



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Glória Daniela Pontes Barbosa Franco

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NUMA ULDM:  
PERCEÇÕES DOS ENFERMEIROS

I curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação  
Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efectuado sob a orientação da  
Professora Doutora Salomé Ferreira

Novembro de 2013



## RESUMO

A Unidade de Longa Duração e Manutenção, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, visa prestar cuidados a pessoas com doenças/processos crónicos, com diferentes níveis de dependência, impedindo o agravamento da situação de dependência, promovendo a melhoria/manutenção das capacidades funcionais da pessoa. A Ordem dos Enfermeiros considera que, para tal, seria fundamental que a ULDM fosse dotada de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, porque se dirige à recuperação/manutenção ou adaptação funcional da pessoa, à capacitação do prestador de cuidados, com o objetivo de preparar o regresso ao domicílio, resultando ganhos em saúde significativos.

Neste contexto surge o presente estudo de investigação, cuja finalidade é contribuir para a compreensão do processo de cuidados no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM.

Este estudo, intitulado como “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação numa ULDM: Perceções dos Enfermeiros”, foi realizado em duas ULDM da região do norte e teve como objetivo geral: conhecer as perceções dos enfermeiros, relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM, e como objetivos específicos: conhecer a opinião dos enfermeiros de cuidados gerais relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM; conhecer a opinião dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação relativamente à sua intervenção numa ULDM; identificar contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação numa ULDM.

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza exploratório-descritiva, foram utilizadas como fontes de colheita de dados a entrevista semiestruturada e a observação não participada, em meio natural. A análise dos dados foi feita com base na técnica de análise de conteúdo segundo Sampieri et al. (2006), com recurso à triangulação de dados, das diferentes fontes de colheitas de dados.

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que a intervenção do enfermeiro de reabilitação numa ULDM é muito importante na equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados especializados.

Os enfermeiros salientam que o foco da intervenção do enfermeiro de reabilitação na equipa multidisciplinar é a equipa de enfermagem, a pessoa e o prestador de cuidados. Salientando também, que o enfermeiro de reabilitação presta cuidados especializados, sendo o foco da sua intervenção centrada na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico de alterações, na conceção, implementação/execução de planos de intervenção e na promoção da inclusão da pessoa na comunidade.

Constatamos ainda que a intervenção do enfermeiro de reabilitação contribui para a obtenção de ganhos em saúde, relacionados com: a satisfação da pessoa, promoção do bem-estar e autocuidado, prevenção de complicações, promoção da saúde, reeducação e readaptação funcional da pessoa.

Os resultados destacam ainda, que a intervenção do enfermeiro de reabilitação é percebida pelos pares como fundamental numa ULDM.

**Palavras-Chave:** Enfermagem de Reabilitação; Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Unidade de Longa Duração e Manutenção.

Novembro de 2013

## ABSTRACT

The Unit of Long-Term and Maintenance, of the National Network of Continued Integrated Care, aims to provide care for people with chronic illnesses, with different levels of dependence, preventing the aggravation of the situation of dependence, and promoting the improvement/maintenance of the functional abilities of the person (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006). The Order of Nurses (2010) considers that it would be essential that the unit of long-term and maintenance was endowed with a nurse specialist in rehabilitation nursing because it directs the restoration/maintenance and functional adaptation of the person, the training of the caregiver, with the goal of preparing them to return home, resulting in significant health gains.

In this context arises the present research study, whose purpose is to contribute to the understanding of the process of care, in the ambit of the intervention of the nurse specialist in rehabilitation nursing in the unit of long-term and maintenance.

This study, titled "Intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing in a Unit of Long-Term and Maintenance: Perceptions of Nurses" was conducted in two units of long-term and maintenance of the northern region and had the general objective: to get to know the perceptions of nurses, in relation to the intervention of the nurse specialist in rehabilitation nursing in a unit of long-term and maintenance, and as specific objectives: to get to know the opinion of nurses of general care about the intervention of the nurse specialist in rehabilitation nursing in a unit of long-term and maintenance; to get to know the opinion of the nurse specialist in rehabilitation nursing about their intervention in a unit of long-term and maintenance; and identify contributions of rehabilitation nursing in a unit of long-term and maintenance.

It is a qualitative study of exploratory-descriptive nature, were used as sources of data collection the semi-structured interview and the observation not participated, in natural environment. The analysis of the data collected was based on the technique of content analysis according to Sampieri, Collado and Lucio (2006), using the triangulation of data, from the different sources of data collected.

The results allow us to conclude that the intervention of the rehabilitation nurse in a unit of long-term and maintenance is very important in the multidisciplinary team and in the provision of specialized care.

The nurses highlight that the focus of the intervention of the rehabilitation nurse in a multidisciplinary team is: the nursing staff, the person and the caregiver. Highlighting also, that the rehabilitation nurse provides specialist care, being the focus of his intervention focused on evaluating the functionality and diagnosis of changes, in the design, implementation / execution of plans, and in promoting the inclusion of the person in the community.

We also acknowledge that the intervention of the rehabilitation nurse contributes to achieving health gains, related to: customer satisfaction, promotion of wellness and self-care, prevention of complications, health promotion, and re-education and functional rehabilitation of the person;

The results also highlight that the intervention of a rehabilitation nurse is perceived by peers as a fundamental in a unit of long-term and maintenance.

**Key-words:** Rehabilitation Nursing; Intervention of the Nurse Specialist in Rehabilitation Nursing; Unit of Long-Term and Maintenance.

November 2013

## **AGRADECIMENTOS**

Um profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação.

À Professora Doutora Salomé Ferreira, pela orientação e por todo o acompanhamento, apoio e incentivo ao longo deste trabalho.

Aos pais, irmãos, marido e amigos, em especial à amiga Catarina, pela força, ânimo e todo o apoio, carinho e incentivo dedicado.

Às Instituições e aos Enfermeiros que contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.





## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPITULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	23
2. Unidade de Longa Duração e Manutenção.....	27
3. A Enfermagem e o Modelo do Autocuidado no Âmbito da Unidade de Longa Duração e Manutenção .....	29
4. Da Enfermagem de Cuidados Gerais à Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Longa Duração e Manutenção .....	32
4.1. <i>Competências do Enfermeiro</i> .....	32
4.1.1. <i>Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais</i> .....	33
4.1.2. <i>Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação</i> .....	33
4.2. <i>Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem</i> .....	39
4.2.1. <i>Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Cuidados Gerais</i> .....	39
4.2.2. <i>Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação</i> .....	40
<b>CAPITULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>43</b>
1. Da Problemática aos Objetivos de Estudo.....	45
2. Desenho de Estudo .....	46
3. População e Amostra .....	46
4. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados .....	48
4.1. <i>Entrevista</i> .....	49
4.2. <i>Observação</i> .....	49
5. Análise e Tratamento de Dados .....	50
6. Considerações Éticas .....	52
<b>CAPITULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>

1. Opiniões dos Enfermeiros Relativamente à Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação numa ULDM .....	55
1.1. <i>Foco da Intervenção do EER na Equipa Multidisciplinar</i> .....	56
1.2. <i>Foco da Intervenção do EER na Prestação de Cuidados Especializados</i> .....	66
1.3. <i>Contributos da Intervenção do EER para a Obtenção de Ganhos em Saúde</i> ..	76
2. Observação da Intervenção do EER: Uma Forma Complementar da Informação ..	86
2.1. <i>Avalia a Funcionalidade e Diagnostica Alterações que Determinam Limitações da Atividade e Incapacidades</i> .....	86
2.2. <i>Concebe Planos de Intervenção com o Propósito de Promover Capacidades Adaptativas com Vista ao Autocontrolo e Autocuidado nos Processos de Transição Saúde/Doença e ou Incapacidade</i> .....	90
2.3. <i>Implementa as Intervenções Planeadas com o Objetivo de Otimizar e ou Reeducar as Funções aos Níveis Motor, Sensorial, Cognitivo, Cardiorrespiratório, da Alimentação, da Eliminação e da Sexualidade</i> .....	93
2.4. <i>Avalia os Resultados das Intervenções Implementadas</i> .....	96
2.5. <i>Elabora e Implementa Programas de Treino de AVD's, Visando a Adaptação às Limitações da Mobilidade e à Maximização da Autonomia e da Qualidade de Vida</i> .....	98
2.6. <i>Promove a Mobilidade, Acessibilidade e a Participação Social</i> .....	101
<b>CAPITULO 4 – SÍNTESE E CONCLUSÕES</b> .....	<b>105</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>119</b>
ANEXO I .....	
<i>Guião de Entrevista aos ECG</i> .....	
ANEXO II .....	
<i>Guião de Entrevista aos EER</i> .....	
ANEXO III .....	
<i>Grelha de Observação</i> .....	
ANEXO IV .....	
<i>Pedido de Autorização Formal do Estudo</i> .....	
ANEXO V .....	
<i>Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido</i> .....	

## Índice de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

**AVD's** – Atividades da Vida Diárias

**AIVD's** – Atividades Instrumentais da Vida Diária

**APER** – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

**CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

**EER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**ECG** – Enfermeiro de Cuidados Gerais

**O.E.** – Ordem dos Enfermeiros

**PQCEER** – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação

**p.** – Página

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**ULDM** – Unidade de Longa Duração e Manutenção

**UMCCI** – Unidade de Missão para Cuidados Continuados Integrados



## Índice de Tabelas

<u>Tabela Síntese nº1</u> : Foco da Intervenção do EER na Equipa Multidisciplinar .....	65
<u>Tabela Síntese nº 2</u> : Foco da Intervenção do ERR na Prestação de Cuidados Especializados .....	75
<u>Tabela Síntese nº3</u> : Contributos do EER para a Obtenção de Ganhos em Saúde .....	85



## Índice de Quadros

<u>Quadro nº 1</u> : Equipa Multidisciplinar da ULDM .....	28
<u>Quadro nº 2</u> : Caracterização dos Enfermeiros de Cuidados Gerais .....	47
<u>Quadro nº 3</u> : Caracterização dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação .....	48
<u>Quadro nº 4</u> : Seleção dos Instrumentos de Recolha de Dados .....	49
<u>Quadro nº 5</u> : Resultados da análise das Entrevistas aos Enfermeiros Relativamente à Intervenção do EER numa ULDM .....	55
<u>Quadro nº 6</u> : Avalia a Funcionalidade e Diagnostica Alterações que Determinam Limitações da Atividade e Incapacidades – EER1 .....	88
<u>Quadro nº 7</u> : Avalia a Funcionalidade e Diagnostica Alterações que Determinam Limitações da Atividade e Incapacidades – EER2.....	89
<u>Quadro nº 8</u> : Concebe Planos de Intervenção com o Propósito de Promover Capacidades Adaptativas com Vista ao Autocontrolo e Autocuidado nos Processos de Transição Saúde/Doença e ou Incapacidade – EER1.....	91
<u>Quadro nº 9</u> : Concebe Planos de Intervenção com o Propósito de Promover Capacidades Adaptativas com Vista ao Autocontrolo e Autocuidado nos Processos de Transição Saúde/Doença e ou Incapacidade – EER2.....	92
<u>Quadro nº 10</u> : Implementa as Intervenções Planeadas com o Objetivo de Otimizar e ou Reeducar as Funções aos Níveis Motor, Sensorial, Cognitivo, Cardiorrespiratório, da Alimentação, da Eliminação e da Sexualidade – EER1 .....	94
<u>Quadro nº 11</u> : Implementa as Intervenções Planeadas com o Objetivo de Otimizar e ou Reeducar as Funções aos Níveis Motor, Sensorial, Cognitivo, Cardiorrespiratório, da Alimentação, da Eliminação e da Sexualidade – EER2 .....	95
<u>Quadro nº 12</u> : Avalia os Resultados das Intervenções Implementadas – EER1 .....	97
<u>Quadro nº 13</u> : Avalia os Resultados das Intervenções Implementadas – EER2 .....	97
<u>Quadro nº 14</u> : Elabora e Implementa Programas de Treino de AVD's, Visando a Adaptação às Limitações da Mobilidade e à Maximização da Autonomia e da Qualidade de Vida – EER1 .....	99

Quadro nº 15: Elabora e Implementa Programas de Treino de AVD's, Visando a Adaptação às Limitações da Mobilidade e à Maximização da Autonomia e da Qualidade de Vida – EER2..... 100

Quadro nº 16: Promove a Mobilidade, Acessibilidade e a Participação Social – EER1... 103

Quadro nº 17: Promove a Mobilidade, Acessibilidade e a Participação Social – EER2... 103



## INTRODUÇÃO

A crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, conseqüente do progressivo envelhecimento demográfico e das alterações no padrão epidemiológico, social e familiar que se tem vindo a verificar em Portugal nos últimos anos, têm evidenciado algumas carências na prestação de cuidados de saúde e no apoio social. De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 27 de Abril, visto que “ (...) os últimos anos de vida são, frequentemente, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade, mas muitas vezes suscetíveis de prevenção, tratamento e recuperação e, sempre, com a possibilidade de manutenção da dignidade e qualidade de vida” (p.3200), urge a necessidade de organizar respostas adequadas a estas necessidades.

Neste sentido, com o objetivo de prestar cuidados continuados integrados a pessoas que independentemente da idade se encontrem em situação de dependência, contribuindo para “ (...) a melhoria da funcionalidade dos cidadãos, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados às diferentes situações” (Decreto-Lei nº 101/2006, p.7761), é criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) no âmbito dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Esta é composta por unidades de internamento e ambulatório, equipas hospitalares e domiciliárias (Despacho nº3020/2011, 2011). Os cuidados continuados integrados assentam nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, idealizando a reabilitação, readaptação e a reintegração social, para a promoção e manutenção do conforto e qualidade de vida da pessoa, mesmo em situações irrecuperáveis.

A Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) é uma das tipologias de internamento da RNCCI, composta por uma equipa multidisciplinar, que visa assegurar: atividades de manutenção e de estimulação; cuidados médicos e de enfermagem diários; prescrição e administração de fármacos; controlo fisiátrico periódico; apoio psicossocial; cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; animação sociocultural; higiene, conforto e alimentação; apoio no desempenho das atividades da vida diárias (AVD's) e apoio nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006).

Neste contexto, a ULDM preconiza a prestação de cuidados a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência, que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, promovendo a melhoria e/ou manutenção das

capacidades funcionais da pessoa (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (O.E, 2010a), para alcançar os objetivos preconizados pela ULDM, seria fundamental que esta fosse dotada de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EER). Porque este é detentor de conhecimentos e competências específicas na área da reabilitação que lhe permitem avaliar a funcionalidade, diagnosticar limitações e incapacidades para a realização das AVD's, planear e implementar planos de intervenção, dirigindo-se, essencialmente à recuperação, adaptação ou manutenção funcional da pessoa e ao treino do prestador de cuidados, com o objetivo de preparar o regresso a casa. O EER procura, assim, prevenir e/ou retardar o agravamento da situação de dependência da pessoa, promovendo a sua autonomia, a adaptação à sua nova condição de vida e a reinserção social e familiar, tendo como principal objetivo, fomentar a dignidade e qualidade de vida da pessoa, resultando em ganhos em saúde significativos (Regulamento nº 125/2011, 2011).

Assim sendo, mediante a finalidade, os objetivos e os cuidados que a ULDM se propõe assegurar, consideramos que a intervenção do EER numa ULDM seria uma mais-valia, quer para a pessoa, quer para a instituição, na promoção da saúde e da qualidade de vida da pessoa, e na obtenção de ganhos em saúde. Contudo as ULDM dispõem de uma equipa multidisciplinar, que não é necessariamente contemplada de EER, porém existem ULDM que detêm na equipa EER, pelo qual surgiu o interesse de evidenciar a importância e a compreensão da intervenção do EER nas ULDM. É neste âmbito que surge a problemática do presente trabalho de dissertação, contextualizado na temática da intervenção do EER numa ULDM.

De forma a conhecer e reconhecer a problemática em questão, com a finalidade de contribuir para a compreensão do processo de cuidados no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM, optamos por um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, desenvolvido em contexto de unidades de cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção do Distrito de Viana do Castelo e Braga. Este estudo tem como objetivo conhecer as perceções dos enfermeiros de cuidados gerais (ECG) e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa unidade de longa duração e manutenção.

De forma a estruturar este trabalho de dissertação foram desenvolvidos 4 capítulos. O Capítulo 1 reporta-se ao enquadramento teórico, dando a conhecer o projeto da RNCCI, a caracterização e finalidade da ULDM. Este capítulo contempla ainda as questões teóricas relacionadas com a enfermagem e o modelo do autocuidado, a intervenção da enfermagem quer ao nível dos cuidados gerais quer ao nível da enfermagem de reabilitação, e ainda as competências dos ECG e dos EER.

O Capítulo 2 é dedicado ao enquadramento metodológico, onde é abordada a problemática e os objetivos do estudo, o desenho de estudo, a população e amostra, os instrumentos e procedimentos de recolha de dados, o método de análise e tratamento de dados, e as considerações éticas.

A apresentação, análise e discussão dos resultados das entrevistas e das observações são contempladas no capítulo 3 e por fim no capítulo 4, são apresentadas as sínteses e conclusões do estudo, as limitações do mesmo e sugestões para futuras investigações.



## **CAPITULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Nos últimos anos, têm-se verificado uma crescente diminuição da mortalidade e da natalidade, determinando o aumento da esperança média de vida, que reflete a melhoria do nível de saúde em Portugal (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006). Porém, o progressivo envelhecimento demográfico e a crescente prevalência de pessoas com incapacidade funcional, doenças crónicas incapacitantes e em estado terminal, têm apresentado um impacto significativo nos sistemas de saúde, social e financeiro, com inevitáveis repercussões ao nível da sociedade e família.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), existe realmente uma lacuna na sociedade portuguesa, evidenciando-se algumas carências ao nível da prestação de cuidados no âmbito da saúde e da segurança social, determinando novas necessidades de cuidados de saúde e sociais que requerem respostas ajustadas para promover a reintegração familiar, social e comunitária destes grupos de pessoas. Face a estas necessidades, as políticas de saúde colocam o enfoque dos cuidados na responsabilização, envolvimento e mestria da pessoa e família para a promoção do autocuidado nas AVD's e de comportamentos de saúde adequados, definidos com a ajuda dos profissionais de saúde, de forma a capacitar a pessoa para gerir com eficácia e autonomia os seus processos de saúde-doença (Petronilho, 2012). Como refere a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI, 2011, p.7), “Reabilitar e reinserir, a par de políticas de envelhecimento ativo, são os desafios no momento, a nível global”.

Neste contexto, o programa do XVIII Governo Constitucional definiu como meta a instauração de políticas de saúde (integradas no Plano Nacional de Saúde) e de segurança social, pressupondo a instituição de um modelo de intervenção integrado, articulado com a saúde e a segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa. Cria, assim, a RNCCI, através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade social, pretendendo promover a continuidade da prestação de cuidados de saúde e o apoio social das pessoas com dependência funcional, com patologias crónicas e terminais, com potencial de reabilitação e ou manutenção das funcionalidades (Despacho n.º 3020/2011, 2011).

A RNNCI foi aprovada no final de 2003, constituída por entidades públicas, privadas e sociais, com a finalidade de prestar cuidados de saúde, centrados na pessoa e adaptados às suas necessidades, que visem a promoção, restauração e manutenção do bem-

estar, conforto e qualidade de vida da pessoa em situação de dependência. Esta é coordenada a nível nacional pela UMCCI, constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e ou apoio social, provindas dos serviços comunitários de proximidade, abarcando os hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais. Dispondo-se a garantir um regime de complementaridade e de estreita articulação entre todas as redes de cuidados de saúde e nos setores primários e hospitalares (Ministério da Saúde, 2004).

A RNCCI tem como objetivo geral a “prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Decreto-Lei n.º 101/2006, p. 3858). Sendo a dependência definida, pela UMCCI (2011), como a situação em que a pessoa por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante de doença crónica, deficiência, doença terminal, sequelas pós-traumáticas, da ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, se apresenta incapaz de realizar por si só as AVD’s e ou AIVD’s, dependendo da ajuda e apoio de alguém ou de alguma coisa. Neste contexto, os cuidados continuados integrados são definidos, conforme o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho de 2006 (p. 3857), como:

o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

Deste modo, a criação da RNCCI, tem como missão prestar cuidados continuados de saúde e apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, a todas as pessoas que se encontram em situação de dependência. Tendo como objetivos: a Melhoria das condições de vida e bem-estar, das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; Manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; o Apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; a Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados



continuados de saúde e de apoio social; o Apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; a Articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação; Prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados (UMCCI, 2011).

O âmbito dos cuidados continuados integrados, toma por foco a reabilitação, readaptação e a reintegração social, baseada na avaliação multidisciplinar, na promoção integrada da autonomia da pessoa e na capacitação do cuidador informal, visando a promoção e manutenção do conforto e qualidade de vida da pessoa, mesmo que em situações irrecuperáveis. Sendo, assim, um processo ativo e contínuo que assenta nos paradigmas da recuperação global e da manutenção (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006). Neste contexto, para garantir a qualidade de vida, é necessário identificar e compreender as necessidades, potencialidades, recursos e limitações existentes, por forma a permitir a disponibilização dos suportes que possam promover a autonomia da pessoa. É fundamental que a pessoa compreenda, que em situação de doença crónica, para além da situação da doença, permanece a possibilidade de desempenhar as suas AVD's e o seu papel na sociedade, mesmo que tenha que ser de uma forma adaptada (UMCCI, 2011).

Neste sentido, a RNCCI assenta no respeito pelos princípios: da Prestação humanizada e individualizada de cuidados de saúde e apoio social; Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; Equidade no acesso e mobilidade entre as diferentes tipologias e equipas da rede; Proximidade da prestação de cuidados, através da potencialização de serviços comunitários de proximidade; Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia; Promoção e recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e autonomia; Promoção da participação da pessoa em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da rede; Participação e coresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação de cuidados; Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados; “Os cuidados paliativos devem estar integrados na prática normal dos cuidados. Integração mais precoce previne *'distress'* a longo prazo. Não só atender os

sintomas e necessidades físicas mas também os problemas psicológicos e espirituais dos doentes; Otimização do conforto, função e suporte social da pessoa e familiares quando a cura não é possível” (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006, Artigo 6º, p.3858).

A RNCCI veio, por este meio, contribuir para a: Diminuição de internamentos desnecessários e do recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado; Diminuição do número de altas hospitalares tardias; Redução do reinternamento hospitalar ou internamento de convalescença dos idosos; Aumento da capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação e promoção da autonomia; Disponibilização de apoio contínuo à pessoa em situação de fragilidade ou doença crónica; Recuperação da funcionalidade e continuidade de cuidados pós internamento hospitalar. (UMCCI, 2011).

De acordo com a O.E. (2002, p.4), “Assume-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local.” Claramente, que a qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser descurado, ou passar indiferente, no esforço para obter qualidade em saúde. (O.E., 2002). Deste modo, pelo perfil dos serviços da RNCCI e pelo perfil profissional, podemos afirmar que o enfermeiro é realmente o profissional de saúde adequado para responder aos objetivos e funções da RNCCI. (O.E., 2010a).

A prestação dos cuidados continuados integrados da rede é, assim, assegurada por unidades de internamento, nomeadamente: unidades de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção, unidades de cuidados paliativos e unidades de ambulatório: unidade de dia e de promoção da autonomia; equipas hospitalares, designadamente equipas de gestão de altas e equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos; e equipas domiciliárias: equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006).

## 2. Unidade de Longa Duração e Manutenção

A RNCCI visa prestar cuidados continuados a pessoas que se encontrem em situação de dependência, procurando dar resposta às carências existentes ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes pelo aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, de pessoas idosas com dependência funcional, de pessoas com patologia crónica múltipla e com patologia em fase terminal (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006).

Como disposto pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, a ULDM é uma unidade de internamento da RNCCI, de carácter temporário ou permanente, que visa prestar apoio social e cuidados de saúde e manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnem condições para serem cuidadas no domicílio. Tendo como finalidade prestar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o *status* do estado de saúde, favorecendo o conforto e a qualidade de vida da pessoa, num período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Em situações decorrentes de dificuldades de apoio familiar, ou de necessidade de descanso do cuidador principal, pode proporcionar um internamento inferior a 90 dias consecutivos, até 90 dias por ano (UMCCI, 2011).

Deste modo, a RNCCI pretende através da ULDM, responder às necessidades sociais e de saúde, visando maximizar o bem-estar, a qualidade de vida e a manutenção de aptidões para as AVD's, proporcionando a estabilidade clínica, a prevenção e o retardamento da situação de dependência da pessoa.

Neste contexto, a ULDM é gerida por um técnico de saúde ou psicossocial, composta por uma equipa multidisciplinar, nomeadamente: Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Assistente Social, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Animador Sociocultural e Pessoal Auxiliar. Que se propõem a assegurar: Atividades de manutenção e estimulação; Cuidados de enfermagem diários; Cuidados médicos; Prescrição e administração de fármacos; Apoio psicossocial; Controlo fisiátrico periódico; Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional; Animação sociocultural; Higiene, conforto e alimentação; Apoio no desempenho das AVD's e Apoio nas AIVD's (Decreto-Lei nº 101/2006, 2006).

Desta forma, a ULDM presta cuidados que visam fomentar a reabilitação, manutenção e o apoio social, promovendo a satisfação das necessidades e expectativas da pessoa, bem como a reintegração na família e no meio social em que se encontra inserida.

De acordo com a UMCCI (2011), para assegurar níveis adequados de qualidade na prestação de cuidados, a ULDM deve dispor de uma equipa multidisciplinar, conforme a seguinte estrutura, considerando uma lotação de 30 camas:

**Quadro nº 1: Equipa Multidisciplinar da ULDM**

<b>Perfil Profissional</b>	<b>Horas semanais</b>	<b>Frequência</b>
<b>Médico (incluindo Fisiatra)</b>	20h	Ao longo da semana
<b>Enfermeiro</b>	240h	Permanente
<b>Fisioterapeuta</b>	20h	Diária
<b>Terapeuta ocupacional</b>	20h	Ao longo da semana
<b>Assistente Social</b>	40h	Ao longo da semana
<b>Psicólogo</b>	20h	Ao longo da semana
<b>Animador Sociocultural</b>	40h	Ao longo da semana
<b>Auxiliares</b>	320h	Permanente
<b>Nutricionista</b>	4h	Ao longo da semana

Como podemos constatar, não é critério obrigatório que a equipa de uma ULDM seja constituída por EER. De acordo com a O.E. (2010a), conhecendo a realidade da existência de enfermeiros habilitados com o título de especialista e o planeamento e desenvolvimento da RNCCI, podemos verificar a escassez dos recursos especializados na RNCCI, para dar resposta às necessidades da pessoa.

Contudo, existem ULDM que detém na equipa EER, desempenhando as suas funções como especialista de reabilitação em tempo parcial, pelo qual, seria de extrema importância **conhecer qual a perceção dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa unidade de longa duração e manutenção**, com o intuito de conhecer a intervenção do EER e identificar contributos da sua intervenção, numa ULDM.

### 3. A Enfermagem e o Modelo do Autocuidado no Âmbito da Unidade de Longa Duração e Manutenção

Face às necessidades no domínio da saúde, emergidas da prevalência da população com doenças crónicas incapacitantes (caraterizadas como principal causa de mortalidade e incapacidade/dependência funcional a nível mundial) e do envelhecimento demográfico, as políticas de saúde colocam a importância do autocuidado como foco de atenção dos cuidados, através da capacitação da pessoa e da família para a promoção do autocuidado nas AVD's, de forma a gerirem com eficácia e autonomia os seus processos de saúde-doença (Petronilho, 2012).

O autocuidado é um conceito que tem evoluído ao longo do tempo, estreitamente relacionado com a autonomia, independência e a responsabilidade pessoal, que “ (...) tem sido identificado como um recurso para a promoção da saúde e gestão bem-sucedida dos processos de saúde-doença” (Petronilho, 2012, p.8).

Neste sentido, consideramos relevante enquadrar a teoria de enfermagem do défice de autocuidado de Dorothea Orem, na prestação dos cuidados de enfermagem no âmbito da ULDM, uma vez que atende aos objetivos preconizados pela RNCCI e ULDM.

Esta teoria baseia-se no conceito do autocuidado, partindo do princípio que toda a pessoa saudável possui competências e capacidades para se autocuidar. Porém, quando perante o défice do autocuidado, ou seja, quando a pessoa apresenta incapacidades ou limitações para realizar o autocuidado (quer por motivo de doença, quer por falta de recursos ou fatores ambientais), necessita de ajuda, beneficiando assim da intervenção de enfermagem. Compete, assim, ao enfermeiro providenciar a ajuda necessária para a satisfação dos autocuidados da pessoa, focando-se na deteção das limitações e incapacidades, de forma a planear e implementar intervenções que auxiliem a pessoa a suprir essas limitações e a restabelecer o autocuidado, atendendo às suas necessidades. O enfermeiro visa, assim, promover a recuperação e/ou manutenção das capacidades funcionais da pessoa para o autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo Tomey e Alligood (2004), a teoria do défice do autocuidado de Orem é composta por três teorias: teoria do autocuidado, que descreve o autocuidado; teoria do défice do autocuidado, que descreve o porquê e quando é que as pessoas necessitam da

intervenção de enfermagem; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve como se estabelece a intervenção de enfermagem.

**A Teoria do Autocuidado:** define que o autocuidado é o conjunto de atividades executadas pela pessoa, em seu próprio benefício, com o objetivo de preservar a vida, a saúde e seu bem-estar, em conformidade com as suas necessidades. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, promove a manutenção da integridade estrutural, do funcionamento e desenvolvimento da pessoa. Assim sendo, o autocuidado é estruturado e organizado ao longo do desenvolvimento humano, para suprir e satisfazer as necessidades inerentes ao processo de vida, ao longo do ciclo vital.

A capacidade para o autocuidado pode ser afetada por fatores condicionantes básicos (idade, estado de saúde, fatores familiares, ambientais, socioculturais, adequação e disponibilidade de recursos, etc.). Como tal, Orem define **requisitos para o autocuidado**, definidos como ações dirigidas para a provisão do autocuidado. Nomeadamente: **requisitos universais**, que são comuns a todo o ser humano, estão associados aos processos de vida e manutenção da integridade estrutural e funcional da pessoa, visando auxiliá-la na sua funcionalidade ao longo do ciclo vital, sendo eles as AVD's; **requisitos de autocuidado de desenvolvimento**, que são exigidos quando há necessidade de adaptação às possíveis mudanças na vida da pessoa, promovendo os processos de vida e maturação da pessoa e prevenindo as condições que possam ser prejudiciais à sua maturação; e **requisitos de desvio de saúde**, que existem para a pessoa com doença ou com lesões, com desordens patológicas, deficiências ou incapacidades e que está submetida ao diagnóstico ou tratamento médico, determinando os tipos de necessidades de cuidados ao longo da sua condição patológica (Tomey & Alligood, 2004).

**A Teoria do Défice de Autocuidado:** É a ideia central da teoria de Orem, que define quando são necessários os cuidados de enfermagem. A necessidade de cuidados de enfermagem surge quando a pessoa se encontra perante o défice de autocuidado, ou seja, quando a pessoa é incapaz ou tem limitações para prover de forma contínua e eficaz as suas necessidades de autocuidado.

Neste sentido, quando a pessoa se encontra perante o défice de autocuidado, cabe ao enfermeiro ajudá-la proporcionando a assistência no autocuidado, quanto maior é a dependência da

pessoa, maior é a necessidade de cuidados de enfermagem. O enfermeiro intervém, assim, utilizando os métodos de ajuda identificados por Orem: Agir ou fazer para a pessoa, guiar e orientar a pessoa, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar; atuando como guia, instrutor e conselheiro da pessoa no ensino e aprendizagem na promoção do autocuidado; fomentando a funcionalidade e autonomia da pessoa para o autocuidado, e a autonomia e/ou manutenção no desempenho das AVD's (Tomey & Alligood, 2004).

**A Teoria de Sistemas de Enfermagem:** É baseada nas necessidades e nas capacidades da pessoa para desempenhar as suas atividades de autocuidado.

Esta teoria abrange a teoria do défice de autocuidado e a teoria do autocuidado, focando-se na capacidade de intervenção do enfermeiro para auxiliar a pessoa com défice de autocuidado a suprir as suas necessidades, para a satisfação das suas atividades de autocuidado. Como tal, Orem identifica três sistemas de enfermagem para a satisfação das necessidades de autocuidado da pessoa: o **sistema totalmente compensatório**, quando a ação do enfermeiro substitui a ação da pessoa na promoção do autocuidado, em que a pessoa, por incapacidade, é totalmente dependente para o autocuidado; **sistema parcialmente compensatório**, situação em que a ação da enfermeira compensa as limitações de autocuidado da pessoa, ou seja, ambos trabalham em conjunto para desempenhar as suas ações de autocuidado; e o **sistema de apoio-educação**, no qual a pessoa é capaz de desempenhar as suas ações de autocuidado, mas necessita da assistência do enfermeiro sob a forma de orientação, de apoio e ensino (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria do défice de autocuidado de Orem fornece uma síntese do conhecimento acerca do autocuidado, das atividades de autocuidado, da necessidade de assistência no autocuidado, do défice de autocuidado relacionada com a atividade de enfermagem. Oferecendo, assim, uma visão sobre o fenómeno da enfermagem e refletindo a sua utilidade na prática de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Deste modo, a teoria de Orem especifica quando são necessários os cuidados de enfermagem para ajudar a pessoa a promover as suas ações de autocuidado autonomamente, refletindo-se assim a sua utilidade na prática dos cuidados de enfermagem no âmbito da ULDM da RNCCI, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde.

#### 4. Da Enfermagem de Cuidados Gerais à Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Longa Duração e Manutenção

A enfermagem visa prestar cuidados de enfermagem a todo o ser humano são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que se encontra inserido. De forma a manter, melhorar e recuperar a saúde, promovendo a máxima capacidade funcional da pessoa e com prontidão (Decreto-Lei nº161/96, 1996).

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa traça e persegue, estabelecendo uma relação terapêutica e de parceria com a pessoa, procurando a prevenção da doença, a promoção dos processos de readaptação e adaptação funcional após a doença, ao longo do seu ciclo vital (O.E., 2004).

Segundo Rocha (2011), estes cuidados são garantidos a dois níveis: pelo enfermeiro de cuidados gerais e pelo enfermeiro especialista, sendo o enfermeiro especialista detentor de competências acrescidas e específicas que lhe permitem intervir a um nível de complexidade mais elevado.

##### *4.1. Competências do Enfermeiro*

A regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermagem são determinados pela O.E. Esta desenvolveu os esforços necessários para responder às suas atribuições, nomeadamente, no que se refere à definição do “nível de qualificação profissional dos enfermeiros” e à regulamentação do “exercício da profissão”; à atribuição do “título profissional de enfermeiro”; ao “registo de todos os enfermeiros, protegendo o título e a profissão de enfermeiro” e pronunciando-se sobre os modelos de formação e sobre a estrutura geral dos cursos de enfermagem. Foi neste contexto que, em 2001, se iniciaram os trabalhos, com vista à definição de processos de acreditação da formação pré e pós-graduada e de certificação individual de competências para a atribuição do título profissional. A O.E. procedeu, assim, à definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais e dos especialistas (O.E., 2004).



#### *4.1.1. Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*

As competências do ECG compreendem a plena autonomia técnico-científica. São competências do ECG: identificar, planear e avaliar cuidados de enfermagem; participar nas atividades de planeamento e programação do trabalho de equipa, assim como os respetivos registos de trabalho; prestar cuidados aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade, assim como realizar as atividades requeridas pela pessoa, família e comunidade, no âmbito da promoção da saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e adaptação funcional; desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios disponíveis, promovendo a circulação de informação; promover a articulação entre as diferentes redes e níveis de cuidados; assim como, identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos adequados aos cuidados de cada pessoa, desenvolver e colaborar na formação realizada (Decreto-Lei nº247/09, 2009, Artigo 9º).

Compete também ao ECG, no exercício das suas funções, adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses dos cidadãos (O.E., 2004).

#### *4.1.2. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*

O enfermeiro especialista, para além das competências atribuídas ao ECG, detém competências no domínio: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (O.E, 2010b).

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (O.E., 2010b, p.2).

No que respeita ao âmbito da enfermagem de reabilitação, dita a história que a reabilitação surgiu em Portugal, em meados dos anos 50, pela necessidade de colmatar a lacuna existente no nosso país, no tratamento de pessoas com grandes défices motores. Desta forma surge, em 1965, o 1º curso de especialização em enfermagem de reabilitação, atendendo a todos os grupos etários com défices, focado na pessoa como um “todo” e na valorização da atividade da pessoa (O.E., 2003). A intervenção de enfermagem pode iniciar-se na fase aguda e manter-se até ao ambulatório na comunidade, com o objetivo de reduzir o risco de complicações e promover o desenvolvimento de potenciais remanescentes (O.E., 2004).

Nestes últimos anos, com os avanços científicos, tecnológicos e o envelhecimento demográfico, tem-se verificado um crescente aumento do número de pessoas que vivem com incapacidades crónicas. Quando se perspetiva o regresso à comunidade, são inúmeras as barreiras e falhas dos serviços de apoio, determinando novas necessidades em saúde e apoio social (Hoeman, 2000). Uma vez que se trata da pessoa com incapacidades crónicas e com dependência funcional, o âmbito de intervenção da enfermagem de reabilitação e o papel do EER, pelo descrito, tornam-se pertinentes e imprescindíveis, surgindo assim a necessidade da expansão dos cuidados de reabilitação nestas populações (Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação [APER], 2011).

O âmbito da enfermagem de reabilitação começa na prevenção primária e vai até a intervenção terciária na comunidade, nas várias transações do ciclo de vida da pessoa, como sendo “um processo criativo que começa nos cuidados preventivos imediatos, no primeiro estágio de doença ou acidente, continua na fase de recuperação e implica a adaptação de todo o ser a uma nova vida” (Hoeman, 2000, p.3).

A reabilitação abarca um corpo de conhecimentos e procedimentos especializados, com o objetivo de ajudar toda a pessoa portadora de doença aguda, crónica, com deficiência ou sequelas, a atingir a sua máxima funcionalidade, autonomia e satisfação, preservando a sua autoestima (Regulamento nº 125/2011, 2011). É definida como um processo global, dinâmico e contínuo, dirigido à pessoa, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que se encontra inserida, que visa corrigir, conservar, melhorar ou recuperar as aptidões e capacidades funcionais, tão rapidamente quanto possível, para o exercício de uma atividade considerada normal no âmbito do seu projeto de vida (Rocha, 2008). A enfermagem de reabilitação constitui-se, assim, como uma área de intervenção

reconhecida, que promove a resposta mais adequada às reais necessidades e às novas exigências de cuidados da população.

Deste modo, a enfermagem de reabilitação demonstra a verdadeira preocupação pelo outro, é um olhar não apenas dirigido para a incapacidade da pessoa, mas sim para ajudar a pessoa a suportar a sua incapacidade, a aceitar a sua nova condição de vida, sem sentir-se minorizada (Hesbeen, 2003). “ (...) É interessar-se pela pessoa e ajuda-la a viver, mesmo quando a *reparação* do seu corpo, e o regresso à *normalidade* deixa de ser possível, pelos meios técnico-científicos da medicina.” (Cordeiro, Marques & Martins 2006, p.4).

Contudo, segundo Hesbeen (2003, p.63), “O processo de reabilitação, para além da pessoa que recebe cuidados e da sua família, recorre a inumeros intervenientes e a diversos profissionais”, nomeadamente: Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala, Assistente Social, Psicólogo e Nutricionista, que estão em plena articulação e complementaridade. Estes levantam as necessidades, estabelecem objetivos e elaboram o planeamento de cuidados da pessoa, de forma a promover a autonomia, adaptação à perda, prevenção de incapacidades adicionais, manutenção da integridade psicológica, física e social, integrando e educando a família na realização dos cuidados. Em que o EER, pelo seu suporte científico, especificidade e seu contato próximo e sistemático com a pessoa, é encarado como o fio condutor para a comunicação entre todos os intervenientes e como o elemento capaz de ter maior perceção dos problemas e necessidades da pessoa (Hawkey & Williams, 2007).

O EER tem, assim, um papel fundamental no diagnóstico precoce de limitações/incapacidades, na prevenção de complicações e incapacidades secundárias, na tomada de decisões relativamente à promoção da saúde, tratamento e reabilitação. Tem como principal objetivo ajudar a pessoa a atingir o melhor nível de qualidade de vida, maximizando a sua funcionalidade e independência física, emocional e social. É também educador, concelheiro, advogado e consultor, mas é com a colaboração de uma equipa multidisciplinar que se consegue atingir cuidados eficientes e de máxima qualidade (Nuno, Ribeirinho & Silva, 2008). Segundo Swiadek (2009) quanto mais conscientes estiverem os enfermeiros do papel profissional mais próximos ficam dos poderes institucionais para cuidar (enquanto profissional de saúde) e de quem é cuidado (utente, família e

comunidade) conduzindo ao redimensionar das relações de trabalho e de autoridade partilhada, necessária aos processos participativos numa efetiva equipa multidisciplinar.

De acordo com a O.E. (2010a, p.24), os EER em unidades da RNCCI “desempenham um papel pivot na equipa multiprofissional, determinantes no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar potenciando o seu desenvolvimento.” Como citado pela APER (2011, p.3), “A excelência da Enfermagem de Reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia.”

O EER é detentor de um vasto leque de conhecimentos e competências especializadas na área da reabilitação, vocacionadas para a recuperação funcional motora, sensitiva, cognitiva, cardiorrespiratória, da comunicação, da alimentação, da eliminação e da sexualidade. Que visa, através da sua intervenção, recuperar e habilitar toda a pessoa vítima de doença aguda ou crónica que provoque défices funcionais do foro respiratório, ortopédico, músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico (Regulamento nº125/2011, 2011).

Conforme o Regulamento nº125/2011 (2011, Artigo 4º) das **competências específicas do EER**, compete ao EER:

**Cuidar de pessoas com necessidades especiais** (*toda a pessoa que se encontra impossibilitada de executar de forma independente as AVD's e/ou AIVD's, resultante da sua condição de saúde ou deficiência física, mental, cognitiva ou psicológica de natureza permanente ou temporária [Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [PQCEER], 2011]*), **ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados; Capacitar a pessoa com deficiência**, (*pessoa que por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou estruturas corporais, apresente dificuldades específicas que, em conjugação com os fatores do meio, lhe dificultam ou limitam as AVD's e a participação na sociedade [APER, 2011]*), **limitação da atividade**, (*dificuldades que a pessoa pode apresentar na execução das AVD's [Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [CIF], 2004]*), **e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximizar a funcionalidade**, (*capacidade que a pessoa possui, em cada momento, para realizar as AVD's, para se relacionar com o meio envolvente e participar socialmente [CIF, 2004]*), **desenvolvendo as capacidades da pessoa.**

No âmbito da sua intervenção, o EER “concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (Regulamento nº125/2011, 2011, p.8658); utiliza técnicas específicas de reabilitação, prescreve produtos de apoio/ajudas técnicas; atuando na promoção da saúde, na prevenção de complicações secundárias, no tratamento e reabilitação da pessoa, na promoção dos processos de adaptação à sua nova condição de vida e na reintegração domiciliar, familiar e social; maximizando o potencial e a funcionalidade da pessoa, ao longo de todo o ciclo vital, minimizando o impacto das incapacidades instaladas, fomentando a sua dignidade e qualidade de vida (APER, 2011).

A intervenção do EER é efetivamente “um excelente exemplo do que significa a enfermagem holística” (Hoeman, 2000, p. XVII), pelo que é importante elucidar que a reabilitação é uma ação baseada na abordagem holística e não na disfunção orgânica ou estrutural-anatômica, visando recuperar e habilitar a pessoa na sua magnitude física, psicológica, emocional, familiar e social (Faro, 2006).

O EER é, assim, detentor de conhecimentos e habilidades que lhe permitem dirigir as suas intervenções de acordo com as necessidades, características, capacidades e tolerância de cada pessoa na sua singularidade. Baseando a sua intervenção na abordagem holística atende aos aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e económicos da pessoa. Permite que a pessoa e família sejam os protagonistas na reconstrução do seu percurso de vida e processo de saúde (que se encontra interrompido), mobilizando as suas próprias energias físicas, psicológicas e sociais, que serão facilitadoras ao seu processo de reabilitação e reintegração na comunidade (Faro, 2006).

Compete, também, ao EER monitorizar a implementação e os resultados dos programas de reabilitação, avaliando e efetuando os ajustamentos necessários no processo da prestação de cuidados, que lhe permitem analisar a eficácia da sua intervenção, para poder transmitir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, promovendo as práticas mais seguras e eficazes, junto da pessoa, família, sociedade e na instituição (Rocha, 2011).

Segundo Rocha (2011), o EER, pelos conhecimentos e competências especializadas, pela presença próxima e sistemática junto da pessoa e pelo seu papel na equipa de saúde, é considerado como um profissional “pivô” para planear, conceber, implementar e gerir programas de reabilitação, adequados à prevenção e ao processo

global de recuperação funcional da pessoa. Bem como, para sensibilizar e orientar a equipa de saúde e a comunidade na adoção de práticas inclusivas à deteção, eliminação e à superação de barreiras arquitetónicas. Assim sendo, o EER desenvolve um papel crucial junto da pessoa/família e da equipa de enfermagem/multidisciplinar, como educador, conselheiro e consultor, implementador e orientador dos cuidados de reabilitação, líder na gestão dos cuidados de enfermagem relativamente aos cuidados no âmbito da reabilitação, de modo a assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados.

A enfermagem de reabilitação contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde, sendo o EER o agente fulcral na obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente: Diminuição do nº de dias de internamento hospitalar; Diminuição do nº de reinternamentos hospitalares; Maior autonomia nas AVD's; Maior independência funcional; Maior satisfação; Melhor qualidade de vida da pessoa (Rocha, 2008).

O EER é, assim, especialista no cuidado direto à pessoa com deficiência física e incapacidade, no contexto social e familiar em que se encontra inserida, permitindo que os cuidados de enfermagem de reabilitação “possam ser prestados em diferentes contextos da prática clínica como, entre outros, unidades de internamento de agudos, de reabilitação, por equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade” (APER, 2011, p. 3).

Neste âmbito, o EER apresenta a competência e o perfil adequado para “ (...) ser o profissional capaz de promover e potencializar a capacidade de reabilitação de cada pessoa ou ajudar a lidar com as incapacidades e desvantagens” (APER, 2010, p.3), no âmbito da RNCCI.

No que respeita à ULDM, que preconiza a prestação de cuidados a pessoas com doenças ou processos crónicos com diferentes níveis de dependência, prevenindo e/ou retardando o agravamento da situação de dependência, promovendo a melhoria/manutenção das capacidades funcionais da pessoa. A O.E. (2010a) considera que seria fundamental que esta fosse dotada de EER, porque se dirige essencialmente à recuperação, à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objetivo de preparar o regresso ao domicílio, resultando ganhos em saúde significativos.

A O.E. (2010a), refere ainda que o EER no âmbito dos cuidados continuados integrados, avalia e identifica os problemas e potenciais problemas, diagnosticando as

limitações e a incapacidade funcional da pessoa com alterações do foro neurológico, respiratório e/ou ortotraumatológico. Presta cuidados de enfermagem de reabilitação, com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações e incapacidades secundárias, no tratamento e reabilitação, com o objetivo de maximizar a funcionalidade e autonomia da pessoa e família, com dignidade e qualidade de vida. Como tal, o EER planeia, implementa e monitoriza programas de reabilitação, atendendo ao âmbito envolvente; identifica as barreiras arquitetónicas e elabora propostas de eliminação das mesmas; cria e gere bolsas de ajudas técnicas, envolvendo os recursos da comunidade e promove a adaptação e reintegração da pessoa ao domicílio e à comunidade, através da capacitação e do “empowerment”.

#### *4.2. Padrões de Qualidade dos Cuidados em Enfermagem*

A necessidade de se implementar sistemas de qualidade, é agora assumida formalmente, “ (...) quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde” (O.E., 2002, p.4).

Com a criação da O.E., a enfermagem viu atingido um dos seus desafios primordiais, definindo um caminho que visa a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Entre as várias competências instituídas, a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem foi fundamental, quer pelo **reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem** a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de **refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros** (O.E., 2002).

Desta forma, emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, quer para a atuação do enfermeiro de cuidados gerais, quer para o enfermeiro de cuidados especializados.

##### *4.2.1. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Cuidados Gerais*

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão

de enfermagem. Estes constituem um instrumento importante que determina o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, da comunidade e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados de enfermagem que deve ser conhecida por todos os clientes quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (O.E., 2002).

Assim sendo, foram definidos seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado do cliente, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem. Estas visam que o enfermeiro ambicione os mais elevados níveis de satisfação da pessoa. Bem como, favorecer as práticas da pessoa para alcançar o máximo potencial de saúde, prevenindo complicações para a saúde e maximizando o seu bem-estar nas AVD's. Não descurando o binómio enfermeiro/pessoa que em conjunto devem construir processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde (O.E., 2002).

#### *4.2.2. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*

A O.E. (2011), com o intuito de constituir um instrumento para a promoção e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem de reabilitação e um referencial para a reflexão sobre a prática especializada de enfermagem de reabilitação, define os Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação, tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem gerais.

Na procura permanente da excelência do exercício profissional, foram identificados 8 categorias de enunciados descritivos dos PQCEER, nomeadamente: o EER persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes; a promoção da saúde, ajudando a pessoa a alcançar o máximo potencial de saúde; a prevenção de complicações para a saúde da pessoa; o bem-estar e autocuidado, maximizando o bem-estar da pessoa e suplementando/completando as AVD's para as quais a pessoa é dependente; a readaptação funcional, desenvolvendo juntamente com a pessoa processos de adaptação funcional eficazes aos seus problemas de saúde; a reeducação funcional, desenvolvendo juntamente com a pessoa processos de reeducação funcional, com vista à qualidade de vida, a reintegração e participação social; a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a máxima eficácia na organização dos



cuidados de enfermagem. Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional do EER visam, assim, explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem (APER, 2011; O.E., 2011).

De acordo com os enunciados descritivos dos PQCEER, o papel do EER junto da pessoa/família, sociedade e outros profissionais, visam: a satisfação da pessoa, prevenção de complicações, promoção da saúde, bem-estar e do autocuidado, a readaptação e reeducação ou manutenção funcional, reintegração social e domiciliar, a capacitação do prestador de cuidados e a organização dos cuidados de enfermagem, que resultam em ganhos de saúde significativos. Como tal, a presença de EER em unidades de cuidados continuados integrados, torna-se substancial.



## **CAPITULO 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**



## 1. Da Problemática aos Objetivos de Estudo

De acordo com a revisão da literatura, pudemos constatar que o EER não é elemento obrigatório na equipa multidisciplinar que constitui uma ULDM. Na nossa opinião e de acordo com a O.E. (2010a), analisando o perfil profissional do EER, a missão e serviços a que a ULDM se propõe assegurar, consideramos que a presença de EER na equipa multidisciplinar da ULDM é fundamental, uma vez que o EER é detentor de conhecimentos e competências específicas, que lhe permitem dar resposta às necessidades e objetivos da ULDM, intervindo junto da pessoa com alterações do foro neurológico, respiratório e ortotraumatológico, visando prestar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, promovendo a adaptação e/ou a manutenção das capacidades funcionais, o conforto e a qualidade de vida da pessoa, de que resultam ganhos em saúde significativos.

É neste contexto, que se enquadra a problemática deste estudo, sobre o tema da intervenção do EER numa ULDM, intitulado como: **Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Longa Duração e Manutenção: Perceções dos Enfermeiros.**

Este estudo tem como finalidade contribuir para a compreensão do processo de cuidados no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM, e como objetivo **conhecer as perceções dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa unidade de longa duração e manutenção.** Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Conhecer a opinião do enfermeiro de cuidados gerais relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM;
- Conhecer a opinião do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação relativamente à sua intervenção numa ULDM;
- Identificar contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação numa ULDM, na perspetiva do enfermeiro de cuidados gerais e do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Nesta sequência, surgiram as questões que determinaram o ponto de partida desta investigação, nomeadamente:

- Que opinião é que os enfermeiros de cuidados gerais têm relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM?
- Que opinião é que os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação têm relativamente à sua intervenção numa ULDM?
- Quais os contributos da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que exerce funções numa ULDM?

## 2. Desenho de Estudo

Considerando as características da problemática e os objetivos deste estudo, optamos por uma **abordagem qualitativa**, uma vez que o estudo qualitativo visa descobrir, explorar, descrever e compreender a essência de um fenómeno numa determinada população, no meio onde se produz naturalmente, explorando a significação da experiência tal como é vivida e experienciada pelos participantes (Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo de **natureza exploratório-descritiva- nível 1. Exploratório**, porque visa compreender e interpretar um fenómeno ainda mal elucidado, nomeadamente, conhecer as percepções dos ECG e do EER relativamente à intervenção do EER numa ULDM, recolhendo informações junto da população selecionada, fornecendo uma descrição detalhada do fenómeno em estudo. **Descritivo**, porque pretende descrever e compreender um fenómeno vivido por uma dada população, ou conceptualizar uma determinada situação (Fortin, 2009).

## 3. População e Amostra

A **população** é um grupo de pessoas ou elementos que possuem características comuns e considerando que a população objeto de estudo se denomina de população alvo, junto da qual se pretende recolher a informação para estudo (Fortin, 2009), a **população alvo** deste estudo reportou-se aos enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros

especialistas em enfermagem de reabilitação a exercerem funções em duas unidades de longa duração e manutenção, uma do distrito de Braga e outra em Viana de Castelo.

Considerando que a **amostra** “é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009, p. 312), seleccionamos a nossa amostra por conveniência, que consiste na escolha de indivíduos facilmente acessíveis, pela sua presença num determinado local, num preciso momento, e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009), que para a realização do nosso estudo foram definidos os seguintes critérios:

- Para o ECG o critério foi trabalhar numa ULDM há mais de 6 meses e ter convivido pelo menos 3 meses, com a intervenção do EER;
- Para o EER o critério foi exercer funções como especialista, numa ULDM, há pelo menos 3 meses.

O tamanho da amostra foi determinado por saturação de dados, ou seja, até se verificar que já não fornece novos dados (Fortin, 2009). Assim, no total participaram no estudo, 14 enfermeiros, sendo que 12 são enfermeiros de cuidados gerais e 2 são enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação. A justificação para terem participado no estudo apenas 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação prende-se com o facto de só existir um enfermeiro a exercer funções de especialista em enfermagem de reabilitação, em cada uma das ULDM abrangidas pelo estudo.

A caracterização da população alvo encontra-se representada nos quadros nº 2 e 3, correspondendo, respetivamente, ao grupo dos ECG e ao grupo dos EER.

#### Quadro nº 2: Caracterização dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Enfermeiros Cuidados Gerais	Sexo	Idade	Tempo de Serviço	Tempo de Serviço na ULDM	Tempo de convivência com a Intervenção do EER em ULDM	Conhecimentos sobre o regulamento das competências específicas do EER (125/2011)
G1	F	27	5 anos	2 anos	14 meses	Não
G2	F	29	7 anos	2 anos	14 meses	Não
G3	F	30	7 anos	1 ano	1 ano	Não
G4	F	26	4 anos	18 meses	14 meses	Não
G5	F	28	5 anos	2 anos	14 meses	Não
G6	M	26	4 anos	2 anos	14 meses	Não
G7	F	25	3 anos	3 anos	7 meses	Sim
G8	F	28	6 anos	19 meses	7 meses	Não
G9	F	39	16 anos	3 anos	7 meses	Não

<b>G10</b>	F	30	3anos e 3meses	2 anos e 6 meses	7 meses	Não
<b>G11</b>	F	30	6 anos	3 anos	7 meses	Não
<b>G12</b>	F	25	3 anos e 3 meses	1 ano	7 meses	Sim

**Quadro nº3: Caracterização dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.**

<b>EER</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de Serviço</b>	<b>Tempo de serviço como EER em ULDM</b>
<b>R1</b>	F	30	7 anos	14 meses
<b>R2</b>	F	28	5 anos	7 meses

No que respeita à caracterização dos ECG (quadro nº 2), podemos verificar que predomina o sexo feminino, com idades compreendidas entre os 26 e os 30 anos, sendo a média das idades de 28 anos. Relativamente ao tempo de serviço, varia entre 3 e 16 anos, quanto ao tempo de serviço numa ULDM, varia de 1 a 3 anos. No que concerne ao tempo de convivência com a intervenção do EER, varia entre 7 e 14 meses.

Uma vez que o estudo incidiu sobre as perceções dos enfermeiros relativamente à intervenção do EER numa ULDM, consideramos importante saber à partida, se os ECG eram conhecedores das competências do EER e verificamos que apenas dois ECG eram conhecedores das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Relativamente à caracterização dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (quadro nº 3), esta incide sobre o sexo feminino, com idades de 28 e 30 anos, e tempo de serviço compreendido entre 5 e 7 anos. No que concerne ao tempo de serviço como EER numa ULDM é de 7 e 14 meses, cada EER realiza dois turnos por semana como EER, trabalhando nos restantes turnos como generalista.

#### **4. Instrumentos e Procedimentos de Recolha de Dados**

Como é possível verificar no quadro nº 4 e atendendo aos objetivos preconizados para o presente estudo, selecionamos como instrumentos de colheita de dados a entrevista semiestruturada e a observação não participada da intervenção do EER. Optamos por



utilizar uma triangulação de fontes de informação uma vez que pretendíamos reforçar a aproximação dos dados recolhidos à realidade (Duarte, 2009).

#### **Quadro nº4: Seleção dos Instrumentos de Recolha de Dados**

<b>Instrumentos de Recolha de Dados</b>	<b>Objetivos</b>
<b>Entrevista semiestruturada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a opinião dos EER relativamente à sua intervenção numa ULDM;</li> <li>- Conhecer a opinião dos ECG relativamente à intervenção do EER numa ULDM;</li> <li>- Identificar contributos da intervenção do EER numa ULDM.</li> </ul>
<b>Observação não participada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Observar a intervenção do EER numa ULDM;</li> <li>- Complementar as informações recolhidas nas entrevistas.</li> </ul>

#### *4.1. Entrevista*

Optamos pela entrevista semiestruturada (Anexo I e II), com gravação áudio para o registo dos dados, uma vez que esta permite ao investigador compreender a significação de um fenómeno e permite ao participante exprimir os seus sentimentos e opiniões sobre o tema tratado, com o objetivo de compreender o seu ponto de vista (Fortin, 2009).

As entrevistas decorreram após o contacto prévio, para apresentar a finalidade, os objetivos do estudo e validar a autorização, e foram realizadas no local de trabalho, conforme a disponibilidade dos participantes, com uma duração média de 10 a 20 minutos, no período de Outubro a Dezembro de 2012.

#### *4.2. Observação*

Optamos por associar o método da observação não participada, em meio natural uma vez que pretendíamos observar as intervenções do enfermeiro especialista. Segundo Fortin (2009), a observação permite ao investigador recolher informações sobre os comportamentos dos participantes e acontecimentos que se produzem em meio natural, num momento oportuno.

Antes de se iniciarem os momentos de observação às intervenções do EER, para além de ser solicitado o consentimento para as mesmas, foi esclarecido aos EER, que o objetivo da observação seria o de recolher informações sobre a intervenção de EER numa ULDM, sem a intenção de se realizar uma avaliação técnica dos procedimentos

executados. Para a observação foi utilizada uma grelha de observação (Anexo III), realizada com base nas competências específicas do EER. Foi realizada apenas a observação de três turnos do EER, porque no final destes se verificou a saturação de dados, pelo que optamos por suspender a mesma.

Optamos por associar à observação, a realização das notas de campo, pelo facto destas proporcionarem “o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no discurso da recolha” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 150).

Realçamos que ao longo da recolha de dados adotamos uma postura de respeito e de colaboração, procurando não interferir com o trabalho dos participantes, respeitando as rotinas e a cultura organizacional das ULDM.

## **5. Análise e Tratamento de Dados**

Após a colheita de todos os dados com a realização das entrevistas e dos três momentos de observação da intervenção do EER, com registo das notas de campo, procedeu-se à análise e interpretação dos dados, através da técnica de análise de conteúdo, segundo o processo de análise qualitativa dos dados proposta por Sampieri, Collado e Lucio (2006).

O processo de análise qualitativa dos dados proposta por Sampieri et al. (2006) consiste: na codificação primária e secundária dos dados, interpretação dos dados, descrição do contexto de estudo e a explicação de factos, acontecimentos e do fenómeno em estudo.

Primeiro procedemos ao processo de análise qualitativa dos dados das entrevistas, que consistiu: em organizar os dados recolhidos; na codificação primária e secundária dos dados por forma a organizar as unidades de análise, definir as categorias, as subcategorias e os temas; Posteriormente, procedemos à compreensão dos dados; à descrição das experiências dos participantes, na sua linguagem e com suas expressões; à interpretação e avaliação das unidades de análise, das categorias e subcategorias e respetivos temas; e à explicação dos factos, fenómenos e relacionamento dos resultados da análise com a revisão teórica.

Na primeira fase, efetuamos a transcrição e leitura das entrevistas realizadas aos ECG e aos EER. Mantendo o anonimato dos participantes, os ECG foram identificados com letra G, numerados de 1 a 12 e os EER foram identificados com a letra R, numerados 1 e 2.

Na segunda fase, efetuamos a codificação primária dos dados das entrevistas, em que foram identificadas as unidades de análise e posteriormente classificadas em categorias e subcategorias, considerando as competências do EER e os PQCEER. Após a codificação primária, procedemos à codificação secundária, que consistiu na comparação das categorias entre si e seu agrupamento em temas, considerando que “Os temas são a base das conclusões que vão emergir da análise” (Sampieri et al., 2006, p.504).

Depois de determinadas as categorias, subcategorias e identificados os temas, procedemos à interpretação dos dados. Segundo Sampieri et al. (2006), neste momento, descrevem-se as situações em que as categorias se relacionam, começando a encontrar a explicação dos factos e do fenómeno em estudo. Assim sendo, nesta fase, procedemos à apresentação dos resultados obtidos pelas entrevistas, acompanhada de quadros, tabelas sínteses e de alguns extratos de unidades de análise das entrevistas; e à análise e discussão dos resultados obtidos, através da análise crítico-reflexiva entre os dados obtidos e a fundamentação teórica.

Depois da análise de conteúdo das entrevistas, realizamos a análise de conteúdo das notas de campo documentadas, das observações realizadas à intervenção dos EER, e procedemos à apresentação, análise e discussão dos dados, com o acompanhamento de quadros.

Por fim com base na técnica de triangulação de dados, que permite o cruzamento e a análise das diferentes fontes, conferindo uma maior aproximação da realidade, em jeito de síntese, fizemos uma reflexão dos dados em conjunto. A triangulação dos dados permite conhecer aspetos que conduzem ao melhoramento do estudo, trazendo dados à superfície que poderiam, de outro modo, potencialmente permanecer escondidos (Duarte, 2009).

## 6. Considerações Éticas

Segundo Fortin (2009, p.181), “Qualquer que seja o tipo de estudo ou a estratégia que utiliza, o investigador é chamado a resolver certas questões de ordem ética”, pelo que todo o investigador deve salvaguardar os princípios éticos de todos os participantes envolvidos na sua investigação.

Deste modo, foram salvaguardados todos os princípios éticos inerentes a este estudo, nomeadamente os princípios da beneficência, o respeito à dignidade humana e a justiça, segundo a Declaração de Helsínquia (Polit & Hungler, 2004). Como tal, foi efetuado o pedido de autorização formal do estudo aos Provedores da Santa Casa da Misericórdia da ULDM de Viana do Castelo e Braga (Anexo IV).

Nos respetivos pedidos foi fornecida toda a informação acerca do estudo, nomeadamente objetivos, finalidade e o desenrolar do mesmo, remetendo o projeto síntese do estudo, salvaguardando os princípios éticos e morais, e a confidencialidade dos dados.

A realização deste estudo de Investigação foi, assim, previamente aprovada pelos Provedores da Santa Casa da Misericórdia das respetivas ULDM.

Deste modo, após a aprovação do estudo, todos os participantes foram previamente contactados e informados sobre a natureza e objetivos do estudo de investigação, os contributos que a sua participação poderia dar à enfermagem, salvaguardando sempre que todos os dados seriam tratados com confidencialidade, sob a assinatura do termo de consentimento informado livre e esclarecido (Anexo V).

## **CAPITULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO**

### **DOS RESULTADOS**



## 1. Opiniões dos Enfermeiros Relativamente à Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação numa ULDM

Neste estudo propusemo-nos a conhecer as opiniões dos ECG e EER, relativamente à intervenção do EER numa ULDM.

Assim sendo, este capítulo reporta-se à apresentação, análise e discussão dos dados obtidos, preconizando a resolução dos objetivos a que nos propusemos atingir.

Como a nossa amostra dos EER é constituída apenas por dois elementos e tendo verificado que as respostas obtidas nas entrevistas são coincidentes com as respostas dos ECG, tendo-nos levado à identificação das mesmas áreas temáticas, categorias e subcategorias, optamos por juntar as informações obtidas dos EER e dos ECG, e apresentá-la conjuntamente.

Para realizarmos a análise de conteúdo das entrevistas tivemos por base as competências específicas do EER, e do processo da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos ECG e EER, foram identificadas três áreas temáticas, definidas 11 categorias e 23 subcategorias, como se apresenta no quadro nº 5.

**Quadro nº5: Resultados da análise das Entrevistas aos Enfermeiros Relativamente à Intervenção do EER numa ULDM.**

Tema	Categorias	Subcategorias
<b>Foco da Intervenção do EER na Equipa Multidisciplinar</b>	<b>Centrada na Equipa de Enfermagem</b>	Sensibiliza e estimula a equipa para o processo de reabilitação da pessoa
		Ensina e transmite conhecimentos específicos de reabilitação
	<b>Centrada na Pessoa</b>	Intervém no processo de manutenção/reabilitação da pessoa
		Intervém na fase de agudização da pessoa
		Promove a reintegração da pessoa no domicílio
		Dispõe de tempo para o processo de reabilitação da pessoa
	<b>Centrada no Prestador de Cuidados</b>	Inclui o prestador de cuidados no processo de reabilitação da pessoa
<b>Foco da Intervenção do EER na Prestação de</b>	<b>Centrada na Avaliação da Funcionalidade e no Diagnóstico de Alterações</b>	Diagnostica limitações e incapacidades funcionais
		Avalia a capacidade funcional para a realização das AVD's
		Concebe e Implementa/Executa planos de

<b>Cuidados Especializados</b>	<b>Centrada na Conceção, Implementação/Execução de Planos de Intervenção</b>	intervenção para a redução do risco de alteração da funcionalidade da pessoa
		Concebe e Implementa/Executa planos de intervenção para otimizar e ou reeducar a funcionalidade da pessoa
		Seleciona e prescreve o uso de produtos de apoio
		Realiza treinos de AVD's com produtos de apoio
		Capacita o prestador de cuidados
	<b>Centrada na Promoção da Inclusão da Pessoa na Comunidade</b>	Identifica e orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas
<b>Contributos da intervenção do EER para a Obtenção de Ganhos em Saúde</b>	<b>Relacionados com a Satisfação do Cliente</b>	Respeita a autonomia da pessoa no processo de reabilitação
	<b>Relacionados com a Promoção do Bem-estar e Autocuidado</b>	Otimiza e ou reeduca a funcionalidade da pessoa
		Ensina, instrui e treina a pessoa para a promoção do autocuidado
	<b>Relacionados com a Prevenção de Complicações</b>	Intervém na redução do risco de alteração da funcionalidade da pessoa
	<b>Relacionados com a Promoção da Saúde</b>	Identifica e elimina as barreiras arquitetónicas
	<b>Relacionados com a Reeducação e Readaptação Funcional</b>	Promove a maximização das capacidades funcionais e adaptativas da pessoa
Envolve a pessoa e o cuidador no processo de cuidados e planeamento da alta		
Promove a readaptação e reintegração da pessoa no domicílio		

Depois de identificados os temas, as categorias e subcategorias, procedemos à discussão e interpretação dos resultados obtidos, que apresentamos por área temática:

### *1.1. Foco da Intervenção do EER na Equipa Multidisciplinar*

Da análise de conteúdo das opiniões dos enfermeiros, sobre o tema Foco da Intervenção do EER na Equipa Multidisciplinar, foram agrupadas três categorias: *Centrada na Equipa de Enfermagem, Centrada na Pessoa e Centrada no Prestador de Cuidados*.

No que respeita à categoria *Centrada na Equipa de Enfermagem*, identificamos duas subcategorias: *Sensibiliza e Estimula a Equipa para o Processo de Reabilitação da Pessoa e Ensina e Transmite Conhecimentos Específicos de Reabilitação*.

Como podemos verificar na tabela síntese nº1, dos 14 enfermeiros entrevistados, um EER e oito ECG consideraram que o foco da intervenção do EER na equipa



multidisciplinar é centrada na equipa de enfermagem, porque *Sensibiliza e Estimula a Equipa para o Processo de Reabilitação da Pessoa*:

“ (...) a enfermeira de reabilitação (...) incentiva e sensibiliza a equipa para a estimulação do utente para o autocuidado (...), ajuda-nos a manter esse estímulo para a promoção do autocuidado.” (G2, G3)

“ (...) é aquela pessoa que nos incentiva a fazer, nos estimula para a reabilitação, nos dá algum parecer sobre técnicas específicas (...), porque todos nós temos o princípio de uma cinesioterapia, de um treino de marcha, de uma transferência, mas o enfermeiro de reabilitação tem conhecimentos e técnicas especializadas(...).” (G6)

“ (...) estimula a equipa para a promoção da autonomia do doente, da manutenção das capacidades funcionais para a realização das AVD's.” (G10)

“ (...) sensibilizamos e estimulamos a equipa para o processo de reabilitação dos utentes (...).” (R2)

Dos catorze entrevistados, os dois EER e seis ECG referiram que o foco da intervenção do EER na equipa multidisciplinar é centrada na equipa de enfermagem, porque *Ensina e Transmite à Equipa Conhecimentos Específicos de Reabilitação*:

“ (...) a enfermeira de reabilitação transmite-nos conhecimentos, (...) ensina-nos técnicas específicas, (...) como as técnicas ou formas para estimular a pessoa a tossir, para melhorar o padrão respiratório (...), para darmos continuidade à reabilitação do utente.” (G2, G11).”

“ (...) alerta-nos para a utilização deste material de apoio, informa e ensina a equipa como se devem utilizar, para ajudar o utente na promoção da autonomia nos autocuidados.” (G9)

“ (...) em relação aos colegas generalistas, também temos um papel importante em termos de ensinamentos, (...) ensinarmos como se transfere um doente com sequelas de AVC corretamente (...) é importante darmos e transmitirmos alguns conhecimentos específicos à equipa (...) por exemplo sobre a colocação de ortóteses, propor estratégias e o uso de produtos de apoio para melhorar a funcionalidade da pessoa nas AVD's (...).” (R1, R2)

Verificamos, que mais de metade dos enfermeiros (9) são da opinião que o EER é um elemento fulcral no seio da equipa de enfermagem, porque sensibiliza e estimula a equipa para o processo de reabilitação da pessoa, procurando a promoção do autocuidado e

a máxima funcionalidade da pessoa. Esta opinião é confirmada por Rocha (2011), que salvaguarda que o EER, pelos seus conhecimentos e normas técnicas especializadas, desempenha um papel importante junto da equipa de saúde, como educador, conselheiro e consultor nos cuidados de reabilitação, sensibilizando para o processo de reabilitação da pessoa.

Os Enfermeiros entrevistados também consideram que o EER, na sua intervenção junto da equipa de enfermagem, sensibiliza e estimula a equipa para a manutenção e ou promoção das capacidades funcionais da pessoa para o autocuidado, que muitas vezes, pela rotina já interiorizada e por ser uma unidade de manutenção com pessoas de grande dependência, acaba por ser esquecido, caindo até na tendência de substituir a pessoa. Podemos considerar, que é percebido pelos enfermeiros o papel do EER relativamente à pessoa que não consegue cuidar de si própria. Perante esta situação o enfermeiro assume a promoção do autocuidado, ou seja, perante uma pessoa com incapacidade ou limitações para realizar o autocuidado, o enfermeiro deve atuar de acordo com as necessidades da pessoa para o autocuidado, prestando assistência totalmente compensatória, parcialmente compensatória ou sob a forma de apoio-educação (Tomey e Alligood 2004), no sentido de promover a recuperação ou manutenção das capacidades funcionais da pessoa para o autocuidado. A APER (2011) também refere que cabe ao EER intervir na promoção do autocuidado da pessoa com necessidades especiais, na maximização da funcionalidade e na prevenção de complicações, evitando e minimizando incapacidades.

Oito enfermeiros destacam ainda, que o foco da intervenção do EER na equipa multidisciplinar é centrado na equipa de enfermagem, porque ensina e transmite conhecimentos específicos de reabilitação à equipa, permitindo-lhe promover e dar continuidade aos cuidados de reabilitação da pessoa. Mais uma vez, as opiniões dos enfermeiros vão de encontro à ideia de Rocha (2011), o qual refere que o EER desempenha um papel importante junto da equipa, para implementar os cuidados de reabilitação e sensibilizar e orientar a equipa nos cuidados de reabilitação, de modo a assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados. Também, Nuno et al. (2008), Leite e Faro (2005), descrevem que o EER desenvolve um papel fundamental, junto dos vários elementos da equipa, como responsável pelo planeamento e implementação de cuidados de reabilitação, com a finalidade de prestar cuidados eficientes e de qualidade.

Relativamente ao foco da intervenção do EER na equipa multidisciplinar *Centrada na Pessoa*, agrupamos quatro subcategorias: *Intervém no Processo de Manutenção/Reabilitação da Pessoa*, *Intervém na Fase de Agudização da Pessoa*, *Promove a Reintegração da Pessoa no Domicílio e Dispõe de Tempo para o Processo de Reabilitação da Pessoa*.

Salientamos, que a subcategoria *Intervém no Processo de Manutenção/Reabilitação da Pessoa* foi mencionada pelos catorze enfermeiros, como demonstram as seguintes unidades de análise:

“ (...) intervém ao nível das mobilizações musculó-articulares, da manutenção das amplitudes articulares, também na prevenção de (...) complicações.” (G2)

“ (...) a enfermeira de reabilitação está direcionada para diagnosticar as limitações das pessoas, traçar os seus objetivos e planos, e reabilitar as pessoas no treino das AVDS, no treino de marcha, realiza as mobilizações passivas, a cinesioterapia respiratória (...).” (G4)

“ (...) O enfermeiro de reabilitação procura promover a autonomia da pessoa e minimizar as suas incapacidades, ensinando à pessoa técnicas específicas de reabilitação (...) para poder desempenhar as suas AVD's (...).” (G7; G8)

“ (...) visa assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações, manter ou recuperar a independência nas AVD's, evitar o agravamento das incapacidades instaladas, nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória e ortopédica (...).” (G12)

“ (...) fomentar, ensinar / instruir e treinar ou manter o desempenho da pessoa nas suas AVD's, na prevenção das anquiloses e manutenção das amplitudes articulares, na funcionalidade do sistema respiratório (...).” (R1; R2)

Quanto à subcategoria *Intervém na Fase de Agudização da Pessoa*, esta não foi mencionada pelo grupo de EER, tendo sido relatada apenas por dois ECG, conforme as seguintes unidades de análise:

“ (...) reabilitação respiratória dos doentes traqueostomizados, com infeções respiratórias (...).” (G1)

“ (...) temos muitas pessoas que têm ou já tiveram infeções respiratórias, com necessidade de aspiração de secreções, e a colega de reabilitação intervém através da cinesioterapia respiratória (...).” (G6)

Das opiniões dos enfermeiros, salientamos que todos destacam a pessoa como um dos focos da intervenção do EER na equipa multidisciplinar, porque intervém no seu processo de manutenção/reabilitação. Os enfermeiros entrevistados consideram que o EER, no âmbito da sua intervenção, visa diagnosticar as limitações e incapacidades da pessoa; prevenir complicações, evitando o agravamento das incapacidades instaladas; intervindo no sentido de proporcionar a máxima autonomia e ou a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, nomeadamente a nível motor, neurológico e respiratório, para desempenhar as suas AVD's.

Estas opiniões vão de encontro ao regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Regulamento nº125/2011, 2011), que preconiza que a intervenção do EER visa assegurar a manutenção das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, manter ou recuperar a independência da pessoa nas AVD's, minimizando o impacto das incapacidades instaladas, nomeadamente, a nível das funções neurológica, cardiorrespiratória e motora. Estes resultados também vão de encontro ao referido por Andrade (2010), pois este defende que a intervenção do EER é direcionada para a promoção da recuperação e adaptação da pessoa às limitações impostas pela incapacidade, e para o atendimento às necessidades funcionais motoras, cognitivas e psicossociais de cada pessoa, em busca da sua máxima independência.

As opiniões dos enfermeiros convergem ainda com o que é defendido por Nuno et al. (2008); Leite e Faro (2005), pois estes autores mencionam que a intervenção do EER visa ajudar a pessoa, doente ou incapacitada, a atingir a máxima independência, promovendo e incentivando a pessoa para o autocuidado, fomentando a sua reintegração na família e sociedade. Também Faro (2006), defende que o EER detém um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos, possuindo competências técnica e atitudinal, advindas da sua prática académica e profissional, que lhe permitem intervir com qualidade junto da pessoa com deficiência ou incapacidade motora, com doenças aguda e

crónica/degenerativa, auxiliando-a a maximizar o seu potencial funcional e independência motora, cognitiva, emocional e social.

Consideramos ainda importante referir que dois ECG realçam a pessoa como um dos focos da intervenção do EER na equipa multidisciplinar, porque intervém na fase de agudização da mesma, nomeadamente no comprometimento do foro respiratório, promovendo a recuperação funcional da pessoa.

Do discurso dos catorze enfermeiros entrevistados, ambos os EER e quatro ECG referiram que o foco da intervenção do EER na equipa multidisciplinar é centrada na pessoa, porque *Promove a Reintegração da Pessoa no Domicílio*:

“ (...) realiza visitas domiciliárias,(...) faz avaliação do domicílio para adequar as intervenções e os ensinamentos ao utente às condições do seu domicílio e ajudar a família na eliminação das barreiras arquitetónicas, facilitando a reinserção do utente no domicílio (...). ” (G7, G9)

“ (...) o enfermeiro de reabilitação tem um papel primordial (...) na readaptação do domicílio tendo em conta as limitações e incapacidades do utente (...). ” (G8)

“ (...) temos um papel muito importante em ajudar, orientar a família na eliminação, superação das barreiras arquitetónicas, para proporcionar a reintegração do doente no domicílio. ” (R1)

“ (...) propomos alterações das barreiras arquitetónicas ou ajustes do domicílio, que facilitam a reintegração do utente na comunidade, por vezes realizamos visitas domiciliárias para ajudar a família na adaptação do domicílio.” (R2)

Relativamente à subcategoria *Dispõe de Tempo para o Processo de Reabilitação da Pessoa*, esta foi somente mencionada pelo grupo de ECG, precisamente por nove ECG, tal como demonstram as unidades de análise que se seguem:

“ (...) tem mais disponibilidade para trabalhar estas limitações motoras e respiratórias, e reabilitar as pessoas (...).” (G4)

“ (...) muitas vezes não temos o tempo necessário para a reabilitação (...) e acaba por ser o enfermeiro especialista a conseguir fazer (...).” (G6)

“ (...) dispõe de mais tempo para intervir com os doentes no âmbito da reabilitação (...). ” (G7)

“ (...) o enfermeiro de reabilitação tem disponibilidade para cuidar o doente mais ‘profundamente’, estimula o doente para o autocuidado, realiza mobilizações musculoesqueléticas, bem como outras técnicas específicas que nós, generalistas, não temos disponibilidade de tempo (...).” (G9)

“ (...) o enfermeiro generalista não tem tanto tempo, para poder estimular e incentivar o doente para o autocuidado e para o treino de AVD’s (...).” (G11)

Como podemos verificar na tabela síntese nº 1, mais de metade dos ECG realçam a pessoa como um dos focos da intervenção do EER, porque dispõem de tempo necessário para intervir no processo de reabilitação da pessoa, para o qual os ECG alegam ter pouca disponibilidade, e que apesar de possuírem competências que lhes permitem intervir no processo de reabilitação da pessoa, nomeadamente no treino de AVD’s, não dispõem do tempo necessário para intervir devidamente no seu processo de reabilitação.

No que respeita à categoria *Centrada no Prestador de Cuidados*, identificamos a subcategoria: *Inclui o Prestador de Cuidados no Processo de Reabilitação da Pessoa*, que foi referida pelos dois EER e por três dos ECG entrevistados:

“ (...) realiza ensinamentos ao prestador de cuidados (...) realiza os ensinamentos à pessoa e prestador de cuidados adequados às condições do domicílio.” (G9)

“ (...) o enfermeiro de reabilitação procura incluir a família no processo de intervenção do doente, ensina, instrui e treina o prestador de cuidados para os autocuidados, capacitando-o para receber o seu familiar em casa.” (G11)

“ (...) A intervenção do enfermeiro de reabilitação direciona-se muito para os ensinamentos, permite que o utente saia da unidade com mais capacidades e a família também saia capacitada para cuidar do utente no domicílio (...).” (G12)

“ Não é só nos focarmos no doente (...) temos uma intervenção muito importante junto da família, (...) capacitar a família, para receber (...) o seu familiar em casa com todas as condições que são necessárias (...).” (R1)

“ (...) temos um papel importante na capacitação do cuidador (...) propomos o uso de dispositivos de apoio, fornecemos estratégias para facilitar a prestação dos autocuidados ao utente (...).” (R2)

Conforme referido pelos enfermeiros entrevistados, o EER desempenha um papel fundamental na reintegração da pessoa ao domicílio e na inclusão do prestador de cuidados no processo de reabilitação da pessoa. Mencionam que o EER realiza visitas domiciliárias com o objetivo de avaliar as condições do domicílio, o que lhe permite planear e implementar estratégias para a adaptação do domicílio e efetuar os ensinamentos à pessoa e ao prestador de cuidados de acordo às condições do seu domicílio, bem como orientar e ajudar a família na adaptação do domicílio.

As opiniões dos enfermeiros vão de encontro ao preconizado pela O.E. (2010a), que considera que a intervenção do EER visa promover a recuperação ou manutenção das capacidades funcionais da pessoa e a capacitação do prestador de cuidados, com o objetivo de promover o processo de reabilitação da pessoa e a sua reintegração no domicílio. Também Nuno et al. (2008), referem que cabe ao EER capacitar o prestador de cuidados/família para o desenvolvimento das suas próprias competências, tornando-o assim autónomo e incluído no processo de reabilitação da pessoa. De facto, é crucial a cooperação e o total envolvimento da família/ prestador de cuidados para garantir o bem-estar e o desenvolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação (Hoeman, 2000) e como podemos constatar no nosso estudo, os enfermeiros consideram o prestador de cuidados como foco da intervenção do EER, porque promove a inclusão do prestador de cuidados no processo de reabilitação da pessoa.

Como é possível verificar na tabela síntese nº1, existe uma consistência de opiniões entre os enfermeiros, relativamente ao foco da intervenção do EER centrada na pessoa, tendo sido a subcategoria: intervém no processo de manutenção/reabilitação da pessoa, a que foi mais realçada, seguida da subcategoria: dispõe de tempo para intervir no processo de reabilitação da pessoa. Os enfermeiros deram também muita importância ao foco da intervenção do EER centrada na equipa de enfermagem, pelo facto de sensibilizar e estimular a equipa para o processo de reabilitação da pessoa, e ensinar e transmitir conhecimentos específicos de reabilitação.

De facto, de acordo com a revisão da literatura (APER, 2011; Faro, 2006; Leite e Faro, 2005; Mendes e Ribeiro, 2007; Nuno et al., 2008; Regulamento nº125/2011, 2011 e Rocha, 2011), o EER é detentor de competências técnico-científicas especializadas, advindas da sua formação académica, que lhe permitem intervir junto da equipa, compartilhando conhecimentos específicos de reabilitação e orientando os cuidados de

reabilitação, promovendo uma prática de enfermagem que possibilitará fazer frente à incapacidade, às alterações funcionais, impeditivas de um desempenho eficiente e eficaz, com a máxima autonomia; intervir junto da pessoa e prestador de cuidados, como educador e promotor do processo de reabilitação, fomentando a recuperação/readaptação ou manutenção das capacidades funcionais da pessoa, promovendo e incentivando a pessoa para o autocuidado nas AVD's, visando a sua máxima independência funcional e a capacitação do prestador de cuidados, promovendo a reintegração da pessoa no seu domicílio/ comunidade. Isto contribui para a importância reconhecida por parte dos enfermeiros, quer ECG, quer dos EER, no que diz respeito ao foco da intervenção do EER centrada na equipa de enfermagem, na pessoa e no prestador de cuidados.

**Em Síntese:** Relativamente a esta temática, ambos os grupos de enfermeiros são da opinião de que o foco da intervenção do EER na equipa multidisciplinar é centrada na equipa de enfermagem, na pessoa e no prestador de cuidados. É centrada na equipa de enfermagem, porque o EER sensibiliza e estimula a equipa para o processo de reabilitação da pessoa e ainda porque ensina e transmite à equipa, à pessoa e ao prestador de cuidados, conhecimentos específicos da área da reabilitação. É, essencialmente, centrada na pessoa, porque intervém primordialmente no processo de manutenção e reabilitação da pessoa e promove a reintegração da pessoa no domicílio. Sendo que o grupo dos ECG realça também, que o EER intervém ainda na fase da agudização da pessoa e dispõe do tempo necessário para intervir no processo de reabilitação da pessoa. E é centrada no prestador de cuidados, uma vez que o EER promove a inclusão do prestador de cuidados no processo de reabilitação da pessoa.



**Tabela Síntese nº1: Foco da Intervenção do EER na Equipa Multidisciplinar**

		Enfermeiros												G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	G12	R1	R2
<b>Centrada na Equipa de Enfermagem</b>	Sensibiliza e estimula a equipa para o processo de reabilitação da pessoa (SEEPRP)	-	X	X	X	-	X	-	-	X	X	X	X	-	X												
	Ensina e transmite conhecimentos específicos de reabilitação (ETCER)	-	X	-	-	-	X	X	-	X	-	X	X	X	X												
<b>Centrada na Pessoa</b>	Intervém no processo de manutenção/reabilitação da pessoa (IPMRP)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
	Intervém na fase de agudização da pessoa (IFAP)	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-													
	Promove a reintegração da pessoa no domicílio (PRPD)	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	X	X	X												
	Dispõe de tempo para o processo de reabilitação da pessoa (DTPRP)	-	X	X	X	-	X	X	-	X	X	X	X	X	-												
<b>Centrada no Prestador de Cuidados</b>	Inclui o prestador de cuidados no processo de reabilitação da pessoa (IPCPRP)	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	X	X	X												

## 1.2. Foco da Intervenção do EER na Prestação de Cuidados Especializados

Da análise de conteúdo das opiniões dos ECG e EER entrevistados, dentro desta temática definimos três categorias, nomeadamente: *Centrada na Avaliação da Funcionalidade e no Diagnóstico de Alterações*, *Centrada na Conceção, Implementação/Execução de Planos de Intervenção* e *Centrada na Promoção da Inclusão da Pessoa na Comunidade*.

Relativamente à primeira categoria, *Centrada na Avaliação da Funcionalidade e no Diagnóstico de Alterações*, emergiram duas subcategorias: *Diagnostica Limitações e Incapacidades Funcionais*, *Avalia a Capacidade Funcional para a Realização das AVD's*.

Conforme podemos conferir na tabela síntese nº2, dos catorze enfermeiros entrevistados, dois ECG e os dois EER, mencionaram que o foco da intervenção do EER na prestação de cuidados especializados é centrada na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico de alterações, porque *Diagnostica Limitações e Incapacidades Funcionais*, como relatam os seguintes extratos de análise:

“ (...) a enfermeira de reabilitação está direcionada para diagnosticar as limitações das pessoas (...).” (G4)

“ (...) avalia a funcionalidade e as limitações da pessoa (...). ” (G7)

“ (...) depois de identificar as limitações e incapacidades da pessoa (...). ” (R1)

“ Realizamos a avaliação da capacidade de deglutição dos utentes e o diagnóstico das alterações (...). ” (R2)

A subcategoria *Avalia a Capacidade Funcional para a Realização das AVD's*, também foi mencionada por dois ECG e por ambos os EER, conforme as seguintes unidades de análise:

“ Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's (...). ” (G7, G12)

“ Fazemos a avaliação das capacidades funcionais dos utentes para realizar as AVD's (...). ” (R1, R2)

Na opinião dos enfermeiros, o foco da intervenção do EER na prestação de cuidados especializados numa ULDM, é centrada na avaliação da funcionalidade e no

diagnóstico de alterações, porque diagnostica limitações e incapacidades funcionais da pessoa, e avalia a sua capacidade funcional para a realização das AVD's. Estas opiniões vão de encontro ao referido por Nuno et al. (2008), pois referem que o EER tem um papel fundamental na avaliação e no diagnóstico precoce de limitações e incapacidades funcionais da pessoa. Estas opiniões reforçam ainda o preconizado no regulamento das competências específicas do EER (Regulamento nº125/2011, 2011), que o EER avalia o risco de alteração da funcionalidade e a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's de forma independente.

No que respeita à categoria ***Centrada na Conceção, Implementação/Execução de Planos de Intervenção***, emergiram cinco subcategorias: *Concebe e Implementa/Executa Planos de Intervenção para a Redução do Risco de Alteração da Funcionalidade da Pessoa, Concebe e Implementa/Executa Planos de Intervenção para Otimizar e ou Reeducar a Funcionalidade da Pessoa, Selecciona e Prescreve o Uso de Produtos de Apoio, Realiza Treinos de AVD's com Produtos de Apoio e Capacita o Prestador de Cuidados.*

Das opiniões dos enfermeiros, cinco ECG e ambos EER, referiram que o foco da intervenção do EER na prestação de cuidados especializados é centrada na conceção, implementação/execução de planos de intervenção, porque *Concebe e Implementa/Executa Planos de Intervenção para a Redução do Risco de Alteração da Funcionalidade da Pessoa*, como podemos verificar nas seguintes unidades de análise:

“ (...) O enfermeiro de reabilitação concebe, implementa e gere os programas e as técnicas mais adequadas (...) para a diminuição do risco de alteração da funcionalidade (...). ” (G8)

“ (...) realiza as mobilizações musculó-articulares passivas, para prevenir a espasticidade (...). ” (G4)

“ (...) implementa intervenções para a prevenção da rigidez articular e da instalação da espasticidade, para a prevenção de infeções respiratórias (...). ” (G7)

“ (...) implementa e gere os programas e as técnicas mais adequadas à prevenção de complicações, para a diminuição do risco de alteração da funcionalidade (...). ” (G11)

“ (...) intervimos (...) na prevenção das anquiloses, através das mobilizações musculó-articulares passivas (...), prevenção de infeções respiratórias, através da cinesioterapia respiratória (...).” (R1, R2)

Realçamos que dos catorze enfermeiros entrevistados, apenas um dos ECG mencionou a conceção de planos de intervenção para a redução do risco de alteração da funcionalidade da pessoa. Igualmente o grupo dos ERR, mencionaram que o EER implementa/executa planos de intervenção para a redução do risco de alteração da funcionalidade da pessoa, contudo não referiram a conceção dos mesmos.

Da análise das opiniões dos enfermeiros, salientamos que todos mencionaram que o foco da intervenção do EER na prestação de cuidados especializados é centrada na conceção, implementação/execução de planos de intervenção, porque *Concebe e Implementa/Executa Planos de Intervenção para Otimizar e ou Reeducar a Funcionalidade da Pessoa*, como expressam as unidades de análise que se seguem:

“ (...) porque realiza a cinesioterapia respiratória, as mobilizações musculó-articulares, (...) o treino de marcha, treino das AVD's: higiene, vestir/despir, alimentação, etc. para a manutenção e recuperação das capacidades motoras da pessoa.” (G1, G4)

“ (...) o enfermeiro de reabilitação planeia, (...) implementa programas de reeducação funcional motor, respiratório, da alimentação e eliminação...” (G7)

“ O enfermeiro de reabilitação concebe, implementa e gere os programas e as técnicas mais adequadas (...) para o processo global de recuperação funcional motor, respiratório e da eliminação da pessoa. ” (G8)

“ (...) intervém na reeducação vesical (...) realiza treinos vesicais para promover a continência (...). ” (G9)

“ Concebe e implementa treinos de eliminação vesical e intestinal, para a reeducação vesical e intestinal (...). ” (G10)

“ (...) planeamos e instituímos treinos respiratórios em doentes traqueostomizados. (...) a reeducação respiratória, através da cinesioterapia respiratória, o ensinarmos a pessoa a respirar eficazmente, (...) o ensinar a técnica da tosse eficaz (...) instruir técnicas de conservação de energia, para conseguirem fazer as suas AVD's” (R1)

“ (...) fizemos protocolos de atuação para os doentes incontinentes, planeamos e implementamos programas de reeducação vesical, assim como para a reeducação intestinal

(...) Intervimos na reabilitação motora, (...) o ensinar, instruir e treinar a pessoa para a autonomia nas AVD's, (...) ensinamos técnicas de conservação de energia à pessoa para conseguir executar as AVD's (...).” (R2)

Realçamos ainda, que todos os enfermeiros mencionaram que o EER implementa planos de intervenção para otimizar e ou reeducar a funcionalidade da pessoa, porém apenas três mencionaram a conceção dos mesmos.

Estas opiniões aproximam-se com o definido pelo regulamento das competências específicas do EER (Regulamento nº125/2011, 2011), nomeadamente, que o EER concebe e implementa planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas e potenciais problemas da pessoa, visando assegurar a manutenção ou promover a reeducação das capacidades funcionais da pessoa, prevenir complicações e evitar incapacidades, tendo em vista a qualidade de vida e a reintegração na sociedade.

De acordo com Rocha (2011), cabe também ao EER monitorizar a implementação e os resultados dos programas de redução do risco e da otimização e/ou reeducação funcional da pessoa, avaliando e introduzindo no processo de prestação de cuidados os ajustamentos necessários, com o objetivo de promover práticas com eficiência e eficácia, ao nível da pessoa, família e instituição. Porém, pudemos constatar que apesar das competências do EER darem visibilidade à monitorização da implementação e dos resultados dos programas de redução do risco e da otimização e/ou reeducação funcional da pessoa, nenhum dos grupos de enfermeiros valorizou a monitorização da implementação e dos resultados dos programas de intervenção do EER. Embora tenham referido que, desde que existe a intervenção do EER, se denotam melhorias das capacidades funcionais da pessoa, nomeadamente motoras e respiratórias, bem como a manutenção das mesmas e prevenção de agravamentos e complicações.

No que concerne à subcategoria *Seleciona e Prescreve o Uso de Produtos de Apoio*, esta foi mencionada por cinco ECG e um EER, conforme as seguintes unidades de análise:

“ (...) seleciona e institui o uso de produtos de apoio para o treino das AVD's, como os talheres adaptados (...). ” (G6)

“ Utiliza produtos de apoio para promover o autocuidado nas AVD's, como as colheres adaptadas, os rebordos do prato, copos adaptados, etc.” (G9)

“ (...) seleciona e indica o uso de dispositivos auxiliares de marcha, para as transferências (...). ” (G11)

“ (...) selecionamos e prescrevemos o uso de produtos de apoio, como os talheres adaptados, rebordos de prato, etc. para promover a autonomia na realização das AVD's. ” (R2)

Relativamente à seleção e prescrição de produtos de apoio, é de salientar que apenas um dos EER realça que, no âmbito das suas intervenções, seleciona e prescreve produtos de apoio, para promover a autonomia da pessoa na realização das AVD's, nomeadamente a nível da alimentação, higiene e transferências. Tal como defende a APER (2011), o EER, no âmbito das suas intervenções, utiliza técnicas específicas de reabilitação e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação), com o intuito de maximizar a funcionalidade e autonomia da pessoa.

Quanto à subcategoria *Realiza Treinos de AVD's com Produtos de Apoio*, esta foi mencionada por ambos EER e dez ECG, como podemos verificar nas seguintes unidades de análise:

“ (...) realiza treino das AVD's, procura que seja o próprio doente (...) a vestir-se, lavar-se sozinho (...). ” (G3 , G12)

“ (...) realiza o treino de AVD's utilizando produtos de apoio. ” (G6)

“ (...) utiliza material de apoio, como os talheres adaptados para a alimentação, seleciona o dispositivo auxiliar de marcha mais adequado, o uso do cinto de transferência, do disco giratório para as transferências. ” (G8)

“ (...) realiza o treino das AVD's, utilizando o material de apoio, como o disco giratório e o cinto de transferência (...). ” (G9)

“ (...) ensinamos-lhe estratégias e técnicas (...) com uso de produtos de apoio, se necessário, para que consiga vestir-se, despir-se, autoalimentar-se, saber andar numa cadeira de rodas ou com um andarilho, transferir-se sozinho (...). ” (R1)

“ (...) promover uma autonomia na marcha, através do treino de marcha, o ensino, instrução e treino do uso do dispositivo auxiliar de marcha mais adequado (...). ” (R2)

O treino de AVD's é de facto destacado pela maioria dos enfermeiros (12), com recurso ao uso de produtos de apoio, se necessário. O EER realiza o treino de AVD's visando promover a capacidade funcional e a máxima autonomia da pessoa para

desempenhar as suas AVD's, promovendo a sua reintegração no domicílio. Assim, como definido pelo regulamento das competências específicas do EER, (Regulamento nº125/2011, 2011), o EER elabora e implementa programas de treino de AVD's, com o objetivo de promover a adaptação às limitações da mobilidade e a maximização da autonomia e da qualidade de vida da pessoa. Também Faro (2006), refere que o EER procura partilhar com a pessoa e o prestador de cuidados, a busca pela autonomia e qualidade no desempenho das suas AVD's, para que possam viver com o mínimo de dependência possível e com dignidade.

Verificamos ainda, que ambos EER e três ECG mencionaram que o EER *Capacita o Prestador de Cuidados*, como demonstram as seguintes unidades de análise:

“ (...) realiza ensinamentos ao prestador de cuidados (...) acho que a enfermeira de reabilitação tem uma visão diferenciada da nossa, pelo facto de pensar na adaptação do domicílio (...) e realizar os ensinamentos à pessoa e prestador de cuidados adequados às condições do domicílio (...).” (G9)

“ (...) realiza os ensinamentos ao prestador de cuidados atendendo às condições do domicílio (...) capacitando-o para receber o seu familiar em casa (...).” (G11)

“ (...) A intervenção do enfermeiro de reabilitação direcciona-se muito para os ensinamentos, permitindo que (...) a família também saia capacitada para cuidar do utente no domicílio (...).” (G12)

“ (...) temos uma intervenção muito importante junto da família, em termos de ensinamentos, de capacitar a família para receber, (...) o seu familiar em casa com todas as condições que são necessárias. ” (R1)

“ (...) temos um papel importante na capacitação do cuidador, (...) propomos o uso de dispositivos de apoio, fornecemos estratégias para facilitar a prestação dos autocuidados ao utente (...).” (R2)

Considerando as opiniões dos enfermeiros, o EER intervém na educação do prestador de cuidados, visando desenvolver a sua capacidade e autonomia para prestar cuidados à pessoa com limitações e alteração da funcionalidade, procurando preparar e proporcionar a reintegração da pessoa ao seio familiar e ao domicílio. Estas opiniões, vêm reforçar e dar visibilidade ao preconizado pela O.E. (2010a), que defende que o EER se

dirige essencialmente à manutenção, adaptação ou recuperação funcional da pessoa e ao treino do prestador de cuidados, com o objetivo de preparar o seu regresso a casa.

No que concerne à categoria, *Centrada na Promoção da Inclusão da Pessoa na Comunidade*, emergiu a subcategoria: *Identifica e Orienta para a Eliminação das Barreiras Arquitetónicas*. Esta foi mencionada por três dos ECG e ambos EER:

“ (...) faz a avaliação do domicílio para adequar as intervenções e os ensinamentos ao utente às condições do seu domicílio e ajudar a família na eliminação das barreiras arquitetónicas, facilitando a reinserção do utente no domicílio (...). ” (G7)

“ (...) promove (...) a integração no domicílio, sensibiliza e orienta a família e a comunidade para a deteção, eliminação e superação de barreiras arquitetónicas.” (G8)

“ (...) a enfermeira de reabilitação tem uma visão diferenciada da nossa, pelo facto de pensar na adaptação do domicílio, faz visitas domiciliárias para orientar e ajudar a família na adaptação do domicílio (...).” (G9)

“ (...) temos um papel muito importante em ajudar, orientar a família na eliminação, superação das barreiras arquitetónicas, para proporcionar a reintegração do doente no domicílio.” (R1)

“ (...) orientamos a família e fornecemos estratégias para a adaptação do domicílio. (...) propomos alterações das barreiras arquitetónicas ou ajustes do domicílio, que facilitam a reintegração do utente na comunidade, por vezes realizamos visitas domiciliárias para ajudar a família na adaptação do domicílio.” (R2)

Conforme a tabela síntese nº 2, verificamos que cinco enfermeiros realçam que o foco da intervenção do EER na prestação de cuidados especializados é centrada na promoção da inclusão da pessoa na comunidade, porque identifica e orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas. Os cinco enfermeiros consideram, que o EER identifica as barreiras arquitetónicas, planeia e propõe estratégias para a eliminação das mesmas, sendo que também realiza visitas ao domicílio para efetuar a avaliação habitacional e assim orientar e ajudar a pessoa e família na superação das mesmas. Estas opiniões encontram-se, mais uma vez, em consonância com o regulamento das competências específicas do EER (Regulamento nº125/2011, 2011), que define que o EER identifica barreiras arquitetónicas e orienta para a eliminação das mesmas no contexto de vida da pessoa.



De acordo com Nuno et al. (2008), cabe também ao EER manter-se informado e atualizado sobre os recursos existentes na comunidade que possam prestar apoio à pessoa com deficiência/incapacidade e mantê-los informados sobre os mesmos, facilitando assim a reintegração da pessoa na sociedade. Apesar de considerarmos que estas são intervenções importantes para a promoção da qualidade de vida da pessoa e para sua participação na sociedade, as mesmas não foram identificadas pelos enfermeiros, que valorizam fundamentalmente a adaptação e reintegração da pessoa ao seu domicílio.

As opiniões dos enfermeiros são unânimes, como tal, pudemos verificar ainda que a intervenção do EER no âmbito da ULDM, visa prevenir complicações e evitar/minimizar incapacidades; maximizar ou manter a funcionalidade e a autonomia da pessoa e prestador de cuidados, dirigindo-se à avaliação da capacidade funcional da pessoa, nomeadamente para a realização das AVD's, ao diagnóstico das limitações e incapacidades funcionais da pessoa, e essencialmente à recuperação, adaptação ou manutenção das capacidades funcionais da pessoa e à capacitação do prestador de cuidados, bem como a orientação para a superação de eventuais barreiras arquitetónicas. Assim sendo, o EER concebe e implementa programas de reabilitação, nomeadamente ao nível da manutenção/recuperação das capacidades funcionais motoras, respiratórias e da reeducação vesical e fecal; promove a máxima autonomia da pessoa no desempenho das suas AVD's; seleciona e prescreve o uso de ajudas técnicas, nomeadamente para o desempenho das AVD's: Alimentar-se, transferir-se, posicionar-se e para a marcha; capacita o prestador de cuidados; identifica as barreiras arquitetónicas e elabora propostas de eliminação das mesmas, realizam visitas domiciliárias para ajudar e orientar a família, se assim o desejarem, promovendo e facilitando a reintegração da pessoa no domicílio.

Estas opiniões vão de encontro ao preconizado pela O.E. (2010a), que define que o EER no âmbito dos cuidados continuados integrados, avalia e identifica os problemas e potenciais problemas, e diagnostica as limitações e incapacidades funcionais da pessoa com alterações do foro neurológico, respiratório e/ou ortotraumatológico, identifica e elabora propostas de eliminação de barreiras arquitetónicas, facilitando a readaptação e reintegração da pessoa no ambiente familiar e no domicílio. Assim como, Andrade (2010), Leite e Faro (2005), Nuno et al. (2008) e o regulamento das competências específicas do EER (Regulamento nº125/2011, 2011), que mencionam que o EER tem um papel fundamental na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico precoce de limitações e

incapacidades funcionais da pessoa, com a finalidade de determinar as suas potencialidades e incapacidades para o autocuidado, na satisfação das AVD's; na conceção e implementação de planos de intervenção de reabilitação, que norteiam a sua intervenção para a assistência à pessoa com défice ou incapacidade funcional, pelo que realiza programas de treino de AVD's para o binómio pessoa/cuidador, incluindo assim o prestador de cuidados no processo de reabilitação da pessoa; visando a prevenção de complicações e a instalação de incapacidades, a manutenção ou a promoção da reeducação das capacidades funcionais da pessoa e a sua máxima independência na realização das AVD's, com a finalidade de manter níveis saudáveis de vida e a reintegração na sociedade.

Como podemos conferir na tabela síntese nº2, é visível que as opiniões dos enfermeiros (14) destacam a intervenção do EER, fundamentalmente, na conceção e implementação de planos de intervenção para otimizar e ou reeducar a funcionalidade da pessoa, e no treino de AVD's (12 enfermeiros), dando também alguma relevância à seleção e prescrição de produtos de apoio, bem como à capacitação do prestador de cuidados e orientação para a eliminação das barreiras arquitetónicas.

**Em Síntese:** No que respeita a esta temática, os enfermeiros consideram que o foco da intervenção do EER na prestação de cuidados especializados é centrada: na Avaliação da Funcionalidade e no Diagnóstico de Alterações; na Conceção, Implementação/Execução de Planos de Intervenção e na Promoção da Inclusão da Pessoa na Comunidade. É centrada na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico de alterações, porque avalia a capacidade funcional da pessoa para desempenhar as suas AVD's e diagnostica limitações e incapacidades funcionais da pessoa. É centrada na conceção, implementação/execução de planos de intervenção, nomeadamente porque concebe e implementa/executa planos de intervenção para a redução do risco de alteração da funcionalidade; para otimizar e ou reeducar a funcionalidade da pessoa (tendo esta sido destacada por todos os enfermeiros); porque seleciona e prescreve produtos de apoio; realiza treinos de AVD's, com o uso de produtos de apoio, sempre que necessário e capacita o prestador de cuidados, promovendo a maximização da autonomia da pessoa. É centrada na promoção da inclusão da pessoa na comunidade, porque identifica e orienta a pessoa/ prestador de cuidados para a eliminação das barreiras arquitetónicas.

**Tabela Síntese nº2: Foco da Intervenção do ERR na Prestação de Cuidados Especializados**

	<b>Enfermeiro de Cuidados Gerais</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>	<b>G6</b>	<b>G7</b>	<b>G8</b>	<b>G9</b>	<b>G10</b>	<b>G11</b>	<b>G12</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>
<b>Centrada na Avaliação da Funcionalidade e no Diagnóstico de Alterações</b>	Diagnostica limitações e incapacidades funcionais (DLIF)	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	X	X
	Avalia a capacidade funcional para a realização das AVD's (ACFRAVD'S)	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	X	X
<b>Centrada na Conceção, Implementação/ Execução de Planos de Intervenção</b>	Concebe e Implementa/Executa planos de intervenção para a redução do risco de alteração da funcionalidade da pessoa (CIPIRRAFP)	-	-	-	X	-	-	X	X	-	-	X	X	X	X
	Concebe e Implementa/Executa planos de intervenção para otimizar e ou reeducar a funcionalidade da pessoa (CIPIORFP)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Seleciona e prescreve o uso de produtos de apoio (SPPA)	-	-	-	-	-	X	X	X	X	-	X	-	-	X
	Realiza treinos de AVD's com produtos de apoio (RTAVD'sPA)	X	-	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	X	X
	Capacita o prestador de cuidados (CPC)	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	X	X	X
<b>Centrada na Promoção da Inclusão da Pessoa na Comunidade</b>	Identifica e orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas (IOEBA)	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	X	X

### *1.3. Contributos da Intervenção do EER para a Obtenção de Ganhos em Saúde*

No que respeita a esta temática, ao abordarmos as opiniões dos ECG e dos EER sobre quais os contributos da intervenção do EER numa ULDM, emergiram várias opiniões que agrupamos em cinco categorias: *Relacionados com a Satisfação do Cliente*, *Relacionados com a Promoção do Bem-estar e Autocuidado*, *Relacionados com a Prevenção de Complicações*, *Relacionados com a Promoção da Saúde*, *Relacionados com a Reeducação e Readaptação Funcional*.

Da categoria *Relacionados com a Satisfação do Cliente*, emergiu a subcategoria: *Respeita a Autonomia da Pessoa no Processo de Reabilitação*, como podemos conferir na tabela síntese nº 3. Esta subcategoria foi narrada por quatro ECG e ambos EER, como demonstram os extratos de análise que se seguem:

“(…) mantém o estímulo da independência para com o doente (…).” (G3)

“(…) tem sempre em atenção a manutenção da autonomia da pessoa (…).” (G9)

“(…) o enfermeiro de reabilitação tem sempre em atenção a autonomia do utente (…) tenta sempre que (…) lave as partes do corpo que consegue, etc.” (G11)

“(…) nós durante uma higiene, somos capazes de estimular a pessoa para o autocuidado, capacitamos a pessoa para a sua máxima independência (…).” (R1)

“(…) o capacitar a pessoa para autonomia nas AVD’s, mesmo que nem inicie nem termine uma atividade, mas que auxilia de alguma forma execução das AVD’s (…).” (R2)

Os enfermeiros são da opinião que a intervenção do EER contribui para a obtenção de ganhos em saúde relacionados com a satisfação do cliente, através do respeito pela autonomia da pessoa no processo de reabilitação. Pois mencionam que o EER visa sempre promover e respeitar a autonomia da pessoa no seu processo de reabilitação, e por mais mínima que seja a sua capacidade funcional, procura não a perder, tentando resgata-la ao máximo, dentro das suas possibilidades. Esta ideia vai de encontro a Cordeiro, Marques e Martins (2006), que mencionam que a pessoa pode alcançar a autonomia independentemente do seu grau de dependência. Referem, também, que a autonomia é a capacidade que a pessoa detém para redigir as suas próprias regras e normas, para identificar e gerir as suas capacidades e os seus próprios recursos, relativamente às suas

limitações. Apesar da sua deficiência ou incapacidade, é sempre possível ajudar a pessoa a percorrer o seu percurso de vida, no desenvolvimento do seu processo de reabilitação.

Relativamente à categoria *Relacionados com a Promoção do Bem-estar e Autocuidado*, sobressaíram duas subcategorias: *Otimiza e ou Reeduca a Funcionalidade da Pessoa*; *Ensina, Instrui e Treina a Pessoa para a Promoção do Autocuidado*.

Mais de metade dos entrevistados, nove ECG e os dois EER, realçaram que o EER contribui para a obtenção de ganhos em saúde na promoção do bem-estar e autocuidado, porque *Otimiza e ou Reeduca a Funcionalidade da Pessoa*:

“ (...) consegue realmente promover a manutenção das amplitudes articulares (...) através da realização das mobilizações musculó-articulares.” (G2)

“ (...) realiza a cinesioterapia respiratória (...) para a melhoria do padrão respiratório dos doentes, a prevenção de infeções respiratórias (...).” (G3)

“ (...) realiza (...) o treino de marcha, o treino das AVD's (...) para a manutenção e recuperação das capacidades motoras da pessoa.” (G4)

“ (...) intervém na reeducação vesical, (...) realiza treinos vesicais para promover a continência (...).” (G9)

“ (...) realiza os exercícios musculó-articulares para a manutenção e recuperação das amplitudes articulares (...).” (G12)

“ (...) o nosso contributo é essencial na manutenção da função respiratória, através da cinesioterapia respiratória, da higiene brônquica, da aspiração de secreções (...).” (R1)

“ (...) promovemos a reeducação vesical, (...) planeamos e implementamos programas de reeducação vesical; (...) a recuperação e manutenção das AVD's da pessoa, nomeadamente o comer/beber e vestir o tronco superior, (...) ter capacidade para se transferir ou colaborar na transferência, na marcha, nem que seja por 5 metros com apoio bilateral..” (R2)

Do discurso dos enfermeiros, também nove ECG e ambos EER realçaram que o EER contribui para a obtenção de ganhos em saúde na promoção do bem-estar e autocuidado, porque *Ensina, Instrui e Treina a Pessoa para a Promoção do Autocuidado*:

“ (...) Incentiva o doente à realização dos autocuidados, ensina, instrui e treina para os autocuidados (...).” (G5)

“ Ensina, instrui e treina a pessoa sobre técnicas específicas para a marcha, para a promoção dos autocuidados: alimentar-se, vestir-se, transferir-se (...).” (G6)

“ (...) um Sr. (...) com uma hemiparésia do membro superior direito, ensina-o a comer com a mão esquerda, (...) procura sempre promover o autocuidado.” (G8)

“ Utiliza produtos de apoio para promover o autocuidado nas AVD’s (...).” (G9)

“ (...) ensina, instrui e treina a pessoa sobre estratégias adaptativas para os autocuidados: alimentar-se, transferir-se, tomar banho, vestir-se, usar o sanitário.” (G12)

“ (...) capacitamos a pessoa para a sua máxima independência, realizamos o ensino, instrução e treino para os autocuidados (...).” (R1)

“ Realizamos (...) o ensino, instrução e treino dos utentes para o desempenho das AVD’s (...).” (R2)

De facto, como referem Tomey e Alligood (2004), Orem define que quando perante a pessoa com défice do autocuidado, compete ao enfermeiro providenciar a ajuda necessária para a satisfação dos autocuidados da pessoa, atendendo às suas limitações e incapacidades, para planear e implementar intervenções que ajudem a pessoa suprir essas limitações no desempenho dos autocuidados, promovendo assim a recuperação e/ou manutenção das suas capacidades funcionais para o autocuidado. Como referem Leite e Faro (2005), o autocuidado é a prática de atividades, que são iniciadas e executadas pela pessoa, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Podemos assim, verificar que as opiniões dos enfermeiros vão de encontro às dos autores mencionados.

Quanto à categoria ***Relacionados com a Prevenção de Complicações***, emergiu a subcategoria: *Intervém na Redução do Risco de Alteração da Funcionalidade da Pessoa*. Esta foi destacada por dez ECG e ambos EER:

“ A colega de reabilitação realiza a cinesioterapia respiratória (...) para a prevenção de infeções respiratórias (...).” (G3)

“ (...) realiza as mobilizações musculares passivas, para prevenir a espasticidade (...).” (G4)

“ (...) realiza a cinesioterapia respiratória, (...) nota-se que (...) fazem menos antibióticos, há menos infeções respiratórias, conseguem expelir muito melhor as secreções.” (G5)

“ (...) implementa intervenções para a prevenção da rigidez articular e da instalação da espasticidade, para a prevenção de infeções respiratórias (...).” (G7)

“ (...) a prevenção da espasticidade através do posicionamento anti-espástico; a prevenção de rigidez articular, através das mobilizações musculó-articulares (...).” (G8)

“ (...) intervém na prevenção de anquiloses, da rigidez articular, da espasticidade; prevenção de infeções respiratórias (...).” (G12)

“ (...) intervimos mais na manutenção da função respiratória e motora, na prevenção das infeções respiratórias, através da cinesioterapia respiratória, prevenção das anquiloses, através das mobilizações musculó-articulares passivas (...).” (R1)

“ Intervimos na (...) prevenção de anquiloses, da espasticidade, na manutenção das amplitudes articulares, (...),no que respeita à prevenção das sequelas da imobilidade, prevenção da espasticidade.” (R2)

No que respeita à categoria ***Relacionados com a Promoção da Saúde***, foi identificada a subcategoria: *Identifica e Elimina Barreiras Arquitetónicas*, que foi pronunciada por cinco enfermeiros, três ECG e os dois EER, conforme as unidades de análise que se seguem:

“ (...) o enfermeiro de reabilitação faz a avaliação do domicílio para (...) ajudar a família na eliminação das barreiras arquitetónicas (...).” (G7)

“ (...) o enfermeiro de reabilitação (...) promove a deteção, eliminação e superação de barreiras arquitetónicas.” (G8)

“ (...) faz visitas domiciliárias para orientar e ajudar a família na adaptação do domicílio (...).” (G9)

“ (...) temos um papel muito importante em ajudar, orientar a família na eliminação, superação das barreiras arquitetónicas (...).” (R1)

“ (...) identificamos e propomos alterações das barreiras arquitetónicas ou ajustes do domicílio (...).” (R2)

Das opiniões dos enfermeiros, relativamente à categoria ***Relacionados com a Reeducação e Readaptação Funcional***, emergiram três subcategorias: *Promove a Maximização das Capacidades Funcionais e Adaptativas da Pessoa, Envolve a Pessoa e o Cuidador no Processo de Cuidados e Planeamento da Alta, Promove a Readaptação e Reintegração da Pessoa no Domicílio*, conforme podemos conferir na tabela síntese nº3.

Salientamos que, dos dois grupos de enfermeiros entrevistados, todos mencionaram que o EER contribui para a obtenção de ganhos em saúde na reeducação e readaptação funcional, porque *Promove a Maximização das Capacidades Funcionais e Adaptativas da Pessoa*:

“ (...) nota-se (...) a manutenção das capacidades motoras (...) temos grandes ganhos na recuperação efetiva do andar (...).” (G1)

“ Nota-se (...) uma melhoria a nível do foro motor e respiratório dos nossos doentes (...).” (G5)

“ (...) a enfermeira de reabilitação intervém a nível da manutenção/ recuperação do foro motor, realizando (...) o treino de marcha (...); do foro respiratório, realizando a cinesioterapia respiratória (...).” (G6)

“ (...) promove a aprendizagem de novas funções na pessoa, por exemplo um senhor (...) com uma hemiparésia do membro superior direito, ensina-o a comer com a mão esquerda.” (G8)

“ (...) promoção da autoalimentação, da participação dos doentes no autocuidado, no lavar-se, no arranjar-se e também no estabelecimento de padrões de eliminação vesical e intestinal regulares, acho que tem-se notado ganhos muito significativos nesse aspeto (...).” (G10)

“ (...) a reeducação vesical e intestinal, através da instituição dos treinos intestinais (...), temos utentes que neste momento já estão continentos (...).” (G11)

“ (...) intervimos na recuperação da funcionalidade da deglutição, planeamos e instituímos treinos de deglutição (...), temos doentes quem vêm com sonda nasogástrica e que sem daqui a comer via oral (...); na reeducação respiratória, através da cinesioterapia respiratória, já tivemos doentes traqueostomizados que (...) saíram daqui sem traqueostomia (...).” (R1)

“ (...) promover uma autonomia na marcha, através do treino de marcha, o ensino, instrução e treino do uso do dispositivo auxiliar de marcha mais adequado. (...) prescrevemos o uso de produtos de apoio (...), para promover a autonomia na realização das AVD's.” (R2)

Tal como os enfermeiros, consideramos fundamental que o EER incentive a pessoa para a maximização das suas potencialidades. De facto, em situação de doença crónica incapacitante ou situação de dependência funcional, para além da situação da



doença/dependência, permanece a possibilidade de desempenharmos as nossas AVD's e o nosso papel na sociedade, mesmo que tenha que ser de uma forma adaptada.

Dos enfermeiros entrevistados, cinco ECG e dois EER referiram também, que o EER contribui para a obtenção de ganhos em saúde na reeducação e readaptação funcional, porque *Envolve a Pessoa e o Cuidador no Processo de Cuidados e Planeamento da Alta*:

“ (...) o enfermeiro de reabilitação tem um papel primordial na preparação da alta (...), procura estimular e motivar a pessoa (...) para que seja capaz de realizar as suas AVD's, (...) promove a preparação para a alta e a integração no domicílio (...).” (G8)

“ (...) o enfermeiro de reabilitação procura incluir a família no processo de intervenção do doente, ensina, instrui e treina o prestador de cuidados para os autocuidados, capacitando-o para receber o seu familiar em casa.” (G11)

“ (...) na educação dos utentes e pessoas significativas no planeamento da alta (...).” (G12)

“ (...) temos uma intervenção muito importante junto da família, em termos de ensinamentos, no capacitar a família para receber (...) o seu familiar em casa (...), ensinamos ao prestador de cuidados (...) tudo o que está relacionado com as AVD's (...).” (R1)

“ (...) temos um papel importante na capacitação do cuidador, (...) propomos o uso de dispositivos de apoio, fornecemos estratégias para facilitar a prestação dos autocuidados à pessoa, (...) e a reintegração da pessoa no domicílio.” (R2)

O envolvimento do cuidador no planeamento da alta, tem como objetivo capacitar a pessoa e o prestador de cuidados para a prestação de cuidados à pessoa com necessidades específicas, zelando pela autonomia da pessoa, dentro das suas possibilidades, motivando-a no seu processo de reabilitação, com o intuito de preparar a sua reintegração ao domicílio e a integração do cuidador face à pessoa com necessidades especiais. Esta ideia é coincidente com as opiniões dos enfermeiros, que vão de encontro ao regulamento das competências específicas do EER (Regulamento nº 125/2011, 2011), que define que o EER intervém na educação da pessoa e do prestador de cuidados no planeamento da alta, promovendo a reintegração da pessoa à família e ao domicílio.

Verificamos ainda, que quatro ECG e ambos EER mencionaram que o EER contribui para a obtenção de ganhos em saúde na reeducação e readaptação funcional, porque *Promove a Readaptação e Reintegração da Pessoa no Domicílio*:

“ (...) o enfermeiro de reabilitação faz a avaliação do domicílio para adequar as intervenções e os ensinamentos ao utente às condições do seu domicílio e ajudar a família na eliminação das barreiras arquitetónicas, facilitando a reinserção do utente no domicílio (...).” (G7)

“ (...) promove (...) a integração no domicílio, sensibiliza e orienta a família e a comunidade para a deteção, eliminação e superação de barreiras arquitetónicas (...).” (G8)

“ (...) faz visitas domiciliárias para orientar e ajudar a família na adaptação do domicílio (...), para adequar a casa às necessidades do utente, para a eliminação ou superação das barreiras arquitetónicas (...).” (G9)

“ (...) temos um papel muito importante em ajudar, orientar a família na eliminação, superação das barreiras arquitetónicas, para proporcionar a reintegração do doente no domicílio (...).” (R1)

“ (...) identificamos e propomos alterações das barreiras arquitetónicas ou ajustes do domicílio, (...) realizamos visitas domiciliárias para ajudar a família na adaptação do domicílio (...).” (R2)

Desta forma, constatamos que as opiniões dos enfermeiros são, mais uma vez, coincidentes com o referido pela O.E. (2010a), que entende que o autocuidado e o prestador de cuidados são dos focos de atenção da prática de enfermagem que melhor representam o contributo que esta pode fornecer para a promoção da autonomia e a recuperação funcional da pessoa. Salientando, que o EER se dirige essencialmente à promoção da saúde, à prevenção de complicações/incapacidades, à recuperação/ adaptação ou manutenção funcional da pessoa, maximizando a sua independência nas AVD's; à capacitação do prestador de cuidados, promovendo a reintegração da pessoa no ambiente familiar e domiciliário, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde significativos, essenciais nas ULDM.

As opiniões dos enfermeiros convergem ainda com Andrade (2010), APER (2010; 2011), Mendes e Ribeiro (2007), que referem que a excelência da enfermagem de reabilitação traz ganhos em saúde na prevenção e redução do risco de complicações; na promoção do bem-estar e do autocuidado; na promoção da saúde; na reeducação e

readaptação das capacidades funcionais remanescentes da pessoa, diminuindo as incapacidades e desvantagens instaladas, promovendo a restauração das potencialidades pré-existentes da pessoa, a recuperação da independência e da autoestima, a capacitação da pessoa e prestador de cuidados/família para o autocuidado nas AVD's, habilitando a pessoa com necessidades especiais para uma melhor autonomia e reintegração familiar/social, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Conforme podemos verificar na tabela síntese nº3, as opiniões dos enfermeiros sobre os contributos do EER para a obtenção de ganhos em saúde, têm maior ênfase sobre a reeducação e readaptação funcional, nomeadamente na promoção da maximização das capacidades funcionais e adaptativas da pessoa, tendo sido realçada por todos os enfermeiros (14); sobre a prevenção de complicações, na intervenção na redução do risco de alteração da funcionalidade da pessoa (12 enfermeiros); e sobre a promoção do bem-estar e autocuidado, na otimização e reeducação da funcionalidade da pessoa e no ensino, instrução e treino da pessoa para a promoção do autocuidado (11 enfermeiros).

Verificamos, assim, que os enfermeiros salientam como principal contributo da intervenção do EER para a obtenção de ganhos em saúde, a *reeducação e readaptação funcional da pessoa*, na promoção e maximização das capacidades funcionais e adaptativas da pessoa.

Apesar da ênfase nos contributos anteriormente mencionados, metade dos enfermeiros (7) valorizaram, também, o envolvimento da pessoa e cuidador no processo de cuidados e planeamento da alta, para a reeducação e readaptação funcional da pessoa.

De facto, uma vez que a ULDM tem como objetivo maximizar o bem-estar, a qualidade de vida e a manutenção das aptidões da pessoa para as AVD's, proporcionando a estabilidade clínica, a prevenção e o retardamento da sua situação de dependência. Consideramos que a intervenção do EER contribui para obtenção de ganhos em saúde numa ULDM.

**Em Síntese:** Da análise de conteúdo das opiniões dos enfermeiros, pudemos identificar os contributos da intervenção do EER para a obtenção de ganhos em saúde numa ULDM, nomeadamente:

Relacionados com a satisfação do cliente, porque respeita a autonomia da pessoa;

Relacionados com a promoção do bem-estar e autocuidado, porque otimiza e ou reeduca a funcionalidade da pessoa, e ensina, instrui e treina a pessoa para a promoção do autocuidado;

Relacionados com a prevenção de complicações, porque intervém na redução do risco de alteração da funcionalidade da pessoa;

Relacionados com a promoção da saúde, porque identifica e elimina as barreiras arquitetónicas;

Relacionados com a reeducação e readaptação funcional, porque promove a maximização das capacidades funcionais e adaptativas da pessoa, envolve a pessoa e o cuidador no processo de cuidados e planeamento da alta, e promove a readaptação e reintegração da pessoa no domicílio.

**Tabela Síntese nº 3: Contributos da intervenção do EER para a Obtenção de Ganhos em Saúde**

	<b>Enfermeiro de Cuidados Gerais</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>	<b>G3</b>	<b>G4</b>	<b>G5</b>	<b>G6</b>	<b>G7</b>	<b>G8</b>	<b>G9</b>	<b>G10</b>	<b>G11</b>	<b>G12</b>	<b>R1</b>	<b>R2</b>
<b>Relacionados com a Satisfação do Cliente</b>	Respeita a autonomia da pessoa no processo de reabilitação (RAPPR)	-	-	X	-	-	-	-	X	X	-	X	-	X	X
<b>Relacionados com a Promoção do Bem-estar e Autocuidado</b>	Otimiza e ou reeduca a funcionalidade da pessoa (ORFP)	X	X	X	X	X	-	-	X	X	-	X	X	X	X
	Ensina, instrui e treina a pessoa para a promoção do autocuidado (E/I/TPPAC)	X	-	-	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Relacionados com a Prevenção de Complicações</b>	Intervém na redução do risco de alteração da funcionalidade da pessoa (IRRAFP)	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-	X	X	X	X
<b>Relacionados com a Promoção da Saúde</b>	Identifica e elimina barreiras arquitetónicas (IEBA)	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	X	X
<b>Relacionados com a Reeducação e Readaptação Funcional</b>	Promove a maximização das capacidades funcionais e adaptativas da pessoa (PMCFAP)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Envolve a pessoa e o cuidador no processo de cuidados e planeamento da alta (EPCPCPA)	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	X	X	X	X
	Promove a readaptação e reintegração da pessoa no domicílio (PRRPD)	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	X	X	X

## 2. Observação da Intervenção do EER: Uma Forma Complementar da Informação

No sentido de complementar as informações obtidas pelas entrevistas, realizamos a observação não participada da intervenção dos EER, com base numa grelha de observação.

Assim, procedemos à análise de conteúdo das notas de campo, das observações efetuadas a cada EER, tendo por base as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Da análise de conteúdo, foram definidas seis categorias: Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades; Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade; Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; Avalia os resultados das intervenções implementadas; Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida; Promove a mobilidade, acessibilidade e a participação social.

### *2.1. Avalia a Funcionalidade e Diagnostica Alterações que Determinam Limitações da Atividade e Incapacidades.*

Das observações realizadas à intervenção dos EER, relativamente a esta categoria, pudemos verificar que os EER avaliam o risco de alteração da funcionalidade, recolhem informação pertinente e utilizam escalas e instrumentos de medida, nomeadamente: a escala de avaliação da força muscular (council), da espasticidade (Ashworth), da deglutição (O'Neill), da realização das AVD's (Barthel), para avaliar as funções a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, cognitivo, da alimentação, da eliminação vesical e intestinal.

Observamos também, que os EER avaliam a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD's de forma independente; Fazem o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da realização das AVD's; Identificam as necessidades de intervenção para

otimizar e ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da realização das AVD's.

No entanto, pudemos observar que não se verifica a intervenção dos EER a nível da sexualidade. Isto, poderá ser explicado pelas características dos utentes da ULDM, que não facilitam esta abordagem, ou ainda pelo facto de ser uma área pouco explorada.

Verificamos também, que os EER não avaliam os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença ou incapacidade da pessoa. Bem como, verificamos que o EER R1 não avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível cognitivo.

**Em síntese:** Como podemos conferir nos quadros nº 6 e 7, das observações realizadas, verificamos que os EER, no exercício das suas funções, avaliam a funcionalidade e diagnosticam alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da realização das AVD's. Sendo que, o EER R1 não avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível cognitivo.

**Quadro nº 6: Avalia a Funcionalidade e Diagnostica Alterações que Determinam Limitações da Atividade e Incapacidades – EER1**

EER R1	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da eliminação e da alimentação.	Não a nível da sexualidade e cognitivo.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da eliminação e da alimentação.	Não a nível da sexualidade e cognitivo.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da eliminação e da alimentação.	Não a nível da sexualidade e cognitivo.
Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; da eliminação vesical e intestinal; sexualidade.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da eliminação e da alimentação.	Não a nível da sexualidade e cognitivo.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da eliminação e da alimentação.	Não a nível da sexualidade e cognitivo.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da eliminação e da alimentação.	Não a nível da sexualidade e cognitivo.
Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente.	Observado	_____	Observado	_____	Observado	_____
Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.	_____	Não observado.	_____	Não observado.	_____	Não observado.
Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade, eliminação, cognitivo.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade, eliminação, cognitivo.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade, eliminação, cognitivo.
Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade, eliminação, cognitivo.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade, eliminação, cognitivo.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, da alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade, eliminação, cognitivo.



**Quadro nº 7: Avalia a Funcionalidade e Diagnostica Alterações que Determinam Limitações da Atividade e Incapacidades – EER2**

EER R2	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação da eliminação e da sexualidade	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, cognitivo, da eliminação vesical e intestinal e da alimentação.	Não a nível da sexualidade.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, cognitivo, da eliminação vesical e intestinal e da alimentação.	Não a nível da sexualidade.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, sensorial, cognitivo, da eliminação vesical e intestinal e da alimentação.	Não a nível da sexualidade.
Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; da eliminação vesical e intestinal; sexualidade.	Sim as funções: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação vesical e intestinal.	Não a nível da sexualidade.	Sim as funções: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação vesical e intestinal.	Não a nível da sexualidade.	Sim as funções: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação vesical e intestinal.	Não a nível da sexualidade.
Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente.	Observado	_____	Observado	_____	Observado	_____
Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.	_____	Não observado.	_____	Não observado.	_____	Não observado.
Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.	Sim a nível motor, cognitivo, sensorial, cardiorrespiratório, eliminação e alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade.	Sim a nível motor, cognitivo, sensorial, cardiorrespiratório, eliminação e alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade.	Sim a nível motor, cognitivo, sensorial, cardiorrespiratório, eliminação e alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade.
Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.	Sim a nível motor, cognitivo, cardiorrespiratório, sensorial, da eliminação, alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade.	Sim a nível motor, cognitivo, cardiorrespiratório, sensorial, da eliminação, alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade.	Sim a nível motor, cognitivo, cardiorrespiratório, sensorial, da eliminação, alimentação e realização de AVD's.	Não a nível da sexualidade.

## *2.2. Concebe Planos de Intervenção com o Propósito de Promover Capacidades Adaptativas com Vista ao Autocontrolo e Autocuidado nos Processos de Transição Saúde/Doença e ou Incapacidade*

Quanto a esta categoria, pudemos conferir que os EER concebem planos, selecionam e prescrevem intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação vesical e fecal, nomeadamente: a prevenção de anquiloses, da rigidez articular, da espasticidade, de infeções respiratórias e da aspiração pulmonar, da obstipação e de infeções/retenção urinária.

Pudemos também conferir que os EER concebem planos, selecionam e prescrevem intervenções para otimizar e ou reeducar a funcionalidade, e elaboram programas de reeducação funcional: motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação. A nível motor e sensorial observamos nomeadamente: a manutenção das amplitudes articulares, prevenção da espasticidade, a estimulação sensorial, o treino de equilíbrio e higiene postural, o treino de marcha e o treino de AVD's; a nível respiratório: a cinesioterapia respiratória de drenagem de secreções e reeducação funcional respiratória, o ensino/ instrução e treino de técnicas de conservação de energia; a nível da alimentação: o treino de deglutição, a capacitação para o autocuidado comer/beber; a nível cognitivo a execução de exercícios de estimulação cognitiva; e a nível da eliminação, os treinos vesicais e intestinais. Pudemos observar que os EER investem pouco na área cognitiva, cingindo-se apenas a alguns exercícios de estimulação. Isto, poderá ser explicado pelo facto de esta área também ser trabalhada pelos terapeutas (da fala e ocupacional) e animadora sociocultural, da equipa multidisciplinar.

Verificamos ainda, que os EER selecionam e prescrevem produtos de apoio (dispositivos de apoio e de compensação), principalmente os dispositivos auxiliares para a marcha, transferências (como o disco giratório e o cinto de transferência) e para o autocuidado comer-beber (talheres adaptados, os rebordos de pratos, copo adaptado).

**Em síntese:** Tal como podemos confirmar nos quadros nº 8 e 9, pudemos conferir que os EER concebem planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade. Contudo, apuramos que o EER R1 não concebe planos dirigidos à otimização e/ou reeducação funcional a nível sensorial e da eliminação.

**Quadro nº 8: Concebe Planos de Intervenção com o Propósito de Promover Capacidades Adaptativas com Vista ao Autocontrolo e Autocuidado nos Processos de Transição Saúde/Doença e ou Incapacidade – EER1**

EER1	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Discute as práticas de risco com a pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório e alimentação.	Não a nível cognitivo, sensorial, da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório e alimentação.	Não a nível cognitivo, sensorial, da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório e alimentação.	Não a nível cognitivo, sensorial, da eliminação e da sexualidade.
Concebe planos, seleciona, discute as estratégias a implementar e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardiorrespiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.	Sim a nível da função motora, cognitiva, cardiorrespiratória e alimentação.	Não a nível cognitivo, sensorial, da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível da função motora, cognitiva, cardiorrespiratória e alimentação.	Não a nível cognitivo, sensorial, da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível da função motora, cognitiva, cardiorrespiratória e alimentação.	Não a nível cognitivo, sensorial, da eliminação e da sexualidade.
Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).	Sim, na marcha, alimentação e posicionamentos.	_____	Sim, na marcha, alimentação e posicionamentos.	_____	Sim, na marcha, alimentação e posicionamentos.	_____

**Quadro nº 9: Concebe Planos de Intervenção com o Propósito de Promover Capacidades Adaptativas com Vista ao Autocontrolo e Autocuidado nos Processos de Transição Saúde/Doença e ou Incapacidade – EER2**

EER R2	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Discute as práticas de risco com a pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e alimentação.	Não a nível da sexualidade.	Sim a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e alimentação.	Não a nível da sexualidade.	Sim a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da eliminação e alimentação.	Não a nível da sexualidade.
Concebe planos, seleciona, discute as estratégias a implementar e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardiorrespiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.	Sim a nível da função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação e eliminação.	Não observado a nível da sexualidade.	Sim a nível da função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação e eliminação.	Não observado a nível da sexualidade.	Sim a nível da função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação e eliminação.	Não observado a nível da sexualidade.
Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).	Sim nomeadamente o treino de AVD's para a correção postural.	_____	Sim nomeadamente o treino de AVD's para a correção postural.	_____	Sim nomeadamente o treino de AVD's para a correção postural.	_____

### *2.3. Implementa as Intervenções Planeadas com o Objetivo de Otimizar e ou Reeducar as Funções aos Níveis Motor, Sensorial, Cognitivo, Cardiorrespiratório, da Alimentação, da Eliminação e da Sexualidade*

Relativamente a esta categoria, pudemos observar que os EER implementam planos de intervenção para a redução do risco de alterações ao nível: motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação; Implementam programas de otimização e ou reeducação funcional: cardiorrespiratória, motora, sensorial, cognitiva, da alimentação e da eliminação (vesical e intestinal), nomeadamente: a execução de mobilizações musculó-articulares, exercícios de treino de equilíbrio, ensino/ instrução e treino de AVD's (Higiene, vestuário, alimentação, transferências e posicionamentos), ensino/ instrução e treino de marcha com o uso de dispositivos de apoio, posicionamentos em padrão anti-espástico, a cinesioterapia respiratória, o ensino/ instrução e treino de técnicas de conservação de energia na realização das AVD's, treinos de deglutição, treinos vesicais e intestinais. Contudo, na observação à intervenção do EER R1 não visualizamos a implementação de planos de intervenção para a redução do risco de alterações ou a implementação de programas de reeducação funcional a nível sensorial e da eliminação.

Verificamos também, que os EER realizam o ensino, instrução e treino de técnicas no âmbito dos programas de reabilitação definidos, com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade).

**Em síntese:** Como demonstram os quadros nº 10 e 11, verificamos nos três momentos de observação, que os EER implementam as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções a nível motor, cognitivo, cardiorrespiratório e da alimentação. Sendo que o EER R2 também implementa intervenções a nível da reeducação funcional sensorial e da eliminação.

**Quadro nº10: Implementa as Intervenções Planeadas com o Objetivo de Otimizar e ou Reeducação as Funções aos Níveis Motor, Sensorial, Cognitivo, Cardiorrespiratório, da Alimentação, da Eliminação e da Sexualidade – EER1**

EER R1	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Implementa planos de intervenção para redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, alimentação e cognitivo.	Não a nível sensorial, da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, alimentação e cognitivo.	Não a nível sensorial, da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível motor, cardiorrespiratório, alimentação e cognitivo.	Não a nível sensorial, da eliminação e da sexualidade.
Implementa programas de: reeducação funcional cardiorrespiratório; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).	Implementa programas de reeducação funcional: motora, cardiorrespiratória, alimentação e cognitivo.	Não Implementa programas de reeducação funcional: para a sexualidade, a eliminação e sensorial.	Implementa programas de reeducação funcional: motora, cardiorrespiratória, alimentação e cognitivo.	Não Implementa programas de reeducação funcional: para a sexualidade, a eliminação e sensorial.	Implementa programas de reeducação funcional: motora, cardiorrespiratória, alimentação e cognitivo.	Não Implementa programas de reeducação funcional: para a sexualidade, a eliminação e sensorial.
Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade).	Observado	_____	Observado	_____	Observado	_____

**Quadro nº11: Implementa as Intervenções Planeadas com o Objetivo de Otimizar e ou Reeducar as Funções aos Níveis Motor, Sensorial, Cognitivo, Cardiorrespiratório, da Alimentação, da Eliminação e da Sexualidade – EER2**

ERR2	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Implementa planos de intervenção para redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	Sim a nível motor, sensorial, da eliminação cardiorrespiratório, alimentação e cognitivo.	Não a nível da sexualidade.	Sim a nível motor, sensorial, da eliminação cardiorrespiratório, alimentação e cognitivo.	Não a nível da sexualidade.	Sim a nível motor, sensorial, da eliminação cardiorrespiratório, alimentação e cognitivo.	Não a nível da sexualidade.
Implementa programas de: reeducação funcional cardiorrespiratório; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).	Implementa programas de reeducação funcional: motora, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação, sensorial, e cognitivo.	Não Implementa programas de reeducação funcional: para a sexualidade.	Implementa programas de reeducação funcional: motora, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação, sensorial, e cognitivo.	Não Implementa programas de reeducação funcional: para a sexualidade.	Implementa programas de reeducação funcional: motora, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação, sensorial, e cognitivo.	Não Implementa programas de reeducação funcional: para a sexualidade.
Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade).	Observado	_____	Observado	_____	Observado	_____

#### *2.4. Avalia os Resultados das Intervenções Implementadas*

Nesta categoria, pudemos constatar no decorrer das observações que os EER não realizam a monitorização dos resultados das intervenções implementadas. Porém, ambos os EER referiram que têm conseguido ganhos visíveis a nível da capacitação do prestador de cuidados, da manutenção/reeducação respiratória e motora, nomeadamente na prevenção de complicações respiratórias, na manutenção das amplitudes articulares e na realização das AVD's (com maior ganho no autocuidado comer/beber). O EER2 reconhece ainda, ganhos a nível da eliminação vesical, nomeadamente, no que se refere à reeducação vesical contribuindo para diminuição dos dispositivos invasivos permanentes nos doentes.

**Em síntese:** Conforme podemos conferir nos quadros nº12 e 13, observamos que os EER não procedem à avaliação e monitorização dos resultados das intervenções implementadas. Porém, constatamos que, apesar dos EER não realizarem a monitorização da implementação e dos resultados dos programas de redução do risco, da otimização e reeducação funcional, os EER avaliam os resultados das suas intervenções implementadas, através da obtenção de ganhos na promoção da autonomia funcional e da capacitação da pessoa e do prestador de cuidados para a realização das AVD's.



**Quadro nº 12: Avalia os Resultados das Intervenções Implementadas – EER1**

EER R1	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino.	_____	Não Observado.	_____	Não Observado.	_____	Não Observado.
Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).	Sim: Capacitação, autonomia, e qualidade de vida a nível da pessoa, familiar e social.	_____	Sim: Capacitação, autonomia, e qualidade de vida a nível da pessoa, familiar e social.	_____	Sim: Capacitação, autonomia, e qualidade de vida a nível da pessoa, familiar e social.	_____

**Quadro nº 13: Avalia os Resultados das Intervenções Implementadas – EER2**

EER R2	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino.	_____	Não Observado.	_____	Não Observado.	_____	Não Observado.
Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).	Sim: Capacitação, autonomia, e qualidade de vida a nível da pessoa, familiar e social	_____	Sim: Capacitação, autonomia, e qualidade de vida a nível da pessoa, familiar e social.	_____	Sim: Capacitação, autonomia, e qualidade de vida a nível da pessoa, familiar e social	_____

### *2.5. Elabora e Implementa Programas de Treino de AVD's, Visando a Adaptação às Limitações da Mobilidade e à Maximização da Autonomia e da Qualidade de Vida*

No que respeita a esta categoria, das observações realizadas pudemos apurar que os EER ensinam à pessoa e ou cuidador, técnicas específicas de autocuidado. Assim como, realizam treinos específicos de AVD's, utilizando produtos de apoio, e ensinam e supervisionam a utilização de produtos de apoio (dispositivos de apoio e de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa. Observamos a realização de treinos de AVD's a nível da higiene, vestuário, alimentação, transferências e posicionamentos, com o uso de produtos de apoio, nomeadamente: o uso de talheres adaptados e do rebordo de prato para o autocuidado comer-beber, o uso do disco giratório para as transferências, o ensino, instrução e treino de marcha com dispositivo de apoio (andarilho, tripé).

No que concerne à intervenção do EER R1 não foi observado a realização de ensinamentos ao prestador de cuidados, assim como não foi observado a utilização de produtos de apoio no treino de AVD's, nem o ensino e supervisão da utilização destes.

**Em síntese:** Conforme apresentamos nos quadros nº 14 e 15, os EER elaboram e implementam programas de treino de AVD's, visando a adaptação da pessoa às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida da pessoa.

**Quadro nº 14: Elabora e Implementa Programas de Treino de AVD's, Visando a Adaptação às Limitações da Mobilidade e à Maximização da Autonomia e da Qualidade de Vida – EER1**

EER R1	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Ensina à pessoa e ou cuidador, técnicas específicas de auto cuidado.	Sim, à pessoa nomeadamente ao nível do treino de AVD's.	Não Observado ao cuidador	Sim, à pessoa nomeadamente ao nível do treino de AVD's.	_____	Sim, nomeadamente ao nível do treino de AVD's.	Não Observado ao cuidador.
Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).	Sim realiza treinos específicos de AVD's.	Não observado a utilização de produtos de apoio.	Sim realiza treinos específicos de AVD's.	Não observado a utilização de produtos de apoio.	Sim realiza treinos específicos de AVD's.	Não observado a utilização de produtos de apoio.
Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.	_____	Não Observado.	_____	Não Observado.	_____	Não Observado.

**Quadro nº 15: Elabora e Implementa Programas de Treino de AVD's, Visando a Adaptação às Limitações da Mobilidade e à Maximização da Autonomia e da Qualidade de Vida – EER2**

EER R2	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Ensina à pessoa e ou cuidador, técnicas específicas de auto cuidado.	Sim, à pessoa nomeadamente ao nível do treino de AVD's.	Não observado o ensino ao cuidador.	Sim, à pessoa e cuidador nomeadamente ao nível do treino de AVD's.	_____	Sim, à pessoa e cuidador nomeadamente ao nível do treino de AVD's.	_____
Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)	Sim nomeadamente na marcha, higiene e alimentação.	_____	Sim nomeadamente na marcha, higiene e alimentação.	_____	Sim nomeadamente na marcha, higiene e alimentação.	_____
Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.	Observado	_____	Observado	_____	Observado	_____

## *2.6. Promove a Mobilidade, Acessibilidade e a Participação Social*

Relativamente a esta categoria, logo na primeira observação pudemos verificar que o EER R2 averigua as condições do domicílio, junto da pessoa e família, para identificar a existência de barreiras arquitetónicas, nomeadamente: existência de tapetes, escadas, disposição da mobília do quarto, dimensões das portas de acesso restritas, e difícil acesso ao sanitário e/ou área de banho. Assim como, realiza propostas para a sua eliminação e presta apoio e orientação à família, para a eliminação e superação das mesmas. Porém, nas observações realizadas à intervenção do EER R1, não verificamos a identificação, nem a orientação para a eliminação de barreiras arquitetónicas, no contexto de vida da pessoa.

Além do apresentado nas observações efetuadas à intervenção dos EER, de acordo com as notas de campo e o que preconizávamos observar, salientamos também, que observamos que os EER sensibilizam e estimulam a equipa para o processo de reabilitação de cada pessoa, ensinam e transmitem conhecimentos da área da reabilitação e orientam a equipa nos cuidados de reabilitação de cada pessoa, atendendo às suas necessidades. Também pudemos observar, que os EER funcionam como elo de informação e de ligação entre todos os elementos da equipa. Isto, vai de encontro ao referido por Johnson (Hawkey & Williams, 2007), que o EER pelas suas competências especializadas e o seu contato próximo e sistemático com a pessoa, é encarado como o fio condutor para a comunicação entre todos os intervenientes e como o elemento capaz de ter maior perceção dos problemas e necessidades da pessoa. Também Pereira e Santos (2008), referem que o EER desenvolve um elo de ligação, um fio condutor entre a pessoa/família e a equipa de saúde, garantindo cuidados globais integrais e complementares.

**Em síntese:** Conforme apresentamos nos quadros nº 16 e 17, o ERR R2 identifica barreiras arquitetónicas e orienta para a eliminação das mesmas no contexto de vida da pessoa, promovendo assim a mobilidade, acessibilidade e reintegração da pessoa no domicílio, não tendo isto sido observado na intervenção do EER R1.

Pelo apresentado anteriormente, podemos conferir que os EER desempenham as suas funções de acordo com as competências definidas para o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

Depreendemos também, que as observações realizadas à intervenção dos EER vão de encontro aos resultados obtidos pelas entrevistas, verificando-se: que a importância da intervenção do EER é centrada na equipa de enfermagem, porque sensibiliza e estimula a equipa para processo reabilitação da pessoa, e ensina e transmite conhecimentos específicos de reabilitação; é centrada na pessoa, porque intervém no processo de manutenção/reabilitação da pessoa e promove a reintegração da pessoa no domicílio; e centrada no prestador de cuidados, porque inclui o prestador de cuidados no processo de reabilitação da pessoa. Também podemos verificar que o EER, na sua intervenção na prestação de cuidados especializados, avalia a funcionalidade e diagnostica alterações, concebe e implementa/executa planos de intervenção ao nível da função motora, cardiorrespiratória, sensorial, cognitiva, da alimentação e da eliminação, e promove a inclusão da pessoa na comunidade.

**Quadro nº 16: Promove a Mobilidade, Acessibilidade e a Participação Social – EER1**

EER R1	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Identifica barreiras arquitetónicas.	_____	Não Observado	_____	Não Observado	_____	Não Observado
Orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa.	_____	Não Observado	_____	Não Observado	_____	Não Observado

**Quadro nº 17: Promove a Mobilidade, Acessibilidade e a Participação Social – EER2**

EER R2	1ª Observação		2ª Observação		3ª Observação	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Identifica barreiras arquitetónicas.	Observado	_____	Observado	_____	_____	Observado
Orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa.	Observado	_____	Observado	_____	_____	Observado





## **CAPITULO 4 – SÍNTESE E CONCLUSÕES**



No âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa unidade de longa duração e manutenção, surgiu este trabalho cuja finalidade foi contribuir para a compreensão do processo de cuidados no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM.

Assim propusemo-nos, conhecer **as perceções dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM.**

A síntese e conclusões apresentadas tiveram em consideração as questões de investigação de partida, os objetivos definidos no início deste estudo e a análise dos resultados apresentados anteriormente.

Da análise das opiniões dos ECG e dos EER, relativamente à intervenção do EER e aos contributos da sua intervenção para a obtenção de ganhos em saúde numa ULDM, concluímos que as suas opiniões são coincidentes.

➤ Relativamente à **perceção dos enfermeiros sobre a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ULDM**, concluímos que todos os enfermeiros entrevistados consideram que a intervenção do EER numa ULDM é muito importante na equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados especializados:

➤ Na equipa multidisciplinar, porque o foco da intervenção do EER é centrada na equipa de enfermagem, na pessoa e no prestador de cuidados. Sendo que as opiniões dos enfermeiros realçam:

○ Primordialmente, o foco da intervenção centrada na pessoa, porque o EER intervém no processo de manutenção e reabilitação da pessoa. Também, porque dispõe de tempo para o processo de reabilitação da pessoa, promove a reintegração da pessoa no domicílio e ainda porque intervém na fase de agudização da pessoa.

○ Em segundo lugar, que a intervenção do ERR é centrada na equipa de enfermagem, pelo facto de considerarem que o EER sensibiliza e estimula a equipa para o processo de reabilitação da pessoa e ensina e transmite conhecimentos específicos de reabilitação à equipa.

○ Por último, a intervenção do EER é centrada no prestador de cuidados, porque consideram que o EER inclui o prestador de cuidados no processo de reabilitação da pessoa.

➤ Na prestação de cuidados especializados, porque se verifica que a intervenção do EER é centrada na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico de alterações, na conceção, implementação/execução de planos de intervenção e na promoção da inclusão da pessoa na comunidade.

○ Realçamos, que todos os enfermeiros destacam a intervenção do EER na conceção e implementação/execução de planos de intervenção, fundamentalmente porque concebe e implementa/executa planos de intervenção para otimizar e ou reeducar a funcionalidade da pessoa, e realiza treinos de AVD's com produtos de apoio, consoante as necessidades de cada pessoa. Ainda, porque concebe e implementa/executa planos de intervenção para a redução do risco de alteração da funcionalidade da pessoa, seleciona e prescreve o uso de produtos de apoio, e capacita o prestador de cuidados.

○ Em segundo lugar, os enfermeiros realçam que o EER intervém na promoção da inclusão da pessoa na comunidade, porque identifica e orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas.

○ Em terceiro lugar, os enfermeiros realçam que o EER intervém na avaliação da funcionalidade e no diagnóstico de alterações, porque diagnostica limitações e incapacidades funcionais, e avalia a capacidade funcional para a realização das AVD's.

✎ Relativamente aos **contributos da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para a obtenção de ganhos em saúde numa ULDM**, podemos concluir que todos os enfermeiros referiram que a intervenção do EER numa ULDM é muito importante, porque contribui para a obtenção de ganhos em saúde. Os contributos identificados pelos enfermeiros são:

➤ Contributos relacionados com a satisfação do cliente, a promoção do bem-estar e autocuidado, a prevenção de complicações, a promoção da saúde e reeducação e readaptação funcional.

○ O contributo mais destacado pelos enfermeiros foi a reeducação e readaptação funcional, porque consideram que o EER promove a maximização das capacidades funcionais e adaptativas da pessoa. Em seguida, porque envolve a

pessoa e o cuidador no processo de cuidados e planeamento da alta, e promove a readaptação e reintegração da pessoa no domicílio.

- Em segundo lugar, os enfermeiros destacam a prevenção de complicações, porque o EER intervém na redução do risco de alteração da funcionalidade da pessoa.
- Em terceiro lugar, identificam a obtenção de ganhos na promoção do bem-estar e autocuidado, porque otimiza e ou reeduca a funcionalidade da pessoa e ensina, instrui e treina a pessoa para a promoção do autocuidado.
- Em quarto lugar, os enfermeiros destacam a satisfação do cliente, porque respeita a autonomia no processo de reabilitação da pessoa.
- Com o menor número de opiniões, é identificado o contributo do EER na promoção da saúde, porque identifica e elimina barreiras arquitetónicas.

Deste modo, relativamente aos contributos da intervenção do EER para a obtenção de ganhos em saúde numa ULDM, salientamos que os enfermeiros identificam como principais contributos: a reeducação e readaptação funcional da pessoa, pela promoção e maximização das capacidades funcionais e adaptativas da pessoa e pelo envolvimento da pessoa e cuidador no processo de cuidados e planeamento da alta; a prevenção de complicações, pela intervenção na redução do risco de alteração de funcionalidade da pessoa; e a promoção do bem-estar e autocuidado, pela otimização e ou reeducação da funcionalidade da pessoa e pelo ensino, instrução e treino da pessoa para a promoção do autocuidado.

➤ No que respeita às **observações da intervenção do EER numa ULDM**, concluímos que os EER desempenham as suas funções de acordo com o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, sendo possível realçar que os EER:

⇒ Avaliam a funcionalidade e diagnosticam alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades da pessoa a nível motor, sensorial, cognitivo cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da realização das AVD's, mas verificamos que a intervenção dos EER não foi direcionada à avaliação da função da sexualidade nem à avaliação dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença ou incapacidade da pessoa.

⇒ Concebem e implementam planos de intervenção com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação e da eliminação, e promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade da pessoa. Porém nas observações realizadas, constatamos que um dos EER não concebeu nem implementou planos de intervenção para a redução do risco de alterações ou programas de reeducação funcional a nível sensorial e da eliminação. Também não nos foi possível observar a avaliação e monitorização dos resultados das intervenções implementadas pelos EER, no entanto os enfermeiros referiram nas entrevistas, que avaliam os resultados das suas intervenções implementadas através da obtenção de ganhos em saúde na promoção, capacitação da autonomia e da qualidade de vida da pessoa e do prestador de cuidados na realização das AVD's.

⇒ Elaboram e implementam programas de treino de AVD's, visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. Salientamos que na intervenção de um dos EER, não foi observado a realização de treinos de AVD's ao prestador de cuidados, nem a utilização de produtos de apoio na realização do treino de AVD's. Porém, este referiu na entrevista realizada, que efetua treinos de AVD's à pessoa e ao prestador de cuidados e treinos de AVD's com o uso de produtos de apoio, adequados às necessidades da pessoa.

⇒ Promovem a mobilidade, acessibilidade e a participação social, através da identificação das barreiras arquitetónicas e da elaboração de propostas e orientação da família para a eliminação das mesmas, promovendo a reintegração da pessoa no seu domicílio. No entanto, também não nos foi possível observar a identificação de barreiras arquitetónicas por parte de um dos EER, bem como a elaboração de propostas e orientação da família para a eliminação das mesmas, contudo estas ações foram referidas pelos dois EER, durante as entrevistas.

⇒ Para além das competências definidas pelo regulamento das competências específicas do EER, os EER também apresentam um papel importante junto da equipa de enfermagem. Na medida em que sensibilizam e estimulam a equipa para o processo de reabilitação de cada pessoa, ensinam e transmitem conhecimentos da área da reabilitação e orientam a equipa nos cuidados de reabilitação de cada pessoa, atendendo às suas necessidades, visando a promoção e ou manutenção da autonomia

da pessoa, e a continuidade do seu processo de reabilitação. Assim como, também desempenham um papel importante junto da equipa multidisciplinar, porque funcionam como elo de informação e de ligação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar.

➤ Concluimos ainda, que de facto a opção pela observação foi muito importante, porque veio confirmar alguns dos dados obtidos através das entrevistas, no que respeita à intervenção do EER. Sendo que se destaca:

⇒ O foco da intervenção do EER na equipa multidisciplinar, centrada na equipa de enfermagem, na pessoa e no prestador de cuidados.

- Centrada na equipa de enfermagem, porque ensina e transmite conhecimentos específicos de reabilitação e sensibiliza e estimula a equipa para o processo de reabilitação da pessoa.

- Centrada na pessoa, porque intervém no processo de manutenção/reabilitação da pessoa e promove a reintegração da pessoa no domicílio.

- Centrada no prestador de cuidados, porque inclui o prestador de cuidados no processo de reabilitação da pessoa.

⇒ O foco da intervenção do EER na prestação de cuidados especializados, porque avalia a funcionalidade e diagnostica alterações, concebe e implementa/executa planos de intervenção, e promove a inclusão da pessoa na comunidade.

➤ Concluimos também, que apesar da maioria dos ECG (com a exceção de dois elementos) não terem conhecimento sobre o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, todos os ECG conseguem, de forma indireta identificar as competências do EER, quando se pronunciam sobre a intervenção do EER.

Deste modo, o presente estudo aponta para a valorização da intervenção do EER numa ULDM, pelo qual, seria importante que todas as ULDM fossem dotadas de EER.

No desenrolar deste trabalho de investigação, foram identificadas algumas **limitações**, nomeadamente:

- Obtenção tardia do consentimento das instituições para a realização do estudo, o que fez com que a colheita de dados se iniciasse tardiamente;
- A amostra obtida do grupo dos EER ser composta apenas por dois elementos, que se deve ao facto de cada ULDM ter apenas um EER a exercer funções como especialista;
- Pouco tempo para o desenvolvimento do trabalho (6 meses).

Por tudo o que foi exposto e considerando que o trabalho não deve acabar sem que deixe algumas **sugestões para o futuro**, vamos apontar sugestões para a prática de cuidados, para a formação e para a investigação:

- Ao nível da prática de cuidados:

- Seria muito importante que a avaliação e monitorização dos resultados obtidos dos planos/programas de intervenção implementados pelos EER seja uma realidade, por forma a obtermos dados que permitam analisar a eficácia da sua intervenção e a visibilidade dos seus contributos na obtenção de ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação junto da pessoa, família, sociedade e na instituição.

- Seria muito importante que a execução dos registos da intervenção dos EER, na conceção e implementação dos planos/programas de intervenção de reabilitação, seja uma realidade, permitindo uma maior visibilidade dos resultados da sua intervenção.

- Seria fundamental fomentar a existência do EER em ULDM, e a tempo inteiro, para a promoção da continuidade do processo de reabilitação da pessoa, e para a contribuição da obtenção de ganhos em saúde, proporcionando uma maior visibilidade dos contributos dos cuidados de enfermagem de reabilitação numa ULDM.

- Ao nível da formação:

- Seria importante que as instituições de ensino sensibilizassem os EER para a importância da abordagem cognitiva e da sexualidade, sendo esta uma área ainda



pouco explorada e pouco conhecida pelos profissionais; e dos aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade da pessoa.

- Ao nível da investigação:

- A continuidade de estudos de investigação sobre a temática da intervenção do EER numa ULDM, com o objetivo de medir a obtenção de ganhos em saúde e proporcionar uma maior visibilidade dos contributos da enfermagem de reabilitação neste contexto.

Desta forma, consideramos ter atingido com sucesso os objetivos delineados para este estudo, a que nos propusemos alcançar inicialmente. E assim, contribuir para a visibilidade da enfermagem de reabilitação em contexto de ULDM no âmbito da RNCCI.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, L. T. (2010). Papel da Enfermagem na Reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Nov-Dez, 6, 1056-1060.

Associação Portuguesa do Enfermeiros de Reabilitação. (2010). Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016. In APER. Acedido em 21 de março de 2012 em [http://aper.com.pt/index\\_ficheiros/Page3675.htm](http://aper.com.pt/index_ficheiros/Page3675.htm)

Associação Portuguesa do Enfermeiros de Reabilitação. (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. In APER. Acedido em 21 de março de 2012 em <http://www.aper.com.pt/indexficheiros/Page312.htm>

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto editora.

Cordeiro, M. C., Marques, C. & Martins, M. (2006). “Acompanhar a pessoa no caminho da sua autonomia: O desafio da equipa multidisciplinar”. *Revista Acontece Enfermagem*, 12, 4-5.

Decreto-Lei nº247/09 de 22 de Setembro. (2009). Estabelece o Regime da Carreira de Enfermagem nas Entidades Públicas Empresariais e nas Parcerias em Saúde, bem como os Respectivos Requisitos de Habilitação Profissional e Percurso de Progressão Profissional e de Diferenciação Técnico-científica. Diário da República I série. Nº 184 (22-9-09), 6758-6761.

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I série-A. Nº 109 (1-6-06), 3856-3865.

Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I série-A. Nº 205 (4-9-96), 2959-2962.

Despacho nº 3020/2011. (2011). Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. Diário da República II série. Nº 30 (11-2-11), 7761-7762.

Duarte, T. (2009). A Possibilidade da Investigação a 3: Reflexões sobre Triangulação (Metodológica). In *Centro de Investigação e Estudos de Sociologia*. Acedido em 31 de Julho de 2012 em [http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60\\_Duarte\\_003.pdf](http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_003.pdf)

Faro, A. C. M. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (1), 128-133.

Fortin, M. f. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.

Hawkey, B. & Williams, J. (2007). *Role of the Rehabilitation Nurse*. London: Royal College of Nursing. Acedido em 10 de Novembro de 2012 em [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/111752/003178.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0017/111752/003178.pdf)

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar Novos Caminhos*. (1ª edição). Loures: Lusociência.

Hoemann, S. P. (2000). *Enfermagem em reabilitação: Aplicação e processo* (2ª edição). Loures: Lusociência.

Leite, V. B. E. & Faro, A. C. M. (2005). O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39, 92-96.

Mendes, L. M. D. & Ribeiro, S. I. D. (2007). A Reabilitação no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Nursing*, 1217, 36-39.

Ministério da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Orientações Estratégicas. In Direção-Geral da Saúde. Acedido em 17 de Junho de 2012 em [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf)

Nuno, A. M. A.T., Ribeirinho, C. S. F. & Silva, M.F.R. (2008). À Procura de Uma Nova Vida. *Revista Sinais Vitais*, 80, 57-61.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. In: *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 21 de maio de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro. In: *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 20 de maio de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em 20 de Abril de 2012 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Divulgar: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). História da Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos enfermeiros*, 9, 12-13.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, T. B. & Santos, R. J. D. (2008). Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, *Enformação: Associação Científica dos Enfermeiros*, 6, 6-9.

Petronilho, F. A. S. (2012). O Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem (1ª edição). Coimbra: Formasau-Formação e Saúde, Lda.

Polit, D., Denise F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem-Métodos, Avaliação e Utilização* (5ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

Regulamento nº 125/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Diário da República II série. Nº 35 (18-2-11), 8658-8659.

Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005. (2005). Presidência do conselho de Ministros. Diário da República I série-B. Nº 81 (27-4-05), 3200-3201.

Rocha, B. (2011). Gestão em Enfermagem: O Papel do Enfermeiro especialista de Reabilitação. In *Associação Portuguesa do Enfermeiros de Reabilitação*. Acedido em 3 de Dezembro de 2012 em [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/Page4078.htm](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/Page4078.htm).

Rocha, B. (2008). Enfermagem de Reabilitação: Dos cuidados gerais aos cuidados específicos. In *Slideshare*. Acedido em 3 de março de 2012 em <http://www.slideshare.net/belmirorocha/enfermagem-de-reabilitao-241628>

Sampieri, R. H.; Collado, C. H. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª edição). São Paulo: McGrawHill.

Swiadek, J. (2009). The impact of healthcare issues on the future of the nursing profession: the resulting increased influence of community-based and public health nursing. *Nursing Forum*, 44 (1), 19-24.

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª edição). Loures: Lusociência- Edição técnicas e científicas.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). Manual do prestador: Recomendações para a Melhoria Continua. (1ª Edição). Lisboa: UMCCI.



# **ANEXOS**





## **ANEXO I**

### ***Guião de Entrevista aos ECG***

## **GUIÃO DE ENTREVISTA AOS ECG**

### **Tema:**

Percepções do enfermeiro de cuidados gerais sobre a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

### **Objetivo Geral:**

- Conhecer qual a percepção dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa unidade de longa duração e manutenção.

### **Objetivos Específicos:**

- Perceber se o enfermeiro de cuidados gerais reconhece a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa unidade de longa duração e manutenção.

- Conhecer a opinião do enfermeiro de cuidados gerais relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa unidade de longa duração e manutenção.

### **Questões:**

- Qual a sua opinião relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nesta Unidade?

- Acha que consegue elencar alguns contributos da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nestas unidades?

- Na sua opinião, a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação contribui para a manutenção/recuperação das capacidades da pessoa? De quais capacidades?

- Dentro do que referiu destaca alguma área em que o enfermeiro de reabilitação tem maior intervenção?

## **ANEXO II**

### *Guião de Entrevista aos EER*

## **GUIÃO DE ENTREVISTA AOS EER**

### **Tema:**

Perceções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação sobre a sua intervenção.

### **Objetivo Geral:**

- Conhecer qual a perceção dos enfermeiros de cuidados gerais e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa unidade de longa duração e manutenção.

### **Objetivos Específicos:**

- Conhecer a opinião do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação relativamente à sua intervenção numa unidade de longa duração e manutenção.

### **Questões:**

- Qual a sua opinião relativamente à sua intervenção como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação nesta Unidade?

- Seria possível identificar alguns contributos da sua intervenção nestas unidades?

- Na sua opinião, a sua intervenção como enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação contribui para a manutenção/recuperação de que capacidades da pessoa?

Dentro do que referiu consegue destacar alguma área em que o enfermeiro de reabilitação tem maior intervenção?

## **ANEXO III**

### *Grelha de Observação*

<b>GRELHA DE OBSERVAÇÃO</b>			
<b>Competências do EER</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades	Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação da eliminação e da sexualidade	_____	
	Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; da eliminação vesical e intestinal; sexualidade.	_____	
	Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente.	_____	
	Avalia os aspetos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.	_____	
	Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.	_____	
	Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.	_____	
Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.	Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, seleciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	_____	
	Concebe planos, seleciona, discute as estratégias a implementar e prescreve as intervenções para otimizar e ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardiorrespiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.	_____	
	Seleciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).	_____	
Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	Implementa planos de intervenção para redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.	_____	
	Implementa programas de: reeducação funcional cardiorrespiratório; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; otimização e ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).	_____	

	Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade).	_____	
Avalia os resultados das intervenções implementadas.	Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de redução do risco; otimização da função; reeducação funcional; treino.		
	Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida)	_____	
Elabora e implementa programas de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida	Ensina à pessoa e ou cuidador, técnicas específicas de auto cuidado.	_____	
	Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação)	_____	
	Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.		
Promove a mobilidade, acessibilidade e a participação social	Identifica barreiras arquitetónicas		
	Orienta para a eliminação das barreiras arquitetónicas no contexto de vida da pessoa		

## **ANEXO IV**

### *Pedido de Autorização Formal do Estudo*



**Exmo. Sr. Provedor,**

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização de estudo de investigação.

Eu, Glória Daniela Pontes Barbosa Franco, como aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a V.Exa. autorização para a realização de estudo de investigação, que pretendo desenvolver no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa unidade de longa duração e manutenção, intitulado como “Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Longa Duração e Manutenção: Perceções dos Enfermeiros”, conforme quadro em anexo.

Asseguro que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento da Unidade e que os resultados do estudo serão disponibilizados à Instituição.

Agradeço desde já o seu parecer para dar continuidade ao estudo de investigação.

Com os melhores cumprimentos,

---

Viana do Castelo \_\_\_\_de \_\_\_\_de 2012.

Apresento-me à disposição para qualquer esclarecimento.

(Tlm: 938021369 E-mail: daniba\_04@hotmail.com)

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

<b>Estudantes Investigadores</b>	<b>Título do Estudo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Período de colheita de dados</b>	<b>Local da pesquisa</b>	<b>População da pesquisa</b>
Glória Daniela Pontes Barbosa Franco	Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação numa Unidade de Longa Duração e Manutenção: Perceções dos Enfermeiros	Conhecer qual a perceção dos enfermeiros de cuidados Gerais e dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação relativamente à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa unidade de cuidados continuados integrados de longa duração e manutenção.	Outubro a Dezembro/ 2012	Unidade de Longa Duração e Manutenção da Santa Casa de Misericórdia de ....	Enfermeiros de cuidados gerais e Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em unidade de longa duração e manutenção.

## **ANEXO V**

### *Termo de Consentimento Informado Livre e Esclarecido*

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar dar a sua imprescindível contribuição

### *Designação do Estudo:*

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo-assinado, \_\_\_\_\_ (nome completo)

\_\_\_\_\_, Tomei conhecimento do objetivo e finalidade do estudo de investigação no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em unidade de longa duração e manutenção, e da forma como vou participar no referido estudo, a ser realizado por Glória Daniela Pontes Barbosa Franco, que se encontra a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo. Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Assim, declaro que consinto participar no presente estudo de investigação e que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2012.

*Assinatura do participante:* \_\_\_\_\_

A Investigadora responsável:

*Assinatura:* \_\_\_\_\_