prestador de Cuidados*, o diagnóstico *Sem papel de prestador de cuidados comprometido*, embora apenas com *n* de 4 (tabela 14), foi o mais significativo, enaltecendo também a preocupação dos EEER em perceber se a assunção deste papel foi saudável e de encontro ao que é suposto para tomar conta de alguém.

Tabela 14 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Papel Prestador de Cuidados*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Papel Prestador de Cuidados</i>	<i>n</i>
Sem papel de prestador de cuidados comprometido	4
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta	3
Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	2
Potencial do prestador de cuidados para tomar conta, em grau moderado	2
Papel de prestador de cuidados comprometido	3
Capacidade do prestador de cuidados para tomar conta	1

No foco *Usar a Cadeira de Rodas, Mover-se em cadeira de rodas dependente, em grau reduzido* foi o diagnóstico mais preponderante, apesar do *n* ser de apenas 2 (tabela 15).

Tabela 15 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Usar a Cadeira de Rodas*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Usar a Cadeira de Rodas</i>	<i>n</i>
Mover-se em cadeira de rodas dependente, em grau reduzido	2
Capacidade do prestador de cuidados para assistir no uso da cadeira de rodas	1
Capacidade para mover-se em cadeira de rodas	1
Mover-se em cadeira de rodas dependente, em grau elevado	1
Potencial para melhorar a capacidade para mover-se em cadeira de rodas	1
Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para assistir no uso da cadeira de rodas	1

No foco *Interação Social*, o único diagnóstico elencado foi o da *Interação social comprometida*, com *n* de 4.

O mesmo sucede com o foco de *Comunicação Expressiva*, com um único diagnóstico elencado de *Comunicação expressiva comprometida*, com *n* de 3.

De notar que, apenas nos focos *Andar com Auxiliar de Marcha* e *Usar a Cadeira de Rodas*, o cuidador/prestador de cuidados foi incluído nos diagnósticos de enfermagem, assim como a avaliação da potencialidade para aquisição de conhecimentos e/ou de capacidades, apesar de ter valores expressivamente diferentes. No foco *Papel Prestador de Cuidados*, a avaliação da potencialidade para aquisição de conhecimentos e/ou de capacidades foi também tida em consideração, o que já não se verificou no foco *Comunicação Expressiva*, onde também

não se verificou o envolvimento do cuidador por parte dos EEER. O diagnóstico elencado para o foco *Interação Social* não objetiva também a abordagem do conhecimento sobre o assunto.

Dos fenómenos de enfermagem enquadrados na competência específica do EEER “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2019a) (tabela 16), é perceptível que o *Movimento muscular* se destaca como sendo o foco mais representativo dos cinco primeiros, com *n* de 1810. Enquadramos neste foco também o *Movimento Corporal* e o *Movimento articular*, dadas as suas reduzidas representatividades individuais.

A *Queda* e o *Equilíbrio Corporal*, embora não tão representativos, foram também amplamente abordados. A *Ventilação* e a *Limpeza das Vias Aéreas*, os menos representativos dos cinco primeiros focos, foram também áreas de atenção relevantes para os EEER.

Em contrapartida, o *Tecido Cicatricial* foi o fenómeno menos trabalhado, com *n* de apenas 1.

Pelos motivos anteriormente elencados para casos idênticos, enquadramos a *Dispneia Funcional* na *Dispneia* e a *Obesidade no Excesso de Peso*.

Tabela 16 - Desenvolvimento da competência específica “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”

Focos da Competência Específica	<i>n</i>
Movimento muscular	1810
Queda	1426
Equilíbrio Corporal	1422
Ventilação	200
Limpeza das Vias Aéreas	72
Rigidez Articular	70
Dispneia	27
Sono	17
Excesso de Peso	12
Expectorar	2
Tecido Cicatricial	1

Pela análise dos registos, fica perceptível que o trabalho desenvolvido pelos EEER nas áreas do reforço muscular/otimização das amplitudes articulares, da prevenção de episódios de queda e da melhoria do equilíbrio perspetivam, conjuntamente, a maximização da funcionalidade da pessoa. Outras áreas também objetivam o mesmo fim, contudo, revelam-se menos expressivas no processo de enfermagem.

No foco *Movimento Muscular*, o diagnóstico mais representativo foi o *Movimento muscular comprometido, em grau reduzido*, com *n* de 421 (tabela 17).

De notar que, foram removidos dos diagnósticos, os termos relativos ao eixo localização, considerando novamente não acrescentar valor na análise, por exemplo: *Movimento muscular comprometido, a um nível elevado [anca lado direito]* e *Movimento muscular comprometido, a um nível elevado [anca lado esquerdo]*, tornando-se apenas em *Movimento muscular comprometido, a um nível elevado*.

Tabela 17 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Movimento Muscular*

Diagnósticos de Enfermagem por foco: <i>Movimento Muscular</i>	<i>n</i>
Movimento muscular comprometido, em grau reduzido	421
Movimento muscular comprometido, em grau moderado	418
Sem movimento muscular comprometido	213
Capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	181
Conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	168
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	130
Potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	130
Movimento muscular comprometido, a um nível elevado	105
Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular	17
Sem potencial para melhorar a capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular	15
(em branco)	12

No foco *Queda*, o *Alto risco de queda* foi o diagnóstico mais elencado na documentação, com *n* de 358 (tabela 18). Tendo em conta o elevado risco apresentado, questionamos se o evento/episódio queda não poderá estar subidentificado.

Tabela 18 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Queda*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Queda</i>	<i>n</i>
Alto risco de queda	358
Baixo risco de queda	240
Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda	234
Conhecimento sobre prevenção de queda	221
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	114
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	107
Sem risco de queda	88
Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda	59

(em branco)	4
Queda	1

No foco *Equilíbrio Corporal*, *Equilíbrio corporal comprometido, em grau reduzido* foi o diagnóstico mais significativo, com *n* de 234 (tabela 19).

Tabela 19 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Equilíbrio Corporal*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Equilíbrio Corporal</i>	<i>n</i>
Equilíbrio corporal comprometido, em grau reduzido	234
Conhecimento sobre equilíbrio corporal	221
Capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal	210
Sem equilíbrio corporal comprometido	209
Potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal	195
Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal	184
Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre equilíbrio corporal	57
Equilíbrio corporal comprometido, em grau moderado	45
Sem potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de equilíbrio corporal	45
Equilíbrio corporal comprometido, a um nível elevado	19
(em branco)	3

No foco *Ventilação*, o diagnóstico mais trabalhado pelos EEER foi a *Ventilação comprometida*, com *n* de 44 (tabela 20).

Tabela 20 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Ventilação*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Ventilação</i>	<i>n</i>
Ventilação comprometida	44
Potencial para melhorar o conhecimento sobre ventilação	26
Conhecimento sobre ventilação	23
Capacidade para otimizar a ventilação	22
Potencial para melhorar a capacidade para otimizar a ventilação	20
Sem ventilação comprometida	19
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre ventilação	11
Capacidade do prestador de cuidados para otimizar a ventilação	10
Potencial para melhorar a capacidade do prestador de cuidados para otimizar a ventilação	10
Conhecimento do prestador de cuidados sobre ventilação	6
Sem potencial para melhorar a capacidade para otimizar a ventilação	6
Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre ventilação	1
Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre ventilação	1
(em branco)	1

No foco *Limpeza das vias aéreas*, o diagnóstico de *Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau moderado*, com *n* de 12 (tabela 21), foi o mais representativo.

Tabela 21 - Diagnósticos de enfermagem associados ao foco *Limpeza das Vias Aéreas*

Diagnósticos de Enfermagem por Foco: <i>Limpeza das Vias Aéreas</i>	<i>n</i>
Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau moderado	12
Sem limpeza das vias aéreas comprometida	8
Conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas	7
Limpeza das vias aéreas comprometida, em grau reduzido	7
Conhecimento do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas	6
Potencial para melhorar a capacidade para promover a limpeza das vias aéreas	6
Potencial para melhorar conhecimento do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas	6
Potencial para melhorar capacidade do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas	5
Capacidade do prestador de cuidados para promover limpeza das vias aéreas	4
Potencial para melhorar o conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas	4
Capacidade para promover a limpeza das vias aéreas	3
limpeza das vias aéreas comprometido, em grau elevado	2
Sem potencial para melhorar a capacidade para promover a limpeza das vias aéreas	2

De notar que, nos cinco últimos focos abordados anteriormente, embora com expressões significativamente diferentes, a avaliação da potencialidade para aquisição de conhecimentos e/ou de capacidades foi incluída nos diagnósticos de enfermagem. Já a inclusão do cuidador/prestador de cuidados apenas se verificou nos focos *Queda, Ventilação e Limpeza das Vias Aéreas*, como seria expectável.

Em suma, e pela análise do Gráfico 4, é possível perceber que os cuidados prestados pelos EEER das ECCI são, maioritariamente, cuidados inerentes à competência específica “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa”, uma vez que esta é mais representativa das três. Em contrapartida, “capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” salienta-se como a competência específica menos desenvolvida na intervenção terapêutica destes especialistas.

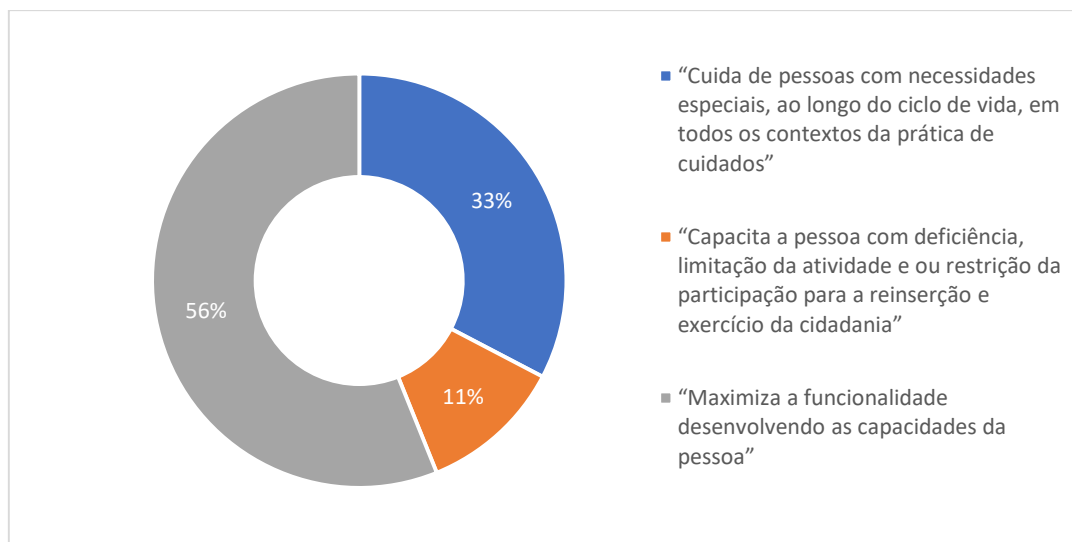


Gráfico 4 - Cuidados de enfermagem de reabilitação nas ECCI

Como anteriormente referido, pela diversidade de intervenções de enfermagem existentes (anexo II), e uma vez que nem todas são estanques e correspondentes a um diagnóstico em exclusivo, ou seja, sendo que uma mesma intervenção pode estar afeta a diagnósticos diferentes, optamos por categorizá-las pelo eixo de ação com base na versão 2019 do *Browser CIPE®*. Formulamos, ainda, subcategorias, pela descendência encontrada, com o intuito de proporcionar uma leitura mais estruturada (figura 6).

ATENDER	DETERMINAR	INFORMAR	EXECUTAR	GERIR	TRATAR	OUTROS
• Incentivar • Assistir • Envolver • Encorajar • Promover • Apoiar • Escutar • Negociar • Prevenir • Colaborar • Reforçar	• Avaliar • Vigiar • Monitorizar • Supervisionar • Inspeccionar • Identificar	• Ensinar • Instruir • Treinar • Aconselhar • Orientar	• Executar • Posicionar • Preparar • Transferir • Estimular • Elevar • Aspirar • Trocar • Remover • Lavar • Inserir • Limpar • Irrigar • Drenar	• Planear • Otimizar • Gerir • Aplicar • Manter • Providenciar • Restringir • Dar • Interromper	• Aliviar	• Referir • Disponibilizar • Levantar • Requerer

Figura 6 - Organização das intervenções de enfermagem pelo eixo de ação

Na categoria *Atender*, a subcategoria *Incentivar* é a mais representativa com *n* de 26107; por sua vez, *Colaborar* e *Reforçar* inserem-se nas subcategorias menos expressivas, com *n* de 2 cada (tabela 22).

Tabela 22 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria *Atender* e suas subcategorias

Categoria	<i>n</i>	Subcategoria	<i>n</i>
Atender	39303	Incentivar	26107
		Assistir	9581
		Envolver	1142
		Encorajar	954
		Promover	901
		Apoiar	556
		Escutar	28
		Negociar	25
		Prevenir	5
		Colaborar	2
		Reforçar	2

Na categoria *Determinar*, a subcategoria *Avaliar* é a mais representativa de todas, com *n* de 18227; *Identificar* inclui-se na subcategoria menos representativa com *n* de apenas 1 (tabela 23).

Tabela 23 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria *Determinar* e suas subcategorias

Categoria	<i>n</i>	Subcategoria	<i>n</i>
Determinar	30275	Avaliar	18227
		Vigiar	5991
		Monitorizar	4804
		Supervisionar	1241
		Inspecionar	11
		Identificar	1

É possível perceber que na categoria *Informar*, a subcategoria *Ensinar* é aquela que assume maior representatividade com *n* de 12978; a subcategoria *Orientar*, por sua vez, é a menos expressiva de todas com *n* de 15 (tabela 24).

Tabela 24 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria *Informar* e suas subcategorias

Categoria	<i>n</i>	Subcategoria	<i>n</i>
Informar	28928	Ensinar	12978
		Instruir	10643
		Treinar	5274
		Aconselhar	18
		Orientar	15

Na categoria *Executar*, a Subcategoria *Executar* é a mais expressiva com *n* de 21724, sendo que *Drenar* se insere na subcategoria menos representativa com *n* de apenas 1 (tabela 25).

Tabela 25 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria *Executar* e suas subcategorias

Categoria	<i>n</i>	Subcategoria	<i>n</i>
Executar	23464	Executar	21724
		Posicionar	555
		Preparar	415
		Transferir	184
		Estimular	183
		Elevar	103
		Aspirar	82
		Trocar	77
		Remover	69
		Lavar	30
		Inserir	20
		Limpar	19
		Irrigar	2
		Drenar	1

Na categoria *Gerir*, a subcategoria *Planejar* assume a maior representatividade com *n* de 5975; *Interromper* é a subcategoria com menos representação com *n* de apenas 1 (tabela 26).

Tabela 26 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria *Gerir* e suas subcategorias

Categoria	<i>n</i>	Subcategoria	<i>n</i>
Gerir	11649	Planear	5975
		Otimizar	2317
		Gerir	2134
		Aplicar	1009
		Manter	92
		Providenciar	90
		Restringir	28
		Dar	3
		Interromper	1

Na Categoria *Tratar*, *Aliviar* foi a única subcategoria elencada, cujo *n* é de 493.

Na categoria *Outros* incluímos subcategorias de ações que, pela utilização da versão 2019 do *Browser CIPE®*, eram já inexistentes. A subcategoria *Referir* é a mais representativa com *n* de 111 e *Requerer* engloba a subcategoria menos expressiva com *n* de 7 (tabela 27).

Tabela 27 - Representação das intervenções de enfermagem pela categoria *Outros* e suas subcategorias

Categoria	<i>n</i>	Subcategoria	<i>n</i>
Outros	177	Referir	111
		Disponibilizar	32
		Levantar	27
		Requerer	7

Em suma, e pela análise do Gráfico 5, é possível perceber que, grosso modo, as intervenções dos EEER nas ECCI se enquadram na categoria *Atender*, totalizando 29% destas e, seguindo por ordem decrescente de representatividade, nas categorias *Determinar*, *Informar* e *Executar*. O domínio do *Gerir* é, de facto, o menos representativo nas suas ações, com apenas 9%. As categorias *Tratar* e *Outros*, por não terem representatividade estatística, foram removidas da análise.

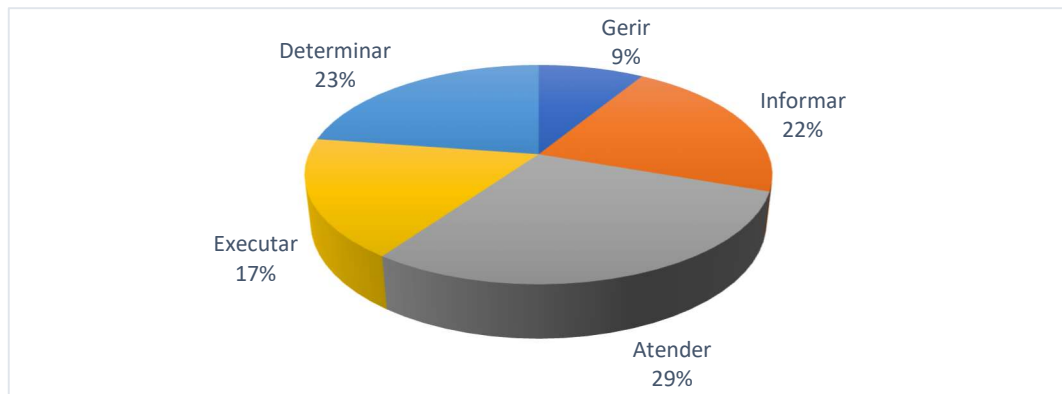


Gráfico 5 - Representação das intervenções de enfermagem em ECCI por categoria

Em síntese, salientamos que os registos evidenciaram um grande investimento dos EEER na maximização da funcionalidade da pessoa, contudo, foram identificados diagnósticos para as restantes competências. As ações mais representadas nos registos foram o *Atender* seguido do *Determinar* e do *Informar*, revelando a importância de *Incentivar*, *Avaliar* e *Ensinar*, respetivamente, no decurso do processo de reabilitação.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Efetua-se, de seguida, a interpretação dos resultados mais relevantes para a prática profissional da enfermagem de reabilitação, que emergiram da investigação efetuada e se explanaram no capítulo anterior, com base na literatura recente e nos documentos de suporte ao exercício profissional dos EEER.

Na sequência da análise das características sociodemográficas, é possível verificar que o sexo feminino assume maior representatividade na amostra, totalizando 63,4% da mesma, o que se coaduna com os dados da ACSS (2019), em que o sexo feminino foi de facto predominante, representando 56,2% do total de utentes referenciados para a Rede Geral (onde se inclui, para além das ECCL, outras tipologias da Rede nomeadamente de internamento).

Verifica-se também que 36,8% dos elementos da amostra (a maioria) têm entre 71 e 80 anos de idade, sendo que apenas 2% da amostra admitida em ECCL tem menos de 50 anos. Acima dos 80 anos de idade perfaz 36,1% mas, dados do relatório da ACSS (2019) mostram que, em ECCL, a população referenciada com idade superior a 80 anos é significativamente superior, sendo de 53,4% e acima dos 65 (população idosa) atingiu os 86,1%. Segundo dados inscritos no mesmo relatório, é na região do Algarve onde se verifica um maior número de referências de utentes com mais de 80 anos e, em oposição, na região Centro, onde a idade pediátrica é mais referenciada.

Os cuidados de reabilitação foram a tipologia de cuidados preponderante como motivo de admissão em ECCL, totalizando 69,7% dos casos. Pelo contrário, os cuidados paliativos, com 5,1%, foram aqueles pelos quais se verificou um menor número de admissões. Importa salientar que cada utente pode ter mais que um motivo de referência e, embora a nível nacional, em ECCL, a “Reabilitação” tivesse uma representatividade de 51%, outros motivos há que podem ser enquadrados na mesma necessidade de cuidados, como é o caso da “Dependência em AVD” que viu a sua representatividade nos 87%. É na região Norte que a reabilitação vê inscrita a sua maior expressão e, contrariamente, na região do Algarve que se encontra mais dissipada (ACSS, 2019).

Do total da amostra, 86,9% dos casos teve alta da ECCI com os objetivos (pelos quais foi admitida) atingidos, o que se coaduna com a média nacional, em que 84,5% dos utentes referenciados para ECCI teve alta por este mesmo motivo; a região Norte foi novamente a que se destacou com a maior percentagem (ACSS, 2019). Verificámos ainda que ocorreu um baixo número de internamentos hospitalares (4,2%) e de óbitos (5,3%) comparativamente com a taxa de mortalidade em ECCI a nível nacional que é de 12,1%, apenas ultrapassada no Alentejo e em Lisboa e Vale do Tejo (ACSS, 2019).

A média de dias de internamento em ECCI foi de 61,42 dias embora, a nível nacional, a demora média dos utentes nesta tipologia tenha sido de 122 dias. Destacou-se a região Norte com o menor número de dias de internamento/tratamento (103) e a região do Algarve com a maior demora média (158) (ACSS, 2019).

No seguimento da análise documental dos registos de enfermagem, nomeadamente dos focos, diagnósticos e intervenções, e prosseguindo com a já explicitada linha de pensamento, procedemos à sua interpretação individual, dando enfoque à sua relevância para a prática profissional da enfermagem de reabilitação.

Para Petronilho et al. (2021), de uma forma ímpar, e no global, as teorias de enfermagem identificam a independência no autocuidado como a centralidade da ação dos enfermeiros. Para estes mesmos autores, o autocuidado, ou a dependência nele, constituem o foco mais relevante na saúde das populações. E foi nesse mesmo sentido que o modelo assistencial preconizado com a criação da RNCCI em 2006, assente no Decreto-Lei nº 101/2006, comportou a mudança do paradigma vigente, em que no desígnio da sua conceção, se preconiza o redireccionamento dos cuidados de saúde para as pessoas em situação de dependência.

Pelo exposto, e caracteristicamente, pessoas com dependência funcional, doenças crónicas múltiplas e com patologias incuráveis, avançadas e não raras vezes em fase final de vida, são as que mais beneficiam da continuidade e integração dos cuidados de saúde propostos pela Rede. E os EEER, pela natureza das suas competências, são os profissionais mais aptos para delas cuidar. Como referido por Petronilho et al. (2021, p. 72), o autocuidado “(. . .) enquanto foco altamente sensível aos cuidados de enfermagem, requer dos EEER um nível de competências científicas, técnicas e relacionais diferenciadas, de acordo com o quadro de referência específico destes profissionais de saúde”.

De facto, o estudo fez realçar o *Autocuidado* como o foco mais representativo de todos na documentação dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, enquadrado nas

competências específicas, corroborando a ideia de diversos autores. É perceptível, pela literatura recente, que independentemente do compromisso que a pessoa apresente, o autocuidado, no geral, se saliente como um foco transversal no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação. O tipo de afeição acometida pela pessoa pode, no entanto, condicionar o comprometimento em determinados tipos de autocuidado em detrimento de outros.

A título de exemplo, consideram-se como focos mais relevantes para o processo de cuidados na reabilitação à pessoa com compromisso do sistema nervoso, o andar, o transferir-se, o tomar banho, o vestir-se/despir-se, o usar o sanitário e o arranjar-se (Araújo et al., 2021). Já para a reabilitação da pessoa com compromisso do sistema cardiorrespiratório se salienta o foco autocuidado de uma forma geral (Couto et al., 2021), sendo que a reabilitação respiratória tem um impacto positivo na capacidade de desempenho das atividades de vida diária (Pereira et al., 2020). Na reabilitação de pessoas com compromisso do sistema musculoesquelético, destacam-se o tomar banho, o vestir-se/despir-se, o transferir-se o sentar-se e o usar o sanitário (Lourenço et al., 2021).

Deste modo, a intervenção terapêutica direcionada para a manutenção da mobilidade, com enfoque no autocuidado, é um contributo ímpar na prevenção das alterações associadas à imobilidade. O que, não raras vezes, se inicia como uma redução da capacidade funcional temporária, propicia a instalação da incapacidade. E as causas da imobilidade podem considerar-se diversas: as doenças crónicas, respiratórias, cardíacas, neurológicas, as alterações psicológicas, a dor intensa, os problemas ortotraumatológicos, os défices neurosensoriais, a desnutrição e o processo de envelhecimento (OE, 2013).

O comprometimento da deambulação, ou de forma mais abrangente, o condicionamento da mobilidade, propiciam a que a pessoa fique dependente de outros no seu autocuidado, revelando, neste sentido, o foco *Andar*, particular interesse ao EEER (Marques-Vieira & Caldas, 2017). No âmbito da reabilitação da pessoa com compromisso do sistema nervoso (e não só), torna-se fulcral a sua capacitação para o uso correto da técnica de adaptação para andar (Araújo et al., 2021) e, a par, a adaptação do domicílio, como sugere o padrão documental da OE (2015c), como uma intervenção igualmente inerente à atuação do EEER.

A relevância atribuída ao foco *Transferir-se*, pressupondo a mobilização da pessoa de uma superfície para outra, está intimamente relacionada com a importância da mesma efetuar levante. Assim sendo, pretende-se prevenir complicações inerentes à imobilidade, incentivar a pessoa para o autocuidado, treinar o equilíbrio corporal e consequentemente, treinar a

marcha (OE, 2013). Ganha ainda mais significado, na reabilitação à pessoa com compromisso do sistema nervoso ou com compromisso do sistema musculoesquelético, em que esta capacidade no âmbito do autocuidado pode ficar, de facto, afetada.

Ao nível do compromisso do sistema nervoso, importa salientar a atuação do EEER na capacitação da pessoa para o uso correto técnica de adaptação para transferir-se da cama para a cadeira e da cadeira para a cama bem como no uso de dispositivos de apoio e autonomia para transferir-se (Araújo et al., 2021). Já ao nível do compromisso do sistema musculoesquelético, a afeção do membro inferior é o que mais causa dependência neste tipo de autocuidado em que, para além do descrito anteriormente, de destaca o papel do EEER na prevenção de complicações durante a execução da transferência (Lourenço et al., 2021). O padrão documental da OE (2015c), acrescenta ainda a importância da adaptação do domicílio da pessoa para transferir-se segura e eficazmente.

O foco *Obstipação* assume a sua maior preponderância no âmbito da reabilitação da pessoa com lesão medular, mas não só. De acordo com Faleiros et al. (2021), a atuação do EEER visa a manutenção das necessidades humanas básicas da pessoa, entre as quais a eliminação intestinal, sempre com o objetivo de recuperar e readaptar a pessoa às limitações impostas pela sua condição de saúde.

Com a reabilitação intestinal pretende-se, assim, diminuir os sintomas e prevenir complicações inerentes à desregulação central do cólon, sendo a propensão para a obstipação frequente. A desimpactação fecal, o treino na sanita, a massagem abdominal, a massagem perianal, o toque retal ou dígito-anal, a extração fecal ou extração manual de fezes são exemplos de manobras de esvaziamento intestinal passíveis de serem efetuados pelo EEER. A educação alimentar e os medicamentos laxantes podem auxiliar no tratamento e no sucesso deste, sendo também importante referir que o exercício físico pode também coadjuvar. No que respeita à imobilidade, de referir que, entre as alterações gastrointestinais frequentes, por via da alteração da eliminação, a diminuição do peristaltismo condiciona, entre outros, obstipação (OE, 2013).

O foco *Aspiração* encontra-se intimamente relacionado com o compromisso da deglutição, uma das áreas mais relevantes caracteristicamente existente na pessoa com compromisso do sistema nervoso (Araújo et al., 2021) mas também pertinente no decorrer do processo de envelhecimento em que se torna prevalente o aparecimento de disfagia (Ferreira et al., 2022). A promoção de uma deglutição eficaz pelo EEER visa a manutenção da hidratação e da nutrição por via oral em segurança, minimizando assim o risco de aspiração e as

complicações que dali advêm, como é caso das infecções respiratórias. Correlacionar a deglutição com a dieta e o risco de aspiração, fazer uma abordagem das estratégias compensatórias, das técnicas de deglutição e dos exercícios que a promovem fazem parte da intervenção terapêutica do EEER (Araújo et al., 2021).

O foco *Memória* revela-se crucial para a aquisição de conhecimento e aprendizagem de habilidades tão característico do potencial de reabilitação. Cabe, assim, ao EEER, avaliar a função cognitiva e intervir na sua reeducação em caso de necessidade (OE, 2019a). Foi em programas de envelhecimento ativo, que foi possível encontrar a dimensão da estimulação cognitiva mais trabalhada pelos EEER. Com a implementação de um programa em contexto comunitário, obtiveram-se diversos ganhos em saúde, entre os quais, a diminuição das alterações da memória (Faria et al., 2020).

No treino de marcha torna-se, por vezes, necessário recorrer a um dispositivo de apoio como acontece, a título de exemplo, ao nível da reabilitação da pessoa com compromisso do sistema musculoesquelético, em que o foco *Andar com Auxiliar de marcha* assume especial enfoque, nomeadamente na reabilitação da pessoa com afeção do membro inferior. A capacitação da pessoa para andar com auxiliar de marcha e a adaptação do domicílio para o seu uso em segurança engrossam, novamente, a atuação do EEER neste âmbito (Lourenço et al., 2021). Também pelas alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento ou pela deficiência física adquirida, o auxiliar de marcha pode ser um aliado essencial no processo de reabilitação e significado da retoma da independência pela pessoa.

O foco *Papel Prestador de Cuidados*, ou conforme designação mais atual, o *Papel de Cuidador*, intimamente relacionado com compromisso no autocuidado e a ausência de potencial de reconstrução de autonomia pela pessoa, proporciona um maior enfoque da atuação do EEER no familiar cuidador, sendo este também alvo dos seus cuidados. Daí que a preparação para o exercício deste novo papel seja também intencional e relevante no processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, sempre assegurando os cuidados necessários à pessoa em situação de dependência (Petronilho, 2021).

Um estudo recente salienta a perspetiva dos EEER relativamente aos cuidados disponibilizados na transição do hospital para a comunidade de pessoas dependentes com necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação e, de acordo com as conclusões encontradas, a transição para o papel de cuidador deve integrar e acompanhar a reabilitação da pessoa a vivenciar a sua transição saúde-doença, com o cuidador a experienciar momentos de tensão e ansiedade. Consideram, assim, o cuidador como um parceiro nos

cuidados de enfermagem de reabilitação em contexto domiciliário, cuja intervenção especializada pode influenciar a adesão ao programa de reabilitação (Pedrosa et al., 2022).

O foco *Usar a cadeira de rodas*, ou apenas, *Usar cadeira de rodas*, assume a sua relevância no âmbito da reabilitação à pessoa com deficiência física adquirida, visando, a intervenção do EEER, promover a acessibilidade para a inclusão social destas mesmas pessoas com mobilidade condicionada (Pereira et al., 2021). Capacitar a pessoa para se mover em cadeira de rodas e adaptar o seu domicílio torna-se fulcral na atuação do EEER (OE, 2015c), mas também sensibilizar a sociedade civil para a questão da acessibilidade, assegurar que esta é cumprida a nível arquitetónico tanto no espaço público como no meio edificado, desenvolver a participação promovendo parcerias locais e envolvimento de pessoas com deficiência são mais alguns dos exemplos do papel desempenhado pela enfermagem de reabilitação neste campo de atuação (Pereira et al., 2021). Vários autores corroboram a ideia do relevante contributo que o EEER pode ter na área da inclusão social, elevando a temática da acessibilidade como primordial (Pereira et al., 2018; Silva et al., 2019).

O foco *Interação Social*, atualmente denominado por *Socialização*, caracteriza-se por ser um comportamento interativo (ICN, 2019). De acordo com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER, 2010), fazer com que a pessoa seja um agente ativo na comunidade em que se insere e na sociedade em geral são alguns dos objetivos apontados como uma mais valia de reabilitar em contexto comunitário, destacando-se a otimização da reintegração social como um dos ganhos em saúde proporcionado pelos cuidados de enfermagem de reabilitação. A par de outros focos, foi também com a implementação de programas de envelhecimento ativo em contexto comunitário que os EEER obtiveram ganhos em saúde neste âmbito, nomeadamente pela melhoria dos comportamentos relacionais dos participantes (Faria et al., 2020).

O foco *Comunicação Expressiva* é atualmente designado apenas por *Comunicação*. De acordo com o padrão documental da OE (2015c), a atuação do EEER na reabilitação da pessoa com compromisso da comunicação centra-se na técnica de treino do discurso e na utilização de dispositivos auxiliares da comunicação. Dado que as alterações da comunicação se relevam pela alteração do comportamento interativo (ICN, 2019), e pela abrangência do conceito de acessibilidade, é possível também incluir a inexistência de barreiras à comunicação na acessibilidade comunicacional (Instituto Nacional para a Reabilitação [INR], 2019), como sendo uma das formas de fomentar a inclusão social, tão característico da especificidade de competências do EEER.

O foco *Movimento muscular* é atualmente designado por *Movimento Corporal*. Na reabilitação à pessoa com compromisso do sistema nervoso, os exercícios musculares e articulares centram-se predominantemente nos segmentos corporais do hemicorpo afetado (Araújo et al., 2021). Na reabilitação da pessoa com compromisso do sistema cardiorrespiratório, os exercícios musculares e articulares incidem já em todos os membros e segmentos corporais, para além da possibilidade e do benefício de execução com dispositivos (Couto et al., 2021). Na reabilitação da pessoa com compromisso do sistema musculoesquelético, os exercícios musculares e articulares a executar circunscrevem-se ao membro afetado com enfoque em determinadas articulações como o ombro, a anca e o joelho e, neste âmbito, também os exercícios isométricos ganham valor (Lourenço et al., 2021).

De facto, sendo o sistema musculoesquelético um dos mais afetados pela imobilidade, importa referir que a diminuição da atividade muscular leva, naturalmente, a atrofia desses mesmos músculos aliado à diminuição do tecido fibroso que condiciona a instalação de anquilose e à diminuição da força aplicada ao osso e da gravidade que promovem o desenvolvimento de osteoporose (OE, 2013).

O foco *Equilíbrio Corporal*, ou simplesmente *Equilíbrio*, assume particular relevância no processo de cuidados dos EEER na reabilitação da pessoa com compromisso do sistema nervoso em que a técnica de treino de equilíbrio bem como os exercícios de controlo postural se destacam (Araújo et al., 2021). No caso da reabilitação da pessoa com compromisso do sistema musculo-esquelético, a técnica de treino de equilíbrio é também preponderante, contudo, evidencia-se mais esta necessidade nas afeções musculoesqueléticas do membro inferior, em que estão associadas intervenções cirúrgicas, restrições do movimento e cumprimento de cargas (Lourenço et al., 2021).

Também, com o decorrer do processo de envelhecimento, são expectáveis alterações ao nível dos sistemas visual, somatossensorial e vestibular que vão afetar o equilíbrio e consequentemente a mobilidade (Nakagawa et al., 2017). Wu et al. (2021), corroboraram esta mesma ideia, detetando a deterioração do equilíbrio corporal de uma forma geral com o avançar da idade, mais especificamente do equilíbrio estático e dinâmico e da estabilidade postural, que diminuíram de forma gradual sendo esta deterioração mais notória entre os 65 e os 75 anos de idade, assumindo padrões semelhantes entre ambos os sexos. No sentido de colmatar este tipo de alterações adstritas ao processo de envelhecimento, salientam-se como de extrema importância, a implementação de programas de treino propriocetivo e de

equilíbrio postural que, de forma ímpar, culminam na prevenção de quedas na população idosa (Correia et al., 2019).

Assim, sendo, o foco *Queda* enquadra-se, não raras vezes, como um resultado adverso e secundário do estado de fragilidade da população idosa (Faria et al., 2021). A fragilidade nos idosos é uma situação prevalente e tem, assim como a queda, uma natureza multifatorial (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019; Faria et al., 2021; Fernandes et al., 2020). Na implementação de programas de reabilitação, com o objetivo de diminuir ou eliminar os fatores de risco identificados, intervenções que permitem criar ambientes mais seguros, aumentar a força muscular, aumentar o equilíbrio corporal, promover o treino de marcha e melhorar capacidade para realizar as atividades de vida diária bem como as atividades instrumentais de vida diária, evidenciam-se (DGS, 2019; Fernandes et al., 2020).

Fernandes et al. (2020), sugerem ainda que a intervenção do EEER na prevenção de quedas é muito mais ampla, com ganhos significativos em saúde traduzidos pela satisfação pessoal, pela promoção da saúde, pela prevenção de complicações, com impacto positivo na readaptação funcional, no bem-estar e no autocuidado, o que se coaduna com os enunciados descritivos dos padrões de qualidade para o exercício profissional especializado. Para Gomes et al. (2019), os cuidados de reabilitação em ambiente domiciliar em pessoas com patologia neurológica, corroboraram esta mesma ideia, evidenciando ganhos significativos pelo aumento do equilíbrio corporal, da capacidade para a realização do autocuidado e consequentemente, na diminuição do risco de queda.

O foco *Ventilação*, também um dos focos mais relevantes para o processo de cuidados de enfermagem de reabilitação, torna-se preponderante na reabilitação à pessoa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. Salientam-se, assim, as técnicas respiratórias para otimizar a ventilação, as de reeducação diafragmática, as de reeducação costal e a abordagem do uso correto de dispositivos respiratórios como estando no campo de atuação dos EEER (Couto et al., 2021).

Contudo, também na reabilitação da pessoa com compromisso do sistema musculoesquelético, este foco pode ser relevante, no sentido da prevenção de complicações inerentes a uma cirurgia ortopédica do membro superior e/ou mesmo pelas restrições de movimento impostas pela recuperação da mesma (Lourenço et al., 2021). Neste sentido, importa salientar que a imobilidade no geral e a posição de decúbito em específico, propiciam também alterações respiratórias que culminam frequentemente em acúmulo de secreções, atelectasias e pneumonias de estase (OE, 2013).

O foco *Limpeza das Vias Aéreas*, ou de forma mais simples, *Limpeza da Via Aérea*, é também um dos focos mais relevantes para a prática dos EEER, nomeadamente no que concerne à reabilitação da pessoa com compromisso do sistema cardiorrespiratório (Couto et al., 2021; OE, 2018). É um processo corporal do sistema respiratório (ICN, 2019) e, como tal, remete para uma função corporal essencial para a manutenção da vida (OE, 2018). Intervenções direcionadas às técnicas de limpeza das vias aéreas, ao uso correto de dispositivos de promoção da limpeza das vias aéreas, à abordagem da tosse e da ingestão hídrica incluem-se na área de atuação dos EEER (Couto et al., 2021). Os cuidados de enfermagem de reabilitação no âmbito da reeducação funcional respiratória alcançam ganhos em saúde, nomeadamente na melhoria dos mecanismos de limpeza das vias aéreas (Dias et al., 2022).

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem elencados, e de uma forma geral, é possível perceber que os EEER das ECCI se preocupam em problematizar sobre aspetos de relevo para a prestação de cuidados de reabilitação com qualidade, como sendo a inclusão do cuidador/prestador de cuidados no processo de reabilitação, a par da abordagem feita à capacitação e à aquisição de conhecimentos deste e/ou do próprio. Contudo, estes aspetos têm expressividades assimétricas nos diagnósticos descritos, ou são mesmo inexistentes numa minoria deles. E, para Sousa et al. (2020), o enfoque da intervenção dos EEER nas áreas do conhecimento e da aprendizagem de capacidades do próprio capacitam-na para a vivência de uma transição saúde-doença saudável já que permitem o empoderamento, a tomada de decisão e a passagem à ação através do desenvolvimento de habilidades úteis no seu quotidiano, o que deve ser aplicado também à família e à comunidade.

Prossegue-se, de seguida, com a discussão dos resultados encontrados no estudo no que concerne à análise efetuada às intervenções de enfermagem categorizadas segundo o eixo de ação, comparando com as competências específicas do EEER, particularmente com as unidades de competência e os critérios de avaliação das mesmas, inscritos no Regulamento nº 392/2019 (OE, 2019a).

De acordo com o ICN (2019), *Atender* significa “estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa”, onde nesta categoria se incluem subcategorias como o *Incentivar, Assistir, Envolver, Encorajar, Promover, Apoiar, Escutar, Negociar, Prevenir, Colaborar e Reforçar*.

No âmbito da intervenção do EEER, enumeramos as suas vastas competências no domínio da promoção da saúde e da prevenção de complicações, na promoção de capacidades adaptativas, bem como da autonomia e da qualidade de vida através da conceção de planos

de intervenção direcionados às alterações da função; na promoção da criação de ambientes seguros e no apoio à inclusão social; na promoção da mobilidade, da acessibilidade e da participação social; na promoção de estratégias vanguardistas de prevenção do risco clínico e na colaboração da conceção de protocolos institucionais (OE, 2019a).

A Categoria *Determinar*, em que se pretende “encontrar ou estabelecer algo de modo preciso” (ICN, 2019), incluem-se as subcategorias *Avaliar, Vigiar, Monitorizar, Supervisionar, Inspeccionar e Identificar*.

Nesta trajetória, salientamos a intervenção do EEER na avaliação da funcionalidade e/ou do risco de alteração da mesma, considerando também o impacto e os aspetos psicossociais associados; na identificação de condicionantes à realização das AVD's bem como na identificação de barreiras arquitetónicas; na supervisão da utilização de produtos de apoio; na identificação das necessidades de intervenção bem como nos recursos necessários, objetivando reeducar a função; na monitorização da implementação de programas específicos, avaliando os resultados das intervenções; e também na avaliação de ganhos em saúde recorrendo a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2019a).

Informar pressupõe “comunicar alguma coisa a alguém” (ICN, 2019) e nesta categoria incluem-se subcategorias *Ensinar, Instruir, Treinar, Aconselhar e Orientar*.

Compete, assim, ao EEER, ensinar, instruir e treinar técnicas no âmbito dos programas estabelecidos, nomeadamente sobre práticas e tecnologias existentes dirigidas ao autocuidado, bem como sobre a utilização de produtos de apoio tendo em vista a maximização da capacidade funcional e o desempenho motor, cardíaco e respiratório; e, ainda, orientar para a eliminação das barreiras arquitetónicas (OE, 2019a).

Na categoria *Executar*, que se define por “desempenhar uma tarefa técnica” (ICN, 2019), incluem-se subcategorias como *Executar, Posicionar, Preparar, Transferir, Estimular, Elevar, Aspirar, Trocar, Remover, Lavar, Inserir, Limpar, Irrigar e Drenar*.

Na diversificada atuação do EEER, é possível enaltecer, a sua intervenção no desenvolvimento de intervenções técnicas e tecnológicas complexas; na implementação de planos de intervenção para a redução do risco de alterações da função, bem como de programas de reeducação funcional (aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade); e na realização e

demonstração de técnicas associadas aos treinos da atividade e exercício físicos e também de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (OE, 2019a).

De acordo com o ICN (2019), *Gerir* significa “estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa”, sendo que nesta categoria se incluem as subcategorias *Planear, Otimizar, Gerir, Aplicar, Manter, Providenciar, Restringir, Dar e Interromper*.

Congruente com as suas competências específicas, o EEER otimiza a função através da conceção de programas de reeducação funcional; gere recursos e também processos terapêuticos complexos; e gere/otimiza, ainda, os fatores ambientais que despoletam eventos adversos relacionados com a diminuição da funcionalidade (OE, 2019a).

Em síntese, podemos afirmar que a assistência expressa na análise dos registos efetuados pelos EEER nas ECCI, demonstra um perfil de cuidados especializados congruentes com as suas competências específicas, embora valorizadas com representações diferentes. É, por conseguinte, oportuno repensar as causas que levam os EEER a dar mais visibilidade a umas áreas de atenção em detrimento de outras, pelo que não ficamos a saber se é por dificuldade de enquadramento no sistema de registo se é porque não as desenvolvem efetivamente na prática clínica.

CONCLUSÃO

O trajeto iniciado em torno de um problema passível de estudo, no caso concreto sobre os percursos de cuidados, ajudou-nos a compreender que a metodologia de investigação contribui também para nos despir de preconceitos e encontrar caminhos, mesmo que no fim possamos dizer que apenas estudamos uma gota do oceano.

Deste modo, e findo o relatório do estudo de investigação efetuado, tecem-se as considerações finais. Fazemos, por conseguinte, um balanço dos objetivos e dos contributos, mas também das limitações do estudo e dos constrangimentos inerentes a todo o processo de investigação.

Com a finalidade de contribuir para melhorar a organização dos percursos de cuidados desempenhados pelos EEER em ECCI a partir do SIE em uso, e no sentido de delimitar o estudo à sua finalidade, traçamos objetivos que consideramos ter atingido.

Por conseguinte, caracterizamos o perfil dos utentes que integram as ECCI ao cuidado dos EEER, sendo maioritariamente utentes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 71 e 80 anos de idade. Os cuidados de reabilitação foram a tipologia de cuidados predominante como motivo de admissão em ECCI e, do total da amostra, a maioria dos casos teve alta com os objetivos atingidos, sendo a média de dias de internamento de 61,42. Estes resultados são relevantes na medida em que nos possibilitam adotar medidas para adequar a atuação dos EEER ao tipo de população alvo dos seus cuidados e assim corresponder às expectativas neste contexto tão específico de atuação destes profissionais.

Seguidamente, analisamos os focos e os diagnósticos de enfermagem bem como as intervenções documentadas pelos EEER no SIE em uso e, dos focos de enfermagem mais relevantes para a prática profissional dos EEER, agrupados pelas suas competências específicas, emergiram o *Autocuidado*, o *Andar*, o *Transferir-se*, a *Obstipação*, a *Aspiração*, a *Memória*, o *Andar com Auxiliar de Marcha*, o *Papel de Prestador de Cuidados*, o *Usar a Cadeira de Rodas*, a *Interação Social*, a *Comunicação Expressiva*, o *Movimento Muscular*, a *Queda*, o *Equilíbrio Corporal* a *Ventilação* e a *Limpeza das Vias Aéreas*.

Por último, tendo por referência as competências específicas dos EEER, identificámos o percurso dos cuidados prestados pelos EEER aos utentes a partir dos registos de enfermagem e foi possível concluir que, a competência “maximiza a funcionalidade desenvolvendo as

capacidades da pessoa” foi a que sobressaiu com maior representatividade no seio dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados nas ECCI e que *Atender* foi a ação na qual se incluíram a maioria das intervenções de enfermagem de reabilitação.

Pelo exposto, consolidamos que os registos de enfermagem efetuados pelos EEER vão de encontro às suas competências demonstrando conhecimento sobre o assunto, embora possamos admitir que um maior equilíbrio deveria coexistir, na prática profissional, entre as suas diferentes competências específicas, além de se poder ainda desenvolver com mais profundidade os focos e diagnósticos inerentes a cada uma delas.

A inclusão do cuidador nos cuidados ao utente poderá ser também uma realidade mais trabalhada futuramente bem como a documentação no âmbito capacitação e da aquisição de conhecimentos. Áreas de atenção ligadas à cognição, à comunicação, à socialização e à acessibilidade/inclusão social enquadram-se também no leque de competências específicas do EEER que, embora documentadas, o foram com bastante menos expressão tendo em consideração os focos/diagnósticos analisados. Não nos debruçamos, por opções metodológicas, sobre os outros focos elencados, contudo sobressaíram dois aspetos: por um lado, verificamos que a documentação dos registos de enfermagem fazia pouca alusão à questão da eliminação e, por outro lado, não encontramos referência à área da sexualidade.

Ainda que os registos de enfermagem devam espelhar, tanto quanto possível, a prática profissional, consideramos também, que, por motivos vários, uma parte dos cuidados desempenhados pelos EEER nas ECCI possam não estar documentados no SIE.

Como constrangimento à execução do estudo de investigação, a persecução do segundo objetivo, nomeadamente a análise dos registos dos EEER no que respeita aos focos, diagnósticos e intervenções destes profissionais, revelou-se um desafio. A riqueza dos registos disponibilizados para análise revelou-se como uma dificuldade na consecução do estudo, que se traduziu numa extensão temporal demasiadamente grande, uma vez que necessitámos organizar e, por diversas vezes, reorganizar o método de análise de dados.

Para além da quantidade de registos existentes, a nossa preocupação recaiu também na forma como todo o processo sistemático e metodologicamente organizado seria conduzido por forma a tornar, para o leitor, a leitura harmoniosa, compreensível e adequada ao intuito inicialmente proposto – a de contribuir para melhorar a organização dos perfis de cuidados desempenhados pelos EEER em ECCI a partir do SIE em uso.

Nesse sentido, a organização dos dados, pelo que denominados de “cuidados comuns” e de “competências específicas” dos EEER, foi fulcral. Esta triagem permitiu-nos refletir e discernir sobre o tipo de cuidados de enfermagem desempenhados numa ECCL. Ou seja, perceber que embora os EEER detenham competências específicas inerentes à sua área de especialidade em enfermagem que lhe permitem prestar cuidados diferenciados dos demais, desempenham também, e em concordância com o estipulado pela OE, cuidados gerais, ou ainda em consonância com outras especialidades da enfermagem, o que pensamos ter resultado na complexidade de registos por nós encontrados na base de dados disponibilizada para o efeito.

A pandemia por Covid19 teve, também, um grande impacto na execução do estudo, na medida em que, como investigadora principal, foi necessário, por diversas vezes, enquanto EEER a desempenhar funções numa UCC mais concretamente numa ECCL, executar mais horas de trabalho que o estipulado pelo horário normal, no sentido de dar resposta às medidas de mitigação da pandemia, o que se traduziu em indisponibilidade pessoal para prosseguir com o estudo e concluí-lo no tempo inicialmente previsto.

Pelo exposto, considerámos ter percorrido um caminho proveitoso por trilhos mais ou menos sinuosos, contribuindo para melhor organizar os percursos de cuidados prestados pelos EEER em ECCL, percebendo que áreas podem e devem ser melhor desenvolvidas e trabalhadas por estes profissionais. E que, documentar o trabalho efetuado na prática clínica, nos elucida sobre os contributos da atuação dos EEER na pessoa dependente no autocuidado e nos distingue dos demais profissionais.

Sugerimos que em investigações futuras se determine as causas da não documentação de toda a prática clínica, para que se possam atuar sobre as mesmas. E que, uma vez que a evidência sustenta a prática e que a prática suscita a procura e o desenvolvimento de evidência, novas linhas de investigação surjam a partir da que aqui apresentamos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema De Saúde. (2007). *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/05/Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-a-constitui%C3%A7%C3%A3o-de-equipa-de-Cuidados-Continuados-Integrados-2007.pdf>
- Administração Central do Sistema De Saúde. (2019). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/Relatorio_Monitorizacao_RNCCI-2019.pdf
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema nervoso. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 164-233). Lidel.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros De Reabilitação. (2010). *Contributos para O Plano Nacional De Saúde 2011-2016 - Maximizar os ganhos em saúde da população: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde*. <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Correia, C., Barbosa, L., Rebelo, L., Alves, M., Pinho, N., & Magalhães, B. (2019). O treino proprioceptivo e de equilíbrio postural no idoso para a prevenção de quedas: Scoping Review. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 66–77. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.09.4573>
- Couto, G., Silva, R. P., Mar, M. J., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 234-280). Lidel.
- Dias, A., & Queirós, A. (2010). *Plano Nacional De Saúde 2011-2016: Integração e Continuidade de Cuidados*. <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/ICC3.pdf>
- Dias, P. M. M., Teixeira, H. M. dos S., Palma, M. C., Messias, P. A. L., Vieira, J. V. da 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. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Norma nº 008/2019. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Faria, A. d. C. A., Martins, M. M. F. P. d. S., Ribeiro, O. M. P. L., & Gomes, B. P. (2020). Impacto de um programa de envelhecimento ativo no contexto comunitário: Estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(Sup 1), 36–41. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.4.5768>
- Faria, A., Martins, M. M. F. P. da S., Laredo-Aguilera, J. A., Ribeiro, O. M. P. L., Fonseca, E. F., & Flores, J. M. (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 6–14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>

- Fernandes, J. B., Sá, M. C. L., & Nabais, A. S. C. (2020). Intervenções do enfermeiro de reabilitação que previnem a ocorrência de quedas na pessoa idosa: Revisão Scoping. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(1), 57–63. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.7.5761>
- Ferreira, F. F., Fernandes, L. V., & Oliveira, I. de J. (2022). Prevalência da disfagia em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 5(1), 60–66. <https://doi.org/10.33194/rper.2022.218>
- Filipe, M. M. L. (2015). *Contributo para um modelo de contratualização de cuidados em contexto domiciliário: estudo exploratório sobre os custos de funcionamento das ECCL*. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/20705>
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência.
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 12-18). Lidel.
- Gomes, J., Soares, C. M., & Bule, M. J. (2019). Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas em idosos no domicílio. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(1), 11–17. <https://doi.org/10.33194/rper.2019.v2.n1.02.4571>
- Hu, J., Wang, Y., & Li, X. (2020). Continuity of Care in Chronic Diseases: A Concept Analysis by Literature Review. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 50(4), 513–522. <https://doi.org/10.4040/jkan.20079>
- Instituto Nacional para a Reabilitação. (2019). *Guia Prático: os direitos das pessoas com deficiência em Portugal*. <https://www.inr.pt/documents/11309/215135/Guia+Pr%C3%A1tico+Os+Direitos+das+Pessoas+com+Defici%C3%A2ncia+em+Portugal/1658c169-18d9-4f9e-b40e-fd02b176f556>
- International Council of Nurses. (2019). *Browser CIPE*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jesus Dias, M. do R., Alves Faria, A. da C., Ferreira, M. S. M., Faleiros, F., Novo, A., Gonçalves, M. N., Rocha, C. G. da, Teles, P. J. F. C., Ribeiro, M. P., Ventura da Silva, J. M. A., & Ribeiro, O. M. P. L. (2022). From Health Literacy to Self-Care: Contributions of the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph19137767>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema musculoesquelético. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 281-328). Lidel.
- Luís, M. L. S., Barros, I. M., Olazabal, M., & Caneira, J. (2003). História da Enfermagem de Reabilitação (em Portugal). *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 12-13. https://www.aper.pt/Ficheiros/documentos/Hist_Enf_Reab_Rev_OEn9_jul2003.pdf
- Marques, R., Ribeiro, I., & Costa, M. A. (2021). Enfermagem de reabilitação em Portugal: uma história contada ao contrário! In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 2-11). Lidel.

- Marques-Vieira, C., & Caldas, A. C. (2017). A relevância do andar: reabilitar a pessoa com andar comprometido. In C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 547-557). Lusodidacta.
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Ventura da Silva, J. (2018). O contributo dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(1), 22–29. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386>
- Martins, M. M., Ribeiro, O., & Schoeller, S. D. (2021). Investigação e inovação em enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 38-45). Lidel.
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006. *Diário da República*, I série, nº 109:3856-65. <https://files.dre.pt/1s/2006/06/109a00/38563865.pdf>
- Ministério da Saúde. (2022a). *Composição do SNS*. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
- Ministério da Saúde. (2022b). *Visão, Missão e Valores*. <http://www.acss.min-saude.pt/2016/08/11/visao-missao-e-valores/>
- Nakagawa, H. B., Ferraresi, J. R., Prata, M. G., & Scheicher, M. E. (2017). Postural balance and functional independence of elderly people according to gender and age: cross-sectional study. *São Paulo Med. J.*, 135(3):260-265. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0325280217>
- 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
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* Relatório de Primavera 2015. <https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2015/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino da deambulação*. Cadernos OE, Série 1, Número 7. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8897/gobp_mobilidade_vf_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento nº 350/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II série, nº 119: 16655-60. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento nº 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República*, II série, nº 79: 10087-90. <https://files.dre.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Guia Orientador de Boa Prática - Reabilitação respiratória. Cadernos OE, Série 1, Número 10*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilita%C3%A7%C3%A3o-respirat%C3%B3ria_mceer_final-para-divulga%C3%A7%C3%A3o-site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento nº 392/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*, II série, nº 85: 13565-68.
<https://files.dre.pt/2s/2019/05/085000000/1356513568.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento nº 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II série, nº 26: 4744-50. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Estatística 2021: Especialistas*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/estat%C3%ADstica-2021/>
- Pedrosa, R., Ferreira, Ó.; Baixinho, C.L. (2022). Rehabilitation Nurse's Perspective on Transitional Care: An Online Focus Group. *Journal of Personalized Medicine*, 12(4).
<https://doi.org/10.3390/jpm12040582>
- Pereira, M. A. d. S., Moreira, A. F. B., Machado, P. A. P., & Padilha, J. M. d. S. C. (2020). Impacte da reabilitação respiratória, prescrita por enfermeiros, na capacidade para o autocuidado, na pessoa com DPOC. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3(2), 80–85.
<https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n2.12.5823>
- Pereira, R. S. da S., Martins, M. M., Gomes, B., Aguilera, J. A. L., & Santos, J. (2018). A intervenção do enfermeiro de reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 1(2), 66–72.
<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n2.02.4538>
- Pereira, R. S., Martins, M. M., & Machado, W. C. (2021). Enfermagem de reabilitação e a pessoa com deficiência: o caminho para a inclusão social. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 430-449). Lidel.
- Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto.
<http://hdl.handle.net/10451/10572>
- Petronilho, F., Margato, C., Mendes, L., Areias, S., Margato, R., & Machado, M. (2021). O autocuidado como dimensão relevante para a enfermagem de reabilitação. In O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas* (pp. 67-75). Lidel.
- Schoeller, S. D., Martins, M. M., Ribeiro, I., Lima, D. K. S., Padilha, M. I., & Gomes, B. P. (2018). Breve Panorama Mundial da Enfermagem de Reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 6-12.
<https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.01.4388>
- Silva, C., Oliveira, F., Ribeiro, M., Prazeres, V., & Ribeiro, O. (2019). Novos desafios para velhos problemas: o enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção da acessibilidade. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 2(2), 20–26.
<https://doi.org/10.33194/rper.2019.v1.n2.02.4561>

- 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), 64–69. <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763>
- Wu, H., Wei, Y., Miao, X., Li, X., Feng, Y., Yuan, Z., Zhou, P., Ye, X., Zhu, J., Jiang, Y., & Xia, Q. (2021). Characteristics of balance performance in the Chinese elderly by age and gender. *BMC Geriatrics*, 21(596). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02560-9>

ANEXOS

ANEXO I - Autorização da CES, da CLPSI e do CCS

	INFORMAÇÃO	Nº 37/CES/JAS Data: 12-03-2021
--	---	---------------------------------------

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética para a Saúde da

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Percursos de assistência dos Enfermeiros de Reabilitação numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados"

INFORMAÇÃO

Exmo. Senhor,

A Comissão de Ética para a Saúde apreciou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Percursos de assistência dos Enfermeiros de Reabilitação numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados", cuja investigadora é a aluna Ana Rute Pinto - Enfermeira da EECI de . Estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A Comissão de Ética para a Saúde deliberou, por unanimidade, nada opor à realização deste estudo, desde que os dados a obter sejam fornecidos pelo DPO.

Com os melhores cumprimentos

001_01_INF_1260

COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMIÇÃO DE PARECER

Ref# 08 /CLPSI/2021

1 - ASSUNTO: Estudo "Percurso de assistência dos enfermeiros de reabilitação numa equipa de cuidados continuados integrados"

2 - RESPONSÁVEL PELO PEDIDO: Ana Rute Pinto (Enfermeira da ECCI de _____).

3 - DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA: São todos os registos de enfermagem efetuados aos utentes acompanhados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados do Agrupamento de Centros de Saúde de _____ pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que prestaram cuidados especializados a estes mesmos utentes no período de um ano designadamente 2019; a amostra é não probabilística intencional sendo que o número de registos não é previsível.

4 - PERÍODO DE REALIZAÇÃO: Desde o momento atual até Dezembro de 2021.

5 - GARANTIA DA PSEUDOANONIMIZAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS: Todos os processos serão codificados para que não se identifique o utente, mas sim características comuns e relevantes para a investigação como o diagnóstico de entrada/motivo da referência, idade e género.

6 - PERÍODO APÓS O QUAL OS DADOS SÃO DESTRUÍDOS: Assim que a dissertação de mestrado seja entregue e se efetue a sua defesa.

7 - EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO:

Ana Rute Pinto (Enfermeira da ECCI de _____) – Estudo realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMIÇÃO DE PARECER

PARECER:

1. O estudo a realizar é um estudo descritivo exploratório retrospectivo qualitativo, em que a recolha de dados será efetuada através do acesso a todos os registos de enfermagem efetuados aos utentes acompanhados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI's) do Agrupamento de Centros de Saúde de _____ pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que prestaram cuidados especializados a estes mesmos utentes no período de um ano, designadamente, 2019.
2. Serão recolhidos dados referentes à idade dos utentes, género e diagnóstico(s) médico(s) e/ou motivo(s) da referenciação com o intuito de identificar/caracterizar o perfil dos utentes que integram as ECCI's; concomitantemente, será também feito um levantamento dos registos inscritos no processo de enfermagem, registos estes efetuados pelos Enfermeiros de Reabilitação, nomeadamente os focos de atenção, os diagnósticos e as intervenções documentadas no sistema de informação em uso.
3. Na recolha de dados, os utentes não serão identificados, cada processo será codificado, pela atribuição de um número sequencial, à medida que forem analisados. A chave de descodificação ficará armazenada num ficheiro próprio no computador da Investigadora Principal, e será destruída após a entrega e defesa da Tese. A chave de descodificação deve estar protegida por palavra pass forte, devendo estar armazenada noutra local distinto do computador da investigadora Principal, devido a potenciais perdas ou roubos do equipamento.
4. A base de dados vai ser criada pela Investigadora Principal com o apoio da Orientadora e da Co-Orientadora e apenas essas três pessoas terão acesso à mesma, para análise e tratamento dos dados. No entanto, todos os processos já estarão codificados pela Investigadora Principal para que não se identifique o utente.

COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMIÇÃO DE PARECER

5. É a Investigadora Principal que vai introduzir os dados na base de dados, pelo que como profissional de saúde está sujeita ao sigilo e confidencialidade.
6. O computador a utilizar é propriedade da Investigadora Principal dispondo de software atualizado, nomeadamente o sistema antivírus. No entanto recomenda-se a encriptação do computador para que no caso de perda ou roubo do mesmo, a informação esteja protegida.
7. A Investigadora Principal pretende publicar o estudo numa dissertação e num artigo em revista científica. No entanto, não deve referir a nos métodos do estudo tendo em conta que na submissão dos artigos, a identificação dos autores e da instituição deve ser cega. A instituição poderá ser identificada nas afiliações dos autores.
8. Podemos resumir as fases do estudo e o cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), da seguinte forma:

Fases do estudo	Metodologia	RGPD
Recolha de dados	Acesso aos dados de forma lícita	Artigo 5º, nº 1, alínea f) e nº2 Artigo 6º, nº 1 alínea e)
Tratamento dos dados	-Codificação pelo investigador principal (pseudoanonimização) -Acesso limitado aos dados -Profissional sujeito a sigilo	Artigos 5º, nº 1 alíneas e) e f); 89º nºs 1 e 2 Considerandos 78, 156
Conservação	-Dados inseridos pelo investigador principal em base de dados criada pelo próprio	Artigos 5º, nº 1, alíneas e) e f) 89º, nºs 1 e 2 Considerandos 39, 65, 81
Eliminação dos dados	-No termo do prazo de conservação, de acordo com as melhores práticas	Considerandos 39, 65, 81

COMISSÃO LOCAL DE PROTEÇÃO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO
EMIÇÃO DE PARECER

9. Por tudo o que aqui foi exposto, esta comissão emite parecer favorável ao procedimento de recolha de dados, salientando que a(s) palavra(s) passe a utilizar deverá(ão) ser "forte", além de ser só do conhecimento da Investigadora Principal, e, estar devidamente guardada, para impedir acessos indevidos aos dados, em especial no que se refere à chave da descodificação.

, de 30 de abril de 2021

P' Comissão Local de Proteção de Dados Pessoais

De: Conselho Clínico Saúde ACES
Enviado: terça-feira, 2 de março de 2021 12:42
Para:
Cc: Conselho Clínico Saúde ACES;
Assunto: RE: Autorização para realização de Estudo de Investigação
Anexos: Protocolo de Estudo - Projeto de Investigação.pdf; Autorização - Coordenador de Serviço.pdf

Bom dia

O CCS considera que Estudo de investigação apresentado se revela pertinente.
Sugere-se a definição nos Objectivos e questão de investigação o facto de apenas serem estudados os registos dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação das ECCI ACES de - no fundo trata-se de um "diagnóstico de situação" que poderá abrir novas linhas de investigação futuras mas que não terá representatividade fora de

Cordialmente

Conselho Clínico e de Saúde ACES

ANEXO II – Intervenções de Enfermagem

Apresentação das Intervenções de Enfermagem por categoria e subcategoria (por ordem decrescente de representatividade):

Categoria	Subcategoria	Intervenções de Enfermagem
Atender	Incentivar	Incentivar exercícios musculares
		Incentivar o andar com auxiliar de marcha
		Incentivar progressos
		Incentivar iniciativa
		Incentivar a treinar o equilíbrio corporal
		Incentivar atividade física
		Incentivar a posicionar-se
		Incentivar o apoio / suporte da família
		Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime de exercício
		Incentivar envolvimento da pessoa
		Incentivar atividade
		Incentivar o envolvimento da família
		Incentivar a pessoa para o auto cuidado
		Incentivar tomada de decisão
		Incentivar adesão ao regime terapêutico
		Incentivar envolvimento do prestador de cuidados
		Incentivar ingestão de líquidos
		Incentivar envolvimento na gestão do regime terapêutico

		Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime terapêutico
		Incentivar a executar técnica respiratória
		Incentivar a transferir-se
		Incentivar esperança
		Incentivar aceitação do estado de saúde
		Incentivar adesão ao regime medicamentoso
		Incentivar a andar
		Incentivar hábitos alimentares saudáveis
		Incentivar deglutição
		Incentivar a comunicação de emoções
		Incentivar a executar exercícios musculoesqueléticos
		Incentivar a tossir
		Incentivar aprendizagem de habilidades para otimizar gestão do regime terapêutico
		Incentivar o uso de dispositivos
		Incentivar comunicação
		Incentivar o levantar-se
		Incentivar repouso
		Incentivar interação social
		Incentivar a expectorar
		Incentivar treino da memória
		Incentivar a massajar
		Incentivar auto - vigilância

		Incentivar comportamento de adesão
		Incentivar comportamento de procura de saúde
		Incentivar o prestador de cuidados a tomar conta
		Incentivar adesão à dieta
		Incentivar adesão à vacinação
		Incentivar adesão a comportamento de procura de saúde
		Incentivar o auto cuidado: vestuário
		Incentivar o auto cuidado: higiene
		Incentivar a andar nas escadas
		Incentivar a transferir-se com dispositivos
		Incentivar interação social com grupo de suporte
	Assistir	Assistir no andar com auxiliar de marcha
		Assistir no transferir-se
		Assistir na gestão do regime terapêutico
		Assistir no levantar-se
		Assistir no posicionar-se
		Assistir no andar
		Assistir a identificar estratégias de alívio da dor
		Assistir a pessoa a promover o equilíbrio através de técnica de posicionamento
		Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento
		Assistir no sentar-se
		Assistir no auto cuidado: atividade física

		Assistir a identificar condições de risco para a queda
		Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de técnica respiratória
		Assistir a pessoa a otimizar a ventilação através de dispositivos respiratórios
		Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico
		Assistir a pessoa a promover a aceitação do estado de saúde
		Assistir no auto cuidado ao estoma
		Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico
		Assistir no auto cuidado: higiene
		Assistir no auto cuidado: vestuário
		Assistir no auto cuidado arranjo pessoal
		Assistir no uso do sanitário
		Assistir o prestador de cuidados a adequar o tomar conta
		Assistir a pessoa a identificar condições dificultadoras da interação social
		Assistir no auto cuidado: beber
		Assistir a identificar estratégias de coping eficazes
		Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade
	Envolver	Envolver a família
	Encorajar	Encorajar tomada de decisão
		Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão
		Encorajar aceitação do estado de saúde
		Encorajar a usar os serviços da comunidade
		Encorajar o auto controlo: ansiedade

		Encorajar interação social
		Encorajar expressão de crenças
		Encorajar interação de papéis
	Promover	Promover consciencialização
	Apoiar	Apoiar na tomada de decisão
		Apoiar o prestador de cuidados no tomar conta
		Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes
		Apoiar adaptação a novas atividades de estilos de vida
		Apoiar no luto
	Escutar	Escutar
	Negociar	Negociar cuidados
		Negociar um contrato de saúde
	Prevenir	Prevenir isolamento social
	Colaborar	Colaborar na técnica
	Reforçar	Reforçar penso de ferida

Categoria	Subcategoria	Intervenções de Enfermagem
Determinar	Avaliar	Avaliar movimento muscular
		Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
		Avaliar auto cuidado
		Avaliar risco de úlcera de pressão
		Avaliar potencial para melhorar a capacidade
		Avaliar necessidade de continuidade de cuidados
		Avaliar risco de queda
		Avaliar gestão do regime terapêutico
		Avaliar potencial de reconstrução de autonomia
		Avaliar capacidade para executar técnicas de exercício muscular e articular
		Avaliar equilíbrio corporal
		Avaliar o andar com auxiliar de marcha
		Avaliar conhecimento sobre técnicas de exercício muscular e articular
		Avaliar capacidade para gerir o regime de exercício
		Avaliar conhecimento sobre regime de exercício
		Avaliar conhecimento para promover o auto cuidado
		Avaliar capacidade para o equilíbrio corporal
		Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha
		Avaliar conhecimento sobre equilíbrio corporal
		Avaliar conhecimento sobre prevenção de queda
		Avaliar capacidade para prevenir úlcera de pressão

		Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera de pressão
		Avaliar conhecimento do cuidador para promover o auto cuidado
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda
		Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir úlcera de pressão
		Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso
		Avaliar capacidade para gerir o regime dietético
		Avaliar úlcera de pressão
		Avaliar conhecimento sobre regime dietético
		Avaliar o andar
		Avaliar ferida cirúrgica
		Avaliar capacidade para executar técnica de adaptação para andar
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha
		Avaliar ventilação
		Avaliar edema
		Avaliar obstipação
		Avaliar perda sanguínea
		Avaliar ferida traumática
		Avaliar o transferir-se
		Avaliar adesão ao regime terapêutico

		Avaliar limpeza das vias aéreas
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no andar
		Avaliar orientação
		Avaliar capacidade para otimizar a ventilação
		Avaliar comportamento de procura de saúde
		Avaliar conhecimento sobre ventilação
		Avaliar adesão ao regime medicamentoso
		Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão
		Avaliar memória de curto prazo
		Avaliar adesão ao regime dietético
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para transferir/assistir no transferir-se
		Avaliar adesão ao regime de exercício
		Avaliar ferida
		Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor
		Avaliar alucinação
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para otimizar a ventilação
		Avaliar risco de rigidez articular
		Avaliar maceração
		Avaliar deglutição
		Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o transferir-se
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre ventilação
		Avaliar sono

		Avaliar aceitação do estado de saúde
		Avaliar dispneia funcional
		Avaliar memória de longo prazo
		Avaliar adesão à vacinação
		Avaliar compromisso no transferir-se
		Avaliar risco de aspiração
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para prevenir a rigidez articular
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas
		Avaliar o levantar-se
		Avaliar stress do prestador de cuidados
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de rigidez articular
		Avaliar conhecimento sobre prevenção de rigidez articular
		Avaliar dispneia
		Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o levantar-se
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para estimular a cognição
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para gerir o stress
		Avaliar espasticidade
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para levantar/assistir no levantar-se
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para promover a limpeza das vias aéreas
		Avaliar cognição
		Avaliar conhecimento para promover o auto cuidado da ostomia de eliminação

		Avaliar rigidez articular
		Avaliar conhecimento do cuidador sobre ostomia de eliminação
		Avaliar papel de prestador de cuidados
		Avaliar capacidade para promover a limpeza das vias aéreas
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação
		Avaliar conhecimento para promover a limpeza das vias aéreas
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para tomar conta
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre tomar conta
		Avaliar auto cuidado da ostomia de eliminação
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para administrar medicamentos
		Avaliar capacidade para o auto cuidado da ostomia de eliminação
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover a deglutição
		Avaliar conhecimento sobre vacinação
		Avaliar capacidade da mãe e(ou) do pai para prevenir úlcera de pressão
		Avaliar capacidade para otimizar a respiração
		Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de úlcera de pressão
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de edema
		Avaliar conhecimento sobre prevenção da aspiração
		Avaliar conhecimento sobre prevenção da obstipação
		Avaliar conhecimento sobre prevenção de dispneia funcional
		Avaliar coping
		Avaliar risco de desidratação

		Avaliar ansiedade
		Avaliar capacidade do cuidador para terapia de orientação para a realidade
		Avaliar capacidade para executar técnica de deglutição
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para estimular memória de longo prazo
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para promover o sono
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre auto - vigilância
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de hipertensão
		Avaliar conhecimento sobre prevenção da desidratação
		Avaliar conhecimento sobre prevenção de úlcera diabética
		Avaliar eritema
		Avaliar interação social
		Avaliar náusea
		Avaliar o posicionar-se
		Avaliar úlcera
		Avaliar uso de álcool
		Avaliar apetite
		Avaliar auto cuidado: uso do sanitário
		Avaliar auto cuidado: vestuário
		Avaliar capacidade para o uso de estratégias adaptativas para o posicionar-se
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados para estimular memória de curto prazo
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre ansiedade
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre dispneia

	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação
	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de dispneia funcional
	Avaliar conhecimento para promover comportamento de procura de saúde
	Avaliar conhecimento sobre dispneia
	Avaliar conhecimento sobre obesidade
	Avaliar conhecimento sobre prevenção de edema
	Avaliar desidratação
	Avaliar diabetes
	Avaliar o mover-se em cadeira de rodas
	Avaliar risco de úlcera diabética
	Avaliar úlcera venosa
	Avaliar adesão a rastreio
	Avaliar auto cuidado: higiene
	Avaliar capacidade do cuidador para tratar da ostomia de eliminação
	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: vestuário
	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no mover-se em cadeira de rodas
	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para assistir no usar o sanitário
	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para cuidar da higiene
	Avaliar capacidade do prestador de cuidados para posicionar/assistir no posicionar-se
	Avaliar capacidade no uso de dispositivos para mover-se em cadeira de rodas
	Avaliar capacidade para uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário
	Avaliar compromisso no auto cuidado: higiene

		Avaliar compromisso no posicionar-se
		Avaliar comunicação expressiva
		Avaliar conhecimento sobre o uso de álcool
		Avaliar o expectorar
		Avaliar pele
		Avaliar potencial do cuidador para tomar conta
		Avaliar processo de luto
		Avaliar queda
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para alimentar através de sonda gástrica
		Avaliar capacidade do prestador de cuidados para otimizar a respiração
		Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre ventilação
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre cuidados com a pele
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor
		Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre obesidade
		Avaliar conhecimento sobre a doença
		Avaliar conhecimento sobre cuidados com a pele
		Avaliar conhecimento sobre estratégias de coping
		Avaliar conhecimento sobre o uso de tabaco
		Avaliar conhecimento sobre prevenção de perda sanguínea
		Avaliar insónia
		Avaliar pensamento
		Avaliar risco de diabetes tipo 2

		Avaliar risco de obstipação
		Avaliar risco de retenção urinária
		Avaliar uso de tabaco
	Vigiar	Vigiar sinais de úlcera de pressão
		Vigiar dor
		Vigiar penso da ferida cirúrgica
		Vigiar penso da úlcera de pressão
		Vigiar penso da ferida traumática
		Vigiar penso de ferida
		Vigiar respiração
		Vigiar as secreções
		Vigiar medidas de segurança
		Vigiar eliminação intestinal
		Vigiar local de inserção do cateter
		Vigiar eliminação urinária
		Vigiar líquido de drenagem
		Vigiar penso da úlcera
		Vigiar local de inserção de dreno
		Vigiar penso da úlcera venosa
		Vigiar comportamento
		Vigiar reflexo de deglutição
		Vigiar estoma

		Vigiar pele periférica ao estoma
		Vigiar penso do dreno
		Vigiar o abdómen
		Vigiar resposta à medicação
		Vigiar conteúdo gástrico
		Vigiar penso
		Vigiar memória
		Vigiar penso do cateter
		Vigiar tosse
		Vigiar resposta/reação à vacina
		Vigiar pulso
		Vigiar unhas
	Monitorizar	Monitorizar dor
		Monitorizar frequência cardíaca
		Monitorizar tensão arterial
		Monitorizar saturação de oxigénio
		Monitorizar I.N.R. (índice internacional normalizado)
		Monitorizar glicemia capilar
		Monitorizar temperatura corporal
		Monitorizar frequência respiratória
		Monitorizar peso corporal
		Monitorizar amplitude articular

		Monitorizar líquido de drenagem
		Monitorizar altura
		Monitorizar parâmetros da urina
		Monitorizar índice de massa corporal
		Monitorizar uso de tabaco
		Monitorizar perímetro abdominal
		Monitorizar uso de álcool
		Monitorizar conteúdo gástrico
		Monitorizar eliminação urinária
		Monitorizar hemoglobina glicosilada (Hba1c)
		Monitorizar índice pressão tornozelo - braquial (IPTB)
	Supervisionar	Supervisionar o andar com auxiliar de marcha
		Supervisionar o andar
		Supervisionar o transferir-se
		Supervisionar o posicionar-se
		Supervisionar prestador de cuidados a cuidar da higiene
	Inspecionar	Inspecionar cavidade oral
	Identificar	Identificar necessidade de equipamento adaptativo para o andar

Categoria	Subcategoria	Intervenções de Enfermagem
Informar	Ensinar	Ensinar sobre padrão de exercício
		Ensinar sobre exercícios
		Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos
		Ensinar sobre gestão do regime terapêutico
		Ensinar sobre prevenção de queda
		Ensinar sobre hábitos de exercício
		Ensinar sobre complicações
		Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
		Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações
		Ensinar sobre o autocuidado: atividade física
		Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas
		Ensinar sobre regime medicamentoso
		Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão
		Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão
		Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento
		Ensinar o prestador de cuidados a promover a autonomia
		Ensinar sobre padrão de repouso
		Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz
		Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos de prevenção de úlcera de pressão
		Ensinar sobre prevenção de úlcera de pressão
		Ensinar sobre condição do doente

		Ensinar sobre padrão alimentar
		Ensinar sobre dispositivos para o auto cuidado: higiene
		Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso
		Ensinar sobre técnica de posicionamento
		Ensinar sobre exercícios respiratórios
		Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta
		Ensinar sobre o auto cuidado: higiene
		Ensinar sobre técnica de adaptação para andar
		Ensinar sobre auto cuidado: arranjo pessoal
		Ensinar o prestador de cuidados sobre doença
		Ensinar sobre o auto cuidado: vestuário
		Ensinar sobre doença
		Ensinar sobre medicamentos
		Ensinar sobre ventilação
		Ensinar sobre estratégias adaptativas
		Ensinar sobre dispositivos de prevenção de úlcera de pressão
		Ensinar sobre recursos da comunidade
		Ensinar sobre prevenção da obstipação
		Ensinar sobre dispositivos para o uso do sanitário
		Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o alimentar-se
		Ensinar sobre dispositivos respiratórios
		Ensinar sobre dieta

		Ensinar sobre prevenção da rigidez articular
		Ensinar o prestador de cuidados a prevenir a rigidez articular
		Ensinar sobre complicações da doença
		Ensinar o prestador de cuidados sobre ventilação
		Ensinar o prestador de cuidados sobre alimentação
		Ensinar o prestador de cuidados sobre o mover-se em cadeira de rodas
		Ensinar o prestador de cuidados a promover o tossir
		Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica respiratória
		Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração
		Ensinar sobre dispositivos para o auto cuidado do estoma
		Ensinar sobre eliminação intestinal
		Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos de saúde
		Ensinar sobre expectoração
		Ensinar o prestador de cuidados a estimular a cognição
		Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações da doença
		Ensinar o prestador de cuidados sobre limpeza das vias aéreas
		Ensinar o prestador de cuidados a manter medicamentos
		Ensinar o prestador de cuidados sobre adaptação
		Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da dispneia
		Ensinar o cuidador sobre dispositivos para ostomia de eliminação
		Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados
		Ensinar a treinar a cognição

		Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da obstipação
		Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de dispneia
		Ensinar terapia de estimulação da cognição
		Ensinar sobre conservação de energia
		Ensinar sobre serviços de saúde
		Ensinar o prestador de cuidados sobre dispositivos para o auto cuidado: beber
		Ensinar sobre o auto cuidado: beber
		Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações do edema
		Ensinar o prestador de cuidados sobre eliminação intestinal
		Ensinar sobre complicações do estoma
		Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de obstipação
		Ensinar sobre dispositivos para o autocuidado da ostomia de eliminação
		Ensinar sobre ostomia de eliminação
		Ensinar sobre auto - vigilância
		Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção do edema
		Ensinar o prestador de cuidados sobre padrão de sono
		Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da hipertensão
		Ensinar sobre edema
		Ensinar técnicas para diminuir o edema
		Ensinar sobre estratégias não farmacológicas
		Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações da pele
		Ensinar o prestador de cuidados sobre cuidados à pele

		Ensinar o prestador de cuidados sobre serviços de saúde
		Ensinar o cuidador sobre terapia de orientação para a realidade
		Ensinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene
		Ensinar o prestador de cuidados sobre hipertensão
		Ensinar sobre comportamento de adesão
		Ensinar a prevenir úlceras do pé
		Ensinar o prestador de cuidados a treinar a memória
		Ensinar o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: vestuário
		Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: atividade recreativa
		Ensinar o prestador de cuidados sobre recursos da comunidade
		Ensinar sobre vacinas
		Ensinar o prestador de cuidados a gerir a ansiedade
		Ensinar sobre inaloterapia
		Ensinar sobre tratamentos
		Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia
		Ensinar sobre coping
		Ensinar sobre prevenção da aspiração
		Ensinar sobre sinais de aspiração
		Ensinar a família sobre o luto
		Ensinar o prestador de cuidados sobre sono
		Ensinar sobre complicações da não adesão à vacinação
		Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico

		Ensinar sobre o uso de tabaco
		Ensinar sobre prevenção da perda sanguínea
		Ensinar sobre resposta / reação à vacina
	Instruir	Instruir a andar com auxiliar de marcha
		Instruir a exercitação musculartoarticular
		Instruir exercícios musculares
		Instruir sobre equilíbrio corporal
		Instruir a executar exercícios
		Instruir sobre técnicas para aumentar o equilíbrio corporal
		Instruir a prevenir quedas
		Instruir o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: atividade física
		Instruir a andar
		Instruir o prestador de cuidados a prevenir a queda
		Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar com auxiliar de marcha
		Instruir a posicionar-se
		Instruir o prestador de cuidados sobre o uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão
		Instruir o prestador de cuidados para assistir no posicionar-se
		Instruir a transferir-se
		Instruir o prestador de cuidados para assistir no transferir-se
		Instruir a técnica de deglutição
		Instruir o prestador de cuidados para posicionar
		Instruir o prestador de cuidados para assistir no andar

	Instruir a técnica de marcha
	Instruir o prestador de cuidados para transferir
	Instruir a aliviar zona de pressão através de dispositivos
	Instruir sobre exercícios respiratórios
	Instruir a técnica respiratória
	Instruir sobre dispositivos respiratórios
	Instruir sobre dispositivos de prevenção de úlcera de pressão
	Instruir o prestador de cuidados para executar exercício musculartoarticular
	Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o transferir-se
	Instruir o prestador de cuidados sobre técnica respiratória
	Instruir o prestador de cuidados para assistir no levantar-se
	Instruir a estimular a memória
	Instruir o prestador de cuidados a levantar a pessoa
	Instruir a gerir analgesia
	Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos respiratórios
	Instruir a técnica de tossir
	Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para limpeza das vias aéreas
	Instruir o cuidador no uso de dispositivos de ostomia de eliminação
	Instruir o cuidador para tratar o estoma
	Instruir a transferir-se com dispositivo
	Instruir a autoadministrar medicamentos
	Instruir a inaloterapia

		Instruir o prestador de cuidados a assistir no uso da cadeira de rodas
		Instruir o prestador de cuidados a tratar o eritema de fraldas
		Instruir o prestador de cuidados para tomar conta
		Instruir o auto cuidado à ostomia de eliminação
		Instruir o prestador de cuidados no uso de dispositivos para o posicionar-se
		Instruir o uso de dispositivos de ostomia de eliminação
		Instruir a mover-se em cadeira de rodas
		Instruir a tratar o eritema
		Instruir o cuidador sobre terapia de orientação para a realidade
		Instruir o prestador de cuidados a cuidar da higiene
		Instruir o prestador de cuidados para administrar medicamento
		Instruir o prestador de cuidados para dar banho
		Instruir o prestador de cuidados para executar inaloterapia
		Instruir o auto cuidado: higiene
		Instruir o prestador de cuidados a executar a técnica de relaxamento
		Instruir o prestador de cuidados para vestir
		Instruir sobre estratégias
		Instruir a auto - vigilância do pé
		Instruir a técnica de distração
	Treinar	Treinar a técnica de exercícios musculoesqueléticos
		Treinar a andar com auxílio de marcha
		Treinar o equilíbrio corporal

	Treinar o andar
	Treinar a transferir-se
	Treinar o levantar-se
	Treinar o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se
	Treinar o prestador de cuidados no uso de dispositivos de prevenção de úlcera de pressão
	Treinar o prestador de cuidados a transferir
	Treinar a posicionar-se
	Treinar o prestador de cuidados para assistir no andar
	Treinar a técnica de deglutição
	Treinar o prestador de cuidados a posicionar
	Treinar a otimização da ventilação através de técnica respiratória
	Treinar a otimizar a ventilação através de técnica respiratória: dissociação tempos respiratórios
	Treinar a otimizar a ventilação através de técnica respiratória: respiração abdomino diafragmática
	Treinar o prestador de cuidados a executar exercitação musculartoarticular
	Treinar a técnica de inalação através de inalador
	Treinar o prestador de cuidados a assistir no levantar-se
	Treinar o prestador de cuidados a executar técnica respiratória
	Treinar o prestador de cuidados no uso de dispositivos respiratórios
	Treinar a otimizar a ventilação através de dispositivos
	Treinar o uso de dispositivos para limpeza das vias aéreas
	Treinar o uso de dispositivos de prevenção de úlceras de pressão
	Treinar o uso de dispositivos respiratórios

		Treinar o cuidador no uso de dispositivos de ostomia de eliminação
		Treinar a memória
		Treinar o uso de dispositivos de ostomia de eliminação
		Treinar o cuidador sobre terapia de orientação para a realidade
		Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene
		Treinar o prestador de cuidados a administrar medicamento por via subcutânea
		Treinar o prestador de cuidados a executar inaloterapia
		Treinar o prestador de cuidados a assistir no uso do sanitário
		Treinar a auto - vigilância dos pés
		Treinar a técnica respiratória
	Aconselhar	Aconselhar sobre padrão de eliminação intestinal adequado
		Aconselhar programa de interação social
	Orientar	Orientar para uso de técnicas de relaxamento
		Orientar para o serviço de saúde
		Orientar prestador de cuidados para recursos da comunidade
		Orientar para o enfermeiro de família

Categoria	Subcategoria	Intervenções de Enfermagem
Executar	Executar	Executar exercícios musculares
		Executar técnica de exercitação musculartoarticular com alongamento
		Executar técnica de exercitação musculartoarticular ativa-assistida
		Executar técnica de exercitação muscularto articular através de dispositivos
		Executar técnica de massagem
		Executar técnica de exercitação musculartoarticular ativa-resistida
		Executar técnica de exercitação musculartoarticular passiva
		Executar técnica de posicionamento para promover equilíbrio corporal
		Executar medidas de segurança
		Executar tratamento da ferida cirúrgica
		Executar tratamento da úlcera de pressão
		Executar tratamento da ferida traumática
		Executar tratamento da ferida
		Executar técnica de reeducação diafragmática
		Executar técnica costal inferior bilateral
		Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas
		Executar técnica de exercitação musculartoarticular
		Executar técnica de relaxamento
		Executar cinesiterapia respiratória
		Executar tratamento da úlcera
		Executar tratamento ao local de inserção do dreno

		Executar técnica costal inferior unilateral
		Executar tratamento da úlcera venosa
		Executar tratamento da maceração
		Executar técnica para estimular cognição
		Executar técnica de posicionamento preventiva da aspiração
		Executar terapia de orientação para a realidade
		Executar colheita de espécimes
		Executar inaloterapia
		Executar técnica de treino da memória
		Executar técnica de distração
		Executar tratamento ao local de inserção de cateter subcutâneo
	Posicionar	Posicionar
	Preparar	Preparar família para a alta
		Preparar cadáver
		Preparar medicação
	Transferir	Transferir
		Transferir para a cadeira
		Transferir para a cama
	Estimular	Estimular deglutição
		Estimular eliminação intestinal
		Estimular a memória
		Estimular a tossir

	Elevar	Elevar parte do corpo
		Elevar a cabeceira da cama
		Elevar grades da cama
	Aspirar	Aspirar secreções
	Trocar	Trocar dreno
		Trocar sonda gástrica
		Trocar fralda
		Trocar cateter subcutâneo
		Trocar cateter urinário
		Trocar dispositivos de ostomia
		Trocar placa de ostomia
		Trocar saco de ostomia
		Trocar cateter venoso periférico
	Remover	Remover material de sutura
		Remover cateter urinário
		Remover cateter
		Remover cateter venoso periférico
	Lavar	Lavar a boca
	Inserir	Inserir sonda gástrica
		Inserir cateter urinário
		Inserir cateter
		Inserir cateter venoso periférico

	Limpar	Limpar a pele periférica ao estoma
	Irrigar	Irrigar
	Drenar	Drenar conteúdo gástrico através de sonda

Categoria	Subcategoria	Intervenções de Enfermagem
Gerir	Planear	Planear consulta
		Planear atividade
		Planear treino do equilíbrio corporal
		Planear técnica de relaxamento
		Planear encontro com o prestador de cuidados
		Planear técnica de distração
		Planear dieta
		Planear vacinação
		Planear o sono
		Planear terapia
		Planear técnica de treino da memória
	Otimizar	Otimizar ambiente físico
		Otimizar cateter subcutâneo
		Otimizar comunicação
		Otimizar dreno

		Otimizar cateter urinário
		Otimizar sonda gástrica
		Otimizar inaloterapia
		Otimizar fralda
		Otimizar imobilização
		Otimizar cateter venoso periférico
		Otimizar ostomia de eliminação
	Gerir	Gerir medidas de segurança
		Gerir ambiente
		Gerir regime medicamentoso
		Gerir atividade do doente
		Gerir inaloterapia
		Gerir oxigenoterapia
	Aplicar	Aplicar envolvimento frio
		Aplicar creme
		Aplicar ligadura
		Aplicar dispositivos de prevenção de úlcera de pressão
		Aplicar dispositivo de imobilização
		Aplicar penso compressivo
	Manter	Manter grades da cama
		Manter a pele seca
	Providenciar	Providenciar dispositivos para prevenção de úlcera de pressão

		Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso
		Providenciar dispositivos
		Providenciar material de leitura
		Providenciar material de leitura sobre gestão do regime terapêutico
		Providenciar dispositivos para o uso do sanitário
	Restringir	Restringir atividade física
	Dar	Dar banho
		Dar banho no chuveiro
	Interromper	Interromper a ingestão de alimentos

Categoria	Subcategoria	Intervenções de Enfermagem
Tratar	Aliviar	Aliviar dor através de embalagem fria
		Aliviar zona de pressão através de dispositivos

Categoria	Subcategoria	Intervenções de Enfermagem
Outros	Referir	Referir para o serviço médico
		Referir para o serviço social
		Referir para o serviço de nutrição
		Referir para os cuidados continuados
		Referir queda
	Disponibilizar	Disponibilizar suporte emocional
	Levantar	Levantar a pessoa
	Requerer	Requerer serviço de nutrição
		Requerer serviço de enfermagem