

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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização / Enfermagem de Reabilitação

Trabalho de Projeto

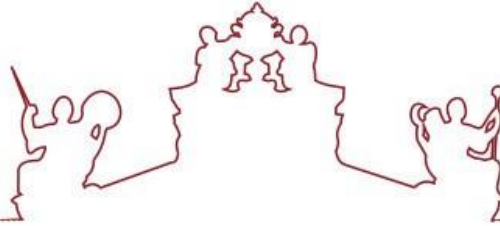
**Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de
idade, com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos
cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

Rúben Alexandre da Silva Galheto

Orientador(es) / César Fonseca

Évora 2022





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

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização / Enfermagem de Reabilitação

Trabalho de Projeto

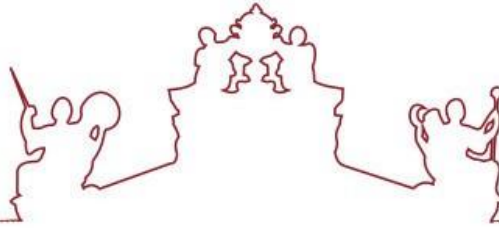
**Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de
idade, com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos
cuidados de Enfermagem de Reabilitação**

Rúben Alexandre da Silva Galheto

Orientador(es) / César Fonseca

Évora 2022

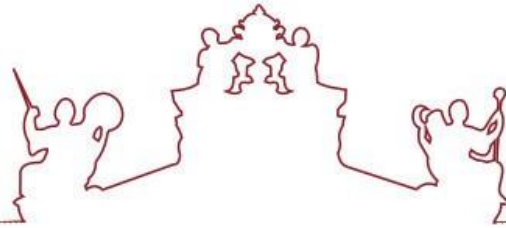




O trabalho de projeto foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente / Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Universidade de Évora)

Vogais / César Fonseca (Universidade de Évora) (Orientador)
Rogério Manuel Ferrinho Ferreira (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente)



“El secreto de la felicidad es tener gustos sencillos y una mente compleja, el problema es que a menudo la mente es sencilla y los gustos son complejos”

Fernando Savater

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos tornam-se necessários como forma de agradecer e rejubilar todos aqueles que contribuíram positivamente para o meu percurso profissional e pessoa.

Refiro-me a todos as pessoas que de uma forma, engrandeceram o meu potencial e procuraram, na sua disponibilidade, incentivar a procura das melhores situações-problema e assim contribuir ativamente para o meu crescimento.

Agradeço inicialmente, à minha família, que são hoje os grandes pilares e que sempre lutaram pelo meu melhor e pela minha formação, que nunca me deixaram desistir, e onde sei que nunca me vão deixar cair.

À Inês, companheira de luta, que agradeço o carinho e a paixão, o suporte e a união, que me permitiram lutar e garantir que todos os obstáculos eram ultrapassados.

Ao professor Doutor César Fonseca, pela sua autoridade, disponibilidade e eficiência em todo o processo académico.

Às enfermeiras orientadoras, ímpares no cuidado de enfermagem, com dedicação plena à enfermagem de reabilitação, que procuram a cada cuidado, a prática com enfoque na pessoa e nas suas necessidades. A elas, um agradecimento profundo, pois “abriram o livro” da enfermagem de reabilitação para eu o ler.

Às minhas enfermeiras-chefes, que respeitaram a minha escolha e impulsionaram a minha formação académica, garantindo que nada me faltaria.

Aos meus amigos, que sempre estiveram, estão e estarão no meu coração.

A todos, um obrigado não chega!

Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade, com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

RESUMO

Enquadramento: O envelhecimento saudável é um desafio do séc. XXI, denotando-se a importância de envelhecer com saúde e maior autonomia. A doença neurológica caracteriza-se pelas elevadas taxas de incapacidade e mortalidade. A intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no cuidado à pessoa com patologia do foro neurológico urge na promoção de ganhos a nível da mobilidade e do autocuidado. **Objetivo:** Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e de mestre nos cuidados à pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas com défice de autocuidado. **Metodologia:** Implementou-se um projeto de intervenção baseado na Teoria de Médio Alcance de Lopes, objetivando ganhos sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. **Resultados:** Verificaram-se ganhos em saúde potencializando a capacitação para o autocuidado, no domínio físico, cognitivo, comportamental, emocional e psicossocial. **Conclusão:** Foram adquiridas competências potencializando a promoção do autocuidado, com ganhos na funcionalidade geral da população alvo pós-intervenção.

Palavras chave: envelhecimento saudável, funcionalidade, ganhos em saúde, autocuidado, doença neurológica, Enfermagem de Reabilitação

Promotion of Self-care in people aged 65 and over, with neurological disorders: Sensitive gains from Rehabilitation Nursing care

ABSTRACT

Background: Healthy aging is a challenge of the 20th century. XXI, denoting the importance of aging with health and greater autonomy. Neurological disease is characterized by high rates of disability and mortality. The intervention of the Rehabilitation Specialist Nurse in the care of people with neurological pathology is urgent to promote gains in terms of mobility and self-care. **Objective:** To develop the skills of a Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing and a master's degree in care for people aged 65 and over with neurological disorders with self-care deficit. **Methodology:** An intervention project based on Lopes' Medium Range Theory was implemented, aiming at sensible gains in Rehabilitation Nursing care. **Results:** There were health gains, enhancing training for self-care, in the physical, cognitive, behavioral, emotional and psychosocial domains. **Conclusion:** Skills were acquired enhancing the promotion of self-care, with gains in the general functionality of the post-intervention target population.

Keywords: healthy aging, functionality, health gains, self-care, neurological disease, Rehabilitation Nursing

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AC – Autocuidado

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AVC -Acidente Vascular Cerebral

AVD´s- Atividades de Vida Diária

CDE - Código Deontológico dos Enfermeiros

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Cpm – Ciclos por minuto

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE- Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ENCS – Elderly Nursing Core Set

ER – Enfermagem de Reabilitação

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

ICN – International Council of Nursing

INE – Instituto Nacional de Estatística

MoCA- Montreal Cognitive Assessment

MPP – Modelo de Prática Profissional

nº- número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

PICOD – Patient/Problem Intervention, Comparison, Outcome, Design

REPE – Regulamento Exercício Profissional do Enfermeiro

RFM – Reeducação Funcional Motora

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

Séc. – século

SNS -Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

ÍNDICE FIGURAS

Figura nº 1 - Esperança de vida média à nascença.....	16
Figura nº 2 - Esperança média de vida em Portugal 2018-2020.....	17
Figura nº 3 - Quadro de ação em saúde pública para o envelhecimento saudável..	18
Figura nº 4 - Percentagem de anos de vida perdidos por incapacidade (DAILY) para as doenças neurológicas e outras doenças relevantes.....	19
Figura nº 5 - Metodologia de pesquisa desenvolvida através do Prisma 2009 Flow Diagram	28
Figura nº 6 - Teoria de Autocuidado de Orem.....	40
Figura nº 7 - Modelo de Prática Profissional	45

ÍNDICE TABELAS

Tabela nº 1 - Descrição sumária dos resultados	31
Tabela nº 2 - Ganhos em saúde de Enfermagem de Reabilitação	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 - Média de ganhos por grupo/domínio ENCS	88
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Necessidades de AC – Adaptado de Fonseca (2013).....	43
Quadro nº 2 - Plano de Intervenção foro ortopédico	58
Quadro nº 3 - Plano de Intervenção foro neurológico	61
Quadro nº 4 - Plano de Intervenção foro respiratório	64
Quadro nº 5 - Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo A.....	68
Quadro nº 6 - Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo B.....	69
Quadro nº 7 - Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo C.....	70
Quadro nº 8 - Média global de ganhos do grupo A, B e C	87

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA	4
2. APRECIACÃO DO CONTEXTO – JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO	9
3. Estratégia de intervenção profissional	14
3.1 Enquadramento teórico e conceptual	14
3.1.1 O Envelhecimento demográfico – O impacto da doença neurológica na pessoa idosa.....	14
3.2.1 Proposta de Enfermagem de reabilitação na pessoa com défice de autocuidado por alterações neurológicas – Revisão Sistemática de Literatura	23
4. MODELO DO AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	37
4.1 Justificação da estratégia de intervenção	46
5. METODOLOGIA	49
5.1 População alvo	50
5.2 Instrumentos de apreciação diagnóstica	52
5.3 Plano de intervenção	55
5.3.1 – Plano de Intervenção foro ortopédico	56
5.3.2 – Plano de Intervenção foro neurológico	59

5.3.3 - Plano de intervenção foro respiratório.....	62
5.4 Considerações éticas	65
6. APRESENTAÇÃO DOS DADOS DE APRECIACÃO DIAGNÓSTICA.....	67
6.1 Discussão	71
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS....	90
7.1 Competências comuns do enfermeiro especialista	90
7.2 Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.....	97
7.3 – Competências de mestre	102
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
BIBLIOGRAFIA.....	107

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório de estágio, inserido no 5º Mestrado em Associação de Enfermagem, o qual é dirigido pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, tem como fim a obtenção de Grau de Mestre na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, aqui retratado no tema “Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação”.

O envelhecimento da população é hoje um fenómeno universal característico, tanto a nível europeu como a nível dos países em desenvolvimento (WHO, 2019). Nos últimos 50 anos, o desenvolvimento socioeconómico foi acompanhado por quedas abruptas no que respeita à fertilidade e, igualmente dramático, um aumento exponencial da esperança da vida (WHO, 2015; WHO, 2017; WHO, 2019).

A reabilitação é considerada hoje, um serviço de saúde fundamental para as pessoas, que respeita a condição de saúde de cada pessoa, ao longo de todas as fases do curso da vida e particularmente durante fases de agudização, sub-agudização e cuidados de longa duração (WHO, 2019; WHO, 2020a). Concomitantemente, perspetiva o impacto de uma condição de doença ou incapacidade da pessoa, desenvolvendo uma intervenção com vista à maximização da sua funcionalidade e na redução da experiência de incapacidade, promovendo a independência (WHO, 2019, WHO, 2020a).

Enquanto especialidade multidisciplinar, a reabilitação “compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, que para além da promoção da independência, objetiva a máxima satisfação da pessoa, preservando a sua autoestima” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565). O EEER representa o papel do profissional de saúde que visa, através da sua intervenção, “conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados em problemas reais e potenciais da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

O presente relatório demonstra a aquisição de competências específicas do EEER, por forma a adquirir um conjunto de conhecimentos através da assiduidade em está-

gios com carácter específico, definido pela Ordem dos Enfermeiros, como pilares no processo de formação académica: ortotraumatológicos, cardiorrespiratórios e neurológicos (OE, 2018a). Esta premissa é o garante necessário para que ao longo destes estágios, o programa formativo concilie os requisitos da OE e da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), salvaguardando o desenvolvimento científico e profissional (OE, 2018a).

Procura de forma esclarecedora, evocar a importância do EEER, relatando o papel da enfermagem de reabilitação na intervenção junto das pessoas com incapacidade, adequando o cuidado às necessidades encontradas (Santos, 2017).

Deste modo, ao longo deste relatório, serão relatados todos os participantes ao longo do percurso, respetivamente aos locais de estágio: ortopédico, neurológico e respiratório; descrevendo os planos de intervenção, com as respetivas intervenções selecionadas e prescritas, tendo como premissa inicial, orientar o processo de reabilitação para a reeducação/maximização do autocuidado através dos planos acima estabelecidos, com vista à consecução do projeto de saúde (Regulamento n.º 392/2019).

O primeiro estágio decorreu no serviço de Ortopedia, em contexto hospitalar, com a duração de 6 semanas, com o olhar de intervenção sobre pessoas do foro ortopédico, quer traumatológico quer por cirurgia de eleição, criando estratégias com o foco na melhoria das pessoas no autocuidado, transferências e treino de marcha (Copanitsanou, 2019). Nomeadamente, torna-se essencial uma intervenção precoce que possibilite a transição do hospital, para o domicílio ou a continuação de cuidados de reabilitação para uma instituição (Copanitsanou, 2019).

O estágio final desenvolve-se também em contexto hospitalar, num serviço de medicina interna, que se subdividiu em dois estágios, um primeiro, com uma população alvo com patologia neurológica, tema central deste relatório, tendo a duração de 10 semanas, e onde foi possível colocar em prática o projeto estabelecido. Por fim, foi realizado estágio relativo a enfermagem de reabilitação no que concerne aos cuidados à pessoa com compromisso cardiorrespiratório.

O défice de autocuidado (AC) e o estudo do referencial teórico proposto por Orem (2001), tem sido largamente reconhecido e desenvolvido pela enfermagem, propondo um espectro de intervenção na pessoa, considerando-o como um agente que pode se autorrecriar e elaborar o seu próprio plano de autocuidado (Yip, 2021, Tanaka, 2022). Simultaneamente, a aplicação da teórica na prática, possibilita a reflexão do cuidar de enfermagem e entender a sua aplicabilidade e adaptabilidade (Yip, 2021, Tanaka, 2022). Como nos é apresentado no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, a intervenção do EEER, caracteriza-se pela formulação de planos de cuidados, direcionados para as necessidades e objetivos individuais da pessoa com vista à “promoção do autocontrolo e do autocuidado em processos de transição e ou incapacidade” (Regulamento n° 392/2019, p. 13567).

Pretende-se assim, relatar todo o percurso das situações que foram experienciadas e descrevê-las, relatando consecutivamente a produção do projeto de intervenção, evolução e implementação, e posteriormente desenvolver um conjunto de intervenções, descrevendo-as e relacionando-as com os diversos documentos que sustentam a intervenção do EEER como o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Competências Específicas para o exercício de EEER e Competências de Mestre.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que estão inscritas no Regulamento n°140/2019, identificam as linhas orientadoras das competências, reconhecendo a sua capacidade e orientação para os cuidados especializados, fruto da maior exigência relativa aos cuidados de saúde (Regulamento n°140/2019).

As Competências do EEER consideram-se pela capacidade do EEER “promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades (...) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades.” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13565).

As Competências de Mestre estão descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de Agosto, onde o grau de Mestre é concedido a quem apresenta um conjunto de saberes e conhecimentos, e que demonstre “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas (...)” (Decreto-lei n.º 65/2018, p. 4150), nomeadamente em questões de investigação, numa tentativa de aproximar a prática à evidência, no caso deste relatório, que será mais à frente, através da realização de uma Revisão Sistemática de Literatura [RSL].

Pretende-se através deste relatório, descrever o percurso à luz das competências acima descritas, mas também relatar os conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo dos estágios que compuseram o estágio, definindo os objetivos:

Objetivo Geral: Identificar e desenvolver competências de EEER, com base teórica e metodológica da pessoa com défice de autocuidado, observando os ganhos em saúde.

Objetivos Específicos: Obter competências em EEER e avaliar a funcionalidade global através de um programa de reabilitação, com vista à diminuição do défice do autocuidado, adequado às necessidades da pessoa com patologia do foro ortopédico, neurológico e respiratório.

Este relatório compõe-se na sua estrutura por: primeiramente, uma análise dos contextos e da população residente na área geográfica do centro hospitalar alvo de intervenção, seguidamente, o enquadramento teórico-conceitual da problemática em estudo e a justificação da intervenção do EEER, que se concretiza com a elaboração de uma RSL. Posteriormente, será apresentada a metodologia e o modelo prático profissional de enfermagem desenvolvidos no âmbito do projeto de intervenção profissional, descrevendo a intervenção do EEER e os planos de intervenção elaborados de acordo com a patologia em foco. Em seguida, remete-se um capítulo para a apresentação e discussão dos resultados encontrados. Seguidamente, será apresentada a reflexão sobre as Competências Comuns de Enfermeiro Especialista, de EEER e de Mestre. Em último, as considerações finais, onde se aborda as conclusões do projeto e do relatório bem como as dificuldades e limitações encontradas.

Para a elaboração do trabalho recorreremos às normas de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus Universidade de Évora e

Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

as referências (citações, fontes e bibliografia) com as normas APA *American Psychological Association 6th edition*. A redação escrita foi desenvolvida respeitando o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO – JUSTIFICAÇÃO DO LOCAL DO ESTÁGIO

Neste capítulo, pretende-se realizar a descrição do centro hospitalar e respetivos serviços nos quais foi possível desenvolver o estágio clínico, sendo desta forma possível a colocação em prática do conhecimento e do saber, numa aproximação entre o saber-ser e o saber-fazer. Consecutivamente, será elaborada uma descrição sobre os recursos disponíveis nos contextos, relativos à prática do EEER e a sua adequabilidade.

Centro Hospitalar da Área Metropolitana de Lisboa

O centro hospitalar onde foi implementado o projeto de intervenção, representa-se como um estabelecimento público, qualificando-se como uma unidade de cuidados saúde diferenciados, integrada numa rede oficial hospitalar e classificado como hospital geral e distrital (ACSS, 2021).

Note-se que o hospital tem uma área de influência que engloba 4 concelhos da área metropolitana de Lisboa, garantindo resposta de saúde a cerca de 214 mil habitantes (INE, 2021). A população desta região apresenta um índice de envelhecimento alto (nº136) sendo que a média em Portugal rondará 163,2. Por outro lado, é considerada com um índice de dependência (61,4) superior à média portuguesa (52,5).

Outro fator de relevo, relaciona-se com o facto de apenas existirem 372 camas para internamento de pessoas no conjunto dos dois hospitais, constituintes do centro hospitalar. Estes 4 concelhos apresentam uma média de 7,4 Enfermeiros por 1000 habitantes em contraposição relativamente à média portuguesa que se situa nos 6,3 Enfermeiros por 1000 habitantes (INE, 2021).

Dados relativos a agosto de 2021, demonstram que a demora média de internamento situa-se em 8,7 dias, acima da média no total do Serviço Nacional de Saúde (ACSS, 2021). Apresenta ainda uma percentagem de 4,1 % de internamentos com demora superior a 30 dias, o que contraste com o elevado nível de dependência e com a elevada per-

centagem de doentes referenciados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (ACSS, 2021).

A escolha do local de estágio de opção prendeu-se, como foi possível observar, pelos dois fatores acima descrito, primeiramente, um elevado índice de dependência, que supera a média portuguesa e que contrasta com o elevado índice de envelhecimento, com valores próximos da média portuguesa.

Serviço de Ortopedia

O serviço de Ortopedia, onde foi desenvolvido o primeiro estágio na área de reabilitação (intervenção de Ortopedia/Ortotraumatologia) teve duração de 6 semanas.

A atividade desenvolvida neste serviço remete-se para o internamento e modalidade cirúrgica, com intervenção cirúrgica a nível da coluna vertebral, ombro, anca, joelho e traumatologia. Como equipa multidisciplinar podemos considerar a sua constituição com Enfermeiros generalistas, Médicos, Assistente social, Assistentes operacionais, nutricionista, técnico administrativos e por último, 6 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

Atente-se que o compromisso no sistema músculo-esquelético, frequentemente associado à osteoartrose e eventos traumáticos, representa consequências tanto a nível do processo psicológico bem como a nível da tradução em eventos geradores de incapacidade ou perda de funcionalidade, constituindo-se como uma área de relevo para os cuidados de Enfermagem de Reabilitação (Lourenço, Faria, Ribeiro e Ribeiro, 2021).

Não foi possível observar nenhum projeto inerente à área de especialização de Enfermagem de Reabilitação, mas os procedimentos desde o momento da admissão até à alta (processo de enfermagem), são desenvolvidos com uma diretriz estabelecida.

No período de admissão, é realizada uma avaliação inicial, onde se abordam as antecedentes pessoais, a história atual de encaminhamento para o internamento hospitalar e a situação social, questionando sobre os dados sociais e familiares, sobre o momento da alta e a existência de cuidador informal ou não. Posteriormente e no caso de não ser

possível o regresso ao domicílio, a pessoa é sinalizada e/ou referenciada para a Equipa de Gestão de Altas (EGA), com hipótese de ingresso na RNCCI.

A metodologia apresentada respeita o referencial do processo de enfermagem, reforçando o pensamento crítico sobre as metas a atingir, dependendo necessariamente da vontade da pessoa cuidada, exigindo parceria e contribuindo para individualização e humanização (Schoeller et al., 2020).

Após a avaliação inicial, cabe ao ER estabelece-se o plano de intervenção para cada pessoa, assumindo um papel importante no início da reabilitação. Torna-se importante a consciencialização das limitações funcionais e restrições necessárias, dos objetivos e das condições facilitadoras e dificultadores do processo de recuperação (Sousa e Carvalho, 2017). A intervenção do ER no serviço de Ortopedia inicia-se com atividades terapêuticas no leito (durante o período pré-operatório), levante diário para cadeira de rodas, com treino de transferências para cadeirão, quer para a casa de banho, treino de marcha com auxiliar de marcha e treino de atividades de vida diária¹, por forma a capacitar a pessoa e alcançar um elevado nível de funcionalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011; Sousa e Carvalho, 2017).

No que concerne aos materiais e dispositivos auxiliares, podemos considerar que o serviço de Ortopedia apresenta cadeiras de rodas convencionais, que estão adequadas à maioria das pessoas internadas, isto quer dizer com potencial de marcha e que inicia treino de marcha em pequenas distâncias (Sousa e Carvalho, 2017). Por outro lado, apresenta um artromotor, instrumento fundamental na recuperação e reabilitação de pessoas submetidas a cirurgias do joelho e escadas de treino, onde se pode realizar o treino de subir/descer escadas.

¹ O conceito de atividades de vida diária (AVD) define-se pelo “conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira do seu dia-a-dia” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.1).

Serviço de Medicina Interna

O serviço de Medicina Interna destina-se ao tratamento de clientes com mais de 18 anos, com patologias do foro cardíaco, endocrinológicos, pulmonares, cerebrais e metabólicos, atuando nas diversas patologias como uma especialidade generalista.

A medicina interna é uma especialidade médica que tem como missão “diagnosticar e tratar doentes portadores de doenças sistémicas ou de órgão, cuja gravidade exija intervenção médica diferenciada” (Ministério da Saúde, 2016, p.13). Cabe a esta valência um papel de liderança na resposta aos doentes crónicos ou em situação pós-aguda, adequando o cuidado a cada necessidade, com uma resposta integrada a diversos níveis como é o caso da reabilitação (Ministério da Saúde, 2016).

No que concerne à demografia, considera-se o predomínio de classes etárias mais avançadas, com elevada comorbilidade, com maiores índices de dependência (Ministério da Saúde, 2016).

Neste internamento, o foco de intervenção/atenção como foi descrito anteriormente, define-se pelo cuidado ao idoso com incapacidade ou perda de funcionalidade associada a determinada patologia. Assim, o papel de intervenção do EEER foca-se num processo de intervenção que atrase as perdas, procure rentabilizar as capacidades, produzindo ganhos em saúde, com vista á adaptação ao processo de doença (Reis, Bule, Sousa, Marques-Vieira, Ribeiro, 2021).

Por outro lado, o envelhecimento e o aparecimento, de doenças crónicas, associado a fatores ambientais, potencializam situações de doença que dificultam o autocuidado, sendo deste forma, os EEER peças fundamentais, facilitadores dos processos de vida e de transição, objetivam a independência, e procuram ativamente recuperar ou adaptar trajetórias individuais (Reis et al., 2021).

No serviço de Medicina Interna, a intervenção do EEER desenvolve-se no planeamento de intervenções/estratégias que, de acordo com a patologia aguda e/ou de base, estende-se na maximização da capacidade funcional, com a garantia da melhoria da independência e o retorno da pessoa adulta/idosa ao seu papel ativo na sociedade.

Podemos ainda destacar a existência de diversos modelos de ajudas técnicas como cadeiras de rodas, bengalas, andarilhos, canadianas. Como nos refere Shein et al. (2021), com o aumento do envelhecimento e com a crescente incapacidade e perda de funcionalidade associada, maior será a necessidade de utilização de ajudas técnicas.

A existência das ajudas técnicas no serviço de medicina interna possibilita uma intervenção do EEER na reabilitação funcional sensório-motora, facilitando o autocuidado, reduzindo os custos de saúde e capacitando as pessoas, procurando garantir o seu empoderamento (Tao, Charm, Kabacinska, Miller e Robillard, 2020)

3. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Este capítulo relata a necessidade de intervenção na população-alvo e as suas características, e descreve a estratégia de intervenção elaborada para este projeto de intervenção, com o propósito de obtenção de competências do grau de mestre na área de especialização de enfermagem de reabilitação. Procura ainda destacar o enquadramento da problemática em estudo, descrevendo o impacto do envelhecimento e da doença neurológica no défice de autocuidado na pessoa idosa. Posteriormente, a elaboração da RSL e a descrição da sua importância ao longo deste projeto, o modelo profissional prático de enfermagem que surgiu como resposta a esta problemática e a metodologia do projeto de intervenção.

3.1 Enquadramento teórico e conceptual

3.1.1 O Envelhecimento demográfico – O impacto da doença neurológica na pessoa idosa.

Torna-se importante esclarecer os conceitos-base, relevando a pertinência do tema, abordando a necessidade de cuidados de reabilitação a pessoas com 65 e mais anos de idade com défice de autocuidado e com patologia do foro neurológico, olhando para o estado de arte quer de Portugal quer da Europa.

O envelhecimento da população é hoje um fenómeno universal característico, tanto a nível europeu como a nível dos países em desenvolvimento (WHO, 2019). Nos últimos 50 anos, o desenvolvimento socioeconómico foi acompanhado por quedas abruptas no que respeita à fertilidade e, igualmente dramático, um aumento exponencial da esperança da vida (WHO, 2017; WHO, 2019, WHO, 2020a). Este fenómeno originou mudanças repentinas em termos demográficos nas populações em todo o mundo; causado pelo aumento abrupto num curto período de tempo (WHO, 2017; WHO, 2019).

Os idosos constituem, cada vez mais, uma grande parcela da população mundial, reconhecendo que em 2020, a população mundial com 60 e mais anos de idade, ultrapassou 1 bilião de pessoas, representando 13,5% da população total do mundo, proje-

tando-se que poderá chegar perto dos 2,1 bilhões em 2050 (WHO, 2020a). Atente-se que vidas mais longas correspondem a uma das conquistas mais notáveis, como um recurso valioso, que nos proporciona a oportunidade de repensar o que é ser uma pessoa idosa, e como poderá ser vivenciar o envelhecimento (WHO, 2020a). O envelhecimento saudável reitera todo o curso da vida e é relevante para todos, considerando-o como o processo de “desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (WHO, 2015, p.13).

A Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), em que nos encontramos agora, surge como resposta a compromissos globais, construída através do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento das Nações Unidas de Madrid (2002), alinhado com o cronograma da Agenda 2030 das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável e com os objetivos do Desenvolvimento Sustentável (WHO, 2020a).

A década foca-se em tudo aquilo que pode ser realizado em prol dos idosos, admitindo 4 áreas de ação, inseridas em diversos setores e níveis, e exprime-se pela capacidade de mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; garantir que as comunidades promovam as capacidades da pessoa idosa; potenciar serviços de saúde com cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e que sejam sensíveis à pessoa idosa e proporcionar o acesso a cuidados de longo prazo as pessoas idosas que necessitem (WHO, 2020a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a habilidade funcional, capacidade intrínseca e os ambientes como os três componentes do envelhecimento saudável (WHO, 2020a). Os ambientes referentes à forma como as pessoas interagem com o ambiente, conduzindo as suas vidas e garantem um nível de capacidade intrínseca; a habilidade funcional que combina a capacidade intrínseca do indivíduo (compreende as capacidades físicas e mentais), o ambiente onde a pessoa vive e a forma como esta interage com o ambiente (WHO, 2015).

Envelhecer com saúde, autonomia e com maior capacidade funcional, constitui hoje um desafio com responsabilidade individual e coletiva, com impacto direto no desenvolvimento económico dos países, com necessidade de adaptação da sociedade (WHO, 2019; WHO, 2020a).

Com o aumento da idade, desenvolvem-se numerosas alterações fisiológicas, com o aumento do risco de desenvolvimento de doenças crónicas e dependência de terceiros, com declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo (WHO, 2017).

A nível social, o envelhecimento origina mudanças nos papéis e posições sociais, com necessidade de lidar com a perda de relações próximas (WHO, 2017; WHO, 2019). Concomitantemente, o envelhecimento da população poderá levar ao aumento da proporção e número de pessoas com necessidade de cuidados de longa duração em todos os países com diferentes níveis de desenvolvimento (WHO, 2017; WHO, 2019).

Assim torna-se urgente uma abordagem preventiva, que reverta o declínio funcional e a dependência de terceiros em pessoas idosas, criando políticas de saúde que consigam dar resposta a esta problemática (WHO, 2015; WHO, 2017; WHO, 2019). Como tal, urge garantir cuidados contínuos, com políticas e planos de intervenção que sejam voltados para a pessoa idosa incluindo a promoção de cuidados preventivos, de longo prazo e de reabilitação (WHO, 2020).

A nível europeu, Portugal (78,7 homens e 84,8 nas mulheres) apresenta uma esperança de vida superior à média europeia (78,5 nos homens e 84 nas mulheres) (European Commission, 2019)

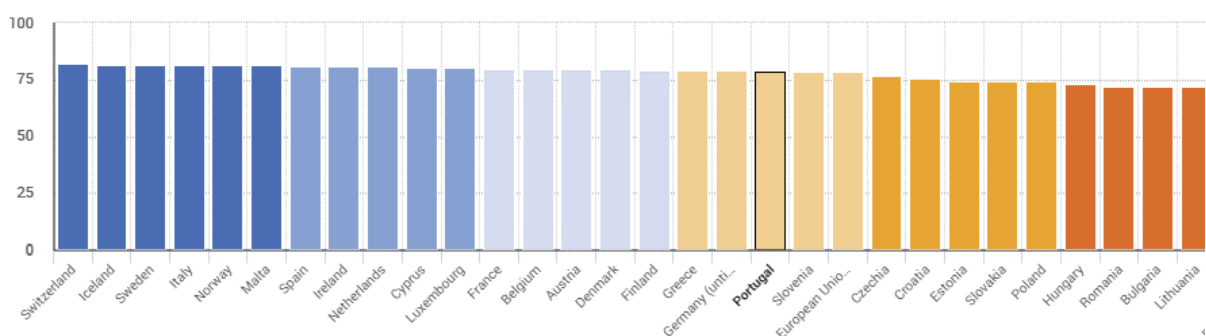


Figura nº 1 - Esperança de vida média à nascença (European Commission, 2019)

Dados mais recentes apontam para um aumento da esperança de vida média, no triénio 2018-2020, sendo 78,07 anos para os homens e 83,67 anos para as mulheres.

Estima-se que na última década, a esperança de vida à nascença da população residente tenha aumentado 1,77 anos, mais 1,90 anos para os homens e mais 1,48 anos para as mulheres relativamente aos valores estimados para o período 2008-2010 (76,17 e 82,19 anos, respetivamente) como demonstra a Fig.2 (INE, 2020; INE, 2021).

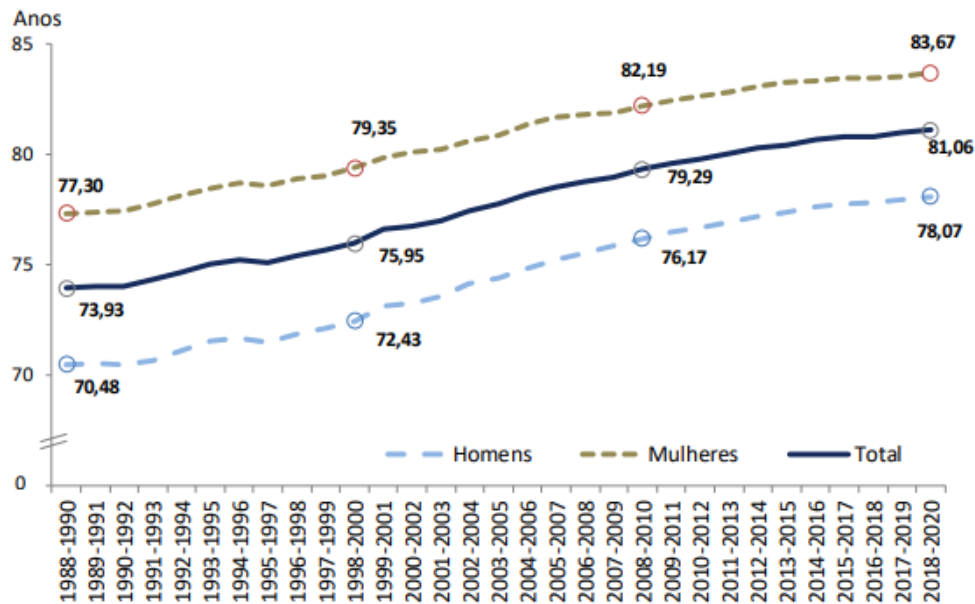


Figura nº 2 - Esperança média de vida em Portugal 2018-2020 (INE, 2021)

Como vimos anteriormente, urge a necessidade de estabelecer um conjunto de medidas com vista ao envelhecimento saudável, respeitando o papel social da pessoa idosa, com o incremento das relações próximas, e manutenção da autonomia e capacidade funcional (WHO, 2017; WHO, 2019). A OMS definiu um quadro de ação (fig. 3), relativo ao envelhecimento saudável, com o desenvolvimento de ações dirigidas para a manutenção ou aumento da capacidade intrínseca, ou, por outro lado, reduzir o impacto de alterações na capacidade funcional das pessoas com menor capacidade intrínseca (DGS, 2017).

Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

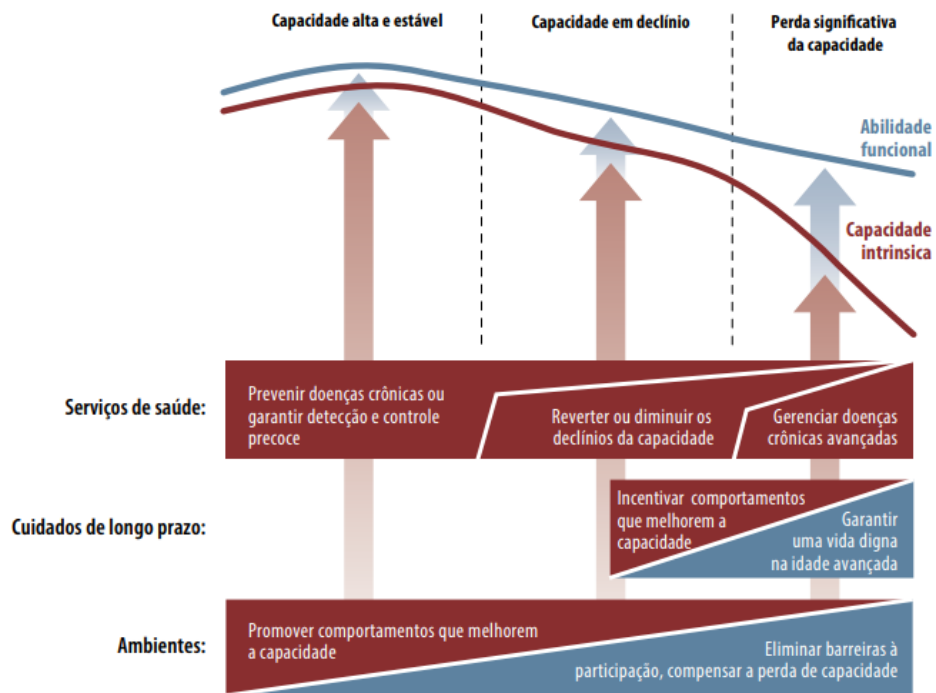


Figura nº 3- Quadro de ação em saúde pública para o envelhecimento saudável (WHO, 2015, p. 15)

Segundo a DGS (2017) através da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, o envelhecimento, os estilos de vida e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crônicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, limitando a sua independência, autonomia e participação social.

A doença neurológica é cada vez mais prevalente, com um impacto social e económico, sobretudo nos países desenvolvidos, onde a tendência tende a aumentar, em consequência do envelhecimento da população e índice de desenvolvimento socioeconómico (Teixeira e Araújo, 2020; Deuschl et al., 2020). Concomitantemente, as doenças neurológicas tornaram-se a principal causa de incapacidade no mundo e a segunda causa de morte, atrás das doenças cardiovasculares, contabilizando 9 milhões de mortes por ano a nível europeu (Deuschl et al., 2020; WHO, 2021). O impacto da doença neurológica estende-se até ao aumento do número de anos de vida perdidos, atribuindo uma perda de cerca de 2500 anos de vida ajustados pela incapacidade (Teixeira e Araújo, 2020, WHO, 2021). No seu conjunto, em 2015, as doenças neurológicas representam a

maior contribuição para o impacto global das doenças a nível mundial (6,3%) (Figura 4).

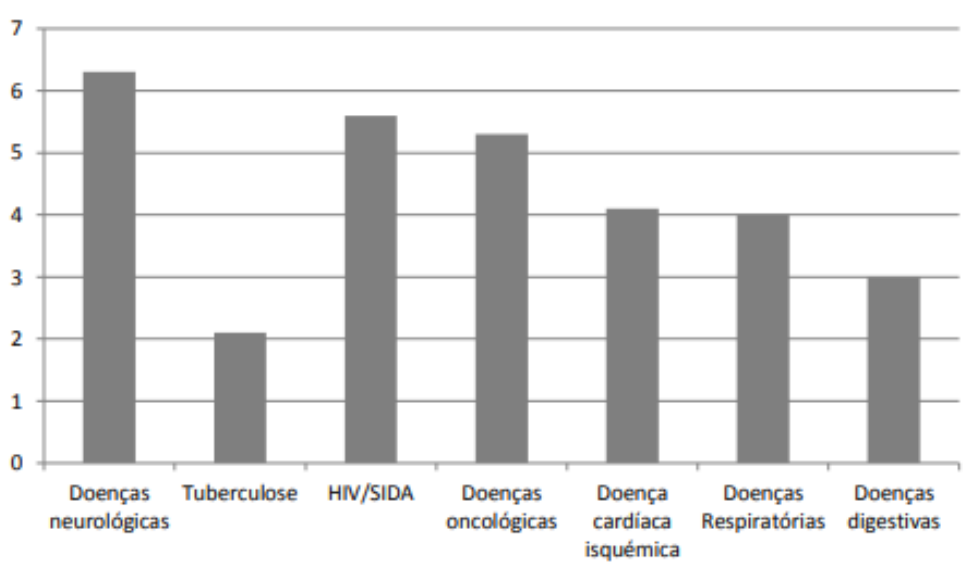


Figura nº 4- Percentagem de anos de vida perdidos por incapacidade (DAILY) para as doenças neurológicas e outras doenças relevantes. Adaptado de Rede de Referência Hospitalar Neurologia (2016)

As doenças do sistema nervoso estão associadas a uma elevada mortalidade, com consequências graves a diversos níveis como cognitivo, comportamental e motor, acompanhado de elevadas taxas de incapacidade e uma procura crescente por cuidados de saúde (Ministério de Saúde, 2016).

Assim garantir a maximização do autocuidado, possibilitando a continuidade do seu desenvolvimento pessoal e o seu papel ativo nas sociedades através de cinco domínios essenciais: capacidade de satisfazer as necessidades básicas; capacidade de aprendizagem, desenvolvimento e tomada de decisão informada; capacidade de se movimentar; capacidade de fazer e manter relacionamentos; capacidade de contribuir para as suas famílias e comunidades (WHO, 2017; WHO, 2019).

Posto isto, torna-se urgente criar programas de intervenção, que possibilitem e garantam o autocuidado, através de estratégias relacionadas com a estimulação e a reabilitação motora e cognitiva, assim como garantir um conjunto de medidas que garantam um cuidado de qualidade, salvaguardando a qualidade de vida (Imagínario et al., 2019, WHO, 2021).

Assim, torna-se urgente, desenvolver programas de intervenção que potenciem a consciencialização da mudança, promovendo a autonomia para o AC, garantindo igualmente qualidade de vida e satisfação do seu projeto de vida (Imaginário *et al.*, 2019).

3.2 Estratégia de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com 65 e mais anos de idade com défice de autocuidado e patologia do foro neurológico.

A reabilitação é um serviço de saúde fundamental para a pessoa com uma ampla gama de condições de saúde, ao longo de todas as fases do curso da vida, e durante todas as fases de agudização, sub-agudização e longo prazo (WHO, 2019, Gutenbrunner et al., 2021). Assume-se como uma área de maior importância nos dias de hoje, pela capacidade de intervenção na vida da pessoa, que experiencia um processo de saúde-doença *versus* saúde-incapacidade, concentrando a sua ação na melhoria da capacidade funcional e redução da experiência desse processo (WHO, 2019; Gutenbrunner et al., 2021).

Descreve-se como um processo, que tem como principal foco a função do indivíduo e não a doença, permitindo ganhos em saúde em qualquer contexto, prevenir incapacidades e recuperar capacidades remanescentes, potenciando a autonomia (Gaspar, Loureiro e Novo, 2021).

Considera-se ainda a reabilitação como uma estratégia de saúde, juntamente com a promoção e prevenção da saúde, como um pilar ao serviço sobretudo das pessoas idosas e como resposta ao aumento da prevalência das doenças crónicas (WHO, 2019; Gutenbrunner et al., 2021). Doutrarte, o processo de reabilitação, centra o seu foco de intervenção, nas capacidades individuais de cada pessoa, procurando “a maior independência em todas as dimensões do ser humano” (Santos, 2017, p. 15).

A sua aplicabilidade nos dias de hoje, depende da abordagem multifatorial das diversas estratégias com vista à capacidade funcional, onde serão discutidos os objetivos adequados a cada indivíduo, em equipa multidisciplinar, garantindo a independência e um papel ativo na sociedade (Gutenbrunner et al., 2021).

O novo coronavírus SARS-CoV-2 global, apresentou um impacto contínuo e robusto na saúde mundial, com consequências devastadoras a nível físico, mental e económico em milhões de pessoas (Liebl et al., 2020, Camicia e Courman, 2021).

Com o aumento exponencial do número de infetados e a agravante do número de internamentos hospitalares, foi necessária uma resposta imediata dos serviços de saúde, por forma a combater a enorme capacidade letal da doença e a prevenção da transmissão (Entidade Reguladora da Saúde, 2020).

A pandemia SARS COV 19 imprimiu também novos desafios para a reabilitação e para os enfermeiros, sendo necessário avaliar e redefinir as infraestruturas e modificar o processo de reabilitação. Ao invés do cuidado tradicional da reabilitação a pessoas com comorbilidades reconhecidas como alvo de reabilitação (por exemplo, pessoas acometidas com AVC), urgiu a necessidade de dirigir o cuidado e o plano de reabilitação tendo em conta o problema de saúde vigente, mas também cuidar com vista a melhoria e recuperação do status pós-COVID (Liebl et al., 2020, Camicia e Courman, 2021).

O enfermeiro apresentou ao longo da pandemia um papel transcendental e reconhecido, apresentando-se como um pilar nos diferentes níveis de cuidado, demonstrando segurança e liderança na linha da frente desta pandemia (WHO, 2020b; Sarango, Cano, Coronel e Brito, 2021). Atente-se que, como foi encontrado no estudo elaborado por Liu et al. (2021), a doença por COVID 19 está relacionada com o desenvolvimento de doenças do foro mental e neurológico, com a agravante, do enorme risco de severidade e mortalidade associado.

Com as alterações demográficas acima descritas, podemos continuar num caminho de aumento da mortalidade como causa do aumento das doenças neurológicas que se torna inevitável, contudo, se existirem melhorias na resposta às necessidades da população, com projetos personalizados e mais eficazes no que concerne a intervenções terapêuticas e de reabilitação, este processo pode ser diminuído (Feigin, Nichols, Owolabi e Carroll, 2020). Como vimos anteriormente, as doenças do foro neurológico são à data atual uma das mais importantes causas de mortalidade, morbidade e incapacidade, remetendo a importância de intervenção através de um cuidado efetivo, eficaz e dirigido às necessidades individuais de cada pessoa, privilegiando o bem-estar (WHO, 2021).

No que concerne à reabilitação, a enfermagem, tem vindo a sofrer mudanças paradigmáticas, com alterações dos modelos de enfermagem, que ambiciona um olhar holís-

tico dos cuidados de enfermagem, centrado na pessoa e com vista à melhoria do autocuidado e independência funcional (Gutenbrunner et al., 2021).

Em termos de reabilitação em fase aguda, o EEER é fundamental no cuidado à pessoa com patologia do foro neurológico em ganhos na mobilidade e autocuidado, tendo sempre em conta, a parceria com o cuidador informal, respeitando as necessidades individuais ou de grupo (família/comunidade) e inserido numa equipa multidisciplinar (Gutenbrunner et al., 2021; Santos, Prata, Cunha e Santos, 2021). O papel do EEER visa garantir a manutenção ou maximização de capacidades da pessoa, através do estabelecimento de objetivos de acordo com as necessidades, promovendo um conjunto de estratégias que permitam não só potencializar a resiliência em processo de doença, como agir em prol de ganhos na conceção do próprio autocuidado (OE, 2018b; Oliveira e Castro, Martins, Couto e Reis, 2018; Santos et al., 2021).

3.2.1 Proposta de Enfermagem de reabilitação na pessoa com défice de autocuidado por alterações neurológicas – Revisão Sistemática de Literatura

O alvo de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é a pessoa com necessidades especiais, constituindo-se como uma área de intervenção reconhecida, que respeita as alterações sociodemográficas e que contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018b). Simultaneamente foi necessário produzir indicadores de saúde que sejam capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem especializados, como resposta às necessidades do outro, como uma base estrutural para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (OE, 2018b).

Neste capítulo procuramos a sistematização do conhecimento sobre os ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com défice de autocuidado por alterações neurológicas, através da concretização de uma RSL, que consiste na identificação, localização e análise de documentos que contêm informação relacionada com o tema de investigação específica. Objetiva a situação do estudo no contexto, entre o conhecimento existente e o problema que se procura investigar, potenciando a credibilidade da investigação (Coutinho, 2020).

A presente RSL pretende indicar quais os ganhos sensíveis na intervenção as pessoas com défice de autocuidado por alterações neurológicas, respeitando as diversas etapas da RSL, desde a introdução, metodologia, resultados e conclusão.

A evolução da esperança média de vida com o aumento da idade da população, denotam-se alterações fisiológicas, e concomitantemente, o aumento do risco de desenvolvimento de doenças crónicas e dependência de terceiros, com declínio da capacidade intrínseca do indivíduo (WHO, 2017). A idade avançada envolve mudanças não só físicas, mas também no padrão social, onde ocorrem alterações nos papéis e posições sociais, bem como a necessidade de lidar com perdas de relações próximas (DGS, 2017; WHO, 2017).

Assim, urge a necessidade de desenvolver uma resposta de saúde pública, que considere as abordagens que melhoram as perdas associadas à idade mais avançada e reforçar a capacidade para a resiliência, resistência e o crescimento psicossocial, garantindo um envelhecer com saúde, autonomia e maior capacidade funcional (DGS, 2017; WHO, 2019).

Segundo a DGS (2017) através da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, o envelhecimento, os estilos de vida e as influências ambientais negativas acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais das pessoas idosas, limitando a sua independência, autonomia e participação social.

A doença neurológica é cada vez mais prevalente, com um impacto social e económico, sobretudo nos países desenvolvidos, onde a tendência tende a aumentar, em consequência do envelhecimento da população e índice de desenvolvimento socioeconómico (Teixeira e Araújo, 2020; Deuschl et al., 2020). Segundo Deuschl et al. (2020), as doenças neurológicas tornaram-se a principal causa de incapacidade no mundo e a segunda causa de morte, atrás das doenças cardiovasculares. As doenças do sistema nervoso estão associadas a uma elevada mortalidade, com consequências nefastas a diversos níveis como cognitivo, comportamental e motor, acompanhado de elevadas taxas de incapacidade e uma procura crescente por cuidados de saúde (Ministério de Saúde, 2016).

Assim garantir a maximização do autocuidado, possibilitando a continuidade do seu desenvolvimento pessoal e o seu papel ativo nas sociedades através de cinco domínios

essenciais: capacidade de satisfazer as necessidades básicas; capacidade de aprendizagem, desenvolvimento e tomada de decisão informada; capacidade de se movimentar; capacidade de fazer e manter relacionamentos; capacidade de contribuir para as suas famílias e comunidades (WHO, 2017; WHO, 2019; DGS, 2017). Posto isto, é urgente criar programas de intervenção, que possibilitem e garantam o autocuidado, através de estratégias relacionadas com a estimulação e a reabilitação motora e cognitiva (Imaginário et al., 2019).

O autocuidado é uma função humana reguladora. É deliberada, com o propósito de manter o funcionamento e de desenvolvimento próprio ou de seus dependentes. A teoria do Autocuidado de Orem diz-nos que toda a gente tem o potencial para se autocuidar. Este potencial pode estar condicionado por domínios cognitivos, físicos emocionais ou psicossociais e comportamentais. Quando as necessidades superam as capacidades surgem os défices de autocuidados. A teoria do défice de Autocuidado exprime a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem, pelo que Orem identifica 5 métodos de ajuda: fazer pela pessoa; guiar ou orientar; proporcionar apoio físico ou psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e finalmente ensinar. Perante a avaliação do défice de autocuidado o enfermeiro de reabilitação vai adequar a sua intervenção para minimizar os seus efeitos (Petronilho e Machado, 2017).

Note-se que a ideia central da Teoria do Défice do Autocuidado surge da necessidade de cuidados de enfermagem associada à subjetividade da maturidade no que respeita às limitações de ação relacionadas com a saúde. As limitações que derivam deste pressuposto originam a falta de capacidade de autocuidado a si própria e/ou dos seus dependentes (Queirós, Vidinha e Filho, 2014). Orem (2001) parte do pressuposto que qualquer pessoa é capaz de se autocuidar, uma vez que apresenta habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida, contudo estas podem ser afetadas por fatores que influenciem a educação e pelas experiências de vida que permitem a aprendizagem, pela exposição às influências culturais e utilização de recursos de vida diária, podendo interferir/diminuir a sua capacidade para se autocuidar adequadamente (Queirós et al., 2014). Grosso modo a essência geral da teoria geral do défice do autocuidado, determina a necessidade da intervenção de Enfermagem quando as necessidades e exi-

gências ao nível do autocuidado são superiores à capacidade da própria pessoa para desenvolver esse cuidado (Queirós et al., 2014)

O exercício profissional dos enfermeiros em Portugal rege-se pela relação terapêutica e interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas. Este grupo profissional, com características pessoais humanistas, respeito pela liberdade e dignidade humana, assim como o respeito pelos valores pessoais e de grupos, orienta o seu exercício profissional por uma abordagem sistémica e sistemática, identificando necessidades, identificação de problemáticas, realiza intervenções com base nos princípios da prevenção de riscos, deteção precoce de problemas e minimizar complicações incorporando e avaliando assim os resultados da sua prática (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Destaca-se a evolução do número do Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, tendo evoluído progressivamente, sendo o título entre os especialistas com maior número de enfermeiros na atualidade e visibilidade de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2020). Existe evidência do contributo dos enfermeiros especialistas em Portugal na prestação de cuidados e da qualidade dos mesmos, centrados no autocuidado, no bem-estar e na readaptação funcional (Martins et al., 2018), assim como está evidenciado ganhos na recuperação de funcionalidade e contributos para a autonomia (Santos et al., 2020).

O Enfermeiro Especialista em Reabilitação tem os grandes objetivos gerais de melhorar a função, promover a independência e maximizar a satisfação da pessoa. Sendo a Reabilitação uma especialidade multidisciplinar, o EEER tem a visão única de conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem diferenciados, baseados em problemas e potenciais individuais. Associadas a estas competências acrescidas, estes profissionais são capazes de aumentar o conhecimento através de novas descobertas através de investigação da prática, baseado na prática na evidencia, através da observação e avaliação de resultados sensíveis (Regulamento nº392/2019).

Metodologia:

A presente revisão sistemática, assume-se como um artigo de investigação que

utiliza métodos sistemáticos pré-definidos para identificar todos os documentos relevantes publicados ou não publicados relativamente a uma questão de investigação, avaliando a qualidade dos artigos e, concomitantemente, extrair os dados e sintetizar os resultados (Coutinho, 2020). No decurso da realização da revisão sistemática foram utilizadas como estratégias de investigação, o desenho metodológico da Joanna Briggs Institute [JBI] e o modelo PICOD [*Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Design*].

A presente revisão sistemática, assume-se como um artigo de investigação que utiliza métodos sistemáticos pré-definidos para identificar todos os documentos relevantes publicados ou não publicados relativamente a uma questão de investigação, avaliando a qualidade dos artigos e, concomitantemente, extrair os dados e sintetizar os resultados (Coutinho, 2020). No decurso da realização da revisão sistemática foram utilizadas como estratégias de investigação, o desenho metodológico da Joanna Briggs Institute [JBI] e o modelo PICOD [*Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome, Design*].

Assim, formulou-se a questão de investigação PICOD: **“Quais os ganhos sensíveis das intervenções de ER promotoras de autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas?”** Realizou-se a pesquisa de estudos recorrendo à base de dados EBSCO *Host Web*, com os seguintes descritores extraídos do vocabulário “Medical Subjects Heading” [MeSH]: [[outcome] or [intervention] or [education]] AND [[nursing] or [nursing care] or [nursing interventions]] AND [[neurology] or [neurological assessment] or [neurological rehabilitation]]. A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2021, recorrendo ao friso cronológico 2015-2021, com o limitador linguístico de artigos em língua inglesa e portuguesa. Como é possível observar no Prisma 2009 Flow Diagram – Manual 2015 JBI (figura nº5), foram identificados um total de 6897 artigos. Após a triagem referente a artigos publicados no friso cronológico dos últimos 5 anos, escritos em língua portuguesa ou inglesa, não duplicados e revistos por especialista, resultaram um total de 2614 artigos. Seguidamente, foram pesquisados artigos cujo resumo [*abstract*] exibia a palavra [outcome] e [rehabilitation], com o resultado de 130 artigos.

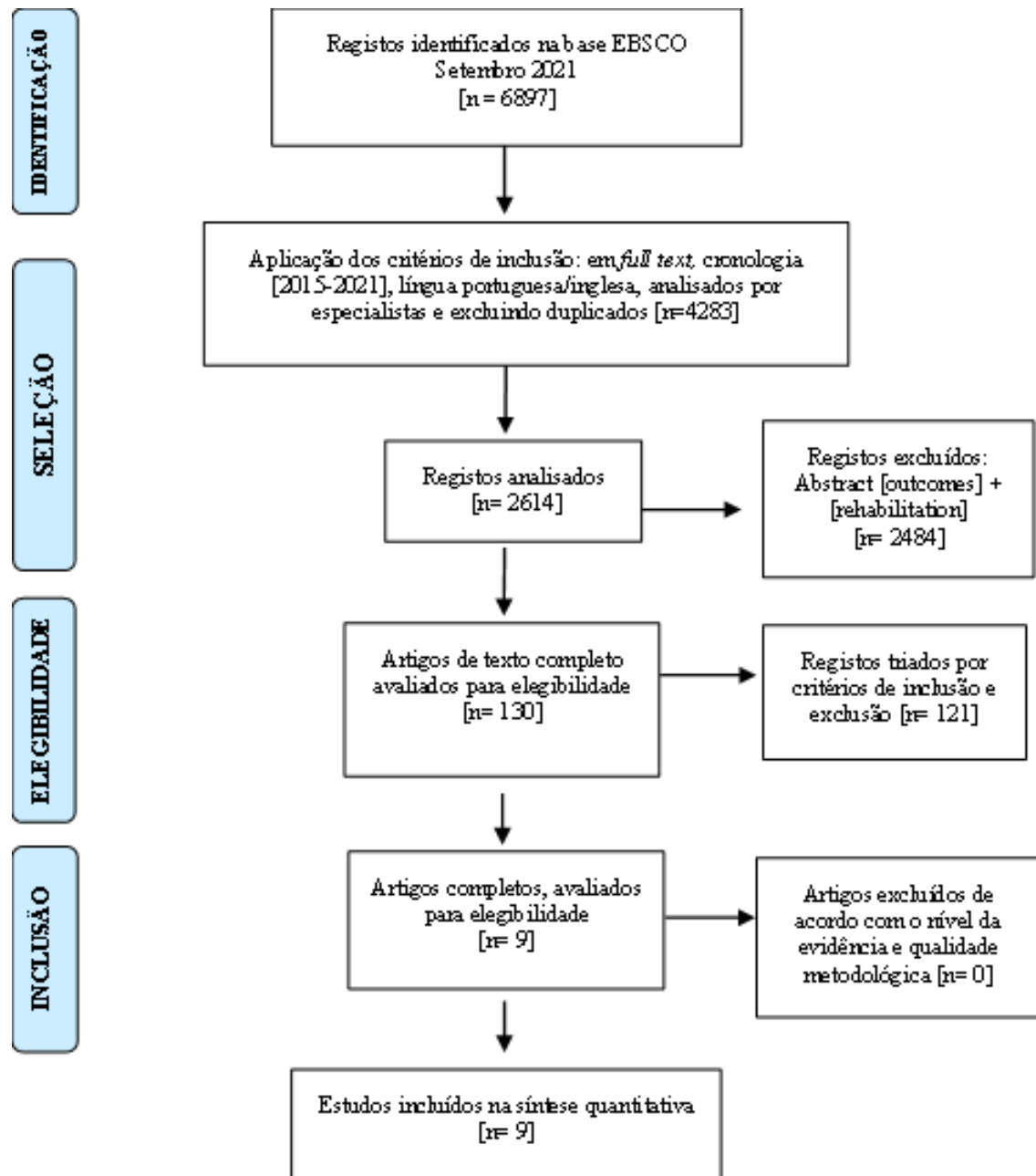


Figura nº 5- Metodologia de pesquisa desenvolvida através do Prisma 2009 Flow Diagram

Posteriormente, foram aplicados os critérios de inclusão: incluir pessoas com 65 e mais de idade com patologia do foro neurológico, estudos de carácter quantitativo e relacionados com o tema em questão, correlacionando intervenções de EEER na promoção do autocuidado. Como critérios de exclusão: estudos com abordagem qualitativa e sem enquadramento na pertinência do tema.

Resultados:

Concluindo o processo de seleção e validação da qualidade dos estudos encontrados nas bases, incluiu-se nesta revisão sistemática um conjunto de cinco artigos que foram explanados em formato de tabela de modo a uma melhor compreensão de cada um procurando a resposta aos objetivos propostos e à pergunta PICOD. Foram incluídos um total de 9 estudos, os quais apresentam elevado nível de evidência, onde destacamos a existência de 3 estudos randomizados controlados e 2 estudos pré-teste pós-teste. A maioria dos estudos objetivam um conjunto de intervenções do EEER no cuidado à pessoa com AVC, com déficit de autocuidado, privilegiando a potencialização da capacidade funcional e a máxima qualidade de vida.

Título/ Origem /Autores /Metodologia/Participantes/Descrição/ Nível de Evidência	Objetivos	Resultados/Conclusões
<p>Título – Research on the Head and Neck MRA Image to Explore the Comprehensive Effect on the Recovery of Neurological Function and Rehabilitation Nursing of Patients with Acute Stroke Origem- China (2020) Autores – Juan Xiao, Jirong Li, Qiming Yang, Meng Liu Metodologia – Estudo observacional sem grupo controle Descrição metodologia- Foi realizada uma avaliação imagiológica da cabeça e do pescoço inicial, tendo se iniciado o programa de intervenção de reabilitação de enfermagem, e posteriormente, passados 15 dias, realizou-se uma nova avaliação imagiológica. Participantes – 294 participantes NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 3.e</p>	<p>Estudar o valor clínico da combinação da avaliação imagiológica do AVC isquêmico em fase aguda, antes e após o desenvolvimento de um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação.</p>	<p>O plano de intervenção de enfermagem em reabilitação consistiu na comunicação interpessoal, melhorando os distúrbios comportamentais, com estímulo da função cognitiva e sensorial, no treino motor com enfoque no equilíbrio, sentar/levantar e treino de marcha.</p> <p>Os resultados quer laboratoriais quer imagiológicos foram significativamente melhores no grupo de intervenção relativamente ao grupo de controlo, o que demonstra que a enfermagem de reabilitação pode melhorar as condições neurológicas e cognitivas, melhorando a qualidade de vida da pessoa.</p>
<p>Título – Unmet needs of people with Parkinson’s disease Origem- República Checa (2021) Autores – Radka Kozakova, Radka Buzgova, Petra Bártova, Pavel Rössner Metodologia – Estudo transversal Descrição metodologia- A metodologia compreendeu uma avaliação das necessidades através da <i>Needs and Provision Complexity Scale</i> [que avalia as necessidades do setor de saúde e social], Índice de Barthel e a escala <i>SCH-E</i> [de modo a avaliar as atividades de vida diária] Participantes – 183 participantes de 4 centros de neurologia da República Checa. NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 4.b</p>	<p>Identificar as necessidades sociais e de saúde bem como os fatores sociais em pessoas com Doença de Parkinson [DP].</p>	<p>O estudo demonstrou existirem iniquidades na área da saúde entre as necessidades reais e as garantidas, contudo na sua maioria, foram providas. No plano social, existiu maior dificuldade na garantia de apoio e suporte social. Quanto às necessidades de reabilitação estas não atendidas. O papel do enfermeiro no cuidado as pessoas com DP, caracteriza-se pela identificação de necessidades, individualizando e humanizando o cuidado a cada pessoa, influenciando ativamente na qualidade da vida.</p>

Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Título/ Origem /Autores /Metodologia/Participantes/Descrição/ Nível de Evidência	Objetivos	Resultados/Conclusões
<p>Título – Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study Origem- Islândia [2017] Autores – Ingibjörg Bjartmarz, Helga Jónsdóttir, Thóra B. Hafsteinsdóttir Metodologia – Pré-teste – pós-teste Descrição metodologia- Foi utilizado um método explorativo, com medidas pré-teste e pós-teste. Na parte quantitativa, foram explorados os dados eletrônicos registados por Enfermeiros, retrospectivos de 78 participantes. Na parte qualitativa foram realizadas entrevistas aos enfermeiros sobre a utilidade da guideline dirigida a pessoa com AVC e as suas experiências na implementação. Participantes – 78 participantes e 33 enfermeiros NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 2.d</p>	<p>Investigar e avaliar a implementação e viabilidade do uso de uma <i>guideline</i> de Enfermagem direcionada para o AVC com foco na mobilidade, depressão, dor, quedas, educação e planeamento de alta.</p>	<p>O presente estudo demonstrou uma melhoria em 23 categorias, após a implementação da guideline, com melhorias significativas na promoção de atividades de vida diária e mobilidade, através da avaliação do estado funcional, treino de AVD's e desenvolvimento de intervenções focadas na educação quer das pessoas quer dos familiares. Por outro lado, também foi prestada maior atenção ao aparecimento de sintomas de depressão pós-AVC. Os enfermeiros presentes no estudo consideraram a guideline fiável, prática e de uso fácil tendo melhorado o cuidado de Enfermagem.</p>
<p>Título – Digitally enabled aged care and neurological rehabilitation to enhance outcomes with Activity and MObility UsiNg Technology [AMOUNT] in Australia: A randomised controlled trial Origem- Austrália (2019) Autores –Hasset. L et al., Metodologia – Estudo clínico randomizado controlado Descrição metodologia- Ensaio clínico realizado em 3 hospitais australianos, onde foram selecionados 2 grupos com adultos com limitações de mobilidade e sob programa de reabilitação de carácter neurológico. Em adição ao plano de reabilitação, o grupo de intervenção usou dispositivos direcionados para as dificuldades na mobilidade e atividade física no hospital e em casa. Participantes – 300 participantes NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 1.c</p>	<p>Testar a eficácia da utilização de dispositivos digitais de apoio para melhorar a mobilidade e atividade física em pessoas, com défices neurológicos, com potencial de reabilitação e com limitações quer de mobilidade.</p>	<p>O presente estudo demonstrou que existiu uma melhoria na mobilidade no grupo de intervenção relativamente ao grupo de controlo. Denotou-se que existiu um maior número de caminhadas do grupo de intervenção ao invés do grupo de controlo. Os dispositivos digitais foram escolhidos de forma a serem facilmente usados pelo grupo de intervenção. A utilização de meios digitais no meio hospitalar e posteriormente no domicílio apresentou-se como uma ferramenta importante no aumento da mobilidade e na diminuição do sedentarismo.</p>
<p>Título – Effectiveness of mirror therapy on improvement of motor functions of affected upper limb among stroke patients Origem- India (2020) Autores – Sandhu Kaur Navdeep, Kaur Gurbir, Rawat HCL, Sulena Metodologia – Estudo quasi-experimental Descrição metodologia- Abordagem quantitativa, com técnica de amostragem não probabilística de forma a selecionar 60 participantes com AVC e com comprometimento motor a nível dos membros superiores. A análise foi feita por meio de estatística descritiva e inferencial. Participantes – 60 participantes NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 2.c</p>	<p>Averiguar a eficácia da terapia do espelho na melhoria a nível das funções motoras do membro superior em pessoas com AVC.</p>	<p>A terapia do espelho é uma abordagem relativamente usada em reabilitação em diferentes distúrbios neurológicos incluindo o AVC. Tem sido demonstrado que a organização funcional do sistema motor, pode ser modulado por movimento do membro ipsilateral e observação passiva do movimento do membro contralateral. Esta terapia demonstrou ser eficaz na melhoria das funções motoras dos membros superiores nos doentes com AVC no grupo experimental relativamente ao grupo de controlo.</p>
<p>Título – Access to post - stroke physical rehabilitation after acute reperfusion therapy– the neglected link in ischemic stroke management: a retrospective cohort study Origem – Roménia (2021) Autores –Rázvan Alexandru Radu, Elena Oana Terecoasă, Bogdan Căşaru, Iulian Enache, Cristina Ghiţă, Cristina Tiu Metodologia – Estudo de coorte Descrição metodologia- Aplicação de um questionário estruturado pro telefone sobre o acesso a reabilitação pós-AVC e que resultados surgiram pós-reabilitação. Participantes –109 participantes NÍVEL DE EVIDÊNCIA – 3c</p>	<p>Determinar o acesso e de forma estão descritos os cuidados de reabilitação e a descrição dos mesmos a pessoas com acidente vascular isquémico submetidas a trombólise e/ou trombectomia.</p>	<p>A população incluída neste artigo foram 109 pessoas (e todos tiveram algum tipo de cuidados de reabilitação). 57 das pessoas tiveram algum grau de reabilitação (incluindo cuidados no hospital, em regime de ambulatório, no domicílio ou em cuidados continuados). Das 35 [32,1%] que tiveram acesso a cuidados de reabilitação ainda no hospital, 29 beneficiaram de critérios de alta mais céleres. 11 pessoas [11%] necessitou de alta para cuidados continuados ou lares e 28 pessoas [25,6%] beneficiou de cuidados no domicílio após alta. Os maiores motivos para as pessoas não continuarem cuidados de reabilitação foi por acharem que não necessitavam [46,9%] e não queriam conti-</p>

Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Título/ Origem /Autores /Metodologia/Participantes/Descrição/ Nível de Evidência	Objetivos	Resultados/Conclusões
		<p>nuar [16,6%]. O nível de dependência pós AVC foi o maior preditor de continuação de cuidados de reabilitação. Os autores consideram que necessita de haver maior procura e incentivo de cuidados de reabilitação.</p>
<p>Título – Effectiveness of Early Rehabilitation Combined With Virtual Reality Training on Muscle Strength, Mood State, and Functional Status in Patients With Acute Stroke: A Randomized Controlled Trial Origem: EUA [2020] Autores: Ruei-Ching Lin, Shang-Lin Chiang, Margaret McLean Heitkemper, Shu-Min Weng, Chi-Feng Lin, Fu-Chi Yang, Chia-Huei Lin Metodologia: Estudo randomizado controlado Descrição de metodologia: 152 pessoas com AVC isquémico. Um terço do grupo foi para o grupo experimental, sendo o outro grupo experimental. Ambos os grupos receberam cuidados de reabilitação, porém o grupo experimental recebeu cuidados de reabilitação com realidade virtual. Foram avaliados na admissão e na alta os seguintes resultados: Força muscular; humor; Funcionalidade Participantes –145 participantes NÍVEL DE EVIDENCIA: 1.c</p>	<p>Investigar a eficácia do treino através da realidade virtual na melhoria da força muscular, estado de humor [depressão e ansiedade] e estado funcional em pessoas após AVC.</p>	<p>Ambos os grupos apresentaram ganhos em todas as dimensões avaliadas. No final da intervenção, o grupo experimental apresentou maiores ganhos de força hemicorpo são do membro superior, diminuição comparativa na depressão e graus de ansiedade. Não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os grupos na funcionalidade. A utilização de realidade virtual pode ser uma mais-valia para diminuição de valores de ansiedade e/ou depressão.</p>
<p>Título – Nursing staffs self-perceived outcome from a rehabilitation 24/7 educational programme – a mixed-methods study in stroke care Origem: Dinamarca (2018) Autores: M. I. Loft, B. A. Esbensen, K. Kirk, L. Pedersen, B. Martinsen, H. Iversen, L. L. Mathiesen and I. Poulsen Metodologia: Pré-teste e pós-teste Descrição de metodologia: Recolha de informação sob a forma de questionário (N=33) e entrevista semi-estruturada (N=10) a enfermeiros. NÍVEL DE EVIDENCIA: 2.d</p>	<p>Determinar a auto percepção dos enfermeiros sobre a sua capacidade, oportunidade e motivação para exercer com uma abordagem de reabilitação após participar num programa formativo de reabilitação após AVC</p>	<p>Os enfermeiros consideram que o programa formativo teve uma influência positiva na identidade profissional e nas suas competências. No final do programa eram capazes de entender melhor o seu papel interdisciplinar e melhorar a comunicação entre colegas, compreendendo melhor a importância de uma abordagem reabilitadora e a necessidade de melhor se preparem e planear para que esta abordagem fosse realizada. A nível de oportunidades, as maiores limitações referidas foram a falta de recursos humanos, a carência de registos de enfermagem completos e descritivos.</p>
<p>Título – Effects of motor imagery training on lower limb motor function of patients with chronic stroke: A pilot single-blind randomized controlled trial Origem: China (2021) Autores: Xiao-Jun Yin RN, Yuan-Jiao Wang Xiao-Di Ding, Tian-Ming Shi. Metodologia: Estudo randomizado controlado Descrição de metodologia: Um grupo de 32 pessoas selecionadas aleatoriamente foram divididas em 2 grupos [experimental e controlo]. Grupo experimental recebeu 20 minutos adicionais de cuidados de reabilitação motora por imaginação de movimentos. Participantes: 32 participantes NÍVEL DE EVIDENCIA: 1.c</p>	<p>Demonstrar a importância de reabilitação motora pela imaginação de movimentos nos resultados da intervenção da enfermagem de reabilitação na pessoa com AVC</p>	<p>Na primeira avaliação não existiam diferenças significativas entre os dois grupos aos níveis de transferências e marcha, sendo que ao fim de 6 semanas ambos os grupos apresentaram ganhos funcionais. O grupo experimental demonstrou ganhos quantificáveis ao nível da marcha e no equilíbrio, quantificados pelas Medida de Independência Funcional e pela escala de Berg, e também melhorias no uso simétrico dos membros inferiores, como durante técnicas de levantar-sentar. Ao nível da função motora do membro inferior, através da escala de avaliação Fugl-Meyer também foi possível quantificação clara de ganhos funcionais motores. A terapia motora pela imaginação de movimentos demonstrou ser uma técnica segura, de relação custo/ganhos eficiente, sem impacto de risco motor para a pessoa e de fácil implementação.</p>

Tabela nº 1 - Descrição sumária dos resultados

Discussão

O papel do Enfermeiro Especialista em Reabilitação tem vindo a desenvolver-se de forma exponencial na comunidade, catapultando a sua função para uma participação ativa no processo de reabilitação da pessoa, procurando a maximização da independência funcional, a promoção da autonomia procurando dar um contributo para o aumento da qualidade de vida e desenvolvimento pessoal. Nesta revisão sistemática de literatura, foi possível evidenciar ganhos resultantes da intervenção do EEER direcionada para as pessoas com 65 e mais anos de idade com patologia neurológica espelhada em três domínios [cognitivo, social e funcional] com diferentes *outcomes*: cognitivo (Xiao et al., 2020; Bjartmarz et al., 2017; Lin et al., 2020; Yin et al., 2021); Literacia e autocuidado (Chaudhuri et al., 2016; Bjartmarz et al., 2017; Hasset et al., 2021; Navdeep et al., 2020; Alexandru et al., 2021; Lin et al., 2020; Yin et al., 2021) e funcional (Xiao et al., 2020; Chaudhuri et al., 2016; Bjartmarz et al., 2017; Hasset et al., 2021; Navdeep et al., 2020; Alexandru et al., 2021; Lin et al., 2020; Yin et al., 2021).

Domínio de intervenção	Outcomes Enfermagem de Reabilitação
Cognitivo	Melhoria da capacidade de atenção, raciocínio [Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021]
	Menor nível de ansiedade e depressão [Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Lin et al., 2020]
Literacia e autocuidado	Educação aos familiares [Bjartmarz et al., 2017]
	Adequação do cuidado de acordo com as necessidades humanas [Chaudhuri et al., 2016, Lin et al., 2020]
	Menor sedentarismo [Hasset et al., 2021, Alexandru et al., 2021, Yin et al., 2021]
	Aumenta a qualidade de vida da pessoa [Xiao et al., 2020, Chaudhuri et al., 2016, Navdeep et al., 2020]
Funcional	Maior mobilidade [Xiao et al., 2020, Chaudhuri et al., 2016, Hasset et al., 2021, Navdeep et al., 2020, 21, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021]
	Ganhos na execução das AVD's [Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Navdeep et al., 2020, 21, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021]
	Maior força muscular e equilíbrio [Xiao et al., 2020; Navdeep et al., 2020, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021]

Tabela nº 2- Ganhos em saúde de Enfermagem de Reabilitação

Domínio cognitivo

No domínio cognitivo, são realçados ganhos sensíveis da intervenção do EEER

na melhoria da função cognitiva (Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021). Através do plano de intervenção do EEER, com base na comunicação interpessoal, procurou-se esclarecer e informar sobre o estado de saúde, por forma a ganhar a confiança e estabelecer uma relação de ajuda entre EEER-pessoa (Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Lin et al., 2020). Considerou-se também essencial para garantia da melhoria a nível cognitivo, a implementação de exercícios de treino de raciocínio e capacidade de atenção (Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Lin et al., 2020).

A revisão sistemática desenvolvida por Rogers et al., (2018), corrobora a necessidade da estimulação da função cognitiva respetivamente, na atenção, memória e funções executivas, que apresentam melhorias mais significativas, destacando a necessidade de orientar a prática para as atividades de vida diária. Outra das intervenções que se incluem neste domínio é a diminuição de sintomas de depressão e ansiedade das pessoas e dos familiares relativamente ao processo de doença/incapacidade. Denotou-se uma diminuição do aparecimento destes sintomas após a implementação do plano de reabilitação do EEER (Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Lin et al., 2020).

Segundo Medeiros et al., (2020) a reabilitação cognitiva deverá ser considerada o pilar na intervenção em estádios de depressão pós-AVC.

Domínio literacia e autocuidado

Ao nível da dimensão social, a intervenção do EEER em pessoas com alterações patológicas neurológicas urge na adequação do cuidado de enfermagem, tendo em conta as necessidades individuais de cada pessoa, o seu contexto núcleo-familiar, inserido numa comunidade (Chaudhuri et al., 2016). O presente estudo apontou à falta de resposta no que concerne às necessidades de reabilitação da população.

Assim caberá ao EEER identificar as necessidades, individualizando, humanizando o cuidado a cada pessoa, podendo influenciar ativamente na melhoria da qualidade de vida não só da pessoa como dos membros da família (Xiao et al., 2020; Chaudhuri et al., 2016). Grosso modo, a intervenção do EEER procura relacionar-se com a concretização da inclusão da pessoa na sociedade, desenvolvendo um processo adaptativo, potencializando as suas capacidades funcionais (Xiao et al., 2020; Chaudhuri et al., 2016).

Domínio funcional

Nesta dimensão é observável que a intervenção do EEER potencia ganhos de mobilidade, aumento de funcionalidade durante as AVD's, o aumento de força muscular e o equilíbrio (Xiao et al., 2020, Alexandru et al., 2021, Matos e Simões, 2020). Existe uma forte evidência nos artigos incluídos nesta revisão sistemática da literatura que o EEER consegue promover na pessoa um aumento da mobilidade global, através de treino motor consistente com treino de equilíbrio (Xiao et al., 2020, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021), levantar-sentar (Xiao et al., 2020, Yin et al., 2021) e treino de marcha (Xiao et al., 2020, Hasset et al., 2021, Yin et al., 2021); melhoria da mobilidade do membro afetado (Lin et al., 2020, Yin et al., 2021); ganhos na participação das AVDs (Chaudhuri et al., 2016, Alexandru et al., 2021, Yin et al., 2021).

Simultaneamente, procura diminuir ou eliminar complicações através de alteração de fatores modificáveis. Desenvolve programas de intervenção com vista à diminuição do sedentarismo, possibilitando o desenvolvimento de diversas atividades ao ar livre. Note-se que estes *outcomes* potenciam a qualidade de vida de cada pessoa (Xiao et al., 2020, Chaudhuri et al., 2016, Navdeep et al., 2020).

A realidade virtual demonstrou ser uma ferramenta útil na melhoria da mobilidade e diminuição do sedentarismo a pessoas idosas com défices neurológicos e limitações de mobilidade (Hasset et al., 2021). Contudo, foi necessário adequar a realidade virtual às comorbilidades e características da população idosa. Resultados semelhantes foram encontrados por Han et al., (2019) através da utilização da realidade virtual no programa de reabilitação, onde observou melhorias na força muscular e fortalecimento muscular, com melhor performance na execução de atividades de vida diária, e por isso, melhoria da mobilidade e qualidade de vida.

Conseqüentemente, este efeito pode evoluir para melhores resultados se o programa de reabilitação apresentar uma duração perto das 8 semanas. Numa scoping review estabelecida por Magalhães et al., (2020) foi corroborada a utilização de jogos em contextos de reabilitação na pessoa com AVC na função motora global e função cognitiva. Os três grandes grupos de jogos encontrados foram: jogos de realidade virtual imersiva e não imersiva, videogames e jogos tradicionais, sendo que a maioria foram utilizados para reabilitação do membro superior. Estes programas de reabilitação direcionados para o fortalecimento muscular, equilíbrio estático e dinâmico, com foco na mobilidade e AVD's, podem contribuir para resultados significativos na capacitação da pessoa para o autocuidado e realização de exercício físico em segurança (Hasset et al., 2021, Han et al., 2020; Matos e Simões, 2020). O ensino das técnicas adaptativas para melhoria do autocuidado objetiva a melhoria da qualidade de vida e a máxima funcionalidade (Matos e Simões, 2020). Na revisão por Matos e Simões (2020), denominaram o papel determinante do EEER na equipa interdisciplinar para a elaboração, implementação, avaliação e reformulação de programas de treino motor. Estes concluíram que os programas de reeducação funcional motora devem integrar dimensões psicológicas cognitivas e físicas, a dependência e o desenvolvimento de AVD, gestão de cuidado pessoal e mobilidade, objetivos e expectativas e garantir, orientar e supervisionar a adesão e continuação do programa.

Este papel revela a importância do EEER, que através da educação para a saúde e capacitação da pessoa/família/cuidador, potencia a melhoria da reeducação funcional. Num estudo quantitativo, exploratório, descritivo e retrospectivo por Sá, Silva, Brandão e Oliveira (2020) ficou explanada a importância da continuidade dos cuidados de reabilitação, mesmo após a alta, permitindo detetar precocemente complicações, objetivando a maximização do potencial funcional e integração social. Este é um tópico extremamente preocupante dado o contexto pandémico global, conforme nos indica Chaves (2020) visto ter ocorrido uma diminuição nas consultas, nas sessões de educação para a saúde e tratamentos incluindo os de reabilitação, pelo que existem necessidades individuais que não estão a ser atendidas.

Ainda existe outra variável importante sobre as doenças neurológicas, de grande importância para o EEER e para comunidade, a dimensão económica. Rajsic et al., (2019) determinou que os cuidados de reabilitação são os mais dispendiosos nos cuidados de saúde pós-AVC e que o seu custo varia consoante a severidade do próprio. Os próprios

determinaram também que as pessoas que beneficiam de reabilitação mais precocemente alcançam critérios de alta mais cedo e que tem assim uma relação custo-benefício a favor das unidades hospitalares.

Conclusão:

Com esta RSL contribui-se para a evolução da enfermagem especializada em reabilitação na pessoa com alterações neurológicas, através da análise e comparação de vários artigos para determinação do estado da arte. Durante a presente revisão encontrou-se grande quantidade de informação sobre a pessoa acometida com AVC, mas existe muitas lacunas e falta de investigação na pessoa com outras alterações neurológicas. Isto indica que o trabalho dos EEER ainda não está terminado e ainda existe muito caminho a percorrer. Mesmo assim, com base nos resultados, foi possível encontrar que a pessoa que recebe cuidados dos EEER tem um acesso privilegiado de reabilitação multidimensional: cognitiva, com a melhoria na atenção e raciocínio e menores níveis de ansiedade e depressão; social, com maior participação dos familiares/cuidadores, adequação dos cuidados as necessidades individuais, diminuição no sedentarismo e conseqüentemente reintegração social; e a nível funcional, com maior mobilidade, ganhos na realização das AVD, maior força muscular e equilíbrio, capacitando a pessoa e garantindo a máxima capacidade funcional.

4. MODELO DO AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O ambiente de cuidados de saúde, com as diversas alterações a nível económico e ambiental, têm criado uma oportunidade clara, para que os enfermeiros sejam capazes de repensar sobre a prática, definindo um novo paradigma para a profissão de enfermagem, contribuindo ativamente para a melhoria dos cuidados de enfermagem e com respeito pela segurança da pessoa (Ribeiro et al., 2019; Murphy et al., 2018).

Os enfermeiros interagem diariamente com as pessoas, assumindo um papel relevante na garantia de um cuidado de qualidade e com resultados promotores de saúde. No quadro atual, com os baixos rácios de enfermagem e a pressão na acessibilidade e continuidade dos cuidados, torna-se importante investir em modelos que garantam o melhor cuidado, dentro do melhor ambiente de trabalho, por forma a potenciar o desenvolvimento de cuidados de alta qualidade (Kaya, 2019; Bloemhof, Knol, Van Rjin e Buurman, 2021). Como nos refere Ribeiro et al. (2019), a enfermagem tem se desenvolvido, enquanto disciplina, com uma elevada evolução académica e profissional, com maior relevância como profissão autónoma.

Os modelos de prática profissional de Enfermagem (MPP) são concebidos para fornecerem uma base conceptual e metodológica, com o desenvolvimento de processos de relação e valores, integração da visão e teorias de enfermagem, com vista à promoção da prática profissional exemplar (Meeham, Timmins e Burke, 2018; Ribeiro et al., 2019; Pérez-Vergara et al.; 2021).

Podemos destacar segundo Slayer et al. (2016) seis conceitos que são transversais a todos os MPP: liderança; prática independente e colaborativa dos enfermeiros, ambiente da prática; investigação e inovação; desenvolvimento e reconhecimento dos enfermeiros e resultados dos clientes. Independentemente do MPP, este apresenta uma estrutura bem definida, onde os enfermeiros estabelecem uma relação entre os seus pares, pessoa e família e ainda dentro da instituição, procurando uma linha orientadora para a prática, com vista à excelência da prática de enfermagem (Ribeiro, Martins e

Tronchin, 2016; Ribeiro et al., 2019; Pérez-Vergara et al., 2021). Como foi referido anteriormente, os níveis de dependência são cada vez maiores, com elevados índices de envelhecimento, com diminuição da capacidade funcional, sobretudo para o autocuidado (Fonseca et al., 2021).

As estratégias direcionadas para o autocuidado estão entre as mais promissoras, inseridas nas novas iniciativas globais, com o objetivo major de potencializar a saúde e o bem-estar, e com o potencial de melhorar a autonomia e capacidade de escolha de cada pessoa (WHO, 2021).

Segundo a WHO (2021) existem três elementos principais no desenvolvimento de intervenções direcionadas para o autocuidado: responder às necessidades da pessoa, através de serviços de saúde integrados (onde se insere a promoção e reabilitação), com prioridade para os cuidados primários; abordagem sistemática dos determinantes de saúde por meio de políticas e ações baseadas em evidências em todos os setores e ainda pelo *empowerment* de cada indivíduo, inserido numa família e comunidade de forma a otimizar a sua saúde, promovendo-a e protegendo o bem-estar.

A prática avançada de Enfermagem é baseada no pensamento crítico e na percepção da base teórica para dar resposta ao construto da intervenção de Enfermagem (Yip, 2021). Assim, esta sustenta-se pelo conhecimento teórico específico da disciplina, tendo em conta as perspetivas filosóficas e referenciais ontológicos, epistemológicos e metodológicos baseados numa abordagem em relação aos humanos e ao mundo em que habitam (Yip, 2021).

Diversos autores têm recomendado a Teoria de Défice de Autocuidado, desenvolvida por Orem, como uma teoria que se baseia no pressuposto de todas as intervenções destinam-se ao fortalecimento da capacidade da pessoa para a execução das atividades de autogestão, por forma, a garantir o seu autocuidado (Orem, 2001, Queirós et al., 2014; Yip, 2021, Hellqvist, 2021).

Segundo Orem (2001), o AC enquanto conceito amplo, aborda todos os aspetos da vida e não apenas a gestão da doença, embora o foco de Enfermagem concentre-se

principalmente no suporte do déficit de autocuidado devido ao impacto das doenças ou problemas de saída (Hellqvist, 2021).

A WHO, desenvolveu uma scoping review, na procura da definição que melhor caracteriza o termo autocuidado (self-care), considerando-o como a capacidade individual ou de grupo para “promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e para lidar com doenças ou incapacidades com/sem o suporte do profissional de saúde” (WHO, 2021, p. 134).

O AC tem sido desenvolvido a nível de referencial teórico segundo Orem, baseando-se na premissa que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidar de si mesmo, contudo quando as “exigências de cuidados são superiores à capacidade da pessoa, determina a necessidade de intervenção de Enfermagem” (Queirós et al., 2014, p.160). Orem (2001) parte do pressuposto que qualquer pessoa é capaz de se autocuidar, uma vez que apresenta habilidades, conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida, contudo estas podem ser afetadas por fatores que influenciem a educação e pelas experiências de vida que permitem a aprendizagem, pela exposição às influências culturais e utilização de recursos de vida diária, podendo interferir/diminuir a sua capacidade para se autocuidar adequadamente (Petronilho, 2012).

Assim a essência geral da teoria geral do déficit do autocuidado, determina a necessidade da intervenção de Enfermagem quando as necessidades e exigências ao nível do autocuidado ultrapassam a capacidade individual para a manutenção do autocuidado (Queirós et al., 2014). Orem (2001) desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Déficit de AC que engloba três teorias inter-relacionadas: 1) A Teoria de Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias ; 2) A Teoria do Déficit do Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através de Enfermagem e 3) A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Petronilho, 2012; Queirós et al., 2014).

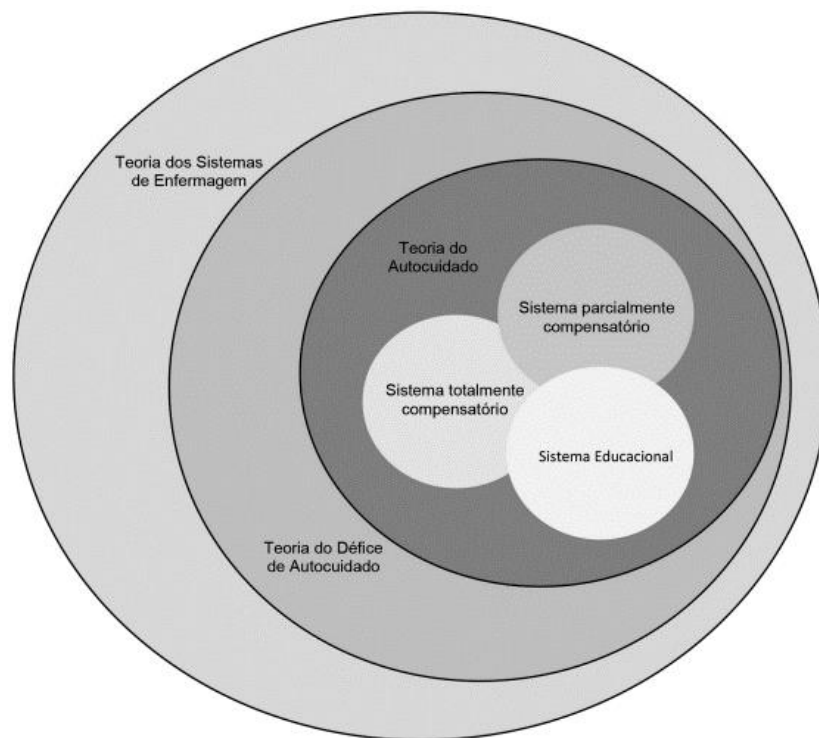


Figura nº 6 - Teoria de Autocuidado de Orem (2001).

Na Teoria do Autocuidado, o autocuidado considera-se como uma função humana reguladora, com necessidade de ser desenvolvida, importando conhecer as condições e limitações de cada pessoa de forma a “existir um ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência de cuidado para que o indivíduo seja capaz de se autocuidar” (Queirós et al., 2014, p. 160).

Por sua vez, a Teoria do Déficit de Autocuidado, considera-se como o elemento essencial na teoria de Enfermagem, com especial relevância, para a enfermagem. Em certo momento, a pessoa com capacidades inerentes ao autocuidado, vivencia um período em que as necessidades ultrapassam as suas próprias capacidades, revelando a necessidade de intervenção por parte do enfermeiro. Caberá ao enfermeiro, avaliar de que forma o autocuidado está em déficit, por forma a adequar a sua intervenção, com vista à potencialização do autocuidado (Tomey e Alligood, 2002; Queirós et al., 2014). A ação dos enfermeiros intervém com o objetivo de minimizar esse déficit de autocuidado (Orem, 2001).

Foram identificados por Orem (2001) cinco métodos de ajuda que os enfermeiros podem utilizar em combinação ou isoladamente quando cuidam da pessoa (agir ou fazer

pela pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e por último, ensinar).

Neste ponto, reitera-se a importância da intervenção do EEER no autocuidado, uma vez que este assume um papel primordial na identificação das necessidades, avaliação da funcionalidade, diagnosticando as alterações que determinam as limitações que determinam as incapacidades (Regulamento nº 140/2019). Em seguida, desenvolve planos de intervenção com vista à diminuição da incapacidade e potencialização do autocuidado, através do ensino e treino de estratégias adaptativas (Regulamento nº 140/2019).

Na teoria dos Sistemas de Enfermagem, define-se a articulação entre as propriedades do enfermeiro e as propriedades da pessoa (necessidades), descrevendo como os enfermeiros podem dar resposta às necessidades de autocuidado, através de sistemas de ação, que se baseiam nas necessidades e capacidades da pessoa no desempenho do autocuidado (Petronilho, 2012; Queirós et al., 2014). Orem identificou 3 tipos de sistemas de resposta ao défice de autocuidado: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio- educação (Petronilho, 2012; Queirós et al., 2014).

No sistema totalmente compensatório, ocorre quando a enfermagem substitui totalmente o indivíduo no autocuidado; no sistema parcialmente compensatório, quando o enfermeiro intervém apenas no que o indivíduo não é capaz de realizar de forma autónoma; o sistema apoio-educação, quando o papel do enfermeiro outorga-se pela supervisão ou ensino da ação, sendo o indivíduo capaz de realizar a ação (Tomey e Allgood, 2002; Queirós et al., 2014).

Assim Orem (2001), perpetua o funcionamento humano com a integração de aspetos físicos, psicológicos e sociais, com a possibilidade do ser humano se distinguir pelo seu potencial de aprendizagem e desenvolvimento, ocorrendo momentos no ciclo da vida, em que vivenciam limitações na sua ação de cuidar de si e de terceiros, executando ações de manutenção de vida e da regulação das ações (Petronilho, 2012; Queirós et al., 2014).

Por conseguinte, optou-se pela aplicação do Modelo de Autocuidado desenvolvido por Fonseca (2013) que se sustenta pela teoria do Autocuidado de Orem (2001) e que procura desenvolver estratégias para o planeamento e execução de cuidados assentes na avaliação da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) e enquadrada no modelo de qualidade de cuidados (Fonseca, 2013). Assim, o objetivo é estabelecer a correspondência entre os perfis funcionais e as necessidades de cuidados de Enfermagem considerando: não há problema (nenhum, ausente, insignificante - 0-4%); problema ligeiro (leve, pequeno - 5-24%); problema moderado (médio, regular - 25- 49%); problema grave (grande, extremo - 50-95%); problema completo (total - 96-100%) (Fonseca, 2013).

Relativamente à reabilitação, o foco de atenção varia de acordo com a condição de funcionalidade das pessoas com 65 e mais anos de idade, onde se procura a promoção de processos de readaptação “em relação aos défices de autocuidado (...) com a intervenção dos cuidados de enfermagem para a adoção de comportamento de autocuidado” (Orem, 2001 cit. Fonseca. 2013, p. 62).

Reconhecemos a multimorbidade e a dependência como uma combinação complexa de diversos fatores como genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais que têm implicações importantes para a prática de cuidados (Lopes et al., 2021). A capacidade funcional destaca-se como um importante indicador da saúde dos idosos, uma vez que o seu declínio, possibilita o risco de perda de autonomia e independência, sobretudo a nível do autocuidado, afetado ativamente a qualidade de vida dos idosos (Lopes et al., 2021).

De forma sumária, os três modelos teóricos apresentados, espelham a utilização dos conceitos autocuidado, capacidade funcional e conhecimento, com o objetivo de observar os défices e necessidades de cuidados de enfermagem, resultado do comportamento das pessoas com e mais 65 anos de idade (Fonseca, 2013).

De acordo com o Modelo supracitado as necessidades de cuidados de Enfermagem dividem-se conforme apresentado (Quadro nº 1):

Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Autocuidado na atividade: quando não há problema (0-4%) ou um problema ligeiro (5-24%)	A pessoa apresenta défices ligeiros ou é autónoma na satisfação de das atividades para o seu autocuidado, podendo necessitar apenas de supervisão ou acompanhamento por parte do enfermeiro
Défice de Autocuidado moderado – quando o problema é moderado (25-49%)	As necessidades ultrapassam a capacidade da pessoa na atividade, o que se traduz num défice de autocuidado. A pessoa precisar do apoio para a execução dos seus autocuidados. Segundo a teoria de Sistemas de Enfermagem, aplica-se um sistema parcialmente compensatório, em que o Enfermeiro ou outros profissionais realizam as ações de autocuidado. O autocuidado é assegurado por intervenções terapêuticas que promovam o apoio físico e psicológico
Défice de Autocuidado Terapêutico Grave (50-95%) e completo (96-100%)	As necessidades vão para além do défice de autocuidado terapêutico, sendo o Enfermeiro, o responsável por um sistema totalmente compensatório, atuando de forma a garantir a satisfação os requisitos de autocuidado universal, tornando-se dependente para o poder concretizar.

Quadro nº 1- Necessidades de AC – Adaptado de Fonseca (2013)

Optou-se ainda por utilizar um modelo de prática profissional de enfermagem, que espelhasse a ligação entre os modelos teóricos e a intervenção do EEER. Como vimos anteriormente, o modelo de prática profissional é descrito como uma estrutura que articula o processo, valores que dão suporte à prática autónoma e a um ambiente de trabalho saudável (Brapoh e Toresco, 2020).

Simultaneamente, funciona como uma estratégia para fortalecer o processo de enfermagem, garantindo maior visibilidade do papel do Enfermeiro, potencializando os *outcomes* (resultados) da organização (Brapoh e Toresco, 2020).

O modelo de prática profissional considerado foi o desenvolvido pelo *Overlook Medical Center*, que designou o modelo como “*Professional Practice C.A.R.E. Model*”. Este modelo considera-se pela existência de conceitos que sustentam a prática de enfermagem como compromisso, responsabilidade, reconhecimento e excelência (Brapoh e Toresco, 2020). A adequação destes conceitos no nosso modelo de autocuidado permitiu adicionar quatro conceitos: (c)uidar, (a)ccountability (responsividade), (r)eabilitar e (e)xcelência, que resultam no acrónimo C.A.R.E (cuidar). Assim o modelo caracteriza-se pela existência do aumento das necessidades, em consequência, a diminuição das capacidades, sobre a qual resulta a intervenção do EEER, assente na Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), na teoria de autocuidado de Orem (2001) e no modelo de autocuidado de Fonseca (2013). No lado direito do modelo profissional, são apresentadas

as competências do EEER, com o planeamento do cuidado centrado na pessoa, inserida numa família e numa comunidade, com alicerce nos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Reabilitação (OE, 2018b).

Assim, o modelo que considerámos adequado para a garantia do autocuidado das pessoas com e mais 65 anos de idade, com défice neurológico é o apresentado na figura nº7.

4.1 Justificação da estratégia de intervenção

Este subcapítulo, procura desmistificar a intervenção profissional ao longo do ensino clínico, explanando a intervenção do EEER e os ganhos sensíveis que decorrem da sua atuação, que visam como expoente máximo a capacitação, maximização da funcionalidade e independência das pessoas, tendo sempre em conta a satisfação das necessidades manifestadas pelas pessoas (Ventura-Silva et al., 2021; Gutenbrunner et al., 2021). Reconhecemos primeiramente, que na Europa, incluindo Portugal, a maioria das pessoas idosas vivem independentemente nas suas casas, sozinhas ou acompanhadas por membros da família (Veldhuizen et al., 2021; Fonseca et al., 2021).

Todavia, o aumento da idade visível na sociedade atual, proporciona um conjunto de consequências como a fragilidade, incapacidade e o aparecimento de doenças crónicas, que comprometem a capacidade funcional (Veldhuizen et al., 2021, Fonseca et al., 2021). A doença neurológica tem sido considerada como a principal causa de incapacidade e a segunda causa de morte (Feigin et al., 2020, Doganay e Leventoglu, 2020). O crescimento abrupto do número de pessoas com patologia neurológica decorre do aumento da global da população e do seu envelhecimento, com um número de mortes aumentado para 39% e com um aumento de 15% de anos perdidos ajustados por incapacidade (Feigin et al., 2020).

No conjunto de doenças neurológicas, destaca-se as patologias como o AVC, que é considerada como uma das principais causas de morte e incapacidade na população idosa, com estimativas de incapacidade pós-AVC de 36-45% (Chi et al., 2020; Yang et al., 2021). Associado ao episódio de AVC, as pessoas podem ainda vivenciar ainda períodos de transição saúde-doença, com elevados níveis de disfuncionalidade, tornando-se dependentes na execução de atividades de vida diária, com risco de agravar a sua qualidade de vida (Chi et al., 2020). Outra patologia de foco, é a demência, que tem sido associada a distúrbios cognitivos, com efeitos na diminuição da funcionalidade e na capacidade para o autocuidado (Liu et al., 2020).

Por outro lado, a esclerose múltipla, descrita como uma doença do foro neurológico, com o agravamento sucessivo do equilíbrio, mobilidade e a motricidade fina, impossibilitando o desenvolvimento das atividades de vida diária e o autocuidado (Tablerion et al., 2020). Assim sendo, urge a necessidade de intervenção do EEER no cuidado à pessoa com patologia do foro neurológico, por forma a diminuir as consequências causadas pela própria, diminuindo o impacto da doença e procurando estratégias que centralizem a pessoa idosa, otimizando a capacidade intrínseca e a habilidade funcional da pessoa idosa (WHO, 2021).

No seu perfil de competências, o EEER identifica as necessidades de intervenção especializada, com respeito pelos objetivos individuais de cada pessoa, e posteriormente, elabora um plano de intervenção dirigido à promoção ou manutenção da função, com vista “ao autocontrolo e o autocuidado, em diferentes processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567). Numa fase posterior, avalia os ganhos/resultados decorrentes da sua intervenção através de indicadores sensíveis à enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º 392/2019).

Considere-se os ganhos em saúde como “resultados positivos em indicadores da saúde” que refletem a melhoria dos resultados decorrentes da prestação de cuidados e que se traduzem de diversas formas, nas quais destaca-se a “diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial” (DGS, 2012, p.58).

Como nos refere Lopes et al. (2016), os ganhos em saúde dependem da capacidade de intervir, e prevenir/controlar os fatores causais, reforçando a resposta a esses fatores com a gestão do conhecimento, identificação das necessidades da saúde e alocação dos recursos existentes. Assim, definiu-se como alvo de reabilitação a pessoa com patologia do foro neurológico, com vista à interação entre EEER-pessoa, por forma a desenvolver intervenções de enfermagem que maximizem as capacidades funcionais em consequência de incapacidade por processo de saúde/doença (Regulamento n.º 392/2019).

Como base metodológica, o presente projeto de intervenção, como foi exposto anteriormente, encontra-se assente na Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), Teoria de Déficit de Autocuidado de Orem (2001) e no modelo de autocuidado de Fonseca (2013), que interliga a teoria de autocuidado de Orem e o continuum da funcionalidade perspectivado pela CIF, determinando o déficit de autocuidado, descrevendo o nível funcional e a necessidade de cuidados de enfermagem. Neste sentido, traçamos os seguintes objetivos, para esta estratégia de intervenção profissional, referidos anteriormente na introdução deste trabalho:

Objetivo geral:

- Desenvolver competências de EEER e de mestre nos cuidados à pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas com déficit de autocuidado;

Objetivos específicos:

- Desenvolver apreciação diagnóstica da pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas e com déficit de autocuidado;

- Planear programas de intervenção de enfermagem de reabilitação, de acordo com a área de intervenção, para a pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas, centradas nas necessidades de autocuidado;

- Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação às pessoas com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas com base no modelo de autocuidado de intervenção desenvolvido.

Tendo em conta os objetivos apresentados, foi realizada uma avaliação inicial, de acordo com as necessidades individuais de cada participante, avaliando o compromisso do autocuidado e os diagnósticos de enfermagem adjacentes, desenvolvendo um plano de intervenção adequado ao foco patológico, com posterior avaliação da sua implementação.

5. METODOLOGIA

O trabalho de projeto assenta na Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), que descreve a relação enfermeiro-doente, com a realização de processos de enfermagem através da avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica de enfermagem, no que concerne aos cuidados de enfermagem (Lopes, 2006). Note-se que cada vez mais a relação estabelecida entre enfermeiro-pessoa é notória e importante para a prática dos cuidados de enfermagem, através de dois constituintes desconhecidos, mas com representação social bem definida (Mendonça, 2021). Esta relação visa beneficiar a pessoa, entregando-lhe o poder de decisão e autonomia relativamente ao processo de doença e saúde (Molina-Mula e Gallo-Estrada, 2020). Segundo Lopes (2005), a relação enfermeiro-pessoa envolve o processo de avaliação diagnóstica e o processo de intervenção terapêutica de enfermagem.

A avaliação diagnóstica perspetiva uma apreciação feita pelo enfermeiro da situação clínica da pessoa, através de um conjunto de instrumentos e estratégias, com o objetivo maior de estabelecer prioridades e implementar intervenções de Enfermagem adequadas à situação (Lopes, 2006, Mendonça, 2021). Na fase de intervenção terapêutica de Enfermagem, ocorre a intervenção propriamente dita do enfermeiro e a intencionalidade que dela deriva, dirigindo o cuidado como ponte para os ganhos em saúde para a pessoa e para a família (Lopes, 2006, Mendonça, 2021).

O presente trabalho de projeto, procura diagnosticar necessidades de autocuidado em pessoas com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas, desenvolvendo um programa de intervenção da área de reabilitação, específico para cada caso.

No que respeita à organização de cuidados, as intervenções de EEER terão como alicerce o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento nº392/2019) e o Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (2018b).

Assim, e considerando a reabilitação como uma área de excelência e referência, esta perspectiva o diagnóstico e intervenção à “pessoa com necessidades especiais ao longo do ciclo vital” com vista à “promoção de qualidade de vida, a maximização da funcionalidade, o autocuidado e a prevenção de complicações (..)” (OE, 2018b, p.6).

Por conseguinte, concebe planos de intervenção com o propósito de “promover os processos de readaptação sempre que ocorram afeções da funcionalidade e promover a capacidade para o autocuidado (...)” (Regulamento n.º 392/2019, p.13567). Por último, avalia os resultados das intervenções implementadas, “introduzindo elementos de aperfeiçoamento de implementação e monitorização dos programas através de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (...)” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567).

5.1 População alvo

Neste projeto de intervenção, serão considerados os casos mais ricos e que se adequem à problemática através de uma amostragem não probabilística e acidental, constituída por voluntários que se ofereçam para participar, sendo uma forma de amostragem que permite conseguir de forma fácil sujeitos suficientes para o projeto de intervenção (Coutinho, 2020).

Como critérios de inclusão, decidiu-se incluir no projeto de intervenção: pessoas com idade superior ou igual a 65 anos de idade, com alterações neurológicas e com défice de autocuidado, com necessidade de cuidados de reabilitação e consecutivamente designados pelos enfermeiros especialistas orientadores como os casos mais ricos e sólidos para intervenção, que fossem alvo de cuidados de reabilitação nos diversos estágios consoante o domínio ortopédico, neurológico e respiratório.

A identificação da população em questão será desenvolvida por letras e números (A1, A2, A3, B1, B2, B3, B4, B5, C1, C2), que corresponderá a cada participante do projeto de intervenção, garantindo a confidencialidade e o anonimato.

Assim sendo, foram escolhidos no total 10 pessoas alvo de intervenção nos diversos estágios realizados:

- Estágio de foro ortopédico - incluídas 3 pessoas (A1, A2, A3) que foram internadas no serviço de Ortopedia de forma eletiva para abordagem cirúrgica ou pela necessidade cirúrgica devido a lesões traumáticas, manifestando alterações músculo-esqueléticas.

- Estágio de foro neurológico – incluídas 5 pessoas (B1, B2, B3, B4, B5) diagnosticadas com AVC, em internamento hospitalar, com défice de autocuidado e com idade superior a ou igual a 65 anos.

- Estágio de foro respiratório – inclusão de 2 pessoas (C1, C2), com patologia respiratória diagnosticada em fase aguda ou subaguda com idade igual ou superior a 65 anos, em internamento hospitalar, com défice de autocuidado, com compromisso da funcionalidade.

No decurso do projeto de intervenção, foi possível enumerar um conjunto de 10 participantes, com média de idades de 73,6 anos, onde a pessoa mais velha apresenta uma idade de 85 anos e a pessoa mais jovem 65 anos de idade.

Relativamente ao estado civil, 5 participantes encontram casados (50%), 3 viúvos (30%), 1 em estado solteiro (10%) e 1 divorciado (10%). A população difere quanto à sua nacionalidade entre, na sua maioria, portuguesa (80%) e em angolana (20%). Quanto ao género, 7 participantes são do sexo masculino (70%) e 3 participantes do sexo feminino (30%). Quanto ao agregado familiar, 8 participantes vivem acompanhados por familiares próximos ou cônjuges (90%) e apenas 1 (10%) reside sozinho no seu domicílio próprio.

O tópico com maior diversidade é o nível de escolaridade, sendo que 4 participantes têm o 4º ano de escolaridade (40%), 2 participantes o 9º ano de escolaridade (20%), 2 participantes têm o 12º ano (20%) e 2 não sabem ler nem escrever (20%). Metade da população, ou seja, 5 participantes (50%) ainda se encontram ativos a nível profissional e 5 (50%) reformadas.

5.2 Instrumentos de apreciação diagnóstica

Como nos afirma Sousa, Marques-Vieira, Severino e Caldeira (2017), a seleção de um instrumento de avaliação de determinada função, devendo ter uma fiabilidade adequada e os resultados deverão ser suficientemente sensíveis, por forma a traduzir alterações clínicas. Os instrumentos de avaliação diagnóstica, relativos à enfermagem de reabilitação, possibilitam uma melhor caracterização da condição da saúde da pessoa, medindo a incapacidade e progressos, podendo o EEER dar continuidade e os benefícios das intervenções de ER (OE, 2016, Sousa et al., 2017).

Os instrumentos de avaliação na população idosa, podem relatar o desempenho dos indivíduos nas AVD'S e na manutenção do autocuidado, descrevendo a situação inicial, determinando o impacto das doenças e adequar o plano de cuidados às necessidades da pessoa (Marzuca-Nassr et al., 2020; Pashmdarfard e Azad, 2020). No processo de avaliação diagnóstica, optou-se por recorrer a dois instrumentos de colheita de dados que procuraram dar resposta à problemática acima mencionada, o *Elderly Nursing Core Set* (ENCS) (Fonseca, 2013) e a *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (OE, 2016). O instrumento *Elderly Nursing Core Set* (ENCS), que se caracteriza pela capacidade de monitorização do *score* global da funcionalidade das pessoas, destaca as necessidades de enfermagem da população idosa, e numa fase posterior, identifica os ganhos resultantes de um programa de reabilitação, com base teórica da Teoria de Autocuidado de Orem e a Classificação Internacional de Funcionalidade (Fonseca, 2013). Caracteriza o core set dos idosos e identifica o processo de cuidados de enfermagem, como resultado da relação entre enfermeiro-pessoa, com base na sua condição de saúde e da sua relação com os fatores contextuais (Fonseca et al., 2019).

O instrumento ENCS possui boas características psicométricas, com um alfa de Cronbach de 0,96, o que traduz uma distinta fiabilidade para os itens apresentados, consistindo em duas secções: uma primeira que coleta os dados sociodemográficos (estado civil, escolaridade e diagnóstico médico), seguidos de 25 questões baseadas na CIF (Fonseca et al., 2019). Integra um total de 29 códigos, A resposta a cada um dos códigos faz-se através de escala Likert com 5 pontos (1. Não há problema: 0-4%; 2. Problema ligeiro: 5-24%; 3. Problema moderado: 25-49%; 4. Problema grave: 50-95%; 5.

Problema completo: 96-100%) (Fonseca et al., 2018). Quanto menor a pontuação, melhor será a funcionalidade da pessoa alvo de intervenção (Fonseca et al., 2018).

Apresenta quatro domínios: Autocuidado (lavar-se, vestir-se, cuidar de partes do corpo, deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, andar, realizar a rotina diária, manter a posição do corpo, mudar a posição básica do corpo, cuidados relacionados com os processos de excreção, utilização da mão e do braço, beber e comer); Aprendizagem e Funções Mentais (funções emocionais, funções de orientação, funções de atenção, funções de memória, funções de consciência e funções cognitivas de nível superior); Comunicação (falar, conversação, comunicar e receber mensagens orais, e relacionamentos familiares); e Relação com os amigos e cuidadores (prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais, profissionais de saúde e amigos) (Fonseca et al., 2018).

Através do ENCS (Fonseca, 2013), será possível utilizar a informação recolhida para definir e hierarquizar as prioridades, concebendo um plano com programas de reeducação funcional, em que são selecionadas intervenções que permitam otimizar e/ou reeducar a função (Regulamento n.º 392/2019).

Um dos instrumentos de apreciação diagnóstica também utilizado foi a *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), por forma a caracterizar os participantes no projeto de intervenção relativos ao grupo B. A MoCA foi desenvolvida em 2005 por Z. Nasreddine, N. Phillips e por H. Chertkow, com o objetivo de rastreio de disfunção cognitiva ligeira (OE, 2016; Untari et al., 2021). Esta escala foi traduzida, adaptada e validada para Portugal (Freitas et al., 2011).

Apresenta valores de sensibilidade de 81% e especificidade de 77% para deteção de defeito cognitivo ligeiro (DGS, 2011). Por outro lado, é designado como o principal instrumento de avaliação diagnóstica nas pessoas com défice cognitivo ligeiro, com tempo de avaliação curto (cerca de aproximadamente 15 minutos) e com viabilidade limitada para utilização em doentes com baixos níveis de educação, ou com condições instáveis (por exemplo, fragilidade e atenção severa) (Feng et al., 2021). Num estudo desenvolvido por Untari et al. (2021), num modo comparativo entre a MoCA e a *Minimal State Examination* (MMSE), ficou demonstrado que a MoCA é superior à MMSE no que respeita à deteção de défices cognitivos bem como na função executiva.

As doenças neurológicas, especificando o AVC, consideram-se como uma das principais causas de morte e de incapacidade no mundo (Wu et al., 2019; Emerson et al., 2019; Yu et al., 2021). As consequências do AVC podem atingir o declínio físico, mas também défices no domínio cognitivo como a memória e a orientação (Wu et al., 2019; Yu et al., 2021). O estudo efetuado por Wu et al., (2019) demonstrou que a escala MOCA apresenta responsividade, diferença clínica minimamente relevante e validade de critérios relativamente à população acometida com AVC. Note-se que o défice cognitivo pós-AVC está associado a um maior défice funcional, sendo necessário efetuar uma avaliação rigorosa do domínio cognitivo (Wu et al., 2019; Yu et al., 2021). Segundo a DGS (2011), torna-se importante a avaliação cognitiva da pessoa, permitindo uma melhor caracterização dos domínios afetados e concomitantemente, proporcionar uma melhor orientação do cuidado à pessoa de acordo com as suas potencialidades e dificuldades.

5.3 Plano de intervenção

A reabilitação é considerada hoje um serviço de saúde fundamental para as pessoas, de acordo com as suas condições de saúde, ao longo de todas as fases do curso da vida e durante fases de agudização, sub-agudização e cuidados de longa duração (WHO, 2019). A reabilitação perspetiva o impacto de uma condição de doença ou incapacidade da pessoa, procurando a melhoria da sua funcionalidade e na redução da experiência de incapacidade, promovendo a independência (WHO, 2019). O processo de enfermagem permite que as necessidades das pessoas sejam atendidas de forma específica e segura, de forma a melhorar o cuidado, bem como melhorar o reconhecimento profissional do EEER (Couto et al., 2021).

Assim, através da avaliação da pessoa em processo de transição saúde/doença, o EEER recolhe informação através dos instrumentos de colheita, com o objetivo de priorizar os cuidados de enfermagem de reabilitação e desenvolver/implementar um plano de intervenção, composto por estratégias adaptativas e intervenções de enfermagem, que visa “optimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567). Como nos indica Santos (2017), a implementação das intervenções de ER caracteriza-se pelo ensino, demonstração e treino de estratégias adaptativas, que potenciam o desenvolvimento do autocuidado, enquadrando os cuidados na pessoa e na família.

Neste capítulo, procura-se, através da linha conceptual do processo de enfermagem, apresentar os diagnósticos com linguagem de Classificação Internacional Profissional de Enfermagem (CIPE) e as intervenções que constituíram o plano de intervenção para cada área: ortopédica, neurológica e respiratória. Para desenvolvimento dos planos, a RSL surgiu como linha orientadora, assegurando a melhor evidência. Os planos de intervenção encontram-se descritos posteriormente.

5.3.1 – Plano de Intervenção foro ortopédico

Plano de intervenção foro ortopédico	
<p>Pré-operatório</p> <p>A educação no pré-operatório e fornecimento de informação sobre exercícios e estratégias de alívio da dor – possibilitam a redução da ansiedade, definindo os objetivos funcionais, implementando um processo de intervenção efetivo tendo em conta as necessidades da pessoa singular e família (Hernández et al., 2020; Beckamm et al., 2021;)</p> <p>Domínio cognitivo, comportamental, emocional e psicossocial</p> <p>- Avaliação física e sociodemográfica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do potencial de reabilitação da pessoa e potencialidade para adquirir conhecimento e capacidade para a ação (Ribeiro, 2021); <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da consciencialização acerca das limitações funcionais existentes, dos objetivos e das condições facilitadoras ou dificultadoras no processo de recuperação (Ribeiro, 2021); <ul style="list-style-type: none"> • Adequação do cuidado de enfermagem, tendo em conta as necessidades da pessoa inserida num contexto família-comunidade, individualizando o cuidado (Chaudhuri et al., 2016, Griffin-Musick et al., 2021); • Avaliação da força muscular (escala de Lower) (Sabbah et al., 2020) e a funcionalidade através da ENCS (Fonseca, 2013). <p><u>Domínio físico</u></p> <p>Reeducação Funcional Respiratória (RFR)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensino dirigido à pessoa, tendo em conta as patologias respiratórias de base; • Controlo dos tempos respiratórios; • Exercícios abdomino-diafragmáticos; • Exercícios de reeducação costal global; • Ensino da tosse dirigida e assistida (Ordem dos Enfermeiros, 2018c; Lourenço et al., 2021). <p>Reeducação Funcional Motora (RFM)</p>	<p>Pós-operatório</p> <p>Prevenir complicações músculo-esqueléticas articulares, rigidez da articulação envolvida, promovendo a força muscular e da amplitude do movimento articular com ganhos na autonomia e qualidade de vida (Kenyon-Smith et al., 2019; Gkirmi et al., 2021).</p> <p><u>Domínio cognitivo, comportamental, emocional, psicossocial e físico</u></p> <p>Reeducação Funcional Respiratória (RFR) e Reeducação Funcional Motora (RFM)</p> <p>Manter as intervenções supracitadas no pré-operatório, sendo possível adequar as mobilizações ao tipo de cirurgia e respeitando o limite da amplitude articular e o limiar da dor (Sousa e Carvalho, 2017, Couto et al., 2021)</p> <p>As intervenções no período pós-operatório determinam-se pela:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controlo da dor (Sousa e Carvalho, 2017, Couto et al., 2021). - Crioterapia no local da fratura para estabilização da fratura e redução do edema; - Promoção da consciencialização do novo estado de saúde, incentivando a tomada de decisão; - Realização do 1º levante no 2º dia pós-operatório e remoção de drenos (em caso de existirem).; - Ensino sobre o autocuidado, posicionamento no leito, equilíbrio, transferir-se, andar com o auxiliar de marcha e prevenção de queda (Sousa e Carvalho, 2017, Couto et al., 2021). - Treino de AVD'S com promoção da função cognitiva (Aftab et al., 2020); Gkirmi et al., 2021), - Avaliação da força muscular (Escala de Lower), da funcionalidade (ENCS) e capacidade para se transferir e andar com auxiliar de marcha (Fonseca, 2013).

Plano de intervenção foro ortopédico	
<ul style="list-style-type: none"> Exercícios isométricos: contrações isométricas abdominais e dos glúteos, dos quadríceps (3 séries de 10 repetições); Exercícios isotónicos: com a realização de mobilizações ativas/livres/assistidas e/ou resistidas dos membros sãos (3 séries de 10 repetições). Exercícios para realização da ponte (com auxílio de trapézio) (3 séries de 10 repetições); Exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores com auxílio de trapézio (3 séries de 10 repetições) (Sureja et al., 2018, Sousa e Carvalho, 2017, Gaspar et al., 2021). 	<p>- Planeamento da alta e interface com família</p> <p>- Suporte familiar no processo de recuperação da pessoa e preparação para a alta.</p> <p>Realização de ensinios sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Adequação das condições do domicílio; Ensino sobre transferir-se; Treino e ensino sobre andar com auxiliar de marcha (andarrilho ou canadianas) (Sousa e Carvalho, 2017, Couto et al., 2021) Ensino sobre estratégias de prevenção de quedas no domicílio (retirar tapetes, corredores sem obstáculos, calçado antiderrapante) (Kennedy et al., 2017; Mori et al., 2017).

Diagnósticos de Enfermagem – CIPE	
<p>Potencial para melhorar a adesão ao Regime de Reabilitação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisar a relação entre a adesão ao regime de reabilitação e recuperação Ensinar sobre o regime de reabilitação Incentivar a adesão ao regime de reabilitação (Sousa e Carvalho, 2017, Gaspar et al., 2021) 	<p>Ventilação comprometida</p> <ul style="list-style-type: none"> Executar técnicas de posicionamento para otimizar a ventilação Executar técnicas respiratórias Ensinar e instruir sobre técnicas respiratórias de otimização de ventilação Treinar instruir sobre técnicas respiratórias de otimização de ventilação Incentivar o uso de técnicas respiratórias (Sousa e Carvalho, 2017, Gaspar et al., 2021)
<p>Movimento corporal comprometido no membro inferior</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisar com a pessoa a relação entre exercícios musculares e articulares e a mobilidade da anca Ensinar sobre exercícios musculares (isométricos) Treinar exercícios musculares (exercícios isométricos) Executar técnica de exercício muscular e articular (passivos, ativo-assistidos, ativo-resistidos) (Sousa e Carvalho, 2017, Gaspar et al., 2021) 	<p>Potencial para melhorar a capacidade para transferir-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e a autonomia para transferir-se; Instruir sobre dispositivo para transferir-se Treinar o uso de dispositivo de apoio para transferir-se Instruir sobre prevenção de complicações durante o transferir-se entre cama-cadeira e vice-versa Providenciar material educativo (Sousa e Carvalho, 2017, Gaspar et al., 2021) Incentivar a pessoa a transferir-se
<p>Potencial para melhorar a capacidade para vestir-se e despir-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para vestir-se e despir-se; 	<p>Potencial para melhorar a capacidade para autocuidado: uso do sanitário:</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisar com a pessoa a relação entre o uso de dispositivo de apoio e autonomia para uso de sanitário Instruir sobre uso de dispositivo de apoio para uso de sanitário (alceador de sanita e presença de barras la-

Diagnósticos de Enfermagem – CIPE	
<ul style="list-style-type: none"> Instruir sobre dispositivo de apoio para vestir-se/despír-se (ex: pinças de cabo longo, calçadeira) Treinar sobre o dispositivo de apoio para vestir-se/despír-se Ensinar sobre prevenção de complicações da articulação durante o vestir-se/despír-se (Sousa e Carvalho, 2017, Gaspar et al., 2021) 	<p>terais)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ensinar sobre prevenção de complicações na articulação ao usar o sanitário (Sousa e Vieira, 2017; Gaspar et al., 2021)
<p>Potencial para melhorar a capacidade para andar com auxiliar de marcha</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisar com a pessoa a relação entre o uso de auxiliar de marcha e autonomia para andar Ensinar sobre auxiliar de marcha Ensinar sobre andar com auxiliar de marcha Instruir sobre andar com auxiliar de marcha, dependendo da situação (carga ou descarga do membro operado). Instruir sobre treino subir/descer escadas Providenciar material educativo (Sousa e Carvalho, 2017, Gaspar et al., 2021) 	<p>Potencial para melhorar o equilíbrio:</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisar com a pessoa a relação entre equilíbrio comprometido e risco de queda; Executar técnica de equilíbrio (estático e dinâmico) Instruir sobre treino de equilíbrio Treinar o equilíbrio Assistir no treino de equilíbrio Providenciar material educativo Incentivar treino de equilíbrio (Sousa e Carvalho, 2017, Gaspar et al., 2021)

Quadro nº 2- Plano de Intervenção foro ortopédico

5.3.2 – Plano de Intervenção foro neurológico

Plano de intervenção foro neurológico	
<p><u>Domínio cognitivo, comportamental</u></p> <p>O objetivo principal é que a pessoa se torne o mais independente possível nas AVD'S, readquirindo capacidade, com maior funcionalidade a nível do reflexo postural e sensibilidade proprioceptiva (Araújo et al., 2021).</p> <p><u>Domínio físico</u></p> <p>Torna-se importante a mobilização precoce quer dos membros superiores quer dos membros inferiores por forma a dificultar a concretização de atividades terapêuticas bem como o autocuidado (Araújo et al., 2021)</p>	<p>Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções</p> <p>Potencial para melhorar a consciencialização sobre negligência unilateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estimular a perceção cognitiva, através de treino de raciocínio e capacidade de atenção (Xiao et al., 2020, Lin et al., 2020). - Executar técnica de estimulação sensorial: dicas visuais, verbais e auditivas (Araújo et al., 2021); - Instruir sobre exercícios para melhoria de perceção: ativação do membro, rotação do tronco, terapia do movimento induzido por restrição e facilitação cruzada e estimulação cognitiva como treino da memória, atenção e memória executiva (Rogers et al., 2018, Eschweiler et al., 2020). - Treinar exercícios de melhoria da perceção. <p><u>Reeducação Funcional Motora</u></p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares no membro superior</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular <ul style="list-style-type: none"> • Automobilização do membro superior • Exercícios de inibição do membro superior - Ensino sobre exercícios musculares e articulares - Instruir exercícios musculares e articulares - Treinar exercícios musculares e articulares (Araújo et al., 2021).

Plano de intervenção foro neurológico	
	<p>Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculares e articulares no membro inferior</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de exercício muscular e articular (exercícios passivos, ativo-assistidos e ativo-resistidos) (Sabbah et al., 2020) - Ensinar sobre exercícios musculares e articulares <ul style="list-style-type: none"> • Exercício da ponte • Dissociação da cintura pélvica com elevação da pelve. - Instruir sobre exercícios musculares e articulares - Treinar exercícios musculares e articulares (Araújo et al., 2021). <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar posicionamento em padrão antiespástico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posicionar em padrão antiespástico - Executar massagem - Ensinar sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) - Instruir sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) - Treinar sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) - Incentivar sobre posicionamentos em padrão antiespástico (deitado/sentado) (Menoita, 2012; Stoykov et al., 2022). <p><u>Treino de equilíbrio corporal</u></p> <p>Equilíbrio estático/dinâmico comprometido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de treino de equilíbrio estático (Xiao et al., 2020, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021) - Analisar com a pessoa a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio - Ensinar sobre exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico - Instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico - Treinar exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico (Mentiplay et al., 2020) <p><u>Treino de marcha</u></p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para andar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistir a pessoa a andar - Ensinar técnica de adaptação para andar – a abordagem do Enfermeiro deve ser sempre do lado afetado, controlando o membro superior através do suporte a nível proximal (ombro) e distal (mão) (Ribeiro, 2021) - Instruir sobre técnica de adaptação para andar - Treinar técnica de adaptação para andar (Xiao et al., 2020, Hasset et al., 2021, Yin et al., 2021).

Plano de intervenção foro neurológico	
	<p><u>Treino de AVD's.</u></p> <p>Potencial para melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para se transferir - Assistir na pessoa a transferir-se - Ensinar técnica de adaptação para transferir-se - Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se - Treinar técnica de adaptação para transferir-se (Xiao et al., 2020, Araújo et al., 2021) <p>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para vestir/despir-se</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para vestir/despir-se - Ensinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Instruir técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Treinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se (Bjartmarz et al., 2017, Araújo et al., 2021). <p>Potencial para melhorar a capacidade para arranjar-se</p> <ul style="list-style-type: none"> -Analisar com a pessoa a capacidade para arranjar-se - Ensinar técnica de adaptação para arranjar-se - Instruir técnica de adaptação para a pessoa arranjar-se - Treinar técnica de adaptação para a pessoa arranjar-se (Araújo et al., 2021).

Quadro nº 3- Plano de Intervenção foro neurológico

5.3.3 - Plano de intervenção foro respiratório

Plano de intervenção foro respiratório	
<p><u>Domínio cognitivo, comportamental, emocional e físico</u></p> <p>A patologia respiratória quando presente, implica um processo de readaptação da incapacidade causada, com impacto na qualidade de vida e no processo emocional e psicológico (Dong et al., 2020; Cantürk et al., 2021). A intervenção do EEER outorga a avaliação sintomática decorrente do exame físico e da avaliação da função muscular, qualidade de vida e ansiedade vs depressão (Couto et al., 2021).</p>	<p>Diagnósticos de Enfermagem/Intervenções</p> <p><u>Reabilitação Funcional Respiratória</u></p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar técnica respiratória</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o grau de dispneia segundo a escala de Borg (OE, 2018c) - Executar técnicas para otimizar a ventilação <ul style="list-style-type: none"> • Controlo e dissociação dos tempos respiratórios; • Reeducação diafragmática • Reeducação Costal - Ensinar sobre técnicas respiratórias para otimizar a ventilação - Treinar técnicas respiratórias para otimizar a ventilação - Incentivar o uso de técnicas para otimizar ventilação (OE, 2018c; Couto et al., 2021) <p>Potencial para melhorar a capacidade para gestão de ambiente e fatores indutores de agravamento da dispneia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar técnicas de descanso e relaxamento <ul style="list-style-type: none"> • Posição de cocheiro (Ordem dos Enfermeiros, 2018c) • Expiração com lábios semicerrados (Alves e Grilo, 2021) - Ensinar sobre técnicas de descanso e relaxamento - Instruir sobre técnicas de descanso e relaxamento - Treinar técnicas de descanso e relaxamento (Couto et al., 2021) <p><u>Reeducação Funcional Motora</u></p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para executar exercícios musculoesqueléticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Executar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores - Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores - Instruir sobre exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores - Treinar exercícios musculoesqueléticos dos membros superiores e inferiores (Zhang et al., 2021 Mahoney et al., 2020)

Plano de intervenção foro respiratório	
	<p>Limpeza das vias aéreas comprometida (OE, 2018c; Cordeiro e Menoita, 2012)</p> <ul style="list-style-type: none">- Executar técnicas de limpeza da via aérea (Belli et al., 2021)<ul style="list-style-type: none">• Drenagem postural• Tosse• Manobras acessórias• Huffing• Ciclo ativo da respiração- Ensinar sobre técnicas para limpeza das vias aéreas (Alves e Grilo, 2021)- Instruir sobre técnicas para limpeza das vias aéreas- Incentivar ingestão hídrica (OE, 2018c). <p><u>Treino de equilíbrio corporal</u></p> <p>Equilíbrio estático/dinâmico comprometido</p> <ul style="list-style-type: none">- Executar técnica de treino de equilíbrio estático (sentado/pé) (Xiao et al., 2020, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021)- Analisar com a pessoa a relação entre exercícios de controlo postural e equilíbrio- Ensinar sobre exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico- Instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico- Treinar exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico (Mentiplay et. al, 2020; Couto et. al, 2021) <p><u>Treino de marcha</u></p> <p>Potencial para melhorar a capacidade para andar</p> <ul style="list-style-type: none">- Assistir a pessoa a andar- Ensinar técnica de adaptação para andar- Instruir sobre técnica de adaptação para andar- Treinar técnica de adaptação para andar (Çevirme e Gokçay, 2020; Janssen et al., 2021). <p><u>Treino de AVD's.</u></p> <p>Potencial para melhorar a capacidade/conhecimento sobre técnica de adaptação para transferir-se</p> <ul style="list-style-type: none">- Analisar com a pessoa a capacidade para se transferir- Assistir na pessoa a transferir-se- Ensinar técnica de adaptação para transferir-se- Instruir sobre técnica de adaptação para transferir-se- Treinar técnica de adaptação para transferir-se (Couto et. al, 2021)

Plano de intervenção foro respiratório	
	<p>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnica de adaptação para vestir/despir-se</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisar com a pessoa a capacidade para vestir/despir-se - Ensinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Instruir técnica de adaptação para vestir-se/despir-se - Treinar técnica de adaptação para vestir-se/despir-se (Silva e Delgado, 2020; Couto et. al, 2021). <p>Potencial para melhorar a capacidade para arranjar-se</p> <ul style="list-style-type: none"> -Analisar com a pessoa a capacidade para arranjar-se - Ensinar técnica de adaptação para arranjar-se - Instruir técnica de adaptação para a pessoa arranjar-se - Treinar técnica de adaptação para a pessoa arranjar-se (Couto et. al, 2021). <p>Potencial para melhorar a capacidade para usar técnicas de gestão de energia durante o autocuidado (Silva e Delgado, 2020).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre estratégias adaptativas para o autocuidado (Higashimoto et al., 2020) - Instruir o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado - Treinar o uso de estratégias adaptativas para o autocuidado (Silva e Delgado, 2020) - Gerir atividade (Çevirme e Gokçay, 2020; Janssen et al., 2021, GOLD, 2022) - Vigiar atividade física - Planear repouso (Silva e Delgado, 2020).

Quadro nº 4- Plano de Intervenção foro respiratório

5.4 Considerações éticas

Segundo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências de Vida (CNECV) na recomendação realizada em 2018, torna-se essencial a buscar de conhecimento “usando métodos cientificamente e eticamente robustos e com impacto para a comunidade científica e para a sociedade” (CNECV, 2018, p. 11).

Deverão ser assegurados e promovidos princípios e padrões éticos como a **confiabilidade** (na garantia da qualidade); **honestidade** (no desenvolvimento, implementação, revisão, publicação e comunicação); **respeito** (pelos colegas, participantes nos projetos) e **responsabilidade** (pelo projeto, pela ideia da publicação e pela sua gestão) (CNECV, 2018).

O projeto de intervenção retratado, reporta a um contexto naturalista e útil com uma intervenção relacionada com a vida das pessoas, pelo que se torna de suma importância, ter um plano de apoio para os participantes, de forma a assegurar a minimização de riscos potenciais de desconforto e exposição, e igualmente o respeito pelo direito de não receber dano (não ser prejudicado), com conhecimento da totalidade da informação com respeito pela sua autodeterminação (Coutinho, 2020; Nunes, 2020). Deste modo durante a realização do projeto de intervenção contempla-se o anonimato e a confidencialidade, codificando os instrumentos de colheita de dados (Nunes, 2020), apresentando os casos com referência a letras e números.

Durante a prestação de cuidados, a garantia do respeito pelos princípios éticos (verdade, justiça, não-maleficência) torna-se fundamental, entendendo a relação entre enfermeiro-pessoa com grande especificidade, uma vez que o EEER lida com pessoas em processo de incapacidade, com alterações no autocuidado e da funcionalidade (Deodato, 2017a). Nestes casos, importa destacar o respeito pela dignidade da pessoa, onde o enfermeiro assume o papel de garantia de autocuidado, em muitos casos em que a incapacidade é total, e portanto, deverá ser respeitada também a liberdade humana, identificando as necessidades, com respeito pelas crenças e/ou religião, e permeabilizando o consentimento que o enfermeiro necessita para executar os cuidados planeados (Deodato, 2017a; Nunes; 2020).

A participação no projeto de intervenção tem como ponto de partida o consentimento livre e esclarecido com a explicação das diferentes fases do projeto e as potenciais consequências para o participante e para a família. Foi respeitado o direito ao sujeito de remoção do consentimento em qualquer situação temporal. O consentimento livre e esclarecido pressupõe que para além da transmissão da informação, o profissional de saúde deve garantir que essa informação é compreendida (Deodato, 2017b).

6. APRESENTAÇÃO DOS DADOS DE APRECIÇÃO DIAGNÓSTICA²

Este capítulo surge como a apresentação dos dados que foram recolhidos com base na intervenção do EEER, tendo em conta os planos de intervenção na área de reabilitação nos diversos contextos foro, respiratório e neurológico. Grosso modo, será realizada uma descrição sumária sociodemográfica do grupo de participantes e os resultados obtidos após a intervenção do ER.

Como foi referido anteriormente, o tratamento de dados terá como base os instrumentos ENCS e a MOCA (no caso do grupo B), e na sua base teórica a Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) e o Modelo de Autocuidado de Fonseca (2013).

Estágio de Reabilitação

O Estágio de Reabilitação desenvolveu-se num hospital da área metropolitana lisboeta, no serviço de Ortopedia durante 6 semanas. A intervenção do EEER neste serviço caracteriza-se pela intervenção precoce no pré e pós-operatório cirúrgico, com um olhar muito assente na recuperação da funcionalidade num curto espaço de tempo entre a intervenção cirúrgica e o momento da alta. Assim, optou-se por uma intervenção, alvo de avaliação, em três momentos do internamento: pré-operatório, pós-operatório imediato (24 horas) e pós-operatório (48 horas pós-intervenção), onde são abordados os ensinamentos e os cuidados pós-operatórios no domicílio.

Foram consideradas 3 pessoas alvo de intervenção (A1, A2, A3), sobre as quais foram elaboradas uma avaliação inicial e uma avaliação final, através do instrumento de avaliação ENCS.

Analisando a população com uma breve análise sociodemográfica, constata-se que se trata de uma população maioritariamente do sexo feminino (66,67%), com uma média de idades de 77,3 anos de idade com um desvio padrão de 8,8. Quanto às restantes características sociodemográficas, 66,67% são de nacionalidade portuguesa e 33,33% de nacionalidade angolana e 66,67% dos participantes são casados e 1 participante

² Todos os participantes foram descaracterizados e anonimizados por forma a manter a privacidade no decurso do projeto de intervenção.

(33,33%) é viúvo. Tem um agregado familiar constituído por três familiares (100%) e apresentam todos baixo nível de escolaridade, em que 33,37% não sabe ler nem escrever. Todos os participantes do grupo A são pessoas submetidas a artroplastia da anca, com diversas comorbilidades associadas e polimedicados. Residentes em apartamentos com nível de salubridade, onde algumas não apresentam condições de acesso ao domicílio. Os ganhos médios encontram-se apresentados no quadro nº5.

Instrumento ENCS			Ganhos
Participantes	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final	
A1	Funcionalidade Geral – 35,5% Autocuidado – 53% Aprendizagem e Funções Mentais – 12% Comunicação – 30% Relação com Amigos e Cuidadores – 00%	Funcionalidade Geral – 20,50% Autocuidado – 30% Aprendizagem e Funções Mentais – 12% Comunicação – 20% Relação com Amigos e Cuidadores – 00%	15%
A2	Funcionalidade Geral – 35,5% Autocuidado – 53% Aprendizagem e Funções Mentais – 12% Comunicação – 00% Relação com Amigos e Cuidadores – 00%	Funcionalidade Geral – 17,5% Autocuidado – 15% Aprendizagem e Funções Mentais – 12% Comunicação – 00% Relação com Amigos e Cuidadores – 00%	18%
A3	Funcionalidade Geral – 44,25% Autocuidado – 60% Aprendizagem e Funções Mentais – 18% Comunicação – 35% Relação com Amigos e Cuidadores – 67%	Funcionalidade Geral – 23,50% Autocuidado – 38% Aprendizagem e Funções Mentais – 15% Comunicação – 24% Relação com Amigos e Cuidadores – 25%	20,75%

Quadro nº 5 - Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo A.

Estágio final

O Estágio de Reabilitação decorreu no serviço de medicina interna com a duração de 16 semanas. Durante este período, a intervenção constituiu-se na promoção de ganhos e funcionalidade quer na pessoa com défice de autocuidado do foro neurológico, ou seja, a população-alvo deste projeto de intervenção, quer na pessoa com défice de autocuidado com patologia do foro respiratório. A população alvo de intervenção é constituída por B1, B2, B3, B4, B5 e C1 e C2. Quanto aos instrumentos de apreciação diagnóstica foram utilizados os instrumentos ENCS e a escala MOCA no grupo B e apenas o instrumento ENCS no grupo C.

Analisando a população do grupo B com uma breve análise sociodemográfica, constata-se que se trata de uma população inteiramente masculina (100%), com uma média de idades de 73,2 anos de idade com um desvio padrão de 9,9.

Quanto às restantes características sociodemográficas, 80% são de nacionalidade portuguesa e 20% de nacionalidade angolana, em que 40% são casados, 20% divorciado, solteiro e viúvo. 60% dos participantes apresentam como agregado familiar a esposa e filho (pelo menos 1), enquanto 20% apresenta uma irmã e outros 20% não apresenta agregado familiar. Quanto ao nível de escolaridade, 60% apresenta baixo nível de escolaridade, 20% apresenta o 9º e 12º ano consecutivamente. Por último, 60% dos participantes encontra-se reformado, enquanto 20% mantém vida ativa laboral como agricultor e 20% como empresário. Todos os participantes apresentam uma patologia do foro neurológico, maioritariamente acidente vascular cerebral, com comorbilidade associadas e polimedicados. Os ganhos médios encontram-se apresentados no quadro nº6.

Instrumento ENCS			Ganhos
Participantes	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final	
B1	Funcionalidade Geral – 44,50% Autocuidado – 80% Aprendizagem e Funções Mentais – 33% Comunicação – 65% Relação com Amigos e Cuidadores – 00% MOCA - 14 pontos (défice cognitivo ligeiro)	Funcionalidade Geral – 23,5% Autocuidado – 45% Aprendizagem e Funções Mentais – 23% Comunicação – 40% Relação com Amigos e Cuidadores – 00%	21%
B2	Funcionalidade Geral – 67,5% Autocuidado – 98% Aprendizagem e Funções Mentais – 40% Comunicação – 85% Relação com Amigos e Cuidadores - 47% MOCA - 16 pontos (défice cognitivo ligeiro)	Funcionalidade Geral – 48,5% Autocuidado – 45% Aprendizagem e Funções Mentais – 27% Comunicação – 55% Relação com Amigos e Cuidadores – 47%	19%
B3	Funcionalidade Geral – 48,25% Autocuidado - 83% Aprendizagem e Funções Mentais – 30% Comunicação – 00% Relação com Amigos e Cuidadores – 20% MOCA - 15 pontos (défice cognitivo ligeiro)	Funcionalidade Geral – 24,50% Autocuidado – 43% Aprendizagem e Funções Mentais – 25% Comunicação – 00% Relação com Amigos e Cuidadores – 20%	23,75%
B4	Funcionalidade Geral – 62% Autocuidado – 98% Aprendizagem e Funções Mentais – 35% Comunicação – 65% Relação com Amigos e Cuidadores – 0% MOCA - 18 pontos (défice cognitivo ligeiro)	Funcionalidade Geral – 42% Autocuidado – 50% Aprendizagem e Funções Mentais – 28% Comunicação – 35% Relação com Amigos e Cuidadores – 0%	20%
B5	Funcionalidade Geral – 39,25% Autocuidado – 82% Aprendizagem e Funções Mentais – 10% Comunicação – 45% Relação com Amigos e Cuidadores – 0% MOCA - 20 pontos (défice cognitivo ligeiro)	Funcionalidade Geral – 21,75% Autocuidado – 32% Aprendizagem e Funções Mentais – 10% Comunicação – 25% Relação com Amigos e Cuidadores – 0%	17,5%

Quadro nº 6- Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo B.

Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Relativamente ao grupo C, encontramos uma população com 100% dos participantes com nacionalidade portuguesa, 50% casado e 50% viúvo. Com média de idades de 68 anos. No que concerne ao agregado familiar, 50% é constituído apenas por um familiar e 50% por dois familiares. 100% dos participantes apresentam-se reformados e 50% não sabe ler nem escrever, enquanto 50% tem a 4ª classe. Os ganhos médios encontram-se apresentados no quadro nº7.

Instrumento ENCS			Ganhos
Participantes	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final	
C1	Funcionalidade Geral – 29,25% Autocuidado – 60% Aprendizagem e Funções Mentais – 17% Comunicação – 20% Relação com Amigos e Cuidadores – 20%	Funcionalidade Geral – 22,25% Autocuidado – 32% Aprendizagem e Funções Mentais – 17% Comunicação – 0% Relação com Amigos e Cuidadores – 20%	7%
C2	Funcionalidade Geral – 28,5% Autocuidado – 60% Aprendizagem e Funções Mentais – 13% Comunicação – 20% Relação com Amigos e Cuidadores - 20%	Funcionalidade Geral – 22,25% Autocuidado – 28% Aprendizagem e Funções Mentais – 13% Comunicação – 20% Relação com Amigos e Cuidadores – 20%	6,25%

Quadro nº 7- Ganhos em funcionalidade dos participantes grupo C.

6.1 Discussão

Após a apresentação dos resultados, torna-se importante a discussão, observando a sua relevância com o que foi anteriormente encontrado como resultados da RSL e através da pesquisa de trabalhos científicos que possibilitem uma maior evidência científica. Assim, neste capítulo, são evidenciados os resultados que demonstram a intervenção do ER, com os respectivos ganhos em saúde, que objetivaram a melhoria da capacitação para o autocuidado.

Reconhece-se que a intervenção do EEER junto da população, com o propósito de “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania” (Regulamento nº392/2019, p. 13565). O autocuidado assumiu-se com especial relevância na execução deste projeto de intervenção, altamente sensível aos cuidados de EER denotando-se a melhoria da funcionalidade de todos os participantes, através de uma avaliação centrada nas necessidades, que determinou a capacidade da pessoa realizar as atividades específicas de cada domínio do autocuidado (Petronilho e Machado, 2017).

Propõe-se neste capítulo, proceder à discussão dos participantes do projeto de intervenção, aos olhos do modelo de autocuidado desenvolvido, abordando-os e interrelacionando-os com os domínios de autocuidado do Orem (2001), identificando os ganhos em saúde resultantes da intervenção.

Domínio cognitivo e comportamental:

Em certos momentos do ciclo da vida, as pessoas vivenciam limitações na sua ação de cuidar de si próprios e/ou terceiros, ocorrendo a necessidade criar estratégias e ações para a manutenção da vida (Petronilho, 2012).

A ação de autocuidado, entendida por Orem (2001), corresponde à capacidade de do ser humano se envolver no autocuidado e que pode envolver diversos domínios: cognitivo, físico, comportamental (Petronilho e Machado, 2017). O domínio cognitivo, reporta ao conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas para cumprir a ação, enquanto o domínio comportamental refere-se às habilidades para executar os

comportamentos de autocuidado, considerando “(...) a continuidade do desenvolvimento pessoal e do bem-estar” (Petronilho e Machado, 2017, p.6).

A fratura proximal do fêmur é uma patologia na população idosa com marcadas consequências negativas na mobilidade e na capacidade para a realização das AVD'S (Beckman et al., 2021), denotando que menos de 50% das pessoas recuperam a autonomia na mobilidade nos primeiros 3 meses (Beckman et al., 2021). A maioria da população que apresenta fratura proximal do fêmur tem multicomorbidades, polimedicados e com processo de disfunção cognitivo (Schoeneberg et al., 2021). Acresce que nas pessoas com disfunção cognitiva, existe um maior risco de fratura pós-operatória e luxação como nos demonstra o estudo efetuado por Kristoffersen et al. (2020).

Ao longo do projeto de intervenção foi possível avaliar o estado de consciência e as funções cognitivas, através do ENCS, nos conceitos “Aprendizagem e Funções Mentais” e “Comunicação”. No grupo de participantes A, destaca-se os participantes A1 e A3, que apresentavam (12,00% e 18,00%) e (30,00% e 35,00%) respetivamente, e que coincidiram com os primeiros dias pós-operatórios, onde foi possível observar ligeiros momentos com desorientação do espaço e tempo, onde a intervenção do EEER, permitiu reduzir esse défice, com impacto direto no processo de autocuidado. Quanto a A2, foram conceitos que se apresentaram como inalterados, com a “Aprendizagem e Funções Mentais” (12%) e “Comunicação” (00,00%), sem necessidade da intervenção, onde o primeiro manteve-se inalterado, e a comunicação sem alterações pela recuperação do estado de orientação muito precocemente. Concomitantemente, o treino de reeducação funcional pós-operatória às 24 horas bem como a mobilização precoce às 48 horas, permitiu uma maior capacidade na realização de AVD's, com melhoria da função cognitiva, sobretudo nos participantes A1 e A3. Assim, considera-se que a intervenção do EEER junto da pessoa com fratura proximal do fêmur, apresenta ganhos na capacidade para a realização das AVD'S e consequente autonomia, como na melhoria da função cognitiva (Aftab, Awan, Habibullah e Lim, 2020; Gkirni et al., 2021).

Relativamente ao grupo B, no estágio final, todos os participantes apresentavam como diagnóstico AVC, pelo que foi necessário proceder a uma avaliação neurológica e cognitiva, tendo se recorrido à escala MoCA. Os estudos demonstram que o défice cognitivo pós-AVC é um indicador de mau prognóstico, sobretudo no que se refere à capa-

cidade funcional (Wu et al., 2019; Yu et al., 2021). Ao longo do estágio, foi possível identificar a importância e a facilidade de aplicação da MoCA para avaliação do déficit cognitivo em pessoas acometidas com AVC (Wu et al., 2019, Untari et al., 2021). Todos os participantes do grupo apresentavam um déficit cognitivo ligeiro segundo a escala MoCA, com diversas consequências do domínio cognitivo a nível da memória, linguagem, atenção e orientação (Wu et al., 2019; Yu et al., 2021).

Foi possível observar, a importância do EEER na comunicação interpessoal, a procura por esclarecer e informar sobre a situação de doença/saúde (Bjartmarz et al., 2017, Xiao et al., 2020, Lin et al., 2020), associada ao treino de exercícios de treino de raciocínio e capacidade de atenção, apresentaram melhorias significativas no score da funcionalidade neste grupo de participantes da população alvo (Xiao et al., 2020, Lin et al., 2020).

Esta melhoria foi possível maioritariamente B1, B2 e B4, e com os tópicos “Aprendizagem e Funções Mentais” (33,00%, 85,00%, 35,00%) e “Comunicação” (65,00%, 40,00%, 65,00%) considerando-os como problemas moderados e graves, e que como resultado da intervenção do EEER, ocorreu a redução do déficit, alterando para problemas moderados e ligeiros. Atente-se ao participante B1, que através da estimulação cognitiva acompanhada pela mobilização precoce, com o maior ganho de força muscular, com a associação de uma maior capacidade para o autocuidado, culminou na melhor aceitação do estado de saúde, com menor estado depressivo quanto à situação clínica. A estimulação cognitiva, foi sempre inserida em todas as sessões de reabilitação, por forma a melhorar estas competências, através da realização de exercícios de contagem de séries, da orientação para a atividade e para o meio envolvente, respeitando e procurando dar sempre resposta aos objetivos (Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Lin et al., 2020). Posteriormente, foi implementado exercícios de reabilitação de distúrbios cognitivo-comportamentais, conversando e esclarecendo a situação clínica, aumentando a comunicação interpessoal, estimulando a sensibilidade somatossensorial e ambiental, com exercícios de atenção e capacidade de pensamento (Xiao et al., 2020, Lin et al., 2020).

Por outro lado, o participante B2, com a intervenção de ER dirigida à deglutição e eliminação, onde B2 apresentava sonda nasogástrica para alimentação na fase inicial do internamento, tendo esta sido retirada, com ganhos visíveis na autonomia, uma vez que

B2 conseguiu alimentar -se de forma supervisionada nos últimos dias de intervenção e na capacidade de proceder à eliminação urinária de forma eficaz utilizando o urinol. Observa-se, que através da orientação para a prática de AVD's, ocorreram melhorias na atenção, memória e funções executivas, com ganhos em saúde na aceitação do processo de doença/incapacidade, tanto por parte dos próprios participantes quer por parte dos familiares (Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Lin et al., 2020). A nível da depressão pós-AVC, esta é considerada uma condição de saúde com *outcomes* negativos no processo de recuperação, contudo, com uma intervenção direcionada, para a reabilitação cognitiva por parte do EEER, esta poderá ser o pilar para a recuperação em estadios de depressão pós-AVC (Medeiros et al., 2020).

Relativamente ao participante B1, foram denotadas alterações na capacidade de memória, atenção e raciocínio, pelo que foi necessário intervir na estimulação cognitiva através da terapia de reorientação para a realidade e a reeducação comportamental ativa, com o desenvolvimento de exercícios para localizar objetos importantes do ambiente de trabalho, exercícios de identificação de cores e orientação sobre a situação e a circunstância atual, bem como a intensificação das interações sociais e ambientais possíveis para o aumento do autoestima e máxima independência da pessoa (Bjartmarz et al., 2017). A título de exemplo, o reforço da procura de instrumentos para os cuidados de higiene e a orientação para o autocuidado, foram atividades promotoras da maior autonomia e independência.

Quanto à comunicação, B1, B2 e B3 apresentavam uma afasia de expressão, decorrentes do contexto de AVC, com dificuldades no “falar”, “conversação” e “comunicar e receber mensagens”. Ao longo do estágio, foi implementando o treino cognitivo com ênfase em estratégias de método pragmático, através do uso de sistemas alternativos de comunicação (como apontar), dar pistas ao recetor sobre as palavras que procuram e proferir uma palavra associada bem como dirigir-se à pessoa quando esta está disposta a escutar, utilizando o contacto visual; proporcionar um ambiente calmo e com luz suficiente; falar pausadamente e uma pergunta de cada vez, aguardando pela resposta e usar uma linguagem própria de adultos (Menoita, 2012). Estas estratégias permitiram no caso de B3, uma comunicação eficaz e eficiente ao longo da intervenção, com a utilização, sobretudo, do apontar ou olhar para o objeto que desejava, que permitiu ainda, uma melhoria da recuperação funcional e uma melhor relação enfermeiro-pessoa, entenden-

do as necessidades de B3, correspondendo aos seus objetivos (Lopes, 2006, Griffin-Musick et al., 2021).

O grupo da população C, apresentaram os conceitos “Aprendizagem e Funções de Memória” e “Comunicação” como problemas ligeiros (10,00%, 17,00%) e (20,00%, 20,00%), sem redução do défice após a intervenção de ER, o que se conclui pelo fato do conjunto de participantes apresentarem-se como pessoas conscientes e orientadas alo e autopsiquicamente, com necessidade apenas de supervisão nestes dois tópicos.

Domínio físico:

Entenda-se a capacidade, no contexto de educação para a saúde, como um processo multidimensional, que envolve conhecimento, decisão e ação (Sousa, Martins e Novo, 2020). No processo de capacitar, o empoderamento considera-se relacionado com o “conhecimento e a autonomia na tomada de decisão” (Sousa, Martins e Novo, 2020, p.65). Note-se que capacitar é um processo longitudinal que envolve os domínios cognitivo, físico e material (Sousa, Martins e Novo, 2020).

Atente-se ao fato da crescente integração e envolvimento do EEER no processo de enfermagem, respeitando as diversas fases, através do desenvolvimento de um raciocínio clínico, com vista a identificar as reais necessidades das pessoas e através desses dados, ajustar programas de reabilitação, com vista à melhor capacitação e melhor qualidade de vida (Xiao et al., 2020). Uma das etapas do processo de enfermagem é a avaliação do status funcional de cada participante (Kozakova et al., 2021), através de instrumentos de medida que permitiram medir incapacidade, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação interdisciplinar e documentar os benefícios das intervenções de enfermagem (Radu et al., 2021).

Ao longo do programa de intervenção foi utilizada a Elderly Nursing Core Set (Fonseca, 2013) e a Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (OE, 2016). Por um lado, o instrumento ENCS permitiu a monitorização da funcionalidade dos participantes, como as necessidades de cuidados de reabilitação, tendo em conta a CIF. A sua conceptualização e posterior aplicação, permitiu relatar o desempenho dos participantes, nas

AVD'S e manutenção do autocuidado, determinando o impacto das doenças e definição de objetivos e planos de cuidados apropriados às necessidades individuais ou de grupo (família, comunidade) (Marzuca-Nassr et al., 2020; Pashmdarfard et al., 2020). Para além destes instrumentos, também foram utilizados outros instrumentos como por exemplo, para a avaliação da força muscular de Lower, que permitiam a continuidade dos cuidados de reabilitação e ainda a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, a monitorização de sinais vitais antes e após a sessão de reabilitação, a avaliação neurológica dos participantes do foro neurológico, a monitorização das amplitudes das articulações nos participantes do foro ortopédico, a auscultação pulmonar e a avaliação respiratória dos participantes do foro respiratório.

Nos participantes do grupo A, do foro ortopédico, importa apontar a importância do processo de reabilitação iniciar-se de forma precoce, pelas suas vantagens, como a prevenção de complicações (ex: rigidez articular), a atrofia muscular, a trombose venosa e o aparecimento de luxações (Kenyon-Smith et al., 2019; Gkirni et al., 2021). A intervenção do EEER, tendo em conta a fratura, inicia-se pelo período pré-operatório, com o ensino sobre as fases de reabilitação dependendo da fratura, sobre o qual foi explicado o tempo de repouso (no serviço de Ortopedia são dois dias de repouso absoluto) e que iria apresentar um tubo de drenagem. O participante A1, no início do internamento, apresentava-se bastante ansioso com a intervenção cirúrgica e com o tempo de recuperação, considerando-se o período pré-operatório fundamental para desmistificação de medos/dúvidas quanto ao procedimento cirúrgico e consequentemente uma oportunidade para abordar as diferentes fases do internamento. Neste período optou-se por realizar exercícios de reeducação de reeducação funcional respiratória (RFR), com a consciencialização da respiração, exercícios abdomino-diafragmáticos, exercícios de reeducação costal e ensino da tosse bem como reeducação funcional motora, com a realização de exercícios isométricos (contração de glúteos, abdominais e quadricípites) e exercícios isotónicos, como a dorsiflexão e flexão plantar da tibiotársica (Sousa e Carvalho, 2017). Associado a este plano de intervenção, foram realizadas mobilizações ativas e ativo-resistidas dos membros livres de forma a garantir a amplitude articular, mantendo o tónus articular (Sousa e Carvalho, 2017).

No período pós-operatório, manteve-se todo o programa de reabilitação pré-operatório e associou-se a mobilização precoce, com o primeiro levante às 48 horas,

com o objetivo de prevenir a rigidez articular do articulação envolvida, fortalecimento dos membros superiores para potenciar a utilização do auxiliar de marcha bem como ensino da técnica de treino de marcha, transferências e treino de subir e descer escadas com o posterior ensino de prevenção de complicações da anca (Amarilla et al., 2020). Foram ainda realizadas mobilizações ativas, assistidas e resistidas do membro operado respeitando o limite articular e o limiar da dor (Beckamn et al., 2021), respeitando a abordagem cirúrgica: abordagem póstero-lateral, evitando a flexão da anca superior a 90°, evitar a adução da anca além da linha média sagital e evitar rotação interna da anca; na abordagem ântero-lateral, onde se deve evitar a hiperextensão da anca, evitar rotação externa da anca e a adução da anca além da linha média sagital (Sousa e Carvalho, 2017).

No caso dos participantes (A1, A2 e A3), denotou-se a importância do ensino de prevenção de complicações no domicílio e do treino de subir/descer escadas, onde a maioria apresentava escadas com corrimão e portanto, a criação de condições similares ao domicílio, considera-se como benéfico no processo de recuperação do participante, com a promoção do seu status funcional e a realização de AVD'S de acordo com as características de cada domicílio (Fosse et al., 2021). Concomitantemente, o desenvolvimento de ensinamentos no pré-operatório e posteriormente no pós-operatório, permitiu que as intervenções fossem instruídas numa fase inicial, permitindo uma melhor perceção das intervenções no período pós-operatório, onde foi enfatizado a importância da prevenção da luxação e dos comportamentos a adotar no domicílio através da entrega de folheto e contrariando as consequências do período prolongado de imobilização e dor (Amarilla et al., 2020). Adicionalmente, após o programa de intervenção denotaram-se ganhos em força muscular do membro operado como é visível no caso dos participantes A1, A2 e A3, denotando-se que a força muscular e o seu incremento, poderá ter um papel preponderante na recuperação da capacidade funcional, diminuindo o risco de reinternamento hospitalar (Long et al., 2021, Hershkovitz et al., 2021)

Relativamente ao grupo B, este grupo que apresentava patologia do foro neurológico, com alterações da mobilidade e com comprometimento da força muscular e do equilíbrio bem como alterações que decorreram do processo de doença, como alterações na comunicação, como a afasia motora por exemplo. Posto isto, a elaboração da RSL per-

mitiu criar um plano de intervenção junto das pessoas com patologia do foro neurológico com défice de autocuidado, com base no modelo de capacitação para o autocuidado de cada participante. A reabilitação neurológica deve promover a independência funcional de todos os contextos em que a pessoa estar envolvida, o mais precocemente possível, a todos os níveis como ambiente hospitalar, domicílio e comunidade (Araújo, Soares, Ribeiro e Martins, 2021).

Assim, em todos os participantes, foram realizadas mobilizações passivas do membro hemiplégico (B2, B5) e mobilizações ativo-assistidas e ativo-resistidas (B1, B3, B4), com o objetivo de manter/melhorar a amplitude articular, diminuir a dor e melhorar a função dos membros superiores (Sabbah et al., 2020). Foi observável a diminuição da dor (B2) da articulação do ombro, após a instalação do ombro hemiplégico, alterando de dor (6/10) para (2/10) segundo a escala numérica da dor, após a intervenção, o que muitas vezes, impedia a realização da sessão de reabilitação. Segundo Sabbah et al., (2020), a realização de mobilizações juntamente com a treino de AVD'S, demonstrou um efeito positivo significativo na função do membro parético. Note-se que a espasticidade nas pessoas acometidas com AVC resulta da exacerbação dos reflexos profundos, decorrentes de hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento, surgindo dos segmentos distais para os proximais, ao contrário da recuperação da força muscular (Araújo, Soares, Ribeiro e Martins, 2021).

Durante o estágio final, os participantes foram posicionados em padrão antiespástico (B1, B2, B3, B4, B5). Este posicionamento realizou-se maior parte das vezes, para o lado afetado, considerado este privilegiado em situações de alteração da percepção, e que pode funcionar como vantajoso a nível de desencadear estímulos proprioceptivos, devido ao peso do corpo que é exercido nos pontos de apoio, reintegrando o hemicorpo afetado no esquema corporal e ainda utilizar o hemicorpo menos afetado (Stoykov et al., 2022).

Ao longo do internamento, foram aplicadas atividades terapêuticas pós-AVC, nomeadamente a nível da negligência unilateral (B2, B5), com a realização da estimulação sensorial, com terapia de movimento induzido por restrição e facilitação cruzada, abordando sempre os participantes pelo lado afetado (Araújo, Soares, Ribeiro e Martins, 2021). Para isso, foram alocados os objetos do mobiliário do lado afetado (B2, B5). A utilização da terapia de espelho também foi uma das atividades terapêuticas desenvolvi-

das, onde denotou-se uma maior capacidade de percepção do membro afetado (Navdeep et al., 2020). Também foram utilizadas outras atividades terapêuticas como o rolar, ponte, rotação controlada da anca, automobilização e carga no cotovelo (Menoita, 2012). No caso de B2 e B4, denotou-se dificuldades na realização das atividades propostas, contudo após o programa de intervenção, foi notória a maior aptidão, com ganhos a nível da força muscular, o que permitiu posteriormente adquirir a pessoa ortostática (Xiao et al., 2020, Alexandru et al., 2021, Matos e Simões, 2020). No caso de B2, B3, B5, foi notória a integração do ensino sobre automobilizações, o que era visível, após o levante para cadeira de rodas, encontravam-se no corredor e de forma espontânea, desenvolviam as automobilizações de forma correta.

O treino de atividades terapêuticas, permitiu modelar a pessoa/cliente para a realização do treino de marcha e o treino de AVD'S. O treino de marcha é peça fundamental na reabilitação da pessoa com AVC (Menoita, 2012). Numa fase inicial, tornou-se importante introduzir de forma segura, a capacidade da pessoa conseguir ficar em pé, mantendo equilíbrio (Xiao et al., 2020, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021). No caso de B3, o treino de marcha foi iniciado com dificuldade, pois B3 apresentava algum receio e ansiedade do treino de marcha associado ao risco de queda e ao fato de apresentar uma vida sedentária. Procedeu-se à adequação dos cuidados de acordo com as necessidades de B3 (Chaudhuri et al., 2016, Lin et al., 2020), desmistificando possíveis receios/medos e reforçada a importância do treino de marcha e da redução do sedentarismo (Hasset et al., 2021, Alexandru et al., 2021, Yin et al., 2021), o que resultou no treino de marcha eficaz inicialmente com andarilho, tendo percorrido cada vez maiores distâncias, com transição para 2 canadianas no final do internamento, com agrado por parte de B3.

Os exercícios de treino de equilíbrio, foram uma constante ao longo do projeto de intervenção, uma vez que o equilíbrio tem uma relação com a realização de AVD's, sendo que as últimas dependem do equilíbrio, devendo o manter através de manobras de adaptação e antecipação (Mentiplay et al., 2020). Foram executados exercícios de correção de postura na cadeira de rodas, no caso do participante B2, em que na fase inicial, muitas das vezes, tinha tendência a deslizar as nádegas para a frente, mas também o treino de equilíbrio estático sentado com a transferência do peso para os braços. Numa fase mais avançada, sobretudo nos participantes (B1, B3, B4, B5), o treino do equilíbrio em pé com alternância unipodal e contorno de obstáculos (Lourenço et al., 2021). Estes exer-

cícios permitem o aumento do equilíbrio, com redução do risco de queda e com ganhos no treino de marcha de forma eficiente, objetivando a mais precoce autonomia (Cabanas-Valdés et al., 2021, Yin et al., 2021).

Uma das intervenções que mais entusiasmou, assim como a todos os participantes, foi o treino de AVD's. No caso das pessoas acometidas com AVC, e associado ao déficit cognitivo, constitui-se como um padrão específico de perdas funcionais de AVD'S (Imaginario et al., 2017, Matos e Simões, 2020). O treino de AVD'S, quer básicas quer instrumentais, é uma das intervenções com maior importância no processo de recuperação, sendo possível proporcionar a maior capacidade funcional, procurando adaptar o treino de acordo com a patologia bem como encaminhar para os produtos de apoio (Ordem dos Enfermeiros, 2011, Hasset et al., 2021). Foi proporcionada a oportunidade a todos os participantes do grupo B de realizarem o treino de higiene pessoal, com o treino do autocuidado de higiene no chuveiro, com incentivo ao autocuidado, onde cada um dos participantes foi encorajado a lavar o hemitórax afetado, e eram alvo de ensino e adequação às condições do domicílio. Ou seja, por exemplo, no caso de B3, B4, estes referiam que apresentavam banheiro na casa de banho, pelo que foram incentivados à aquisição de barras de apoio (também existentes no hospital) e cadeira de duche.

Ao longo do internamento, as sessões de reabilitação iniciavam-se com o autocuidado no duche, com o reforço dos ensinamentos e nos processos de transferência do leito para a cadeira-duce ou cadeira-de-rodas, alertando para as condições do domicílio e dando espaço para questões ou dúvidas. Nos casos de B1, B3, B5 existiu a possibilidade de através do espelho integrante da mesa de cada participante, cada um deles autocuidar-se, por forma a adequar as condições e os utensílios à situação real de cada participante e apresentar estratégias adaptativas para o seu uso. O treino de vestir/despir tanto da parte superior como a parte inferior, foi uma constante no programa de reabilitação, nomeadamente, no grupo B, onde dependendo do grau de força muscular do membro afetado, o ensino da técnica vestir/despir era realizado após os cuidados de higiene, primeiro vestindo o lado lesado e a despir seria o último (Araújo, Soares, Ribeiro e Martins, 2021).

Como se observa o programa de reabilitação permitiu o fortalecimento muscular, com melhoria do equilíbrio dinâmico e estático, com foco na melhoria da mobilidade e

da realização das AVD's e com o ensino e incentivo de técnicas adaptativas, com um contributo positivo na capacitação dos participantes para o autocuidado (Xiao et al., 2020, Matos e Simões, 2020, Navdeep et al., 2020, 21, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021).

No que concerne aos participantes do grupo C, entendemos que a patologia respiratória acresce e exige à pessoa e à sua família a vivência de um processo de readaptação, com diminuição da capacidade funcional, com impacto na qualidade de vida e no processo emocional e psicológico (Dong et al., 2020; Cantürk et al., 2021). O compromisso cardiorrespiratório tem como indica a OE (2018c), um impacto significativo na saúde da pessoa com repercussões na sua autonomia. O programa de intervenção, no domínio físico, compreendeu o processo do conhecimento e da capacidade para gerir a doença e as suas consequências, controlando sintomas e adotando estratégias para prevenção de complicações (Silva e Delgado, 2020; Couto et al., 2021). Foram realizadas técnicas de otimização de ventilação como o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática e reeducação costal global com recurso a bastão e reeducação costal (Gomes e Ferreira, 2017). objetivando-se a melhoria da coordenação e eficácia dos músculos respiratórios, melhorando a mobilidade e expansão torácica e a ventilação pulmonar (Silva e Delgado, 2020, Higashimoto et al., 2020). No caso de C1, observou-se uma adversidade ao processo de reabilitação, nomeadamente, por apresentar internamentos decorrentes da agudização da DPOC, com aparecimento de um estadio de depressão, tristeza quanto ao seu estado de saúde. Após o início do programa de reabilitação, e com as técnicas acima abordadas, C1 verificou que se encontrava menos cansado na realização das AVD'S, o que lhe permitiu ganhar algum alento para o programa de reabilitação. Nos dois participantes (C1 e C2), denotou-se a melhoria dos valores de SPO2, de 86% para 89-90% (C1) de 92% para 96% (C2), com aumento da frequência respiratória em ambos, mas dentro de valores aceitáveis para cada situação. Durante a sessão, os participantes encontravam-se monitorizados, com oxímetro portátil, com monitorização cardíaca, sendo avaliados a escala de *Borg* modificada, a pressão arterial e a frequência cardíaca antes, durante e após as sessões. Não foram notórias alterações a nível da tensão arterial e da frequência cardíaca.

Simultaneamente, foi avaliado a dispneia tendo-se recorrido à escala de *Borg* modificada, apresentando-se como um instrumento que permite “avaliar o grau dispneia per-

cebida e determinar os limites seguros para o treino/atividades” (OE, 2016, p. 44). No caso do participante C1, foi possível observar uma avaliação de dispneia entre 4-5 (pouco intensa-intensa), que após a intervenção de ER, permitiu melhorar o grau percebido de dispneia para 1-2 (muito leve-leve), com ganhos de funcionalidade durante o internamento, e deveu-se sobretudo, ao ensino de técnicas de relaxamento, que consideramos ter sido importantes sobretudo pelo fato de C1 apresentar uma patologia depressiva o que muitas das vezes, nos incutia a incentivar ao programa de reabilitação e que permitiu o aumento do controlo respiratório e uma consequente ventilação eficaz, com diminuição da ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Por outro lado, o programa de reabilitação permitiu a melhoria da dispneia antes, durante e após a sessão, com maior capacidade de tolerância ao esforço (Higashimoto et al., 2020, Silva e Delgado, 2020). O ensino das técnicas de gestão de energia no que refere as atividades básicas, estipula-se por inspirar enquanto realiza o movimento que cansa menos e expirar quando faz o movimento que cansa mais, organizando o tempo de forma eficaz, reforçando positivamente a qualidade de vida (Higashimoto et al., 2020, Silva e Delgado, 2020). O participante C2, apresentava um agravamento da dispneia ao realizar o autocuidado higiene, tendo sido instruído a realizar estas atividades sentados em cadeira de duche, o que próprio referiu, que diminuía a dispneia e conseguia realizar de forma mais eficaz as atividades terapêuticas.

O treino de fortalecimento dos membros superiores e inferiores, pode aumentar a massa e a força dos músculos exercitados, melhorando a função muscular, visando a melhoria da capacidade aeróbia e da força muscular periférica (Couto et al., 2021). O programa de reabilitação relativo aos participantes com patologia do foro respiratório, caracterizou-se pelo fortalecimento muscular com recurso a alteres de 0,5 kg e com caneleiras com 0,5 kg, com ganhos de funcionalidade visíveis na melhoria da dispneia, com maior capacidade de resistência (C2), bem como maior capacidade para o exercício físico e atividade de vida diária (C1) (Zhang et al., 2021, Mahoney et al., 2020).

No que respeita à limpeza das vias aéreas, entende-se que estas permitem a eliminação de secreções, favorecendo a permeabilidade da via aérea e a função pulmonar (Belli et al., 2021). Foram realizadas técnicas de tosse assistida e dirigida, técnica de expiração forçada e ciclo ativo de respiração, promovendo a expansão pulmonar e a mobilização de secreções (Couto et al., 2021). O participante C2, no início do internamento, apresentava uma quantidade abundante de secreções mucopurulentas, tendo referido, que ao

longo das sessões, a quantidade era cada vez menor em resultado da melhoria do processo inflamatório, como sentia que as atividades auxiliavam na remoção das secreções.

Por último, o treino de AVD'S nos participantes do grupo C, consistiu no ensino sobre técnicas de gestão de energia com menor dispêndio de energia, mas pela simplificação e organização das tarefas diárias, evitando esforços desnecessários (Mahoney et al., 2020). Em todas as sessões de reabilitação (C1 e C2), o ambiente hospitalar tornava-se abstrato, e tentou-se adequar o ambiente hospitalar ao ambiente domiciliário, questionando sobre as rotinas matinais, apresentando estratégias de controlo respiratório, como por exemplo, C1 apresentava dificuldade em preparar de forma antecipada e na totalidade os materiais para o autocuidado higiene, foi alertado que deveria o fazer, evitando o dispêndio de energia (teria de voltar novamente ao quarto para encontrar os produtos de higiene) e nomeadamente, na organização do ambiente, o treino de arrumação da gaveta hospitalar, como um exemplo do domicílio, enquanto arrumava os produtos de higiene era instruído a inspirar lentamente pelo nariz antes ou durante a fase menos cansativa e expirar lentamente pela boca com os lábios semicerrados na fase de maior esforço (Silva e Delgado, 2020). No final do programa de reabilitação foi observável, a maior capacidade e a maior tolerância ao esforço, de acordo com o feedback dado pelos participantes e pelos familiares, pela melhoria da dispneia, da facilidade de realização de AVD'S e pela grande diferença entre o momento de admissão ao momento de alta, com maior score de funcionalidade dos participantes, com melhor qualidade de vida e empoderamento (Mahoney et al., 2020).

Domínio emocional ou psicossocial:

Ao nível da dimensão psicossocial, a intervenção do EEER em pessoas com alterações funcionais urge na adequação do cuidado de enfermagem, tendo em conta as necessidades individuais de cada pessoa, o seu contexto núcleo-familiar, inserido numa comunidade (Chaudhuri et al., 2016, Griffin-Musick et al., 2021). Caberá a identificação das necessidades, individualizando, humanizando o cuidado a cada pessoa, podendo influenciar ativamente na melhoria da qualidade de vida não só da pessoa como dos membros da família (Xiao et al., 2020; Chaudhuri et al., 2016). Grosso modo, a intervenção do EEER procura relacionar-se com a concretização da inclusão da pessoa na sociedade, desenvolvendo um processo adaptativo, potencializando as suas capacidades

funcionais (Santos et al., 2017).

No grupo A, foi visível a preocupação dos participantes sobre o processo de recuperação, sobretudo nos ganhos pós-operatórios na locomoção e deambulação de forma independente. Conhecemos a especificidade e a dificuldade que é reintegrar as pessoas com fratura da anca no processo pós-cirúrgico, apresentando-se como um desafio não só para a pessoa como para a família bem como para a comunidade a todos os níveis: físico, social e psicológico (Storr et al., 2021). A reintegração social é um processo complexo e um objetivo global da reabilitação (Storr et al., 2021). O participante A1 apresentava ansiedade/medo sobre a sua capacidade funcional no período pós-operatório, contudo com o desenrolar do internamento, e com o ensino sobre as estratégias adaptativas, tomou consciência da melhoria da sua funcionalidade, conseguindo manter os seus hábitos de vida (levantar-se da cama de forma autónoma, autocuidar-se de forma autónoma e andar com auxiliar de marcha de forma supervisionada). No caso de A2, existiu a necessidade de ser referenciada aos cuidados de apoio continuado, a ECCI, por forma a manter o programa de reabilitação e vigilância no treino de transferências, prevenção de quedas, treino de marcha com auxiliar de marcha e treino de subir/descer escadas. O fato de A2 não ter sido referenciado, demonstrando o desagrado em ser referenciado para a RNCCI, e perspetivar o regresso a casa para junto dos seus familiares e da comunidade, foi um processo de enriquecimento pessoal, onde foi notória a importância dos ensinamentos pós-cirúrgicos, estreitando a distância entre hospital e domicílio, aproximando as duas vertentes, garantindo o melhor score de funcionalidade, e permitindo uma melhoria da independência e da capacidade funcional, com melhoria da autoeficácia no programa de reabilitação (Storr et al., 2021).

Relativamente ao grupo B, entende-se que as pessoas com patologia do foro neurológico apresentam elevadas taxas de depressão, exacerbadas pela diminuição da participação social (Oates et al., 2020). O participante B3, experienciou um período de depressão e tristeza no início do internamento como resultado de ter ficado dependente de terceiros, perdendo o seu grau de independência, essencial segundo próprio para viver o seu dia-a-dia. A intervenção a B3, não foi fácil a nível emocional, uma vez que B3 no início de cada sessão, começava a chorar, refletindo o seu status funcional e muitas vezes, questionando sobre o futuro. Com a intervenção e o modelo de autocuidado pensado para este tipo de população, o treino de levante diário, com o ensino de estratégias

adaptativas para o autocuidado bem como o ensino de treino vestir-despir, com uma aproximação ao período pré-internamento, foram pilares na melhoria do estado emocional de B3, reduzindo o sentimento de tristeza e o status de depressão (Bjartmarz et al., 2017, Xiao et al., 2020, Lin et al., 2020).

A realidade virtual, apesar de não ter sido utilizada neste projeto de intervenção, tem vindo a ser estudada como uma ferramenta útil na melhoria da mobilidade, com resultados positivos na redução de sedentarismo, com ganhos na força muscular e fortalecimento muscular, com melhor performance nas AVD's (Han et al., 2019; Hasset et al., 2021). Concomitantemente, a realidade virtual adicionada ao exercício físico, tem resultados positivos quer na função cognitiva quer na função psicossocial, e teria sido uma intervenção que neste grupo de população poderia ter sido uma mais valia durante o projeto de intervenção (Qian et al., 2020).

Ao longo das sessões, foi necessária a intervenção junto dos familiares ou cuidadores, instruindo sobre estratégias adaptativas, como foi o caso de B5, onde a esposa era uma visita recorrente, tornando-se parceira no processo de cuidar, permitindo a criação de um espaço para perguntas, dúvidas relativamente ao estado atual de saúde de B5. Como foi mencionado anteriormente, a intervenção não se direciona apenas à pessoa em si mas também respeitando o processo familiar em que está inserido, com notório interesse nas necessidades individuais da pessoa e da família, e de que forma podemos criar condições de regresso ao domicílio, influenciando ativamente na melhoria da funcionalidade do projeto pessoa-família (Chaudhuri et al., 2016, Xiao et al., 2020).

Relativamente ao grupo C, foi notória a ansiedade durante o internamento tanto de C1 como C2, uma vez que os recorrentes internamentos e as diversas agudizações, imprimiam e acentuavam o grau de tristeza, ansiedade e finalmente em depressão. A RFR, através do seu espectro de ação, teve um grande impacto neste domínio emocional (C1), procurando um cuidado integrativo, com a redução da dispneia e melhoria da tolerância do exercício (Marc et al., 2020; GOLD, 2022). O cuidado integrativo (C2), reconheceu as dificuldades e os receios, dando espaço de abertura para diálogo, para esclarecimento de dúvidas sobre o processo patológico, identificando as necessidades reais neste internamento. O processo patológico de C2, segundo o próprio, não era bem gerido, ou por descontrolo emocional ora por incumprimento de terapêutica. Ao longo das sessões, a

criação de estratégias para cumprimento de terapêutica e o reforço de manutenção das atividades terapêuticas no domicílio, poderão ter tido um impacto positivo na melhoria do estado emocional e qualidade de vida (Marc et al., 2020; GOLD, 2022).

Considerando a obstrução da via aérea e a consequente dispneia como o sintoma mais importante nas pessoas com DPOC (C1), importa encontrar estratégias de redução deste sintoma através da autogestão e autoconhecimento da patologia (Çevirme e Gokçay, 2020; Janssen et al., 2021, GOLD, 2022). Todas as intervenções de EEER consistiam na educação para a saúde, instruindo sobre técnicas de relaxamento e descanso durante AVD's, com impacto consequente na adaptação à patologia, possibilitando a criação de sentimentos de motivação, confiança e competência (C1), de forma a evitar o reinternamento e as agudizações, potencializando a reintegração familiar e social, com máxima funcionalidade (GOLD, 2022).

Em modo de conclusão, foi observável os ganhos em saúde dos diversos grupos de participantes, com destaque para o ensino de estratégias adaptativas para o autocuidado e o treino de AVD's. A intervenção do EEER com base no potencial para a pessoa capacitar-se para o foco de enfermagem, permitiu a consciencialização da pessoa alvo de cuidados do seu processo de saúde-doença, tentando minimizar o processo de incapacidade, com vista ao autocuidado e recuperação da funcionalidade.

Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

	Grupo A			Grupo B			Grupo C			Média - Ganhos obtidos			
	Inicial	Final	Ganhos	Inicial	Final	Ganhos	Inicial	Final	Ganhos				
Funcionalidade Geral	A1	35,50%	20,50%	15,00%	B1	44,50%	23,50%	21,00%	C1	29,50%	22,25%	7,25%	17,50%
	A2	35,50%	17,50%	18,00%	B2	67,50%	48,50%	19,00%	C2	28,50%	22,25%	6,25%	
	A3	44,25%	23,50%	20,75%	B3	48,25%	24,50%	23,75%					
					B4	62,00%	42,00%	20,00%					
					B5	39,25%	21,75%	17,50%					
Autocuidado	A1	53,00%	30,00%	23,00%	B1	80,00%	45,00%	35,00%	C1	60,00%	32,00%	28,00%	36,90%
	A2	53,00%	15,00%	38,00%	B2	98,00%	45,00%	53,00%	C2	60,00%	28,00%	32,00%	
	A3	60,00%	38,00%	22,00%	B3	83,00%	43,00%	40,00%					
					B4	98,00%	50,00%	48,00%					
					B5	82,00%	32,00%	50,00%					
Aprendizagem e Funções de memória	A1	12,00%	12,00%	0,00%	B1	33,00%	23,00%	10,00%	C1	17,00%	17,00%	0%	6,81%
	A2	12,00%	12,00%	0,00%	B2	40,00%	27,00%	13,00%	C2	13,00%	13,00%	0,00%	
	A3	18,00%	15,00%	3,00%	B3	30,00%	25,00%	5,00%					
					B4	35,00%	28,00%	7,00%					
					B5	10,00%	10,00%	0,00%					
Comunicação	A1	30,00%	20,00%	10,00%	B1	65,00%	40%	25,00%	C1	20,00%	0%	20,00%	14,60%
	A2	0%	0%	0%	B2	85,00%	55%	30,00%	C2	20,00%	20,00%	0,00%	
	A3	35,00%	24,00%	11,00%	B3	0%	0%	0%					
					B4	65,00%	35,00%	30,00%					
					B5	45,00%	25%	20,00%					
Relação com amigos e cuidadores	A1	0%	0%	0%	B1	0%	0%	0%	C1	20,00%	20,00%	0%	4%
	A2	0%	0%	0%	B2	47%	47,00%	0%	C2	20,00%	20,00%	0%	
	A3	67,00%	25,00%	42,00%	B3	20%	20%	0%					
					B4	0%	0%	0%					
					B5	0%	0%	0%					
Média			13,52%				19%				9%		

Quadro nº 8- Média global de ganhos do grupo A, B e C

Promoção do Autocuidado na pessoa com 65 e mais anos de idade com alterações neurológicas: Ganhos sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

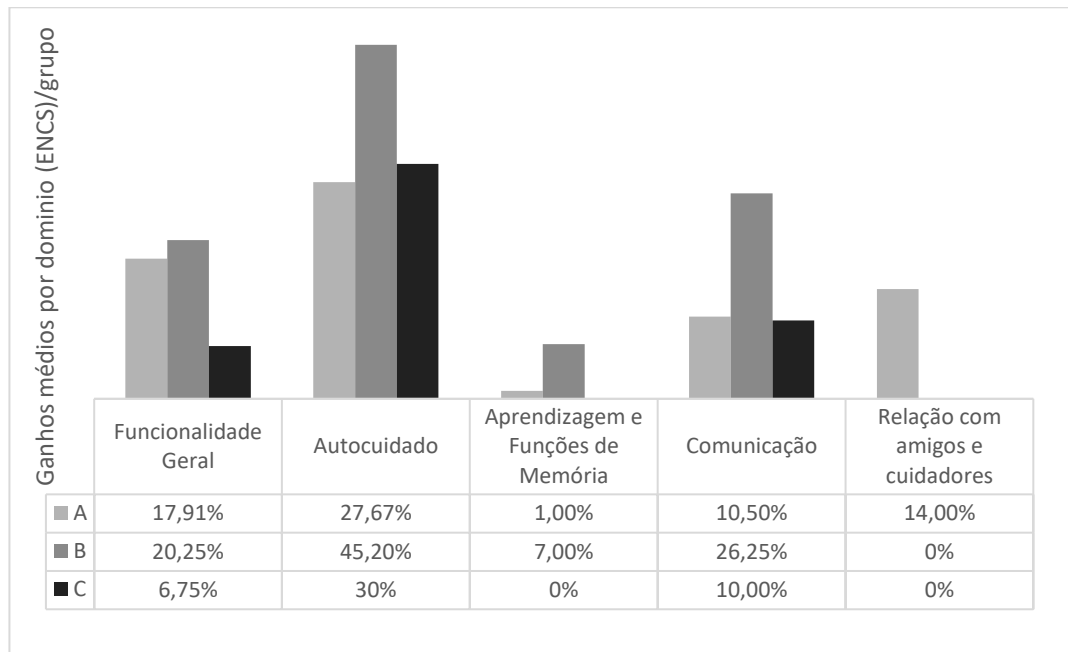


Gráfico n° 1 Média de ganhos por grupo/domínio ENCS

Avaliando o quadro e o gráfico é possível observar os ganhos na funcionalidade resultantes da intervenção de ER. Todos os participantes apresentavam um déficit de autocuidado grave (A1,A2,A3,B1,B3,B5,C1,C2) e déficit de autocuidado completo (B2,B4), sendo que as necessidades ultrapassam o déficit de autocuidado terapêutico, e o Enfermeiro, assume-se como um sistema totalmente compensatório, garantindo a satisfação de requisitos de autocuidado universal, tornando-se dependente para o poder concretizar (Fonseca, 2013). Obtiveram-se ganhos na funcionalidade em geral, com uma média de 17,50%, sendo que o grupo B foi o que apresentou maiores ganhos de funcionalidade geral (20,25%) seguidos pelo grupo A (17,91%) e o grupo C (6,75%). Relativamente aos participantes, o valor mínimo de ganho foi de 6,25% (C2) e o valor máximo foi de 23,75% (B3). O grupo C foi o grupo com menor ganho de funcionalidade (6,75%), considerando-os como os participantes com menor grau de dependência, e onde o valor ganho é menor relativamente aos outros grupos.

Quanto ao domínio do autocuidado, entende-se como o domínio com maiores ganhos entre os grupos, com o grupo B com um ganho de 45,2%, que se poderá considerar pelo elevado grau de dependência, com maior dificuldade na execução do autocuidado e das AVD'S.

Na média dos três grupos, destaca-se o autocuidado com maiores ganhos (36,90%) com resultados positivos em B2 (53,00%) e B5 (50,00%), onde o valor mínimo de ganhos situou-se nos 22,00% (A3). Contudo, a “aprendizagem e funções de memória” e “relação com amigos e cuidadores” foram os domínios com um valor de ganhos médios mais baixo nos três grupos, com 6,81% e 4%, respetivamente, fator que consideramos estar relacionado com o período pandémico e pós-pandémico, com as visitas de familiares suspensas e pela menor proximidade com os cuidadores principais por forma a ensinar/instruir os mesmos sobre estratégias adaptativas. Em conclusão podemos referir que o grupo B apresentou maior média de ganhos (19,00%) segundo a ENCS, seguido do grupo A (13,52%) e do grupo C (9,00%).

Assim, foram evidenciados ganhos na funcionalidade em geral em todos os participantes no projeto de intervenção, com diferentes patologias referentes ao foro oropédico, neurológico e respiratório, com melhoria da capacidade para o autocuidado, com maior autonomia na execução das AVD's. Note-se que em todos os grupos, existiram ganhos resultantes da intervenção de ER, com melhoria da capacitação e conhecimento para as atividades terapêuticas, com um objetivo major de potencializar as capacidades de cada participante na realização não só do autocuidado mas nos outros domínios, que apesar de terem resultados tão expressivos, foram positivos na totalidade da intervenção, concluindo que a intervenção foi direccionada para a pessoa vista num todo, no centro da ação interdisciplinar, com respeito por todos os domínios de intervenção (cognitivo, comportamental, emocional e psicossocial), procurando a máxima funcionalidade da pessoa alvo de cuidados.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo, será desenvolvida uma reflexão crítica sobre as competências que foram obtidas durante a realização do Estágio Clínico, argumentando sobre a prática e a estreita ligação entre o saber-ser, saber-fazer e o saber-saber, procurando sustentar a intervenção nas diversas competências: competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do EEER e de mestre.

Será impossível não iniciar este capítulo, sem definir/desmistificar o conceito “competência”. A “competência” define-se como uma medida individual de habilidades e conhecimentos que capacitam as pessoas para desenvolver determinado trabalho (ICN, 2019). Cada competência deve consistir num verbo de ação (observável e mensurável), conteúdo (assunto, tipo de desempenho, tarefa específica) e contexto (limitações ou condições de trabalho ambiente) (ICN, 2019). Por outro lado, Fukada (2018) refere que a competência é uma habilidade adquirida por meio da experiência ou aprendizagem, assumindo-se enquanto habilidade, como uma premissa para o desenvolvimento de características comportamentais.

Neste sentido, e no seguimento da aquisição de competências, importa refletir sobre as competências comuns do enfermeiro especialista, do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e Mestre, e a sua visibilidade e aplicabilidade na prática de enfermagem.

7.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

Um estudo efetuado por Jokiniemi et al., (2020) define o enfermeiro especialista (EE) como um profissional com vasta experiência de trabalho, com formação especializada, com uma responsabilidade adicional ao enfermeiro generalista. Este desenvolve o seu papel nas áreas de educação e integração social, integrado em equipas multidisciplinares e cujas competências advogam a melhoria contínua de cuidados, trabalho de equi-

pa e a prática baseada na evidência, representando um papel primordial nas instituições de saúde (Jokiniemi et al., 2020).

Considera-se o EE, como o profissional de saúde que apresenta um conjunto de competências em vários domínios que visa “prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento nº140/2019, p. 4744).

Consecutivamente, o EE na sua intervenção, desenvolve uma avaliação rigorosa das necessidades individuais de cada pessoa singular ou grupo com base em instrumentos de avaliação creditados, com o propósito de desenvolver um plano de cuidados com vista à maximização dos ganhos em saúde com a sua intervenção (ICN, 2020). As competências comuns ao EE e as especialidades, referem quatro domínios de competência, como observável no Regulamento nº 140/2019: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Seguidamente, será abordada uma reflexão sobre as competências de EE nos diversos domínios, através das situações vivenciadas ao longo do estágio.

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

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal corresponde ao domínio de competência em que o EE demonstra um “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica.” (Regulamento n.º 140/2019: p. 4746).

Cabe ao EE apresentar uma prática onde suporta a tomada de decisão no conhecimento e experiência, com observância no enquadramento ético, deontológico e jurídico, com a seleção das respostas mais adequadas à situação-problema, promovendo o pensamento reflexivo e fomentando a avaliação e partilha dos resultados nos processos de tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019).

Considera-se que a prestação de cuidados baseou-se numa práxis com um dever ético-deontológico, respeitando e promovendo a proteção dos direitos humanos, adotando uma conduta de respeito pela dignidade da pessoa (Deodato, 2017a), entendendo que a população-alvo, poderá desencadear processos de fragilidade, com aumento da vulnera-

bilidade e diminuição da resiliência, com graves consequências na capacidade para a realização da atividade de vida diária (Regulamento n.º 140/2019, Lowthian et al., 2021).

Na altura pandémica que se vive e que se caracteriza pelo conjunto de riscos individuais e sociais, nunca pudemos descurar a necessidade do respeito pelos valores éticos e deontológicos tornando-se essencial considerar a vulnerabilidade extrínseca a cada indivíduo, garantindo o melhor cuidado possível, dirigido por valores como a solidariedade e a justiça (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005; CNECV, 2020). Simultaneamente, outro aspeto fundamental durante a prática dos cuidados, foi o dever de informar sobre todas as intervenções constituintes dos planos de intervenção (Deodato, 2017a), explicando os objetivos, os pressupostos, com a aplicação do princípio da não-maleficiência e também a garantia do anonimato na colheita de dados, com respeito pela dignidade humana (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005; CNECV, 2020).

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

Neste domínio de competências, procura-se destacar o papel do EE enquanto dinamizador do desenvolvimento e suporte de estratégias institucionais, através da mobilização de conhecimentos e habilidades e da orientação de projetos institucionais, onde desenvolve práticas de qualidade (Regulamento n.º140/2019).

Reconhece-se que a prática do EE se desenvolve através “da avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º140/2019, p. 4747).

Como foi referido anteriormente, a decisão em abordar o tema “envelhecimento”, nos diversos domínios “motor, cognitivo e sensorial” e “autocuidado” partiu também da maior necessidade de investigação destas áreas consideradas emergentes na área de reabilitação num questionário desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2014). Entende-se então, que considerando a investigação como um processo sistemático de criação de conhecimento, exige liberdade, persistência e variadas condições, devendo man-

ter-se ativa com o objetivo da procura da inovação com propósito da melhoria de cuidados, respeitando o princípio da prática baseada na evidência (OE, 2014).

Ao longo do estágio, propôs-se a procura da melhor evidência, para o melhor cuidado na área de intervenção, respeitando as necessidades e as individualidades de cada pessoa, singular ou grupo (família ou comunidade). Para alcançar esse objetivo, foi elaborada uma RSL com o propósito de identificar as intervenções na ER, mais atuais e que originassem ganhos em saúde de acordo com a nossa população-alvo. Ou seja, consistiu na identificação, localização e análise de documentos, leia-se estudos, que contêm informada relacionada e atualizada com o tema de investigação específica (Coutinho, 2020).

Não existindo nenhum programa de melhoria contínua nos serviços de internamento, foi possível criar um conjunto de trabalhos que deram sustentabilidade e suporte à nossa intervenção como pósteres, panfletos e comunicações orais, como por exemplo, o poster sobre “Reabilitação na pessoa acometida com prótese da anca e joelho”. Desta forma foi possível, identificar “oportunidades de melhoria” e fomentar “a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade” (Regulamento nº140/2019, p. 4747) e promover a “incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados” (Regulamento nº140/2019, p. 4747).

Por último, uma das competências dentro deste domínio caracteriza-se pela promoção de um ambiente terapêutico e seguro, onde cabe ao EE assegurar a promoção de um ambiente gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo (Regulamento nº140/2019). No decurso do estágio final, foi notória a participação na escolha dos recursos (ex: cadeira de rodas, ajudas técnicas e camas), perspetivando a sua manutenção e integridade, de forma a que garantir um cuidado em segurança para o enfermeiro e para o indivíduo, alvo de cuidados. Note-se que a procura de um ambiente terapêutico, incentiva a promoção da prática profissional e a autonomia da própria profissão, afetando positivamente a perceção dos cuidados e da qualidade dos mesmos, bem como a satisfação das pessoas com o cuidado prestado (Gurkova et al., 2021).

Adicionalmente, os planos de intervenção quer nos doentes do foro neurológico, ortopédico e respiratório, abordavam o treino motor e o exercício, onde foi possível ensi-

nar sobre medidas preventivas para a não ocorrência de quedas (ex: remoção de tapetes no domicílio), apresentando uma abordagem proativa no processo de transição de saúde-incapacidade para o domicílio, assim como potencializando os benefícios do treino motor e exercício físico, com a sua relação na diminuição de quedas e das comorbilidades que estas afetam sobretudo, durante o envelhecimento (Wang e Tian, 2021).

A nível nacional o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, outorga a necessidade de uma intervenção junto da população idosa, com o propósito do aumento da literacia e a participação do cuidador e da sociedade na segurança do doente na prestação de cuidados, através de planos de sensibilização (Despacho nº9390/2021).

“Competências do domínio da gestão dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019: 4745);

No domínio da gestão de cuidados, o EE tem como competência realizar a própria gestão, “otimizando as respostas de enfermagem e da equipe de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento nº 140/2019, p. 4748). Atente-se à importância da prática profissional do EE, na gestão de cuidados, que foi essencial durante o estágio clínico, pela necessidade de gerir recursos materiais e humanos, para a execução dos programas de reabilitação.

Outro aspeto relevante na gestão de cuidados compreendeu a necessidade de gestão do tempo de internamento, sobretudo no serviço de Ortopedia, onde era necessário, iniciar programas de reabilitação o mais precocemente, respeitando o período pré e pós-operatório, e tendo sempre em conta que a pessoa em questão poderia ter alta num curto período de tempo e, portanto, a educação para saúde considerou-se como primordial nesta fase de intervenção.

Tornou-se necessário, pela existência de diversos equipamentos e ajudas técnicas associada a uma dinâmica do serviço de internamento de medicina interna, implementar métodos de organização de trabalhos adequados, coordenando a equipa para a prestação de cuidados e negociar os recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade, sobretudo no processo de transferência de doentes, reforçar quer a equipa de enferma-

gem quer a equipa de assistentes operacionais, a importância do elevador no processo de transferência (Regulamento nº 140/2019).

Na unidade de competência “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão – reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde” (Regulamento nº 140/2019, p. 4748). Durante o programa de reabilitação, foi possível entender as necessidades individuais de cada pessoa, a sua situação socioeconómica e social, por forma a referenciar para a RNCCI mantendo o plano de reabilitação e transferir o processo de reabilitação, para outras instituições garantindo que a pessoa mantivesse o seu status funcional e autonomia. Em todas as ocasiões que se denotava dilemas sociais que impedissem o regresso a casa, a intervenção caracterizou-se por agir como interveniente na procura da melhor solução para a pessoa e para a família. No regresso ao domicílio, a pessoa vive um processo de adaptação a uma nova realidade, sendo primordial, a intervenção do EE no processo de adaptação, guiando o cuidado através do desenvolvimento de terapêuticas efetivas que permitam recuperar a estabilidade e o bem-estar (Santos, 2017).

Face ao disposto entendeu-se que a intervenção do EE pautou-se, pelo respeito da dignidade e pela prática baseada na evidência, devendo apresentar um papel que combina e contrabalança a gestão de cuidados e a liderança com vista a um cuidado efetivo e eficaz, com foco nos possíveis ganhos em saúde para a pessoa (Hemberg e Salmela, 2021; James et al., 2021). Concomitantemente, sustentou-se pela gestão dos recursos humanos, financeiros e materiais, com uma abordagem de liderança baseada no bem-estar da equipa multidisciplinar, outorgando melhorias no cuidado prestado ao doente. (Hemberg e Salmela, 2021; James et al., 2021).

“Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº 140/2019, p. 4749);

No domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais o EE “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua práxis especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745). Note-se que, na intervenção de enfer-

magem, o EE deve deter consciência de si, otimizando o autoconhecimento por forma a identificar os fatores que podem influenciar na relação terapêutica entre enfermeiro-pessoa e/ou enfermeiro-pessoa-família, considerando que o conhecimento de nós próprios, garante uma resposta de elevada adaptabilidade individual e organizacional. Criou-se condições para que o EE, seja capaz de gerir sentimentos e emoções, apresentando uma resposta eficiente e atuando eficazmente quer em situações de pressão quer também em situações de conflito (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). A família ocupa especial importância na prestação de cuidados especializados, sobretudo quando esta, torna-se parte integrante do cuidado, em que o cuidado contínuo no domicílio impõe ao cuidador um elevado esforço físico, emocional, social e económico, com impacto devastador no seio das famílias (Lia et al., 2021). Como tal, desenvolveu-se um cuidado onde a família funciona como parceira de cuidados, com o objetivo maior de maximizar a sua autoeficácia e a competência (Tseng et al., 2021).

Muitas das vezes, o EE funciona, como um catalisador de emoções, maioritariamente negativas quanto ao desenrolar do internamento e quanto às questões de resolução de problemas de saúde (ex: recuperar a autonomia *versus* perda da autonomia e funcionalidade). Estes conflitos foram geridos eficazmente, onde os diversos intervenientes colaboram, fornecendo o seu parecer sobre a readaptação funcional de cada participante neste projeto de intervenção.

Cabe ainda ao EE basear “a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749), atuando como formador, através do diagnóstico “das necessidades formativas” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). Durante o estágio, foi desenvolvido um plano de formação para os enfermeiros de cuidados gerais sobre “Posicionamento em padrão antiespástico da pessoa acometida com AVC”, tendo sido diagnosticado défices de conhecimentos sobre o posicionamento da pessoa com quadro de espasticidade e sobre a importância do posicionamento em padrão antiespástico. Contribuiu-se assim, para o desenvolvimento profissional de ambos os intervenientes, enaltecendo a importância do desenvolvimento profissional para o aumento da eficácia e da competência no cuidado às pessoas com AVC (Mlambo, Silén e McGrath, 2021). Atente-se ainda ao fato, de introduzir os resultados do conhecimento e das competências na prática diária, com ganhos potenciais em saúde para as pessoas (Mlambo, Silén e

McGrath, 2021). Assim contribuiu-se “para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749).

Durante o estágio, foi possível desenvolver trabalhos científicos, que se mostraram como ferramentas essenciais na procura da melhor evidência, e em consonância, a prestação de melhores cuidados. No referencial de competências, cabe ao EE o desenvolvimento de estudos de investigação, que contribuam “para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Posto isto, foi elaborado o artigo de investigação “*Rehabilitation nursing in the person with self-care deficit due to neurological changes - Systematic Literature Review*” (Gordo et al., 2022) que consta de uma RSL e que foi apresentada no “Workshop IWoG'21, Fourth International Workshop on Gerontechnology”, tendo sido publicado na revista *Lecture Notes in Bioengineering (indexed by SCOPUS and Springerlink)*.

7.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Como foi exposto, a evolução exponencial do envelhecimento associada a um aumento da prevalência das doenças crónicas, tem contribuído para a diminuição da capacidade funcional da população (Heinemann et al., 2020; Gutenbrunner et al., 2021). Reconhecemos que potencializar a capacidade funcional em todas as idades é um desafio global universal (Heinemann et al., 2020). A reabilitação representa um papel único na saúde populacional pela sua intervenção em otimizar a capacidade funcional de cada pessoa, reduzindo o impacto das consequências da incapacidade (WHO, 2019, Heinemann et al., 2020; Gutenbrunner et al., 2021).

O papel do EEER considera-se pela elaboração de planos de intervenção na área da reabilitação “baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento n.º 392, 2019, p.13565). Assim o EEER, apresenta um elevado nível de conhecimento e experiência acrescida que lhe permite tomar decisões “relativas a promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento n.º 392, 2019, p. 13565).

Torna-se então necessário abordar cada competência do EEER, desmistificando a sua permeabilidade no estágio que aqui se aborda.

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

Esta competência destaca a o papel do EEER e da sua própria capacitação para identificar “as necessidades da intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas (...), em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária” (Regulamento n.º 392, 2019, p. 13565).

Durante o estágio de reabilitação, foi possível prestar cuidados de reabilitação a diversos intervenientes em contexto hospitalar, com diferentes faixas etárias, com diferentes alterações da funcionalidade por consequência de problemas do foro ortopédico, neurológico e respiratório. Adicionalmente, o conjunto de participantes apresentava diferentes contextos de vida, com situações sociais e profissionais diferenciadas, o que possibilitou a adaptação do programa de reabilitação, respeitando a sua individualidade e os objetivos propostos. Note-se a importância de atender as necessidades individuais de cada pessoa (singular) ou família (plural), identificando os problemas atuais ou potenciais, propondo um conjunto de intervenções em parceria com a pessoa/família (Ajibade, 2021).

Para elaborar o plano de reabilitação foi necessário proceder à avaliação da funcionalidade e diagnosticar alterações da funcionalidade, com a utilização de instrumentos de recolha de dados, suportando a tomada de decisão clínica e objetivando a melhoria contínua de qualidade dos cuidados aos cidadãos (OE, 2016). A utilização dos instrumentos de avaliação permitiu uma recolha da “informação pertinente” de forma a identificar “as necessidades de intervenção” da população-alvo e “identificação dos fatores facilitadores e inibidores para a realização das AVD’s” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13566).

Posteriormente à identificação das necessidades, o papel do EEER desenvolve-se pela criação de planos de reabilitação, no sentido de capacitar funcionalmente a pessoa em

questão, através do ensino e do treino, com vista à “a promoção da autonomia e a qualidade de vida” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567).

Assim, como indica Sousa et al., (2020), capacitar, em contexto da educação para a saúde, implica um papel preponderante do EEER em entender o processo de transição saúde-doença e desenvolver atividades terapêuticas que ajudem a pessoa a recuperar a estabilidade e o bem-estar.

Seguidamente, optou-se pela seleção de ajuda técnicas que fossem mais adequadas ao plano de reabilitação e às necessidades individuais do indivíduo, como andarilho e canadianas, ou até na escolha da cadeira para colocação na banheira para a prestação dos cuidados de higiene com vista à promoção do autocuidado e do regresso ao domicílio ou continuidade dos cuidados noutros contextos (Regulamento n.º 392/2019). Por último, a monitorização dos resultados das intervenções planeadas, com a utilização da ENCS, que permitiu avaliar os ganhos em saúde antes e após a intervenção de EEER, a nível pessoal, familiar e social (Regulamento n.º 392/2019).

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

Esta competência descreve a capacidade do EEER de, após a avaliação das necessidades reais da pessoa, identificar a problemática ou a incapacidade decorrente do processo patológico, planeando um conjunto de intervenções e estratégias na área de reabilitação, com vista à “maximização da autonomia e da qualidade de vida” (Regulamento n.º 392/2019, p. 13567).

Ao longo do estágio de reabilitação, foram desenvolvidos planos de intervenção de reeducação funcional do foro ortopédico, neurológico e respiratório, inserindo atividades terapêuticas e treino de AVD’s, que garantindo a individualidade da pessoa, permitiram ganhos na funcionalidade geral dos participantes, fornecendo ferramentas que seriam utilizadas no dia-a-dia, e que possibilitavam não só uma maior mobilidade, como uma maior inclusão na sociedade. Atente-se que sobretudo na população envelhecida,

urge a importância de respeitar os princípios sociais e económicos, promovendo políticas que fortaleçam a participação e inserção social (Pachana et al., 2021).

Para alcançar esse objetivo, foi realizada uma avaliação inicial, identificadas as necessidades e proposto um plano de intervenção, onde o treino de AVD's e a mobilidade, constituíram a linha orientadora de cuidado, com o ensino de técnicas adaptativas e utilização de produtos de apoio, adequando-os a cada participante, e privilegiando a garantia do seu autocuidado. O regresso ao domicílio traz novos desafios e adversidades, com a intervenção do EEER a espelhar-se na escolha dos produtos de apoio que melhor se adequam a cada situação e na capacidade de identificar barreiras arquitetónicas, orientando as pessoas para a sua eliminação (Regulamento n.º 392/2019).

A título de exemplo, os participantes A1, A2 e A3 foram incentivados a fazer alterações nos seus domicílios, que se discriminam em retirar os tapetes evitar e obstáculos nos corredores para prevenção de queda, a escolha da cadeira de duche aconselhável (A2) e a escolha das canadianas para A3, com a orientação para o aluguer das mesmas. Nos participantes B1-B5, a importância do treino de vestir-despir, para manutenção do autocuidado. Nos participantes C1-C2, o ensino das posições de relaxamento e descanso, para conseguirem realizar as AVD'S autonomamente.

Por último, a importância de “demonstrar conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras de integração e participação cívica” (Regulamento n.º 392/2019, p.13567), tendo sido necessário garantir que em muitos participantes, conhecem e analisassem as diversas respostas sociais que existem, procurar a que melhor se adequava para a continuação do programa de reabilitação. Sobretudo nos participantes C1, C2, C3, C4, C5 ao perceber as condições habitacionais e o apoio familiar, entendeu-se como necessário referenciar para a RNCCI ou com apoio de ECCI, uma resposta social mais adequada e com a qual, poderiam existir maiores ganhos em saúde.

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

Nesta competência, cabe ao EEER a interação com a pessoa no sentido de “desenvolver atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais”, por forma a

potenciar “o rendimento e o desenvolvimento pessoal” (Regulamento n.º 392/2019. p. 13566). Através da intervenção proposta para cada participante, com o respetivo modelo de autocuidado desenvolvido e as sessões de treino (Regulamento n.º 392/2019), identificou-se um conjunto de ganhos em saúde na população alvo.

Foi observável que a intervenção do EEER potencia ganhos em mobilidade, com aumento da força muscular e o equilíbrio (Xiao et al., 2020, Alexandru et al., 2021, Matos e Simões, 2020), com aumento funcionalidade e participação nas AVD’S (Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Navdeep et al., 2020, 21, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021). No domínio cognitivo, a intervenção demonstrou melhorias na função cognitiva, respetivamente na atenção, na memória e funções executivas, destacando a necessidade de orientar a prática para as atividades de vida diária. Consecutivamente, a intervenção pautou-se pela eliminação de alteração de fatores modificáveis, com diminuição do sedentarismo e pelo ensino de técnicas adaptativas para melhoria do autocuidado com o fim da melhoria da qualidade de vida e máxima funcionalidade (Xiao et al., 2020, Bjartmarz et al., 2017, Navdeep et al., 2020, 21, Lin et al., 2020, Yin et al., 2021).

Ao longo de todo o processo de reabilitação, foi notória a necessidade de criação de uma relação terapêutica como nos indica Lopes (2006), com a criação de sessões de treino, com vista à promoção do autocuidado, através da maximização das capacidades e a prevenção de riscos que possam interferir na melhoria da condição de saúde. Posteriormente à implementação, tornou-se necessário a implementação dos programas concebidos, avaliando a eficácia das intervenções e, por vezes, a alteração ou adequação das intervenções a cada situação clínica, respeitando momentos de angústia e dor pelo estado de saúde, ou até por momentos de intercorrências durante o internamento.

Após a intervenção ao longo deste estágio de reabilitação, foi notória a melhoria do score global de funcionalidade, sobretudo na realização de AVD’S, com ganhos significativos no estado de saúde, observando-se uma melhoria da autonomia física e funcional de cada participante.

7.3 – Competências de mestre

As competências que conferem o grau de mestre caracterizam-no pelo elevado conhecimento e habilitações que deverá demonstrar, por forma a aplicar o conhecimento na prática em situações complexas, em “contexto de investigação (Decreto-Lei nº 65/2018, p. 4162).

Durante a realização do mestrado, foram diversas as unidades curriculares, nas quais foram desenvolvidos trabalhos académicos de investigação, com enfoque na metodologia de investigação, com a procura do melhor conhecimento para posterior colocação em prática durante o estágio clínico. Este fator contribui para uma prática baseada na evidência, com ganhos no cuidado à pessoa em processo de transição saúde-doença, garantindo-lhe a evidência mais atual e corroborada possível. Note-se que diversos estudos, tem sido apontado para o envolvimento dos estudantes em projetos de investigação, com a necessidade de introdução e transferência para os *settings* clínicos (Cardoso et al., 2021; Ferreira et al., 2021).

Não só se traduz na prestação de melhores cuidados como a elaboração de projetos de investigação, na procura da melhor prática baseada na evidência, traduz-se em conhecimento e competências essenciais para ultrapassar barreiras em conflitos científicos (Cardoso et al., 2021). Simultaneamente, cabe aos enfermeiros o dever de procurar a excelência do exercício, mantendo “a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas” (Lei n.º 156/2015, p. 8080).

Ao longo do estágio clínico, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem que permitiram a integração dos conhecimentos teórico-práticos, adequando cada intervenção e cada plano de reabilitação, de acordo com as necessidades individuais e/ou grupo, contemplando uma prática reflexiva sobre os conflitos ou situações complexas, que surgiram e que foram alvo, de discussão com os diversos intervenientes (orientador e supervisor), na busca da melhor solução, sem emissão de juízos de valor. Desta forma, foi possível adquirir competências na “capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas (...)” e ser capaz de “comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes (...)” (Decreto-lei n.º 65/2018, p. 4150).

Assim, a intervenção do EEER, pautou-se no cuidado a uma população cada vez mais envelhecida, com elevados números de prevalência e incidência relativamente à patologia do foro neurológico, que apresenta diversas consequências na capacidade de readaptação funcional e na garantia autonomia. Foram elaborados planos de reabilitação com vista à promoção e manutenção do autocuidado, com ganhos sensíveis decorrentes dos cuidados de ER, prevenindo a perda de capacidade funcional, e que assim contribuíram para a aquisição de competências de aprendizagem, promovendo a autonomia no âmbito profissional (Decreto-Lei n.º 65/2018).

Considerou-se ainda a utilização de diferentes metodologias assentes na teoria de défice de autocuidado de Orem, na Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006), no modelo de autocuidado de Fonseca (2013) com a posterior utilização de instrumentos de colheita de dados como a ENCS (Fonseca, 2013) e a Escala MoCA (OE, 2016), que permitiu a criação de um modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade com défice de autocuidado por patologia do foro neurológico, com ganhos em saúde em vários domínios, maior capacidade para ao autocuidado, com maior autonomia e maior score de funcionalidade, como se demonstra no capítulo anterior.

Na área de comunicação e publicação dos resultados, como foi referido anteriormente, durante este percurso académico foi notório o reforço da necessidade de investigação, para produzir melhores resultados em melhores cuidados. A elaboração da RSL que aguarda publicação, surgiu como resposta a uma necessidade identificada em diversos estudos acima descritos, e que permitiu obter um conjunto de respostas em relação à problemática e que guiou diretamente os cuidados do foro de reabilitação da população alvo de intervenção. Simultaneamente, foi realizada uma formação aos enfermeiros do serviço de internamento, com a abordagem do tema, com a possibilidade da discussão sobre a prática dirigida à população e de que forma, esta poderia ser introduzido no dia-a-dia, no cuidado diário ao doente com défice de autocuidado com patologia do foro neurológico. Esta abordagem de formação, com formação de pares, com novas práticas, e um olhar dirigido ao autocuidado, com a pessoa e a família em foco, possibilitou adequar e maximizar “a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Lei n.º 156/2015, p. 8080). No panorama individual, a aquisição de competências e conhecimentos que enriqueceram este percurso profissional, a nível da área da especialidade como no mestrado, e um crescimento enquanto humano e profissional de saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O último capítulo refere-se à conclusão do trabalho académico, terminando um capítulo da vida profissional e académica, que permitiu a aquisição de competências através da conceptualização de conhecimentos práticos e teóricos, na terminologia de enfermagem de reabilitação. Este percurso decorreu em dois contextos diferentes, com realidades e participantes diferentes, alvo de intervenção profissional, e que em suma, contribuíram ativamente para o meu crescimento pessoal e profissional, sendo possível viver diferentes realidades, diferentes pessoas, diferentes necessidades e diferentes ganhos em saúde.

O envelhecimento da população é hoje considerado um desafio do séc. XXI, um fenómeno universal em crescimento, acompanhado por uma diminuição na natalidade, com os idosos a representarem a maior parcela da população mundial. O processo de envelhecer associa-se com a diminuição da capacidade intrínseca para o autocuidado, originando a perda do papel na sociedade. Urge o paradigma de envelhecer com saúde, em que os idosos são considerados como pilares no processo de envelhecer, com maior autonomia e maior capacidade funcional, diminuindo ao máximo a dependência de terceiros através de políticas e planos voltados para a pessoa idosa e para o seu potencial de capacitar-se em todos os cuidados, desde os preventivos aos de reabilitação.

A doença neurológica a par do envelhecimento, é cada vez mais prevalente, tendo sido ao longo dos anos considerada a principal causa de incapacidade, com consequências graves no autocuidado, com elevada taxa de mortalidade, com tendência para aumentar exponencialmente, em consequência do envelhecimento da população. A intervenção neste ponto, reitera-se pelo papel preponderante do EEER no cuidado à pessoa idosa com patologia do foro neurológico, diminuindo o impacto das consequências e desenvolvendo planos de enfermagem de reabilitação, que procuram a promoção da saúde, com prevenção de complicações, objetivando o máximo potencial da pessoa idosa.

No seu perfil de competências, o EEER é o profissional capaz de identificar as necessidades de intervenção especializada, com o objetivo de otimizar diversas funções e

a execução de AVD's, por forma a promover capacidades adaptativas para o autocuidado e autocontrolo.

Tendo em conta a problemática exposta, surgiu a necessidade de adquirir competências que permitam criar ganhos em funcionalidade na população-alvo, através de um modelo profissional de enfermagem assente na promoção da autonomia, na qualidade de vida, com a conceção de planos de intervenção para os participantes, respeitando os objetivos e as necessidades individuais de cada um, inseridos numa família/comunidade, humanizando a intervenção.

Assim, de acordo com os objetivos estipulados para este projeto de intervenção, observou-se a aquisição de competências de EEER e mestre, no cuidado à pessoa com patologia do foro neurológico, respiratório e ortopédico, planeando programas de intervenção de acordo com a área, dos quais resultou ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de reabilitação, que se outorgam pela melhoria do défice de autocuidado, com ganhos de funcionalidade no geral, com a promoção de maior autonomia e maior qualidade de vida através de estratégias adaptativas como o ensino, instrução e demonstração e a prevenção de complicações como consequência do processo de incapacidade.

Para este efeito, recorreremos a instrumentos de apreciação diagnóstica como a ENCS (Fonseca, 2013) e a MOCA, que, considerando-os como fidedignos e validados, permitiram realizar avaliações da funcionalidade e do défice cognitivo, determinando os ganhos em funcionalidade. Como base metodológica e fundamentação teórica, objetivou-se a utilização da Teoria de Médio Alcance de Lopes (2006) e a teoria de défice de autocuidado de Orem (2001), o que beneficiou o crescimento conceptual nesta etapa académica.

Concomitantemente, foi possível garantir uma fundamentação científica para o projeto de intervenção através da elaboração de uma RSL, que possibilitou uma prática baseada na melhor evidência e a formulação de um plano de intervenção com resultados positivos demonstrados de acordo com a população alvo e que espelham os ganhos sensíveis à intervenção do EEER na pessoa com patologia do foro neurológico com défice de autocuidado. Consecutivamente, destaca-se a aproximação do conhecimento e da capacidade na elaboração de RSL como incentivo à procura da realização de mais in-

investigação sobre diversos temas/dilemas, cujo papel do EEER se destaca pela sua primordialidade e especificidade.

Os resultados demonstram os ganhos resultantes da intervenção do EEER, que evidenciam a importância do EEER no contexto hospitalar, na intervenção precoce a pessoas com diferentes patologias, identificando as necessidades individuais de cada pessoa, negociando e analisando a situação, por forma a potencializar as suas capacidades e manter o melhor nível funcional, com maior independência e qualidade de vida, o que possibilitou o regresso ao domicílio de muitos participantes e que, com o ensino das técnicas adaptativas, possivelmente, reduzir a necessidade de reinternamento ou institucionalização. Simultaneamente, a intervenção de EEER possibilita uma recuperação mais precoce, o que possibilitará menor tempo de internamento.

Posto isto, entende-se que os objetivos foram alcançados, olhando para uma problemática que é real, através da elaboração de um enquadramento conceptual da intervenção da problemática em estudo, e *à posteriori*, a elaboração de um programa de reabilitação adaptado à problemática e que originasse ganhos em saúde para os participantes e pela aquisição de competências de especialista, de EEER e de mestre.

Como dificuldades e limitações, determina-se que o tempo de estágio por vezes, tornou-se redutor da intervenção de EEER do acompanhamento dos participantes e por outro lado, o processo pós-pandémico, com as diversas adversidades que acarreta, não permitiu o estabelecimento de relação de ajuda com alguns familiares e/ou cuidadores informais. Por outro lado, teria sido enriquecedor a intervenção com pessoas com patologias do foro neurológico que não o AVC, mas sim a demência e a esclerose múltipla. Como proposta de melhoria, considera-se a necessidade de uma preparação atempada do estágio de reabilitação, com enfoque na realização de uma RSL, numa fase mais inicial, para melhor relação entre a problemática e evidência encontrada.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2021). *Monitorização mensal dos hospitais - produção e rácios de eficiência*. Obtido de https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficInternamentoDashboard
- Aftab, A., Awan, W., Habibullah, S., & Lim, J. (2020). Effects of fragility fracture integrated rehabilitation management on mobility, activity of daily living and cognitive functioning in elderly with hip fracture. *Park J Med Sci*, 36(5), 965-970. doi:<https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.2412>
- Ajibade, B. (2021). Assessing the patient's needs and planning effective. *British Journal of Nursing*, 30(20), 1166-1171. doi:10.12968/bjon.2021.30.20.1166.
- Alves, J., & Grilo, E. (2021). Reabilitação respiratória em idosos, em contexto de cuidados agudos: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação.*, <https://doi.org/10.33194/rper.2022.186>.
- Amarilla, D., López-Espuela, F., Roncero-Martin, R., Leal-Hernandez, O., Puerto-Parejo, L., Vera, I., . . . Garcia, J. (2020). Quality of life in elderly people after a hip fracture: a prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 71. doi:10.1186/s12955-020-01314-2
- Araújo, P., Soares, A., Ribeiro, O., & Martins, M. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema nervoso. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.
- Beckman, M., Bruun-Olsen, V., Pripp, A., Bergland, A., Smith, T., & Hieberg, K. (2021). Effect of an additional health-professional-led exercise programme on clinical health outcomes after hip fracture. *Physiotherapy Research International*, 26. doi: <https://doi.org/10.1002/pri.1896>
- Belli, S., Prince, I., Savio, G., Paracchini, E., Cattaneo, D., Bianchi, M., . . . B. (2021). Airway clearance techniques: the right choice for the right patient. *Frontiers in medicine*, 8, 544826. doi:10.3389/fmed.2021.544826

- Bjartmarz, I., Jónsdóttir, H., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2017). Implementation and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients with stroke: a mixed methods study. *BMC Nursing*. doi: 10.1186/s12912-017-0262-y
- Bloemhof, J., Knol, J., Van Rjin, M., & Buurman, B. (2021). The implementation of a professional practice model to improve the nurse work environment in a dutch hospital: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 4919-4934. doi:https://doi.org/10.1111/jan.15052
- Brapoh, N., & Toresco, D. (2020). Anchoring a professional practice model: success through collaboration. *Nurse Leader*, 18, 552-556. doi:https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.08.007
- Cabanas-Valdés, R., Sala, L., Grau-Pellicer, M., Guzman-Berral, J. C.-G., & Urrútia, G. (2021). The effectiveness of additional core stability exercises in improving dynamic sitting balance, gait and functional rehabilitation for subacute stroke patients (CORE-Trial): study protocol for a randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12). doi:https://doi.org/10.3390/ijerph18126615
- Camicia, M., & Courman, M. (2021). COVID-19 and inpatient rehabilitation nursing care: lessons learned and implications for the future. *Rehabilitation Nursing*, 46(4), 187-196. doi:10.1097/RNJ.0000000000000337
- Cantürk, T., Doğan, M., Deniz, D., Öcal, N., & Yakup, A. (2021). Effect of pulmonary rehabilitation on patients With severe and very severe COPD and emphysema. *Medical Journal of Bakirkoy*, 17(2), 121-124. doi:10.4274/BMJ.galenos.2021.04127
- Cardoso, D., Couto, F., Bobrowicz-Campos, E., Santos, L., Rodrigues, R., Coutinho, V., . . . Rodrigues, M. (2021). The Effectiveness of Evidence-Based Practice (EBP) educational program undergraduate nursing students' EBP Knowledge and Skills: A Cluster Randomized Control Trial. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(1). doi:https://doi.org/10.3390/ijerph18010293
- Cardoso, M., Baixinho, C., Ferreira, O., Nascimento, P., Pedrosa, R., & Gopnçaves, P. (2021). Aprender prática baseada na evidência pelo envolvimento em atividades de investigação - autopercepção do estudantes. *Cogitare Enfermagem*, 26. doi:http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.79806
- Çevirme, A., & Gökçay, G. (2020). The impact of an Education-Based Intervention Program (EBIP) on dyspnea and chronic self-care management among chronic

- obstructive pulmonary disease patients. A randomized controlled study. *Saudi Medical Journal*, 41(12), 1350-1358. doi:10.15537/smj.2020.12.25570
- Chaudhuri, K. R., Bhidayasiri, R., & Laard, T. (2016). Unmet needs in Parkinson's disease: New horizons in a changing landscape. *Parkinsonism & Related Disorders*, 33, 52-58. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353802016304631>
- Chaves, L. (2020). O Impacto da Pandemia por COVID-19 nos doentes com acidente vascular cerebral: revisão narrativa de literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 29-33. doi:10.33194/rper.2020.v3.s2.4.5785
- Chi, N., Huang, Yi, Chang, H., Huang, H., & Chiu, H. (2020). Systematic review and meta-analysis of home-based rehabilitation on improving physical function among home-dwelling patients with a stroke. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 101, 359-370. doi:10.1016/j.apmr.2019.10.181
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV]. (2020). *Situação de emergência de saúde pública pela pandemia COVID-19- Aspectos éticos relevantes*. Obtido de https://dev.bydas.com/cnecv2/files/1587396084_1586006035_posi%C3%A7%C3%A3o%20cnecv%20covid19_03_abril_2020.pdf
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNECV]. (2018). *Integridade na investigação científica - recomendação*. Obtido de <https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/integridade-na-investigacao-cientifica-recomendacao>
- Copanitsanou, P. (2019). Community rehabilitation interventions after hip fracture: Pragmatic evidence-based practice recommendations. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 35(100712). doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2019.100712>
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Lisboa: Lusociência .
- Coutinho, C. (2020). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Almedina.
- Couto, G., Silva, R., do Mar, M., & Gomes, B. (2021). Processo de cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa adulta/idosa com compromisso do sistema cardiorrespiratório. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Lidel.

- Decreto-Lei n.º 161/96. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros .
- Decreto-Lei n.º 65/2018. (16 de agosto de 2018). Diário da República, 1.ª série — N.º 157. *Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. Ciência, Tecnologia e Superior.
- Deodato, S. (2017a). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Em L. Sousa, & C. Marques-Vieria, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lisboa: Lusodidacta.
- Deodato, S. (2017b). *Direito da Saúde*. Almedina.
- Despacho 9390/2021. (24 de setembro de 2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República n.º 187/2021, Série II*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
- Deuschl et al. (2020). The burden of neurological diseases in europe: an analysis for the global burden of disease study 2017. *Lancet Public Health*, 5. Obtido de [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30190-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30190-0/fulltext)
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido de http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saude2.pdf
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2011). *Abordagem terapêutica das alterações cognitivas*. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0532011-de-27122011-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Doganay, O., & Leventoglu, A. (2020). The Management of neurological disease during the COVID-19 Pandemia. *Gazi Medical Journal*, 31. doi:10.12996/gmj.2020.72
- Dong, J., Li, Z., Luo, L., & Xie, H. (2020). Efficacy of pulmonary rehabilitation in improving the quality of life for patients with chronic obstructive pulmonary disease: Evidence based on nineteen randomized controlled trials. *International Journal of Surgery*, 73, 78-86. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijvs.2019.11.033>
- Emerson, A., Muruganatham, P., Park, M., Pillay, D., Vasan, N., Park, S., . . . Yau, S. (2019). Comparing the Montreal Cognitive Assessment and Rowland Dementia Assessment Scale in a multicultural rehabilitation setting. *Internal Medicine Journal*, 1035–1040. doi:<https://doi.org/10.1111/imj.14392>

- Entidade Reguladora da Saúde [ERS]. (2020). *Impacto da pandemia COVID-19 no Sistema de Saúde –período de março a junho de 2020*. Obtido de <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>
- Eschweiler, M., Bohr, L., Kessler, J., Fink, G., Kalbe, E., & Onur, O. (s.d.). Combined cognitive and motor training improves the outcome in the early phase after stroke and prevents a decline of executive functions: A pilot study. *NeuroRehabilitation*, 1-12. doi:<https://doi.org/10.3233/nre-201583>
- European Comission. (2019). *Eurostat - Life expectancy at birth by sex*. Obtido de <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00208/default/table?lang=en>
- Feigin, V., Nichols, E., Owolabi, M., & Carroll, W. (2020). The global burden of neurological disorders: translating evidence into policy. *Lancet Neurology*(19), 255-65. doi:<https://doi.org/10.1016/>
- Feng, Y., Zhang, j., Zhou, Y., Chen, B., Yin, & Ying. (2021). Concurrent validity of the short version of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for patients with stroke. *Scientific Reports*, 1-8. Obtido de <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=ca07fc9a-d6aa-4f6b-8320-a141182576f7%40sessionmgr103>
- Ferreira, O., Baixinho, C., Medeiros, M., & Oliveira, E. (2021). Aprender a usar evidência no curso de licenciatura em enfermagem: Resultados de um Focus Group. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 35-43. doi:<https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.35-43>
- Fonseca, C. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem (Tese de Doutoramento)*. Obtido de <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/12196>
- Fonseca, C., Carretas, N., Galhofas, M., & Costa, A. (2018). Indicadores sensíveis dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, ao nível de autocuidado, nas pessoas em processo cirúrgico. *Journal of Aging & Innovation*, 7(1), 103-119. Obtido de <https://journalofagingandinnovation.org/pt/volume-7-edicao-1/>
- Fonseca, C., Lopes, M., Mendes, D., Parreira, P., Mónico, L., & Marques, C. (2019). Psychometric properties of the elderly nursing core set. *Gerontechnology Communications in Computer and Information Science, Springer*, 1016, 143-153. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-030-16028-9_13
- Fonseca, C., Pinho, L., Lopes, M., Marques, M., Garcia-Alonso, & J. (2021). The elderly nursing core set and the cognition of portuguese older adults: a cross-

- sectional study. *BMC Nursing*, 20. doi:<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00623-1>
- Fosse, R., Ambugo, E., Moger, T., Hagen, T., & Tjerbo, T. (2021). Does rehabilitation setting influence risk of institutionalization? A register-based study of hip fracture patients in Oslo, Norway. *BMC Health Services Research*, 21, 1-14. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06703-x>
- Freitas, S., Simões, M., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): normative study for the portuguese population. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 33. Obtido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13803395.2011.589374?scroll=top&needAccess=true>
- Fukada, M. (2018). Nursing competency: definition, structure and development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 1-7. doi:<https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Gaspar, L., Loureiro, M., & Novo, A. (2021). Exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação - Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.
- Gkirmi, K., Iakovidis, P., Theofanidis, D., & Kasimis, K. (2021). Facts related to the recovery of functional autonomy of the elderly following hip fractures. *International Journal of Caring Sciences*, 14, 158-165. Obtido de <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=fbe30644-4725-4f67-95dc-27123b218069%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNzbyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=150568756&db=rzh>
- GOLD . (2022). *Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2022 Report*. Obtido de <https://goldcopd.org/2022-gold-reports-2/>
- Gomes, B., & Ferreira, D. (2017). Reeducação da função respiratória . Em L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lisboa: Lusodidacta.
- Gordo, A., Garcia, J., Galheto, R., Silva, C., & Nunes, I. (2022). Rehabilitation nursing in the person with self-care deficit due to neurological changes - systematic literature Review. *Gerontechnology IV. IWoG 2021. Lecture Notes in Bioengineering. Springer, Cham*. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-030-97524-1_14

- Griffin-Musick, J., Off, C., Milman, L., Kincheloe, H., & Kozlowski, A. (2021). The impact of a university-based Intensive Comprehensive Aphasia Program (ICAP) on psychosocial well-being in stroke survivors with aphasia. *Aphasiology*, 35(10), 1363-1389. doi:<https://doi.org/10.1080/02687038.2020.1814949>
- Gurkova, E., Miksova, Z., Labudíková, M., & Chocholková, D. (2021). Nurse's work environment, job satisfaction, and intention to leave - a cross-sectional study in czech hospitals. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(4), 495-504. doi:10.15452/CEJNM.2021.12.0019
- Gutenbrunner C., S. A. (2021). Nursing – a core element of rehabilitation. *International Nursing Review*. Obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inr.12661>
- Han, S. L. (2019). The effects of virtual reality training on function in chronic stroke patients: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Research International*. doi:10.1155/2019/7595639
- Hassett, L. v. (2021). Digitally enabled aged care and neurological rehabilitation to enhance outcomes with Activity and MObility UsiNg Technology [AMOUNT] in Australia: A randomised controlled trial. . *PLoS Medicine*, 1–24. doi:10.1371/journal.pmed.1003029
- Heinemann, A., Feuerstein, M., Frontera, W., Gard, S., & Kaminsky, L. N. (2020). Rehabilitation is a global health priority. *Health Services Research*, 20. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-020-4962-8>
- Hellqvist, C. (2021). Promoting self-care in nursing encounters with persons affected by long-term conditions—a proposed model to guide clinical care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), <https://doi.org/10.3390/ijerph18052223>. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18052223>
- Hemberg, J., & Salmela, S. (2021). Integrity and efficiency in nursing leadership: an integrative review. *International Journal of Caring Sciences*, 14(2), 1496-1513. Obtido de <https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=95dbf64d-70ec-497d-93b6-86b258edc63d%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNzbyZzaXRIPWVob3N0LWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=153590780&db=rzh>
- Hershkovitz, A., Yichayaou, B., Ronen, A., Maydan, G., Korniyukov, N., Burstin, A., & Brill, S. (2019). The association between hand grip strength and rehabilitation

- outcome in post-acute hip fractured patients. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31, 1509-1516. doi:<https://doi.org/10.1007/s40520-019-01200-y>
- Higashimoto, Y., Ando, M., Sano, A., Saeki, S., Nishikawa, Y., Fukuda, K., & Tohda, Y. (2020). Effect of pulmonary rehabilitation programs including lower limb endurance training on dyspnea in stable COPD: A systematic review and meta-analysis. *Respiratory Investigation*, 58(5), 355-366. doi:<https://doi.org/10.1016/j.resinv.2020.05.010>
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Lusodidacta.
- Imaginário, C., Machado, P., Rocha, M., Antunes, C., & Martins, T. (2017). Atividades de vida diária como preditores do estado cognitivo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(18), 37-43. doi:10.19131/rpesm.0190
- Imaginário, C., Rocha, M., Machado, P., Antunes, C., & Martins, T. (2019). Functional capacity and self-care profiles of older people in senior care homes. *Scand J Caring Science*, 34(1), 69-77. doi:10.1111/scs.12706
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2020). *Projeções de População Residente em Portugal 2018-2080*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2021). *População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário*. Obtido de Base de dados: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008273
- International Council of Nurses [ICN] . (2019). *Core competencies in disaster nursing* . Obtido de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf
- International Council of Nurses [ICN]. (2020). *Guidelines on Advanced Practice Nursing* . Obtido de https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- James, A., C., B., Blanchard, D., & Stanley, D. (2021). Nursing and values-based leadership: A literature review. *Journal of Nursing Management*, 29, 916-930. doi:<https://doi.org/10.1111/jonm.13273>

- Janssen, S., Vlieland, T., Volker, G., Spruit, m., & Abbink, J. (2021). Pulmonary rehabilitation improves self-management ability in subjects with obstructive lung disease. *Respiratory Care*, 66(8), 1271-1281. doi:10.4187/respcare.07852
- Jokiniemi, K., & Miettinen, M. (2020). Specialist nurses' role domains and competencies in specialised medical healthcare: a qualitative descriptive study. *International Journal of Caring Sciences*, 13, 171-179. Obtido de http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/20_jokiniemi_original_13_1.pdf
- Kaya, A. (2021). The development of the professional values model in nursing. *Nursing ethics*, 26(3), 914-923. doi:10.1177/0969733017730685
- Kenyon-Smith, T., Oberai, T., Jarsma, R., & Nguyen, E. (2019). Early Mobilization Post–Hip Fracture Surgery. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 1-6. doi:<https://doi.org/10.1177/2151459319826431>
- Kozakova, R., Buzgová, R., Bártova, P., & Ressler, P. (2021). Unmet needs of people with Parkinson's disease. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 12(2), 307-314. doi:10.15452/cejnm.2020.11.0035
- Kristoffersen, M., Dybvik, E., Steihaug, K. B., Engesaeter, L., Ranhoff, A., & Gjertsen, J. (2020). Cognitive impairment influences the risk of reoperation after hip fracture surgery: results of 87,573 operations reported to the Norwegian Hip Fracture Register. *Acta Orthopaedica*, 91(2), 146-151. doi:<https://doi.org/10.1080/17453674.2019.1709712>
- Lei n.º 156/2015. (16 de setembro de 2015). Código Deontológico do Enfermeiro. *Diário da República, 1.ª série — N.º 181* . Ordem dos Enfermeiros.
- Lei nº156/2015. (16 de setembro de 2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 1.ª série — N.º 181*. Ordem dos Enfermeiros .
- Liebl, M., Gutenbrunner, C., Glaesener, J., & Best, N. (2020). Early rehabilitation in COVID-19 – best practice recommendations for the early rehabilitation of patients with COVID 19. *Physical Medicine, Rehabilitation Medicine, Spa Medicine*, 30(3). doi:10.1055/a-1162-4919
- Lin, R.-C. C.-L.-M.-F.-C. (2020). Effectiveness of early rehabilitation combined with virtual reality training on muscle strength, mood state, and functional status in patients with acute stroke: a randomized controlled trial. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(2), 158-167. doi:doi.org/10.1111/wvn.12429

- Liu, L., Ni, S., Yan, W., Lu, Q., & Zhao, M. (2021). Mental and neurological disorders and risk of COVID-19 susceptibility, illness severity and mortality: A systematic review, meta-analysis and call for action. *EClinicalMedicine*, 40. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101111>
- Liu, T., Lee, W., Lin, S., Chang, S., Kao, C., Cheng, & Y. (2020). Therapeutic effects of exercise training on elderly patients with dementia: a randomized controlled trial. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 101, 762-769. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.01.012>
- Loft, M. I. (2018). Nursing staffs self-perceived outcome from a rehabilitation 24/7 educational programme - a mixed-methods study in stroke care. *BMC Nursing*, 17. doi:doi.org/10.1186/s12912-018-0285-z
- Long, G., Chao, C., Sheng, T., & Ping, Y. (2021). Low grip strength associated with clinical outcomes after total hip arthroplasty - a prospective case-control study. *Orthopedic Surgery*, 13(5), 1488-1495. doi:[10.1111/os.13007](https://doi.org/10.1111/os.13007)
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Lopes, M., Nunes, L., Ruivo, A., Amaral, A., & Mendes, F. (2016). Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade. *RIASE*, 2(3). doi: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(3\)](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(3))
- Lopes, M., Pinho, L., Fonseca, C., Goes, M., Oliveira, H, . . . Afonso, A. (2021). Functioning and cognition of portuguese older adults attending in residential homes and day centers: a comparative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18137030>
- Lourenço, M., Faria, A., Ribeiro, R., & Ribeiro, O. (2021). Processo de cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa adulta/idosa com compromisso no sistema musculoesquelético. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e Práticas*. Lisboa: Lidel.
- Lowthian, J., Green, M., Meyer, C., Robinson, E., Boyd, L., Walker, K. R., . . . Smit, D. (2021). Being Your Best: protocol for a feasibility study of a codesigned approach to reduce symptoms of frailty in people aged 65 years or more after transition from hospital. *BMJ Open*, 11. doi:[10.1136/bmjopen-2020-043223](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043223).

- Magalhães, R. P. (2020). Jogos usados na Reabilitação após acidente vascular cerebral: scoping review. *Revista Portuguesa Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 27-41. doi:10.33194/rper.2020.v3.n1.4.
- Mahoney, K., Pierce, J., Papo, S., & Iman, H. (2020). Efficacy of adding activity of daily living simulation training to traditional pulmonary rehabilitation on dyspnea and health-related quality-of-life. *PLoS ONE*, 15(8). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237973
- Marc, M., Pescaru, C., Illie, A., Crisan, A., Hogeia, P., & Traila, D. (2020). Effectiveness of pulmonary rehabilitation in improving quality of life in patients with different COPD stages. *Balneo Research Journal*, 11(1), 3-8. doi:http://dx.doi.org/10.12680/balneo.2020.307
- Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Nursing theorists and their work*. Mosby.
- Martins, M. R. (2018). O contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para a qualidade dos cuidados. *Revista Portuguesa Enfermagem de Reabilitação*, 1, 22-29. doi:10.33194/rper.2018.v1.n1.04.4386
- Marzuca-Nassr, G., SanMartín-Calísto, Y., Guerra-Vega, P., Artigas-Arias, M., Alegria, A., & Curi, R. (2020). Skeletal muscle aging atrophy: assessment and exercise-based treatment. *Adv Exp Med Biol*, 1260, 123-158. doi:10.1007/978-3-030-42667-5_6.
- Matos, M., & Simões, J. (2020). Enfermagem de Reabilitação na transição da pessoa com alteração motora por AVC: revisão sistemática da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 11-19. Obtido de <https://www.aper.pt/Ficheiros/Revista/RPERv3n2.pdf>
- Medeiros, G., Roy, D., Kontos, N., & Beach, S. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General Hospital Psychiatry*, 66, 70-80. doi:10.1016/j.genhosppsy.2020.06.011
- Meehan, T., Timmins, F., & Burke, J. (2018). Fundamental care guided by the careful nursing philosophy and professional practice model. *Journal of Clinical Nursing*(27), 2260-2273. doi:https://doi.org/10.1111/jocn.14303
- Mendonça, S. (2020). *Raciocínio Clínico dos Enfermeiros que trabalham no serviço de urgência (Tese para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem)*. Obtido de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/49995/1/ulsd736572_td_Susana_Mendonca7a.pdf

- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a pessoa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Lisboa: Lusociência.
- Mentiplay, B., Clark, R., Bower, K., Williams, G., & Pua, Y. (2020). Five times sit-to-stand following stroke: Relationship with strength and balance. *Gait and Posture*, 78, 35-39. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2020.03.005>
- Ministério da Saúde. (2016). *Rede de Referência Hospitalar - Medicina Interna*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/RRH-Medicina-Interna-Para-CP-21-12-2017.pdf>
- Ministério de Saúde. (2016). *Rede de Referência Hospitalar - Neurologia*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/05/RRH-Neurologia-Para-CP.pdf>
- Mlambo, M., Silén, C., & McGratch, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20(62), 1-13. doi:<https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Molina-Mula, J. &.-E. (2020). Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Murphy, S., Mullin, R., & Brennan, S. (2018). Exploring implementation of the careful nursing philosophy and professional practice model in hospital-based practice. *Journal Nursing Manager*(26), 263-273. Obtido de <https://doi.org/10.1111/jonm.12542>
- Navdeep, S. K. (2020). Effectiveness of mirror therapy on improvement of motor functions of affected upper limb among stroke patients. *Baba Farid University Nursing Journal*, 19(2), 20-28. doi:10.7897/2230-8407.099
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem* . Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Oates, C., Moghaddam, N., Evangelou, N., & das Nair, R. (2020). Behavioural activation treatment for depression in individuals with neurological conditions: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 34(3), 310-319.
- Oliveira e Castro, P., Martins, M., Couto, G., & Reis, G. (2018). Terapia por caixa de espelho e autonomia no autocuidado após acidente vascular cerebral: programa

- de intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 95-106. doi:<https://doi.org/10.12707/RIV17088>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem em Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011). *Parecer sobre atividades de vida diária*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). *Divulgar - Regulamento do Perfil das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2014). *Áreas investigação prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Core dos Indicadores por categoria de Enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018a). *Programa formativo do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16011/programa_formativo_eereab_rev12-vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Obtido de

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018c). *Reabilitação Respiratória - Guia Orientador de Boa Prática*. Obtido de 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. (2020). *Anuário Estatístico*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. Mosby.
- Pachana, N., & Wuthrich, V. (2021). Social inclusion and isolation: research for the post-COVID era and beyond. *Clinical Gerontologist, 44*(4), 355-358. doi:<https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1934283>
- Pashmdarfard, M., & Azad, A. (2020). Assessment tools to evaluate activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL) in older adults: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 33-34*. doi:10.34171/mjiri.34.33
- Pérez-Vergara, M., Cañas-Lopera, E., Ortiz, J., Rojas, N., Laverde-Contreras, O., & Sánchez-Herrera, B. (2021). Nursing care at the service of life: a model including charity, quality, and leadership. *Nursing Forum, 56*(4), 844-858. doi:10.1111/nuf.12624
- Petronilho, F. (2012). *O autocuidado como conceito central da enfermagem; da conceptualização aos dados empíricos através de uma revisão da literatua dos últimos 20 anos (1990-2011)*. Formasau, Formação e Saúde, Lda.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2017). Teorias de Enfermagem e Autocuidado: Contributos para a construção do Cuidado de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Qian, J. M. (2020). The effectiveness of virtual reality exercise on individual's physiological, psychological and rehabilitative outcomes: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph17114133>
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*(3), 155-164. Obtido de

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2477&id_revista=24&id_edicao=68

- Queiroz, P. (2014). Reflexões para uma epistemologia da Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 776-781. Obtido de https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00776.pdf
- Radu, A. O. (2021). Access to post - stroke physical rehabilitation after acute reperfusion therapy-the neglected link in ischemic stroke management: a retrospective cohort study. *Balneo Research Journal*, 12(1), 46-52. doi:doi.org/10.12680/balneo.2021.418
- Rajsic, S. G. (2019). Economic burden of stroke: a systematic review on post-stroke care. *The European Journal of Health Economics.*, 20, 107-134. doi:10.1007/s10198-018-0984-0
- Regulamento n.º 140/2019. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26. Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 392/2019. (03 de Março de 2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República n.º 85/2019, Série II*. Ordem dos Enfermeiros.
- Reis, G., Bule, M., Sousa, L., Marques-Vieira, C., & Ribeiro, O. (2021). Enfermagem de reabilitação na idade adulta e velhice. Em O. Ribeiro, *Enfermagem de Reabilitação: Conceções e práticas.* . Lisboa: Lidel.
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado:um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 27-36. Obtido de <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-pdf-S0870902513000758>
- Ribeiro, O., Martins, M, Tronchin, D, Silva, J., & Forte, E. (2019). Modelos de exercício profissional usados pelos enfermeiros em hospitais portugueses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 24-31. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0670>
- Ribeiro, O., Martins, M., & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 10. doi:<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>

- Rogers, J., Foord R., S. R., Wong, D., & Wilson, P. (2018). General and domain-specific effectiveness of cognitive remediation after stroke: systematic literature review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 28(3), 285-309. Obtido de <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=6a6c452a-68d3-4f56-aaaa-bdd804eef3ee%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=30006801&db=mnh>
- Sá, N. O. (2020). Consulta de Enfermagem de Reabilitação ao doente pós evento cerebrovascular: que desvios encontrados ao plano delineado à alta pelo Enfermeiro de Reabilitação? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(1), 5-13. doi:<https://doi.org/10.33194/10.33194/rper.2020.v3.n1.1.4579>
- Sabbah, A., El Mously, S., Elgendy, H., Frag, M., & Elweishy, A. (2020). Functional outcome of joint mobilization added to task-oriented training on hand function in chronic stroke patients. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. doi:<https://doi.org/10.1186/s41983-020-00170-7>
- Santos, J. T. (2020). A pessoa com AVC em processo de reabilitação: Ganhos com a intervenção dos Enfermeiros de reabilitação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3(2), 36-43. doi:10.33194/rper.2020.v3.n2.
- Santos, J., Prata, A., Cunha, I., Santos, & M. (2021). Independência no autocuidado nos doentes com acidente vascular cerebral: Contribuição da enfermagem de reabilitação. *Enfermagem Foco*, 12(2), 346-353. doi:10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4180
- Santos, L. (2017). O processo de Reabilitação. Em C. Marques-Vieira, & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Sarango, D., Cano, I., Coronel, A., & Brito, E. (2021). Nursing role in the covid-19 pandemic: systematic Review. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(6). doi:<http://doi.org/10.5281/zenodo.5557112>
- Schein, R., Yana, A., McKernan, G., Mesoros, M., Pramana, G., Schmeler, M., & Dicianno, B. (2021). Effect of the Assistive Technology Professional on the Provision of Mobility Assistive Equipment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 102(10), 1895-1901. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.03.024>

- Schoeller, S., Martins, M., Ramos, F., Vargas, C., Zuchetto, M., & Lima, D. (2020). Cuidado em enfermagem de reabilitação e processo emancipatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1-7. doi: 10.12707/RIV19084
- Schoeneberg, C., Pass, B., Volland, R., Eschbach, D., Ketter, V., Lendemans, S., & Aigner, R. (2021). Four-month outcome after proximal femur fractures and influence of early geriatric rehabilitation: data from the German Centres of Geriatric Trauma DGU. *Archives of Osteoporosis*, 16(68). doi:https://doi.org/10.1007/s11657-021-00930-9
- Shien, R., Yang, A., McKernan, G., Mesoros, M., Pramana, G., Schmeler, M., & Dicianno, B. (2021). Effect of the Assistive Technology Professional on the Provision of Mobility Assistive Equipment. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 102, 1895-1901. doi:https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.03.024
- Silva, L. &. (2020). Reabilitação respiratória domiciliária na doença pulmonar obstrutiva crónica: estudo de Caso. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 3, 50–55. doi:https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s1.6.5776
- Slayer, S., Coventry, L., Twigg, D., & Davis, S. (2016). Professional practice models for nursing: a review of the literature and synthesis of key components. *Journal of Nursing Management*, 24(2). doi:10.1111/jonm.12309
- Sousa, L., & Carvalho, L. (2017). Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em contexto de internamento e ortopedia. Em L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Lisboa-Loures: Lusodidata.
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Caldeira, S. (2017). Propriedades psicométricas de instrumentos de avaliação para a investigação e prática dos enfermeiros de reabilitação. Em L. Sousa, & C. Marques-Vieira, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Lisboa: Lusodidacta.
- Sousa, L., Martins, 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. doi:https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.8.5763
- Sousa, L., Sequeira, C., Férre-Grau, C., & Graça, L. (2021). ‘Living Together With Dementia’: preliminary results of a training programme for family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35, 86-95. doi:10.1111/scs.12821

- Storr, B., Peiris, C., & Snowdon, D. (2021). Community reintegration after rehabilitation for hip fracture: a systematic review and meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 1-13. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2021.12.007>
- Stoykov, M., Heidle, C., Kang, S., Lodesky, L., Maccary, L., & Madhavan, S. (2022). *Occupation, Participation & Health*, 42(1), 65-78. doi:<https://doi.org/10.1177/15394492211032606>
- Sureja, R., Patel, N., & Parmar, L. (2018). The effects of resisted hip abductor strengthening in initial phase in patients with hip arthroplasty. *Journal of Medical & Allied Sciences*, 8(2), 78-85. doi:10.5455/jmas.288082
- Tablerion, J., Wood, T., Hsieh, K., Bishoni, A., Sun, R., Hernandez, M., . . . Sosnoff, J. (2020). Motor learning in people with multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 101, 512-523. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.09.014>
- Tanaka, M. (2022). Orem's nursing self-care deficit theory: a theoretical analysis focusing on its philosophical and sociological foundation. *Nursing Forum*. doi:<https://doi.org/10.1111/nuf.12696>
- Tao, G., Charm, G., Kabacinska, K., Miller, W., Robillard, & J. (2020). Evaluation tools for assistive technologies: a scoping review. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 101, 1025-1040. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.01.008>
- Teixeira, L., & Araújo, R. (2020). Teleneurologia: situação atual, oportunidades e desafios para Portugal. *Sinapse*(1). Obtido de https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi2sYq3ma7xAhVBzoUKHXsgAkQQFjAAegQIAxD&url=http%3A%2F%2Fwww.sinapse.pt%2Fsection_download.php%3Fid%3D46&usg=AOvVaw2v6kq6QWsxtLqhKdKCdSr0
- Tseng, M., Yang, C., Liang, J., Huang, H., Kuo, L., Wu, C., . . . Hsu, H. (2021). A family care model for older persons with hip-fracture and cognitive impairment: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 103995. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103995>
- Untari, I., Achmad, A., Mirawati, D., Sanusi, & Rossi. (2021). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA-Ina) versus the Mini-Mental State Examination (MMSE-Ina) for detecting mild cognitive impairment among the elderly. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 20(1). Obtido de

<https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=54bceb7d-2f07-4dd7-a975-99342a5fbb1b%40sessionmgr101>

- Veldhuizen, J., Van den Bulck, A., Elissen, A., Mikkers, M., Schuurmans, M., & Bleijberg, N. (2021). Nurse-sensitive outcomes in district nursing care: a Delphi study. *Plos ONE*, *16*(5). doi:10.1371/journal.pone.0251546
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., Ribeiro, M., & Cardoso, M. (2021). O processo de trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação numa ótica marxista. *Revista Portuguesa Enfermagem Reabilitação*, *4*(2), 72-80. doi:DOI 10.33194/rper.2021.73
- Wang, F., & Tian, B. (2021). The effectiveness of physical exercise type and length to prevent falls in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, *31*, 32-42. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15942>
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Obtido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15_01_por.pdf?sequence=6
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Integrated care for older people - Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization [WHO]. (2019). *Rehabilitation in Health Systems: Guide for Action*. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325607/9789241515986-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization [WHO]. (2020b). *State's of the World's Nursing*. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- World of Health Organization [WHO]. (2020a). *Decade of Healthy Ageing - Baseline Report*. Obtido de <https://www.paho.org/en/documents/decade-healthy-ageing-baseline-report>
- World of Health Organization [WHO]. (2021). *Intersectoral Global Action Plan on Epilepsy and Other Neurological Disorders*. Obtido de [mar 22 | Página | 125](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/brain-health/first-draft-action-</p></div><div data-bbox=)

plan-on-epilepsy-and-other-neurological-disorders_180621_en.pdf?sfvrsn=16474e26_24&download=true

- Wu, C., Hung, T., Lin, K., Chen, K., Chen, P., & Tsay. (2019). Responsiveness, minimal clinically important difference, and validity of the MoCA in stroke rehabilitation. *Occupational Therapy International*, 2019. doi:<https://doi.org/10.1155/2019/2517658>
- Xiao, J., Li, J., Yang, Q., & Liu, M. (2020). Research on the head and neck MRA image to explore the comprehensive effect on the recovery of neurological function and rehabilitation nursing of patients with acute stroke. *World Neurosurgery*, 420-427. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.10.135>
- Yang, Y., & Wang. (2021). Early path nursing improves neurological function recovery in patients with intracerebral: protocol for a randomized controlled trial. *Medicine*, 100(1). doi:10.1097/MD.00000000000024020
- Yin, X.-J. W.-J.-D.-M. (2021). Effects of motor imagery training on lower limb motor function of patients with chronic stroke: A pilot single-blind randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Practice*. doi:doi.org/10.1111/ijn.12933
- Yip, J. (2021). Theory-based advanced nursing practice:a practice update on the application of orem's self-care deficit nursing theory. *SAGE Open Nursing*, 7, 1-7. doi:<https://doi.org/10.1177/23779608211011993>
- Yu, H., He, Y., Liu, S., Yang, Y., Yang, W., Yao, L., & LV, S. (2021). Analysis of rehabilitation in stroke patients in a high dependency unit. *Am J Transl Res*, 13(7), 8262-8269. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8340238/pdf/ajtr0013-8262.pdf>
- Zhang, D., Zhang, H., Li, X., Lei, S., Wang, L., Guo, W., & Li, J. (2021). Pulmonary rehabilitation programmes within three days of hospitalization for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 16, 3525-3538. doi:10.2147/COPD.S338074