



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Autonomia dos Idosos de um ACES

Casimiro André de Araújo Faria

Setembro, 2023

Escola Superior de Saúde



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Casimiro André de Araújo Faria

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de
Reabilitação na Promoção da Autonomia dos Idosos de um
ACES**

VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Prof.^a Doutora Andreia Maria Novo Lima

Setembro de 2023

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer à minha esposa pela compreensão e apoio em todos os momentos desta etapa das nossas vidas, desde o primeiro dia do curso. Aos meus filhos pela compreensão e tolerância nas minhas ausências. Aos meus pais por me mostrarem o caminho e pela transmissão de valores.

Agradeço à Professora Doutora Andreia Lima, pela sua orientação, contribuição e total disponibilidade nesta última fase do percurso formativo e da realização deste relatório.

À minha tutora e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação pela integração e acompanhamento neste ensino clínico, mostrando-se sempre disponível e com uma atitude de parceria e facilitadora do processo de desenvolvimento pessoal e profissional, assim como à restante equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade que tão bem me acolheu.

Agradeço à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde e ao Presidente do Conselho Clínico e Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde onde foi desenvolvido o estudo pelas autorizações deferidas.

Agradeço aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que participaram no preenchimento dos inquéritos, pela disponibilidade e pela participação no estudo.

Por último agradeço aos Professores da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo que me transmitiram de alguma forma o seu conhecimento e ajudaram em todo o percurso formativo.

PENSAMENTO

A satisfação está no esforço e não apenas na realização final.

Mahatma Gandhi

RESUMO

INTRODUÇÃO: O conceito de autonomia é multidimensional, sendo a sua promoção/manutenção um direito fundamental da pessoa e um dever dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Acredita-se que o esclarecimento e a reflexão em torno deste conceito melhorariam a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, um papel primordial na manutenção/promoção da autonomia, sendo o idoso a faixa etária com maior vulnerabilidade e fragilidade.

OBJETIVO: Identificar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, de um Agrupamento de Centros de Saúde de Portugal, quanto à implementação das intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos idosos.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional. A amostra é não probabilística por conveniência e participaram no estudo 18 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação que trabalham nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados de um Agrupamento de Centros de Saúde de Portugal. A recolha de dados foi realizada com o preenchimento de um questionário online, onde foi aplicada a Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos.

RESULTADOS: As dimensões que a amostra percebe investir mais são o “Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado” (M= 3.69, DP= 0.69), a “Capacitação do Cuidador” (M= 3.50, DP= 0.66), o “Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado” (M= 3.34, DP= 0.634) e o “Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas” (M= 3.25, DP= 0.79). As dimensões que a amostra percebe investir menos são o “Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária” (M=2.12, DP= 0,67) e o “Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais” (M= 2.74, DP= 1.06). Observou-se também uma correlação negativa moderada e estatisticamente significativa ($r = -0.554$, $p < 0.05$) entre a dimensão “Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária” e o Tempo total de experiência profissional como Enfermeiro, pelo que, estes resultados sugerem que os enfermeiros com mais anos de experiência profissional promovem menos este item.

CONCLUSÃO: Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação parecem dar mais importância às intervenções avaliativas do autocuidado e da capacitação dos cuidadores, e menos importância às intervenções de atividades instrumentais de vida diária e às intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais. Todavia, desenvolvem intervenções para a promoção da autonomia em todas as suas dimensões.

PALAVRAS-CHAVE: Autonomia pessoal; Envelhecimento Saudável; Cuidados de Enfermagem; Enfermeiras e Enfermeiros; Enfermagem em Reabilitação.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The concept of autonomy is multidimensional, being its promotion/maintenance a fundamental right and a duty of health professionals, namely nurses. It is believed that clarifying and reflecting on this concept would improve the quality of nursing care, with the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing playing a key role in maintaining/promoting autonomy, being the elderly the most vulnerable age group.

OBJECTIVE: To identify the perception of Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing, from a Group of Health Centers in Portugal, regarding the implementation of autonomy-promoting interventions in the care they provide to the elderly.

METHODOLOGY: This is a quantitative, descriptive-correlational study. The sample is non-probabilistic by convenience and participated 18 Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing working in Integrated Continuous Care Teams from a Group of Health Centers in Portugal. Data collection was done by filling out an online questionnaire, where the Self-Assessment Scale of Elderly Autonomy was applied.

RESULTS: The dimensions that the sample perceives to invest the most are "Development of evaluative interventions in self-care" (M= 3.69, DP= 0.69), "Caregiver Empowerment" (M= 3.50, DP= 0.66), "Development of emotional, social, and self-care interventions" (M= 3.34, DP= 0.634), and "Development of physical and cognitive interventions" (M= 3.25, DP= 0.79). The dimensions that the sample perceives to invest the least are "Development of interventions for instrumental activities of daily living" (M=2.12, DP= 0,67) and "Development of evaluative interventions in emotional, cognitive, and social areas" (M= 2.74, DP= 1.06). A moderate, statistically significant negative correlation ($r = -0.554$, $p < 0.05$) was also observed between the dimension "Development of interventions for instrumental activities of daily living" and the Total Time of Professional Experience as a Nurse, therefore, these results suggest that nurses with more years of professional experience promote this item less.

CONCLUSION: Specialist Nurses in Rehabilitation Nursing seem to attach more importance to evaluative interventions in self-care and caregiver empowerment, and less importance to interventions in instrumental activities of daily living and evaluative interventions in emotional, cognitive, and social areas. However, they develop interventions to promote autonomy in all its dimensions.

KEYWORDS: Personal Autonomy; Healthy Aging; Nursing Care; Nurses; Rehabilitation Nursing

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABREVIATURAS

Enf.º - Enfermeiro

Et al. - Entre outros

H1 – Hipótese alternativa 1

H2 – Hipótese alternativa 2

H3 – Hipótese alternativa 3

M – Média

Máx - Máximo

Med – Mediana

Mín – Mínimo

n - Amostra

N – População

nº - Número

p – Significância estatística

p. – Página

Prof.^a – Professora

vs – Contra

Z – Número de desvios padrão em relação à média

α – alpha de Cronbach

ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ENEAS – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividades de Vida Diária

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DP – Desvio padrão

EAPAI - Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ESS – Escola Superior de Saúde

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIC – Planos Individuais de Cuidados

PII – Plano Individual de Intervenção

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	II
PENSAMENTO	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VI
SUMÁRIO	VIII
ÍNDICE DE TABELAS	X
INTRODUÇÃO GERAL	11
1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	13
1.2. RELATO REFLEXIVO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS AO LONGO DO ENSINO CLÍNICO	15
1.2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	16
1.2.1.1. Competências no domínio da prática profissional, ética e legal	17
1.2.1.2. Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade	18
1.2.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	19
1.2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	20
1.2.2. Competências específicas dos EEER	21
1.2.2.1. Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	22
1.2.2.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;.....	23
1.2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa	25
2. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO - INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DOS IDOSOS DE UM ACES	27
2.1. INTRODUÇÃO	27
2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	28
2.2.1. Autonomia	28
2.2.2. Competências do EEER na promoção da autonomia	30
2.2.3. Envelhecimento Ativo e Saudável	34
2.2.4. Estratégia nacional para o envelhecimento ativo	37
2.2.5. A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson	41
2.3. METODOLOGIA	44
2.3.1. Definição do Tema	44
2.3.2. Pergunta de partida	45
2.3.3. Perguntas pivot	45

2.3.4.	Objetivo Geral	46
2.3.5.	Objetivos Específicos	46
2.3.6.	Tipo de Estudo	46
2.3.7.	Hipóteses	47
2.3.8.	Variáveis	47
2.3.9.	Amostra	48
2.3.10.	Recolha de dados	48
2.3.11.	Tratamento de dados	49
2.3.12.	Considerações éticas	50
2.4.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	51
2.4.1.	Caraterização sociodemográfica e profissional	51
2.4.2.	Propriedades psicométricas dos instrumentos no estudo	53
2.4.3.	Apresentação dos resultados relacionados com a problemática e com as relações em estudo	54
2.5.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
2.6.	CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	67
2.7.	CONCLUSÕES	68
	CONCLUSÃO GERAL	70
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
	ANEXOS	81
	Anexo I - EAPAI	82
	Anexo II – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA EAPAI	87
	Anexo III – AUTORIZAÇÃO DO ACES	89
	Anexo IV – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS	93
	APÊNDICES	97
	Apêndice I – PLANO DE AÇÃO DO ESTÁGIO	98
	Apêndice II – PANFLETO POSICIONAMENTOS	109
	Apêndice III – CRONOGRAMA	112
	Apêndice IV – SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	114
	Apêndice V – CONSETIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES	130

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional	52
Tabela 2 – Consistência interna dos itens – alpha de Cronbach para os itens da EAPAI ...	54
Tabela 3 – Descritivas das dimensões e score total da EAPAI	56
Tabela 4 – Teste não paramétrico de Friedman.....	57
Tabela 5 – Comparações múltiplas entre as dimensões da EAPAI (post hoc Wilcoxon Signed Rank Tests).....	60
Tabela 6 – Coeficientes de correlação de Spearman entre o Tempo total de Experiência Profissional como Enfermeiro, Tempo total de Experiência Profissional a exercer funções de EEER e Tempo a desempenhar funções no ACES com as dimensões da EAPAI.....	61

INTRODUÇÃO GERAL

Este relatório surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório Final decorrido numa Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), entre os dias 03 de outubro de 2022 e 31 de março de 2023, perfazendo um total de 410 horas de ensino clínico (EC) e de 400 horas de trabalho autónomo. Este EC está integrado no 1º semestre do 2º ano letivo (2022/2023) do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), sob orientação pedagógica da Prof.^a Doutora Andreia Lima e tutoria de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Foi proposto, no âmbito desta unidade curricular, desenvolver um relatório de estágio com um relato fundamentado e reflexivo das atividades desenvolvidas e das competências profissionais adquiridas em contexto de estágio, incluindo, entre outras competências desenvolvidas, um trabalho de investigação. O tema do projeto de investigação levado a cabo denomina-se “Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação na promoção da autonomia dos idosos de um ACES”.

A reflexão das competências adquiridas neste estágio, segue as linhas orientadoras e os objetivos propostos pela ESS do IPVC, sendo os mesmos: desenvolver competências na área dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação; desenvolver aprendizagens profissionais nomeadamente na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica; desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente, no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador; desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e articulação na equipa multiprofissional; desenvolver competências na prática de investigação, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação; conceber/colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados; desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na sua área de intervenção.

Para além dos objetivos propostos, foram também definidos objetivos pessoais no plano de ação para este estágio, sendo estes: conhecer e integrar a dinâmica estrutural e funcional da UCC, com relevante importância na área específica da Enfermagem de Reabilitação e da equipa da ECCI; identificar necessidades de melhoria nas áreas da formação e da gestão de cuidados na UCC; desenvolver competências na prática de investigação, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação; identificar e apresentar propostas

de melhoria da qualidade dos cuidados na área da Enfermagem de Reabilitação; e desenvolver aprendizagens na área do planeamento de formações e de intervenção como formador.

O estudo de investigação levado a cabo é de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, foi desenvolvido num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) em /Portugal, e a população em estudo são os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) das ECCI's desse ACES. A recolha de dados foi realizada com o preenchimento de um questionário online, tendo sido aplicada a Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI). Este estudo tem como objetivo geral identificar a perceção dos EEER, de um ACES em Portugal, quanto à implementação das intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos idosos, sendo os objetivos específicos: caraterizar os EEER de um ACES em Portugal quanto às caraterísticas sociodemográficas e profissionais; identificar as áreas promotoras da autonomia em que os EEER de um ACES em Portugal investem mais; identificar as áreas promotoras da autonomia em que os EEER de um ACES em Portugal investem menos.

O presente relatório foi estruturado e organizado da seguinte forma: introdução, estágio de natureza profissional, projeto de investigação e conclusão geral. O capítulo do estágio de natureza profissional encontra-se dividido em: caracterização do local de estágio e relato reflexivo das competências adquiridas ao longo do ensino clínico, que se subdividem nas competências comuns do enfermeiro especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. O capítulo do projeto de investigação foi dividido em: enquadramento teórico; metodologia; apresentação dos resultados; discussão dos resultados; contributos, sugestões e limitações; e conclusões.

Para a elaboração deste relatório recorreu-se à pesquisa em bases de dados com acesso online através das credenciais da instituição de ensino onde realizou o seu Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e livros disponíveis na biblioteca da mesma instituição.

1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O ENP decorreu numa ECCI de uma UCC e tem como responsável uma EEER. Esta UCC integra um ACES em Portugal, e tem como coordenadora uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, tendo iniciado atividade no ano de 2011.

O concelho de atuação do centro de saúde no qual se integra esta UCC é constituído por 48 freguesias, das quais 17 são uniões de freguesias, tem uma área total de 240.955 Km², com uma população residente de 158124 habitantes, sendo destes 21568 idosos (com idade igual ou superior a 65 anos).

A intervenção desta UCC visa dar assistência aos utentes residentes na área geográfica de influência e inscritos do respetivo Centro de Saúde. Essa área geográfica, de cerca de 99.37 Km², corresponde a 16 freguesias do concelho onde este se integra.

Na sua totalidade, a população abrangida pela UCC é de 45362 utentes. Estes encontram-se divididos por quatro unidades de saúde familiar (USF). No edifício sede da UCC funcionam duas USF, sendo que as instalações destinadas à UCC, dispõem de salas no rés-do-chão, com a receção e salas de armazenamento de material, e salas no primeiro piso, com dois gabinetes de enfermagem, uma sala de reuniões, vestiários, casas de banho, copa e um gabinete para a coordenação.

Na ECCI desempenham funções duas EEER e uma enfermeira de cuidados gerais. Para além desta equipa, na UCC colaboram também uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária, duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e uma Enfermeira Especialista em Saúde Pública. Esta unidade é apoiada pelos respetivos Médicos de família, por um Técnico Superior de Serviço Social, um Psicólogo, um Nutricionista, um Assistente Técnico e uma Assistente Operacional, disponibilizados pelo ACES.

Esta UCC tem como missão a prestação de cuidados de saúde com uma equipa multiprofissional e em articulação com as diferentes unidades funcionais. A sua atividade está direcionada para a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito comunitário e domiciliário, a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na promoção da saúde,

na integração em redes de apoio para a família, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados. É uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade à população tendo por base os seguintes princípios: cooperação; solidariedade; trabalho em equipa; autonomia técnica e funcional; articulação com outras unidades funcionais; parcerias com estruturas da comunidade local; avaliação contínua e gestão participativa dos seus profissionais. Os projetos desenvolvidos por esta UCC dividem-se pelas áreas da Saúde Escolar (Programa nacional de saúde escolar; Programa nacional de promoção da saúde oral; Programa de alimentação saudável em saúde escolar; Programa regional de educação sexual em saúde escolar), Saúde da mulher (Curso de preparação para o parto e parentalidade; Espaço amamentar; Curso de recuperação pós-parto; massagem ao bebé; amadurecer com Style, para uma menopausa mais feliz), Rede Social (Formar para melhor cuidar; Inserção mais saudável; Raio de sol, cuidar dos que cuidam; Segurar a vida, primeiros socorros e suporte básico de vida), Cuidados continuados (através da ECCI) e Saúde infantil e juvenil (Intervenção precoce nas crianças; Intervenção e apoio a crianças/jovens/famílias em risco).

A ECCI desta UCC dispõe de 10 vagas para acompanhamento de utentes, considerando os recursos humanos disponíveis. Desde o início até ao final do estágio (3 de outubro 2022 a 31 de março 2023) foram acompanhados na totalidade 24 utentes. Cerca de 10 utentes receberam alta, dois utentes morreram e dois tiveram uma agudização do seu estado de saúde com necessidade de hospitalização prolongada acabando estes por perder a sua vaga na ECCI.

Desde a admissão até à alta do doente, esta ECCI desenvolve a sua atividade assistencial em parceria, e caso seja necessário, em articulação com os recursos existentes na comunidade (como é o caso dos serviços de apoio domiciliário, das estruturas residenciais para idosos, técnicos de fisioterapia, terapia da fala, etc), com o objetivo de atingir a excelência na prestação de cuidados de saúde. São prestados cuidados de enfermagem, permitindo a continuidade de cuidados, os cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, cuidados paliativos, e o apoio psicossocial e emocional.

No primeiro dia de admissão do utente na ECCI é efetuada uma avaliação exaustiva das necessidades do mesmo e do cuidador, são esclarecidas dúvidas e facultada informação sobre o funcionamento da equipa e são questionados sobre o objetivo que os levou a pedir o apoio da equipa, de forma a gerir as expectativas e a direcionar as intervenções, com o propósito de dar resposta às necessidades por eles referidas. Posteriormente é definido um

Plano Individual de Intervenção (PII), no qual toda a equipa multidisciplinar pode intervir, com a identificação das necessidades do utente e do cuidador informal, sendo definidos os objetivos e as respetivas intervenções, mobilizados recursos existentes e envolvendo o próprio e a família na sua elaboração e execução, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes a promoção da sua autonomia, dignidade e qualidade de vida.

1.2. RELATO REFLEXIVO DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS AO LONGO DO ENSINO CLÍNICO

Este EC proporcionou momentos de observação, aprendizagem e trabalho. Uma experiência de complemento à formação teórica e prática de sala de aula, em condições privilegiadas de prática clínica e permitiu que o aluno desenvolvesse capacidades para a sua prática profissional. Foi muito motivador para o seu desenvolvimento profissional e Humano, contribuindo dessa forma para a melhoria dos cuidados que presta. Este momento de aprendizagem diferenciou-se dos vivenciados até então, uma vez que permitiu colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo da formação académica do primeiro ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. A escolha deste estágio em contexto comunitário, prendeu-se com o facto de o aluno reconhecer a riqueza deste contexto e o potencial efetivo e diferenciador no dia-a-dia da vida das pessoas que a Enfermagem de Reabilitação pode proporcionar, neste contexto. Em âmbito comunitário, a Enfermagem de Reabilitação tem um potencial muito significativo em todos os níveis de prevenção, uma vez que pode fornecer cuidados personalizados e abrangentes. Estes enfermeiros podem promover a saúde, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida das pessoas, permitindo que vivam de forma independente no seu contexto familiar. Sendo os objetivos do EEER, a capacitação da pessoa para a autonomia, reinserção comunitária e o exercício da cidadania, nada melhor que o seu contexto domiciliário, comunitário e social para a avaliação e a promoção dessas capacidades.

A descrição, análise e reflexão do desenvolvimento de competências ao longo deste EC foi dividida em duas partes: competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e competências específicas do EEER. Segundo o Regulamento nº 140/2019 (2019) competência é um desempenho demonstrador da aplicação dos conhecimentos, das capacidades e habilidades profissionais.

É feita de seguida a reflexão e interligação entre as competências adquiridas ao longo deste percurso de aprendizagem com os objetivos comuns dos enfermeiros especialistas e específicos dos EEER em linha com os propostos pela ESS do IPVC e considerando os objetivos pessoais traçados no plano de ação do estágio de natureza profissional (Apêndice I).

Os objetivos propostos pela ESS do IPVC são: desenvolver competências na área dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação; desenvolver aprendizagens profissionais nomeadamente na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica; desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente, no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador; desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e articulação na equipa multiprofissional; desenvolver competências na prática de investigação, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação; conceber/colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados; desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na sua área de intervenção.

Os objetivos específicos definidos no plano de ação deste estágio são: conhecer e integrar a dinâmica estrutural e funcional da UCC, com relevante importância na área específica da Enfermagem de Reabilitação e da equipa da ECCI; identificar necessidades de melhoria nas áreas da formação e da gestão de cuidados na UCC; desenvolver competências na prática de investigação, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação; identificar e apresentar propostas de melhoria da qualidade dos cuidados na área da Enfermagem de Reabilitação; e desenvolver aprendizagens na área do planeamento de formações e de intervenção como formador.

1.2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

A OE atribui o título de enfermeiro especialista a seis especialidades distintas: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem Comunitária.

Segundo o Regulamento nº 140/2019 (2019, p. 4744) “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem...”. A atribuição do título EE pressupõe que estes profissionais partilhem um conjunto de competências

comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, designadas pela OE de “Competências comuns do enfermeiro especialista”, presentes no Regulamento n.º 140/2019 (2019). Estas competências comuns são “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). São domínios das Competências Comuns do EE: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.2.1.1. Competências no domínio da prática profissional, ética e legal

Toda a prática profissional do enfermeiro deve ser desenvolvida tendo em conta as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Ao EE acresce a responsabilidade de utilizar habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, nomeadamente na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências da pessoa, garantindo o respeito pelos direitos humanos, suportando a tomada de decisão no seu conhecimento e experiência (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Na visão humanista de Jean Watson, o utente é visto na sua totalidade e tem um papel ativo na tomada de decisão, promovendo a autonomia e respeitando assim, os princípios éticos da profissão (Evangelista et al., 2020; Lima et al., 2021a).

No decorrer do EC foi sempre respeitada a dignidade da pessoa e a sua liberdade. Todas as intervenções foram planeadas com o utente e/ou com o familiar de referência/cuidador informal, sendo explicadas as intervenções e o objetivo das mesmas, podendo desta forma, os mesmos fazerem a sua tomada de decisão de forma consciente e autónoma, assegurando-se o direito das pessoas à escolha e autodeterminação e o respeito pelos valores, costumes e crenças. O respeito pela confidencialidade e sigilo profissional foram sempre cumpridos, garantindo a segurança da informação escrita e oral e o direito à privacidade. Do mesmo modo, na recolha de dados, questionários e elaboração do presente relatório, foram respeitados estes princípios.

Na elaboração do presente relatório foram também respeitados os valores do Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação (All European Academies, 2018), salientado a importância ética da referenciação dos conteúdos e ideias de outros autores, que foi sempre cumprida.

A prestação de cuidados domiciliários tornou-se, tal como esperado, um desafio para o aluno, uma vez que a pequena experiência do género foi, também, como aluno durante um curto espaço de tempo. Como profissional de enfermagem apenas tem experiência em unidades de internamento de serviço médico de doentes agudos. Este desafio passou essencialmente pelo constrangimento inicial nas visitas domiciliárias, sentindo o aluno que poderia estar a “invadir” o espaço e a privacidade dos utentes e suas famílias. A consciencialização da importância do respeito por esse espaço e pela forma como ele nos é apresentado, sem juízos de valor, e mesmo quando é sugerida alguma alteração como a disposição de móveis, a remoção dos tapetes ou mesmo alguma alteração na casa de banho, a vontade do utente foi sempre respeitada, quer essa sugestão fosse ou não aceite.

Outra dificuldade sentida foi a falta de recursos de apoio próximos em caso de alteração do estado clínico da pessoa de uma forma repentina, o que se traduz num maior tempo de espera na articulação e assistência com outros profissionais de saúde e/ou com os meios complementares de diagnóstico. Foi evidente, desde o início, a diferença entre trabalhar num ambiente hospitalar e no contexto comunitário.

1.2.1.2. Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

O EE, no domínio da melhoria contínua da qualidade, deve dinamizar e dar suporte ao desenvolvimento de estratégias de governação clínica, através, por entre outros, da mobilização e divulgação dos seus conhecimentos, experiência e habilidades, promovendo a implementação dos mesmos de forma a melhorar a prática de prestação de cuidados. Faz parte, igualmente, das suas competências neste domínio, o planeamento, liderança e implementação de programas de melhoria contínua, através da identificação de necessidades de melhoria na sua prática clínica (Regulamento nº 140/2019, 2019). Também Watson, na sua teoria do Cuidado Humano, enuncia o uso dos caminhos do conhecimento e de processos científicos, assim como a promoção do ensino-aprendizagem na aplicação do processo de cuidar (Pereira Alves et al., 2021).

Neste sentido, em conjunto com a orientadora do EC e a tutora, foi identificada a necessidade de melhoria dos cuidados prestados ao nível da promoção da autonomia dos idosos, pelos EEER. Desta forma, surgiu o projeto de investigação apresentado neste relatório, no qual o aluno conseguiu identificar a necessidade de melhoria nos cuidados prestados e, assim, alcançar o objetivo estabelecido de “identificar e apresentar proposta de melhoria da qualidade dos cuidados”. Este projeto tem como objetivo identificar como a

autonomia das pessoas idosas é promovida ou mantida nos cuidados prestados pelos EEER, e, se necessário, esclarecer os EEER da UCC e do ACES sobre o conceito de autonomia de forma abrangente, destacando os diferentes domínios que ele engloba. Além disso, pretende-se identificar quais desses domínios são menos desenvolvidos pelos EEER na comunidade. É de especial importância que os conceitos e os resultados desta pesquisa sejam compartilhados, contribuindo para a melhoria do conhecimento e, conseqüentemente, dos cuidados de saúde. Os resultados deste estudo foram apresentados na UCC, onde o mesmo foi desenvolvido, tendo sido convidados os EEER e coordenadores das outras UCC's do mesmo ACES para participarem.

Outra necessidade de melhoria identificada, da qualidade da assistência prestada, foi relativamente a inexistência de suporte teórico em papel, para os ensinamentos aos cuidadores informais sobre os posicionamentos de utentes com mobilidade reduzida. Com o objetivo de melhorar o entendimento e eficácia dos ensinamentos prestados, foi elaborado um panfleto (Apêndice II) a ser entregue e explicado aos cuidadores informais, de forma a estes terem a informação sempre acessível, aumentando assim, a sua literacia em saúde e melhorando a qualidade dos cuidados prestados. Estes cuidadores verbalizavam sempre grande satisfação quando recebiam o panfleto, dizendo, por exemplo, que o mesmo servia para recordarem as orientações dadas pela equipa de enfermagem, e que podiam consultar o mesmo se necessário ou se surgissem dúvidas. Este panfleto é mais um complemento no sentido de melhorar os posicionamentos realizados pelos cuidadores informais e conseqüentemente o conforto da pessoa dependente.

1.2.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados de enfermagem, o EE deve ser otimizador das respostas da equipa de enfermagem e da articulação com a restante equipa de prestação de cuidados de saúde, através de assessoria, orientação, colaboração, referência e supervisão. No domínio da governação clínica, o EE adapta a liderança e a gestão dos recursos à situação e ao contexto, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019). A governação clínica é definida por Rodrigues e Felício (2017) como um sistema de conhecimentos, atitudes e práticas, participativo e orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados das equipas e dos serviços, de modo a obter equidade e os melhores resultados (ganhos em saúde para as pessoas, famílias e comunidades).

A tutora do ENP, no papel de coordenação da ECCI, é responsável por organizar as dinâmicas da equipa (os restantes enfermeiros da UCC também colaboram com a ECCI ao fim de semana) e os cuidados a prestar pela mesma, assim como, a articulação com os restantes profissionais envolvidos e com os prestadores de cuidados informais. Toda esta articulação, orientação, supervisão e necessidade de inculcar motivação são competências desafiantes para o aluno. A estratégia adotada de observação e de colaboração na elaboração de horários e na orientação e supervisão de cuidados, contribuiu para o aumento de competências neste domínio.

Neste domínio de competências, o EE tem também o papel de influenciar a introdução de inovações para a prática especializada (Regulamento nº 140/2019, 2019), desempenhando, também neste ponto, um papel importante, o projeto de investigação desenvolvido. Com os resultados obtidos neste projeto de investigação, foi possível inculcar a necessidade de se olhar para a promoção da autonomia na sua globalidade. Estes permitem ainda, sensibilizar os profissionais para a mudança de algumas práticas “rotineiras” no que diz respeito a intervenções da promoção da autonomia, que por serem tão recorrentes, são praticadas pelos enfermeiros de forma sistemática e “automática”, sendo muitas vezes “esquecidos” outros domínios da promoção da autonomia. Torna-se, então, pertinente lembrar os enfermeiros, e neste caso os EEER, para olharem a promoção da autonomia na sua multidimensionalidade.

1.2.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Neste domínio de competências, o EE desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua prática clínica especializada na evidência científica. Torna-se importante que o EE tenha consciência da sua pessoa e das suas capacidades e limites, tanto pessoais como profissionais, de forma a atuar eficazmente sob pressão e ser capaz de antecipar, reconhecer e resolver eventuais situações de conflito. Adquire de igual modo a responsabilidade de ser facilitador da aprendizagem dos colegas de equipa, identificando necessidades formativas e atuando como formador em contexto de trabalho. Quanto ao suporte de conhecimentos em evidência científica, tem como competência investigar ou participar em estudos de investigação, divulgando esses resultados (Regulamento nº 140/2019, 2019), aplicando no seu contexto de prática clínica a melhor evidência disponível. Ou seja, o EE deve incorporar na sua prática os resultados da evidência científica produzida

até ao momento, e ele próprio é possuidor de competências para investigar, produzir e divulgar conhecimento científico. Deste modo estamos perante uma melhoria contínua dos conhecimentos e da prática profissional de enfermagem, contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados.

Segundo Pereira Alves et al. (2021), também Watson refere, na sua teoria, que o conhecimento sobre de si mesmo e a promoção da transmissão de conhecimentos, como sendo parte do processo de cuidar.

Todo o desenvolvimento académico, os ensinamentos clínicos e a atividade profissional diária servem para tomarmos consciência das nossas capacidades, limites e fragilidades enquanto profissionais. Mas, para além do enfermeiro, existe a pessoa que falha, aprende e se desenvolve diariamente com a experiência que a vida proporciona. Diríamos que estas competências são passíveis de se tornar melhores diariamente e por isso o caminho é infinito.

Quanto ao objetivo inicial de “desenvolver competências na prática de investigação, no âmbito da Enfermagem de Reabilitação”, este foi atingido com a realização do projeto de investigação do presente relatório. A formação em serviço planeada e realizada na UCC para os EE, com a apresentação deste projeto e dos seus resultados (Apêndice II), permitiu atingir o objetivo de “desenvolver aprendizagens na área do planeamento de formações e de intervenção como formador”. Os participantes mostraram-se, ao longo da apresentação, muito interessados no tema e no projeto desenvolvido, tendo participado ativamente no esclarecimento de dúvidas. Questionados no final, todos referiram ser muito pertinente e importante este projeto de investigação, que reflete o trabalho desenvolvido por estes profissionais e as áreas que devem ser melhoradas.

1.2.2. Competências específicas dos EEER

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER (Regulamento nº 392/2019, 2019, p. 13565) “a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência”, tendo como objetivos melhorar a função e promover a independência e a satisfação da pessoa.

Neste sentido o EEER concebe, implementa e monitoriza planos de Enfermagem de Reabilitação diferenciados e personalizados, maximizando o potencial das pessoas. Com a sua intervenção o EEER visa, tanto o diagnóstico precoce e a prevenção, como as

intervenções terapêuticas. Ao nível da prevenção atua de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais, prevenir complicações e evitar incapacidades. Com as intervenções terapêuticas atua de forma a melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Regulamento nº 392/2019, 2019).

O perfil de competências específicas do EEER são, para além das competências comuns do enfermeiro especialista, as seguintes: “cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento nº 392/2019, 2019, p. 13566). Estas competências são alvo de reflexão em seguida.

1.2.2.1. Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

O EEER identifica as necessidades de intervenção especializada, no seu domínio de intervenção, em pessoas de todas as idades, que não sejam independentes a executar atividades básicas, com limitação da atividade e restrição de participação, em resultado da sua condição de saúde, quer esta seja temporária ou permanente. Estas intervenções visam a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade. Para tal, o EEER avalia a capacidade funcional da pessoa e alterações a nível motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, utilizando escalas e instrumentos de medida e concebe, implementa e avalia planos de intervenção (Regulamento nº 392/2019, 2019). Neste domínio, e usando os ensinamentos da teoria de Watson, o enfermeiro na sua prática deve ser bondoso e imparcial para si mesmo e para os outros e proporcionar um ambiente de cura a todos os níveis (Pereira Alves et al., 2021).

A utilização e registo de instrumentos de medida e de colheita de dados (escalas) tem uma grande importância na caracterização clara da condição de saúde da pessoa e permite quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos EEER (OE, 2016), em conjunto com a avaliação sistematizada e pormenorizada do profissional de saúde.

No contexto de estágio, a utilização de escalas de medida e instrumentos de avaliação foi sempre objeto de grande importância, principalmente nas admissões de novos utentes e

nas suas avaliações intercalares (periódicas ou por alterações da sua condição de saúde ou capacidade funcional). A partir de uma avaliação inicial completa, tanto do utente como do seu envolvente familiar e comunitário, eram identificados os diagnósticos de enfermagem e posteriormente definidas as intervenções de enfermagem a implementar, assim como, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida. Foi elaborado ao longo de todo o estágio um PII para cada utente e família, tal como já é prática comum na ECCI, que espelhava esta avaliação, os objetivos definidos e as estratégias a implementar. Quando necessários eram também selecionados e indicados produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) ou referenciados outros recursos como fisioterapia, psicologia, terapia da fala ou assistente social, de forma a serem facilitadores da transição saúde/doença e/ou incapacidade, e até mesmo na articulação com o médico de família para, por exemplo, auxílio no controlo da dor.

Todas estas atividades desenvolvidas pelo EEER, desde a avaliação, conceção, planeamento e implementação das intervenções especializadas, até a articulação com outros profissionais é, na nossa opinião, um trabalho de excelência, onde o EEER se torna num profissional de referência pelas suas competências e conhecimentos. De forma a envolver toda a equipa multidisciplinar, a ECCI, após a elaboração do PII, envia o mesmo ao médico de família e à assistente social, para que também eles tenham conhecimento do plano traçado e possam dar o seu contributo.

Tendo em vista a promoção do autocuidado, da continuidade dos cuidados e a capacitação dos utentes e cuidadores para possível alta, eram também realizados ensinamentos e treinos das técnicas dos programas definidos passíveis de se manterem sem a supervisão do EEER, assim como, alertas para hábitos e fatores de risco e ensinamentos sobre hábitos saudáveis.

1.2.2.2. Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;

Neste domínio o EEER analisa a pessoa com deficiência, especificamente a limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade, capacitando as mesmas, com o desenvolvimento e implementação de ações autónomas e/ou pluridisciplinares, para a inclusão ou reinserção social (Regulamento nº 392/2019, 2019). Segundo Alcântara et al. (2011), Virgínia Henderson definiu como sendo função da enfermagem assistir a pessoa, esteja esta doente ou saudável, no desempenho das suas atividades, de forma a atingir a independência.

Neste sentido eram implementadas intervenções de treino de Atividades de Vida Diária (AVD) adaptadas às limitações da mobilidade, promovendo e capacitando a independência da pessoa até à melhoria possível, considerando assim, o seu potencial de reabilitação. Estas passavam por técnicas específicas para o autocuidado, que podiam incluir o uso de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) ou o aumento da capacidade física (força e resistência) através de treinos de exercício físico, capacitando também o cuidador (através do ensino, instrução e treino na realização de alguns exercícios) para que este possa apoiar e ajudar o utente após a alta. Promovendo estas capacidades, a funcionalidade e a mobilidade, foi possível também incentivar as pessoas a participarem ativamente na sociedade, tornando-as mais capazes e a terem mais autoestima e qualidade de vida. O aumento da funcionalidade e a adaptação ao contexto de doença e/ou limitação, torna as pessoas mais capazes na realização das suas atividades, aumentando a autonomia e, por conseguinte, poderá contribuir para o aumento da autoestima.

Em contexto domiciliário, o aluno tirou partido do contexto em que a pessoa se encontra e do seu meio envolvente para melhor adequar as técnicas e maximizar as suas capacidades, tendo em conta a sua condição e o seu domicílio. Mas nem tudo são vantagens, neste contexto, teve muitas vezes de enfrentar várias barreiras arquitetónicas que dificultam a promoção da autonomia e a efetivação de treinos e técnicas de Enfermagem de Reabilitação. Estas barreiras eram na sua maioria estruturais do edifício e da sua construção e pela presença de mobiliário ou outros objetos que podiam ser retirados mais facilmente. São exemplos, casas com acessos por escadas estreitas, divisões pequenas, camas não articuladas em altura ou presença de mobiliário de remoção difícil. Quando é possível minimizar essas barreiras, nem sempre é fácil fazer com que a família aceite algumas alterações, e aqui o EEER desempenha mais uma vez um papel crucial, no reconhecimento, alerta e tentativa de adequar as condições do domicílio para minimizar riscos e ajudar na promoção da autonomia dos utentes.

Outras áreas que podem ser melhoradas são relativas à acessibilidade e à participação social, onde o EEER pode ter um papel importante de sensibilização da comunidade para as práticas inclusivas das pessoas com deficiência, doença ou limitação. As instituições públicas e privadas, como autarquias municipais, autoridades de segurança e outras de atendimento ao público, vão ficando cada vez mais sensíveis quanto às acessibilidades dos edifícios e da via pública. Consegue-se ver, atualmente, no nosso quotidiano, algumas melhorias nas novas obras públicas e no controlo policial em passeios e parques de

estacionamento dedicados a pessoas com mobilidade reduzida. Mas o caminho a percorrer ainda é longo, sendo que a população com doença, deficiência ou limitação ainda encontra muitos entraves para uma participação social plena. Podemos apontar vários problemas nos acessos estreitos, nas inclinações das rampas, nas prioridades de atendimento, nas casas de banho de instituições privadas e públicas, na formação dos trabalhadores, entre outros. Aqui o EEER, tendo em conta os seus conhecimentos e experiência, nas dificuldades e capacidades destas pessoas, pode dar contributos de elevada importância, na adequação dos serviços comunitários à população em geral.

Ao contrário do que foi dito, continua a ser pouco solicitada a opinião do EEER nestas questões, sendo muitas vezes difícil de se fazer ouvir. Aqui, as ações de formação e atividades na comunidade, abertas ao público geral e o estabelecimento de protocolos entre os serviços de saúde e outras organizações, podem alertar a sociedade para a necessidade de inclusão da opinião dos especialistas em reabilitação nestas questões.

1.2.2.3. Maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Neste domínio de competências o EEER desenvolve, com a pessoa, atividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais, assim como, um melhor desempenho motor, cardíaco e respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal (Regulamento nº 392/2019, 2019).

Ao longo deste estágio, o aluno teve oportunidade de prestar assistência a diversos utentes, com múltiplos problemas de saúde e diferentes capacidades e potenciais. Apesar de serem na sua maioria, pessoas em idades muito avançadas e com diminuta capacidade física e/ou cognitiva para participar ativamente na sua reabilitação, também teve a experiência de acompanhar utentes com elevado potencial de reabilitação física e cognitiva. Como já referido anteriormente, após a avaliação das capacidades e potencialidades do utente e/ou cuidador informal, eram identificados os diagnósticos de enfermagem e posteriormente definidas as intervenções de enfermagem a implementar. Logo de seguida, a elaboração do PII espelhava esta avaliação, onde eram também definidos os objetivos a atingir e as estratégias a serem implementadas. A Teoria do Alcance de Objetivos de Imogenes King focaliza o processo de enfermagem no alcance de metas, no ambiente natural e no seio de um sistema social, interpessoal e pessoal, valorizando o bem-estar dos utentes em todas as suas dimensões e favorecendo a sua reabilitação (Teixeira et al., 2019).

As intervenções especializadas em Enfermagem de Reabilitação, foram sempre adequadas individualmente a cada utente. Estas eram essencialmente treinos de exercício de força muscular, de resistência, de amplitude articular e de equilíbrio, treino de AVD's, reeducação funcional respiratória, estimulação cognitiva e educação para a saúde e hábitos de vida saudáveis. As ações dirigidas especificamente aos cuidadores passavam na maioria dos casos por ensinamentos sobre a manutenção de alguns dos exercícios físicos e de estimulação cognitiva, ensinamentos sobre autocuidados, prevenção de úlceras de pressão, posicionamentos, transferências, prevenção de quedas, adequação da alimentação, hidratação e das consistências dos alimentos em utentes com disfagia e promoção de hábitos de vida saudáveis. Os cuidadores eram na sua maioria dedicados e acessíveis a novos conhecimentos. A maior dificuldade sentida foi em alterar o comportamento dos cuidadores, uma vez que estes substituem os utentes nas suas AVD's, não promovendo, portanto, a independência da pessoa. Estes referiam muitas vezes que o fazem, como forma de carinho e amor pelo seu familiar, sem perceberem que tais ações dificultam o processo de reabilitação e de promoção da independência. Na sua maioria, os cuidadores informais verbalizavam que percebiam o benefício para o seu familiar, nesta alteração de comportamento e no estímulo e incentivo para a independência, mas ainda assim admitiram que mantiveram as práticas, não tendo alterado o seu comportamento.

Esta competência foi demonstrada, no relato e descrição das experiências vivenciadas ao longo do estágio, permitindo a mobilização dos conhecimentos adquiridos de acordo com as especificidades de cada utente e família.

2. PROJETO DE INVESTIGAÇÃO - INTERVENÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DOS IDOSOS DE UM ACES

2.1. INTRODUÇÃO

O homem preocupa-se desde sempre em conhecer e compreender o mundo que o rodeia, e a investigação científica surge dessa atitude incessante e da acumulação e transmissão de conhecimentos adquiridos (Coutinho, 2023).

A investigação é uma atividade de natureza cognitiva, num processo sistemático, flexível e objetivo, que contribui para compreender os acontecimentos e fenómenos, sendo essencial para a construção de novos conhecimentos, ideias inovadoras e desenvolvimento científico (Coutinho, 2023; Vilelas, 2020).

O presente projeto de investigação intitulado “Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação na promoção da autonomia dos idosos de um ACES”, surge após a entrevista informal realizada à enfermeira orientadora e da análise aos processos de enfermagem, em que foi possível constatar que os EEER se focam maioritariamente em intervenções do domínio físico e cognitivo, na promoção da autonomia nos idosos, descurando as áreas do domínio social e das atividades instrumentais. Assim, emerge a pertinência do presente estudo de avaliar a perceção dos próprios EEER, quanto às intervenções implementadas para a promoção da autonomia dos idosos, e desta forma, obter uma maior perceção sobre quais os domínios da autonomia que os EEER mais promovem e aqueles que necessitam de maior investimento. Como objetivo geral deste projeto, propomos a identificar a perceção dos EEER, de um ACES em Portugal, quanto à implementação das intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos idosos. A pergunta de partida para este projeto de investigação é: Qual a perceção dos EEER de um ACES em Portugal quanto ao desenvolvimento de intervenções promotoras da autonomia dos idosos, nos cuidados que prestam? Este é um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 18 EEER das ECCI's de um ACES.

Este projeto de investigação, inicia-se com um enquadramento teórico da temática em estudo, segue-se a descrição da metodologia de investigação utilizada, posteriormente a apresentação de resultados e respetiva discussão, contributos para a prática clínica, limitações e sugestões, e por último as conclusões.

Este projeto de investigação foi conduzido com uma abordagem bem planeada, utilizando a elaboração de um cronograma (Apêndice III) como ferramenta principal. Essa metodologia possibilitou a realização oportuna e adequada de cada etapa do trabalho, no entanto, por questões que se prenderam com respostas de pessoas e instituições externas a este projeto de investigação, o mesmo teve de sofrer alterações no decorrer do seu desenvolvimento.

Para documentação e fundamentação da temática em estudo, assim como, para a discussão dos resultados obtidos nesta investigação, foi realizada pesquisa em bases de dados online, repositórios científicos e sites de instituições de relevância, usando como descritores em português (Autonomia pessoal; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem em Reabilitação) e inglês (Personal Autonomy, Nursing Care; Rehabilitation Nursing).

2.2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.2.1. Autonomia

Segundo Lima et al. (2021b), após a análise conceptual considerando as diferentes áreas do conhecimento, o conceito de autonomia trata-se de um termo envolvente e multidimensional. Este implica que a pessoa detenha capacidade intelectual, cognitiva, social, física e inteligência emocional. Este conceito trata-se de um direito fundamental e essencial da existência humana.

De forma a viabilizar que os utentes tomem decisões de forma autónoma e informada no que diz respeito à sua condição de saúde, é necessário o empoderamento para a tomada de decisão. Através deste empoderamento é possível desenvolver capacidades sociais, de gestão emocional e de adaptação à condição física, essenciais à seleção da melhor escolha a fazer em relação à sua vida, à sua condição de saúde e ao melhor tratamento (Brown & Salmon, 2019).

Relativamente à literacia em saúde considera-se que esta é um direito fundamental e um pré-requisito para a saúde e bem-estar das populações. Está comprovado que aqueles com níveis mais baixos de literacia em saúde, estão mais propensos a ter pior saúde, o que pode levar ao consumo económico maior com a saúde e à experimentação de desigualdades em saúde (World Health Organization [WHO], 2013). Decorrente deste aumento de conhecimentos surge o empoderamento que permite às pessoas um melhor controle sobre as suas vidas e sobre o ambiente em que vivem, adquirindo desta feita, competências e

habilidades para tomar decisões informadas e agir em consonância com as suas vontades, mantendo-se ativas e envolvidas nas suas próprias vidas (Michael & Boyle, 2018), vivenciando a sua própria autonomia.

A vivência de uma autonomia plena encontra-se intimamente relacionada com a literacia em saúde, uma vez que a pessoa só poderá tomar decisões quando bem informada sobre os assuntos sob o quais toma decisões. A compreensão dos conhecimentos, da consciencialização e do aumento das capacidades só é possível quando a pessoa detém capacidades específicas intelectuais e cognitivas, de memória a curto, médio e longo prazo (Lima et al. 2021d). Sendo a pessoa detentora de tais capacidades intelectuais e cognitivas, o empoderamento da pessoa com recurso à literacia em saúde é uma ferramenta essencial para a satisfação da autonomia (Bennett et al., 2016).

Uma pessoa autónoma encontra-se consciente e orientada, é capaz de gerir de forma eficaz as emoções do dia-a-dia, encontra-se socialmente bem integrada, tem capacidade para decidir em todas as áreas da própria vida, desde que bem informada. Tem capacidade intelectual e física para colocar em prática a sua própria vontade, de acordo com as suas crenças, os seus valores e a sua cultura (Lima et al., 2021b, p. 6).

A autonomia é ainda influenciada pelo contexto social e cultural, pelas relações sociais e familiares. Estas influências podem ser fonte de motivação para controlar a própria vida e comportamento. No entanto, relações de poder podem colocar em causa a autonomia, quando o prestador de cuidados substitui o idoso nas AVD e nas tomadas de decisão (Deci, & Ryan, 2008).

No domínio emocional, é importante a capacidade de gerir emoções e a perceção que a pessoa tem de si mesma, o que nos remete para uma boa capacidade de gestão emocional (Lima et al. 2021d). A gestão emocional assume, assim, um papel fundamental para que a pessoa mantenha a sua autonomia (Calheiros et al., 2013). Idosos com capacidade de controlo emocional eficaz, têm melhores indicadores de saúde e bem-estar comparativamente a pessoas com pensamentos negativos, influenciando resultados funcionais, níveis de depressão, ansiedade e stress (Caprara et al., 2013).

Garantindo a promoção da autonomia, assegura-se, por consequência, a qualidade de vida e dignidade humana (Delmar, 2013). A autonomia é a expressão da dignidade humana, na medida em que permite que as pessoas determinem o seu destino, as suas aspirações e os seus objetivos de vida (Beauchamp & Childress, 2013).

Em suma, o conceito de autonomia inclui: a capacidade física, a capacidade cognitiva e intelectual, a inteligência emocional e a integração social, que são importantes para um envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido.

2.2.2. Competências do EEER na promoção da autonomia

A promoção ou manutenção da autonomia são pedras basilares da atuação dos profissionais de saúde. Trata-se de um valor fundamental de ética médica, pelo que a equipa multidisciplinar deve trabalhar em colaboração com os utentes, no sentido de garantir que estes tomem decisões informadas sobre a sua saúde e sobre o tipo de tratamento a escolher, mediante as disponibilidades (Beauchamp & Childress, 2013). Apesar da multidimensionalidade do conceito de autonomia, os profissionais de saúde e muito especificamente os enfermeiros, devem desenvolver estratégias que premeiam a sua promoção/manutenção na íntegra. Aos enfermeiros, de acordo com as suas competências, cabe o diagnóstico, a prescrição, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem que se orientem pelo respeito deste direito fundamental. Este adquire maior importância pelo facto de, na maioria dos casos, a autonomia poder estar comprometida ou em risco. Isso implica o dever de respeitar a capacidade de decisão, sendo para isso necessário o reconhecimento da capacidade da pessoa para tomar decisões e a promoção de condições que permitam o exercício dessa autonomia, ou seja, a capacidade de execução (Lima, 2021b).

A implementação de intervenções que promovam a capacidade física, cognitiva e de integração social, objetivando a promoção/manutenção da autonomia, são competências acrescidas dos EEER. Esta adquire especial importância quando se trata de idosos ou de pessoas em risco ou com fragilidade. Segundo o Regulamento n.º 392/2019 (Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação) da OE, o EEER “elabora e implementa programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (OE, 2019, p. 13567).

A autonomia no idoso, assume uma maior relevância, na medida em que, esta faixa etária apresenta maior vulnerabilidade e fragilidade nas dimensões cognitiva, física e social. No domínio cognitivo, diagnosticar, intervir atempadamente e avaliar, adequando um programa de estimulação cognitiva, auxilia a manutenção/promoção da autonomia (Lima et al., 2021d). A estimulação cognitiva dirige-se essencialmente à esfera mnésica, existindo

várias atividades que podem ser usadas para treinar a memória, a atenção e o processamento de informação (Sequeira, 2010). Exemplos de atividades de estimulação cognitiva são: treinos de memória, que podem ser estratégias para lembrar listas de palavras, sequências de objetos, ideias ou detalhes de histórias, enunciar listas de nomes ou listas de compras; treinos de raciocínio, como sendo exercícios focados na habilidade de resolver problemas do dia-a-dia, identificar padrões em cartas ou séries de números; treinos de velocidade de processamento, por exemplo, focando em habilidades de pesquisa visual e na capacidade de identificar e localizar informações visuais rapidamente (Ball et al., 2002).

Os EEER têm a capacidade de obter ganhos em saúde em todos os contextos da prática, sejam eles na prevenção de incapacidades ou na recuperação das capacidades remanescentes, promovendo uma maior autonomia da pessoa. Estes serão os profissionais de excelência e referência, na prevenção, recuperação e habilitação das pessoas vítimas de doença súbita ou de descompensação de processos crônicos, que alterem a funcionalidade a vários níveis (cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade). Assim, através do diagnóstico e intervenção precoce, da promoção da qualidade de vida, da maximização da funcionalidade e do autocuidado, conseguem os EEER prevenir complicações e tentar evitar incapacidades ou minimizando as mesmas (OE, 2015).

Os EEER promovem ainda a literacia em saúde (através da educação para estilos de vida e comportamentos saudáveis), a capacitação dos cuidadores, a acessibilidade e a inclusão social, assim como, a gestão dos processos de doença das pessoas idosas, no sentido de se manterem ativas, autónomas e saudáveis. O respeito pela dignidade humana exige que todos os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, reconheçam e apoiem a autonomia dos utentes, garantindo a literacia em saúde e o empoderamento através das suas intervenções, garantindo que as suas decisões em saúde sejam informadas e por outro lado, baseadas nos seus valores e preferências (OE, 2015). O empoderamento da pessoa, com recurso à literacia em saúde, permite inculcar mudanças e práticas saudáveis, através do aumento dos conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis, particularmente que permeiem um envelhecimento ativo e saudável. Os enfermeiros podem aqui intervir de forma a capacitar, ensinar, instruir e treinar, os idosos ou os seus cuidadores informais, promovendo a literacia em saúde e a autonomia (Delmar, 2013).

Quanto ao contexto cultural onde a pessoa se insere, e sendo este influenciador da sua autonomia e da saúde, é importante que o profissional de saúde conheça os aspetos

culturais da pessoa (Beauchamp & Childress, 2019). O hábito de substituir o idoso, nas suas atividades instrumentais e nas atividades básicas de vida diárias, está presente em várias sociedades. Esta substituição feita pelos familiares, ou seus substitutos legais, é vista pelos mesmos como uma forma de carinho. O enfermeiro deve reconhecer os riscos destas substituições, intervindo juntos dos cuidadores, através da implementação de intervenções que premeiam o aumento do conhecimento destas pessoas sobre a autonomia e estilos de vida saudáveis, que possibilitem um envelhecimento mais saudável. Estas intervenções são assim, essenciais para a promoção da autonomia o empoderamento dos utentes e/ou dos seus cuidadores (Benson et al., 2019), através do aumento das suas competências.

Para que a pessoa se sinta volitiva e dona das suas próprias ações, necessita de estar socialmente integrada, conhecendo a cultura e o meio em que se insere (Lima et al. 2021d). Assim, os enfermeiros, devem estar cientes das necessidades e preferências individuais dos seus utentes e dos seus cuidadores interligando estas preferências com o contexto social e cultural em que vivem, objetivando oferecer os cuidados personalizados e que promovam a qualidade de vida dos idosos e conseqüentemente o seu bem-estar global (Bell et al., 2016; Eassey et al., 2019).

A dignidade está intimamente ligada com a autonomia. Sendo respeitada a autonomia, será também garantido o respeito pela sua dignidade, permitindo que as pessoas possam decidir a sua própria vida (Delmar, 2013).

O conceito de autonomia é largamente utilizado pelos profissionais de saúde, e particularmente por enfermeiros, no entanto, denota-se alguma incoerência na sua utilização. O conceito de autonomia pode ser interpretado de diferentes formas, levando a diferentes expectativas e práticas de cuidados, uma vez que esta depende da interpretação dos conceitos que usam [autonomia e independência] (Beauchamp & Childress, 2019; Gillon, 1994). Embora a definição seja clara relativamente a todas as dimensões que envolvem a competência da autonomia, na prática clínica diária é notória a carência de atenção dada na aplicação plena de todas as dimensões desse conceito. A avaliação e promoção da autonomia é realizada de forma incompleta. Segundo Lima et al. (2022) e Schouten et al. (2007), as dificuldades na aplicação do conceito de autonomia também se podem prender, muitas vezes, com a condições de trabalho, uma vez que estas podem limitar a aplicação adequada do conceito por falta de tempo, de recursos, e de conhecimentos e habilidades necessárias para apoiar a autonomia dos utentes. Marmot (2017) diz-nos que também as pressões institucionais e sociais podem influenciar a forma como os profissionais trabalham

diariamente a autonomia nos cuidados que prestam, dando ênfase na eficiência e na padronização dos cuidados em detrimento da individualização e personalização dos mesmos. Já Kleinman e Benson (2006) referem que também as diferenças culturais podem levar a diferentes interpretações do conceito de autonomia e conseqüentemente também a diferentes práticas em relação à sua utilização.

Um maior conhecimento do conceito de autonomia melhoraria o entendimento dos profissionais de saúde, essencialmente dos enfermeiros, que têm um papel preponderante na promoção/ manutenção da mesma, uma vez que se verifica nos processos de enfermagem da prática clínica, que os enfermeiros direcionam as intervenções para a independência física da pessoa nas AVD, referindo-se a este tipo de intervenções como promotoras da autonomia (Lima et al., 2021b). Tal como salienta Sequeira (2010, p. 5) “A independência está relacionada com a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado”, sendo apenas parte do leque das intervenções promotoras da autonomia enquanto conceito multidimensional.

Para além de terem como objetivo a manutenção e/ou promoção da capacidade executiva e funcional dos utentes nas AVD e nas atividades instrumentais de vida diária, as ações de enfermagem devem ter em conta a promoção da cognição, da gestão de emoções, da interação e integração social e da capacidade de tomada de decisão (Lima et al., 2021d). Os exercícios físicos, através de treinos de equilíbrio, força, resistência, coordenação motora e flexibilidade, juntamente com a estimulação cognitiva e multissensorial e com a promoção das interações sociais, são considerados como protetores da deterioração física, mental e social e promotores da manutenção da funcionalidade e autonomia (Santos-Rocha et al., 2019).

Neste sentido, torna-se importante que os EEER desenvolvam e apliquem programas de envelhecimento ativo que maximizem as capacidades dos idosos e melhorem a sua satisfação e autoestima (OE, 2015). A promoção de um envelhecimento ativo e saudável está diretamente ligado com a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e a prevenção de doenças e das suas complicações ao longo de todo o ciclo vital. Com a atempada identificação de focos e diagnósticos de enfermagem, e com o planeamento e execução de intervenções adequadas, os EEER são os profissionais mais competentes para promover/manter a autonomia e capacitar a pessoa idosa, devendo iniciar a sua intervenção na prevenção. Tal como refere Lima et al. (2022, p.2) “A prevenção em todos os níveis assume particular importância na pessoa idosa, e a intervenção dos enfermeiros especialistas

é fundamental para manter ou promover a sua autonomia.” Os idosos carecem de cuidados qualificados, centrados na pessoa, na promoção da saúde e na prevenção de complicações associadas ao processo de envelhecimento, podendo o EEER ter um papel essencial na melhoria da capacidade funcional e na promoção da qualidade de vida (Faria & Ribeiro, 2021).

2.2.3. Envelhecimento Ativo e Saudável

O envelhecimento ativo e saudável é definido pela WHO (2015) como a melhoria das oportunidades para a saúde, cooperação e segurança, para o aumento da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Este processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio. O termo “ativo” significa uma participação contínua na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica, significando mais do que, apenas, ser ativo física e profissionalmente.

O envelhecimento saudável é alcançado quando há uma preocupação com o bem-estar geral do indivíduo, considerando todos os aspetos importantes da sua vida. Esse conceito holístico envolve hábitos de vida saudáveis, bem como suporte e oportunidades fornecidas pela sociedade para que os idosos possam manter a funcionalidade e vivenciar aquilo que é importante para eles. Em suma, o objetivo é promover a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, valorizando os seus desejos, necessidades e preferências (WHO, 2015).

O envelhecimento demográfico é um fenómeno mundial. O Instituto Nacional de Estatística (2017) estima que, em Portugal, entre 2015 e 2080, diminua o número de jovens (de 1,5 para 0,9 milhões), aumente o número de idosos (de 2,1 para 2,8 milhões), e consequentemente o índice de envelhecimento duplique, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens. A esperança média de vida será de 80,62 anos e prevê-se que existam apenas cerca 30% de crianças e jovens para 40 a 50% de pessoas com 65 ou mais anos, pelo que a população em idade ativa decresça de 6,7 para 3,8 milhões de pessoas. Consideram-se como idosos em Portugal, as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017).

As melhorias das condições de vida e de saúde da população portuguesa tiveram impacto na longevidade e consequentemente um envelhecimento da população. Com este

envelhecimento populacional surgem novos desafios para os profissionais de saúde, como a necessidade de retardar a fragilidade e o declínio funcional promovendo um envelhecimento ativo e saudável (Faria et al., 2021).

O conceito de fragilidade não é consensual na literatura. Há autores que definem fragilidade como a presença de três ou mais dos critérios: perda de peso involuntária, baixa atividade física, autorrelato de exaustão, fraqueza muscular e marcha lenta (Fried et al., 2001). Para Rockwood et al. (2005) trata-se de uma condição resultante da junção de problemas relacionados com o envelhecimento e clinicamente relevantes como problemas físicos, funcionais, cognitivos e sociais. Mais recentemente, Apóstolo et al. (2018) e Gobbens e Ploeg (2021), evidenciam que são vários os fatores que podem predispor os idosos a uma condição de fragilidade, sendo esses: fatores sociodemográficos (idade avançada, baixo nível socioeconômico, gênero feminino), fatores físicos (fadiga, diminuição da velocidade de marcha, diminuição da capacidade de equilíbrio, diminuição da força nas mãos, baixa atividade física, perda de peso não intencional, alterações auditivas e visuais), fatores psicológicos (declínio cognitivo, da gestão de emoções e do humor), eventos de vida traumáticos (morte de pessoa significativa, divórcio, acidente, hospitalização) e fatores sociais (diminuição ou ausência de relações sociais).

O declínio das funções físicas e fisiológicas, tem início na terceira década de vida, intensificando-se particularmente a partir dos 60 anos de idade, e condicionam o idoso tornando-o vulnerável e muito frágil. Apesar de ser variável de pessoa para pessoa, a esta decadência, acompanham processos de imobilidade decorrentes da incapacidade, que diminuem a qualidade de vida dos idosos e aumentam consideravelmente os custos na área da saúde e o risco de hospitalizações (DGS, 2017).

Se durante muito tempo estivemos preocupados com o aumento da esperança de vida e da longevidade, atualmente as preocupações crescentes com a autonomia, a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos assumem um papel muito importante. Para além das alterações que acompanham o processo de envelhecimento (morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas, a perda progressiva da capacidade de adaptação) aumenta a prevalência de processos patológicos crônicos e debilitantes (DGS, 2017). Estes processos patológicos colocam não só em causa a mobilidade, como também a autonomia da pessoa. Torna-se essencial que os profissionais de saúde estejam alerta para uma atempada avaliação dos riscos inerentes aos idosos, para a promoção da adesão a estratégias preventivas, assim como, para o tratamento precoce de complicações, sendo a intervenção dos enfermeiros

(com competências e responsabilidades acrescidas aos enfermeiros especialistas) fundamental para manter ou promover a sua autonomia. Desta forma, e sendo este um grupo de pessoas vulnerável, será conseguida uma prestação de cuidados mais humanizada (Faria et al., 2021; Lima et al., 2022). Pelo exposto, justifica-se a implementação de programas de exercício físico, treino cognitivo, integração social e de gestão emocional, durante o ciclo de vida, pois a sua implementação ao longo do tempo demonstra grande eficácia, assumindo maior relevância na diminuição dos indicadores de fragilidade da pessoa idosa (Apóstolo et al., 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), Portugal é dos países onde se vive com pior saúde durante mais anos, apesar do conhecimento dos idosos das vantagens da atividade física regular e da alimentação saudável, não incluem isso nos seus hábitos, sendo ainda, o uso do álcool e do tabaco, fatores de relevo na perda de anos de vida saudável. Portugal é o 4.º país da União Europeia com maior percentagem de pessoas idosas, sendo apenas ultrapassado pela Grécia, Alemanha e Itália (European Commission, 2015).

São influenciadores, na forma como se envelhece, os fatores ambientais e pessoais, a economia, a sociedade e cultura, o sistema de saúde, a família, o género, entre outros. Tal como salienta WHO (2002) citado por DGS (2017, p. 8) “As condições de saúde são determinantes no envelhecimento ativo, mas a promoção do envelhecimento ativo não se restringe à promoção de comportamentos saudáveis”.

A qualidade de vida é o que mais influência um envelhecimento ativo e saudável. No conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas, são componentes fundamentais as boas condições financeiras, a saúde e o suporte e integração social, podendo cada uma destas ter sido afetadas no decurso da vida. “A qualidade de vida é, claramente, a tônica dominante da definição [do envelhecimento ativo]” (Cabral et al., 2013, p. 13). No conceito de qualidade de vida nas pessoas idosas existem três componentes fundamentais: o bem-estar financeiro, a saúde e o suporte e integração social. Estes três componentes influenciam determinantemente o exercício da autonomia por parte da pessoa idosa. Estes componentes podem ser afetados ao longo do ciclo de vida por situações como o desemprego, a reforma, a viuvez ou perda de pessoas significativas, as doenças, ou outros eventos marcantes. Assim, a família, a comunidade e a sociedade, nas suas relações de interdependência e solidariedade entre gerações são muito importantes para a promoção de um envelhecimento ativo e na forma como se envelhece (DGS, 2017).

Para se manter o bem-estar, a qualidade de vida, a autonomia e a independência das pessoas idosas, é essencial promover a sua contribuição para a sociedade. As expectativas dos idosos e as necessidades económicas da sociedade requerem que estes participem ativamente na vida económica, política, social e cultural. Desde que os idosos se sintam capazes devem ter oportunidade para trabalhar e/ou ter acesso à educação/formação, olhando para o seu potencial no desenvolvimento do futuro com as suas bases sólidas de experiência e conhecimento. O envelhecimento ativo pode ser visto, assim, como potenciador da economia, da satisfação de profissionais de saúde e de prestadores de cuidados, dos sistemas de saúde e de segurança social. Pelo contrário, viver até mais tarde também significa estar mais exposto a riscos como: as doenças; o isolamento social e a solidão; a dependência física, mental e económica; os abusos físicos, psicológicos, sexuais, financeiros ou materiais (DGS, 2017).

A DGS (2017, p.11) realça que está salvaguardado no artigo 72.º da Constituição da República Portuguesa o reconhecimento da dignidade da pessoa humana especificamente de que as pessoas idosas “têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.”

2.2.4. Estratégia nacional para o envelhecimento ativo

A DGS (2017) em conformidade com as orientações da WHO (2017) atribui grande importância a políticas de saúde e sociais que promovam um envelhecimento ativo e saudável, e nesta temática Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da WHO e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia, que contemplam a promoção do envelhecimento ativo, tendo sido proposta a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) para os anos 2017-2025.

A ENEAS foi consolidada num conjunto de linhas orientadoras e estruturada em quatro eixos estratégicos, sendo eles: Saúde, Participação, Segurança, Medição, Monitorização e Investigação.

No eixo da saúde, a ENEAS (DGS, 2017) orienta para a promoção de iniciativas e práticas que visem: reduzir a prevalência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crónicas; a redução das incapacidades físicas e mentais nas pessoas idosas; e potenciar a autonomia. Em conformidade com as orientações da WHO (2015) este

documento identifica diversas oportunidades de promoção do envelhecimento saudável no percurso de vida. Estas têm sempre o objetivo comum de maximizar a capacidade funcional das pessoas idosas. Para isto, as ações dirigidas às pessoas com níveis altos de capacidades físicas e mentais, devem permitir aumentar ou manter estas capacidades pelo maior tempo possível. Noutra prisma, as ações dirigidas às pessoas com diminuição das suas capacidades físicas e mentais, “visam travar, reduzir, reverter e gerir estes quadros para que causem o menor impacto possível na capacidade funcional dessas pessoas” (DGS, 2017, p. 21). Neste eixo, a ENEAS (DGS, 2017) orienta para um conjunto de medidas que visam a promoção de estilos de vida saudável e vigilância da saúde, sendo essas:

Promover a literacia em saúde, práticas de estilos de vida saudável, e o autocuidado (...); criar um programa de vigilância da saúde das pessoas idosas que institua o registo da avaliação da funcionalidade, ações de promoção de saúde e prevenção da doença (...); incentivar a monitorização e eventual prescrição na prevenção e controlo das alterações de comportamento, nomeadamente nas áreas da atividade física, alimentar e da interação social (DGS, 2017, pp. 23-24).

São ainda abordadas medidas para a gestão dos processos de comorbilidade, sendo apontadas as seguintes:

Capacitar os profissionais para a utilização de comunicação não discriminatória e adequada ao nível de literacia da pessoa idosa e dos seus cuidadores (...); capacitar os profissionais de saúde, familiares, outros cuidadores informais e pessoas idosas para a gestão do regime terapêutico; elaborar e executar Planos Individuais de Cuidados (PIC) baseados na promoção da saúde e das capacidades funcionais, e que tenham em conta as necessidades particulares de mulheres e homens (...); garantir a integração entre os diferentes níveis de cuidados e prestação de serviços com o objetivo de assegurar o melhor percurso de cuidados para a pessoa idosa (...); garantir a inclusão de indicadores de execução de cuidados de saúde e de apoio social prestados a pessoas idosas, nomeadamente na contratualização dos cuidados, desagregados por sexo (...); promover a integração da promoção do autocuidado nas respostas dirigidas a pessoas idosas em situação de dependência (...); incentivar a adaptação dos serviços, viabilizando a melhoria dos cuidados, da participação, da independência e de dignidade das pessoas idosas (...); incrementar a articulação da

RNCCI com os restantes níveis de cuidados de saúde; incentivar a formação básica, a especializada e a contínua dos profissionais de saúde no âmbito da geriatria e gerontologia, baseada numa abordagem não discriminatória e de direitos humanos (...); dinamizar ações de formação e capacitação dirigidas a cuidadores informais no sentido de aquisição de competências, nomeadamente de utilização das tecnologias e os serviços disponíveis para realizar o controlo das doenças crónicas e de potenciar as capacidades funcionais e de autonomia das pessoas idosas (DGS, 2017, pp. 24-26).

Quanto ao eixo da participação, a ENEAS (DGS, 2017) incentiva à promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida, devendo aqui serem incluídas estratégias de promoção da literacia em saúde e a criação de ambientes (ao nível físico e social) protetores e potenciadores da integração e da participação dos idosos na sociedade. Os mesmos autores consideram a integração e o apoio social essenciais para as pessoas idosas, pois proporcionam recursos emocionais e práticos, participação ativa e maior autoestima. São propostos dois conjuntos de ações essenciais: a promoção da educação e formação ao longo do ciclo de vida e a criação de ambientes físicos e sociais potenciadores da integração e participação das pessoas idosas. As medidas propostas no âmbito da educação e formação ao longo do ciclo de vida são:

Investir na formação e educação sobre o envelhecimento em todos os graus de ensino, baseada nos direitos humanos, igualdade e não discriminação, e incentivar o estudo e investigação na área do envelhecimento (...); incentivar/ divulgar as oportunidades de educação e formação para as pessoas idosas; criar iniciativas para o desenvolvimento de competências das pessoas idosas, famílias, voluntários e profissionais das Organizações de Economia Social sobre os seus direitos e deveres enquanto utentes do Serviço Nacional de Saúde (DGS, 2017, pp. 28-29).

Para a criação de ambientes potenciadores da integração e participação são propostas as seguintes medidas:

Desenvolver ações tendentes à promoção de uma imagem positiva do envelhecimento, nomeadamente a importância do envelhecimento ativo e saudável e o combate a atitudes e preconceitos estigmatizantes e à discriminação e exclusão social das pessoas idosas (...); promover o envelhecimento ativo e saudável no

âmbito das políticas setoriais de nível nacional e local (...); promover o desenvolvimento de programas no âmbito da interação social através da criação de espaços intergeracionais e ações tendentes a destacar o valor social e económico da solidariedade intergeracional na família e na comunidade (...); incentivar o envelhecimento no contexto de proximidades da pessoa idosas (...); incentivar o desenvolvimento de tecnologia e do design inclusivo/universal na construção e adaptação de edifícios habitacionais e no mobiliário urbano que seja promotor de atividade física e autonomia das pessoas idosas (...); incentivar a adesão das autarquias e freguesias aos princípios das cidades e vilas amigas das pessoas idosas e dos cidadãos com mobilidade reduzida (DGS, 2017, pp. 30-32).

No eixo da segurança é dada importância a iniciativas e práticas que visem minimizar riscos e promover o bem-estar e a segurança das pessoas idosas. São orientadas as seguintes medidas para a criação de ambientes físicos que garantam a segurança:

Incentivar a adoção das boas práticas de acessibilidade e segurança propostas para a criação de edifícios, cidades e ambientes amigos das pessoas idosas (...); promover ações de sensibilização dirigidas às pessoas idosas e respetivos prestadores de cuidados no âmbito da prevenção, proteção e apoio em situações de ocorrência de crime (...); orientar as pessoas idosas e seus cuidadores no sentido de utilizarem novas tecnologias e serviços disponíveis que favoreçam a sua segurança e proteção (...); promover a sensibilização, dos operadores de transportes públicos e seus utilizadores, para a proteção das pessoas idosas e das com mobilidade reduzida (DGS, 2017, p. 33).

No sentido da identificação, sinalização e suporte em situação de vulnerabilidade, sugerem também medidas tais como:

sensibilizar os profissionais de saúde para a necessidade de sinalização, encaminhamento e colaboração com outras entidades nas situações de ocorrência de abuso e violência contra pessoas idosas, designadamente em situações de violência doméstica e de género (...); reforçar a sinalização e acompanhamento de pessoas idosas em condições de isolamento e vulnerabilidade económica, assegurando que as mesmas acedam a todos os benefícios e apoios a que possam ter direito (...); reforçar as medidas de prevenção e de segurança das pessoas idosas, no que se refere

à circulação pedonal e rodoviária (...); dinamizar a criação de equipas de apoio à pessoa idosa, sedeadas nos municípios/freguesias com a participação dos parceiros da comunidade (DGS, 2017, p. 34).

Quando à medição, monitorização e investigação é incentivada a investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável, possibilitando a identificação de necessidades e o desenvolvimento, monitorização e avaliação de intervenções, assim como, a propagação de boas práticas e da inovação (DGS, 2017).

Considerando que começamos a envelhecer antes do nascimento, prolongando-se o envelhecimento por toda a vida, o que pode determinar um envelhecimento saudável, é influenciado durante todo o ciclo vital. Posto isto, as respostas da sociedade tendo em conta o envelhecimento da população devem abranger todas as fases do ciclo de vida (DGS, 2017). São exemplos de programas e estratégias nacionais que refletem as prioridades na área da saúde ao longo do ciclo vital: o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo; o Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável; o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física; a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar; a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde; o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; o Programa de Prevenção e Gestão da Doença Crónica; o Programa Nacional para a Diabetes; o Programa Nacional para a Saúde Mental; o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias; o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; o Programa Nacional para as Doenças Cerebrovasculares; o Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados.

2.2.5. A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson

Os referenciais teóricos da disciplina de enfermagem têm tido pouca aplicação na prática profissional, sendo a teoria e a prática vistas como realidades diferentes, o que pode conduzir a uma profissão centrada na doença, no modelo biomédico e na gestão de sinais e sintomas. Num estudo realizado por Sousa et al. (2015), os enfermeiros referem sentir dificuldade na aplicação do processo de enfermagem por vários motivos, entre os quais: a limitação de tempo destinado à consulta de Enfermagem (15 minutos), preconizada pelas instituições, tendo o enfermeiro disponibilidade apenas para se centrar na patologia e na vigilância dos seus sinais e sintomas; a baixa dotação de pessoal, frequentemente baseada em intervenções de carácter biomédico; os indicadores de saúde que orientam os enfermeiros

para áreas focadas na doença, sendo que a importância “colocada em indicadores de processo, no particular dos cuidados de Enfermagem, pode contribuir para algum desânimo nos enfermeiros que vêm o seu trabalho muito reduzido à frequência com que realizam determinadas intervenções, por oposição aos ganhos em saúde” (Sousa et al., 2015, p. 59).

A enfermagem é uma ciência, assente também em teorias de enfermagem, que orientam o cuidar, pelo que os enfermeiros se devem guiar por essas teorias do conhecimento, sendo importante a aproximação dos contextos académicos e profissionais. As teorias são ideias, conhecimentos e experiências estruturadas que procuram explicar um determinado fenómeno, baseando-se em pressupostos, valores, escolhas e no julgamento do teórico (Riegel et al., 2018).

Segundo Evangelista et al. (2020, p. 2) citando Watson (1999, 2008, 2012), Jean Watson “baseou-se nas ideias de Carl Rogers, Hegel, Marcel, Whitehead, Kierkegaard e Sally Gadow, Nightingale e nas suas próprias inspirações”, assim como, em pensamentos sobre a definição do eu, ideal moral, intersubjetividade e dignidade humana. A teoria do cuidado humano deixa de lado os cuidados centrados na dimensão física e com objetivo de cura da doença, focando-se na abordagem à pessoa na sua totalidade, atendendo às questões espirituais e existenciais, onde a equipa de enfermagem ajuda a pessoa a atingir um grau mais elevado de harmonia entre o corpo, a mente e a alma, podendo levar a um processo de autoconhecimento, autorespeito, autocura e autocuidado.

Os pressupostos da Teoria do Cuidado Humano de Watson, têm em conta uma interação educativa entre o profissional e a pessoa cuidada, tendo como meta o cuidado holístico, onde a pessoa cuidada é vista na sua totalidade (visão humanista), independentemente da doença. Esta interação proporciona um papel ativo da pessoa na tomada de decisão, respeitando assim, os princípios éticos da profissão e promovendo a autonomia (Evangelista et al., 2020; Lima et al., 2021a).

Segundo a análise de Evangelista et al. (2020, p.2), “a teoria de Jean Watson apresenta, explicitamente, três dos quatro conceitos do metaparadigma da enfermagem: saúde, enfermagem e pessoa.” A saúde é vista como a harmonia entre a mente, o corpo e a alma. A enfermagem é, segundo a teórica, um conceito filosófico, dinâmico e mutável, sendo o enfermeiro coparticipante do processo de relação de cuidado. Este ajuda as pessoas nas decisões relacionadas com estado em que se encontra. A pessoa é parte da natureza e do mundo, com conceito espiritual, não sendo apenas matéria e possui três dimensões (mente, corpo e alma). A definição do conceito de meio ambiente, não é feito concretamente por

Watson, mas é bastante referenciado, como um dos 10 passos propostos para um cuidado transpessoal, denominado de Processo Caritas. Implicitamente consegue-se perceber que o meio ambiente é bastante importante na teoria, pois envolve o ambiente físico e o não físico como promotor de cuidado. Os autores referem-se ainda a conceitos como de harmonia-desarmonia, mal-estar, tempo, metafísica, cuidado transpessoal, campo fenomenológico, dimensão espiritual e alma (Evangelista et al., 2020).

Os 10 elementos do Processo Caritas e respectivos fatores carativos da teoria do cuidado humano dizem respeito aos seguintes, resumidamente: 1. Cultivar uma prática de bondade amorosa com equanimidade para si e outros (valores humanístico-altruístas); 2. Estar autenticamente presente, capacitar, sustentar e honrar a fé-esperança, honrando o mundo subjetivo e as crenças de si e o do outro (incutir/capacitar fé e esperança); 3. Ser sensível a si e aos outros, cultivando crenças e práticas espirituais individuais (cultivar a sensibilidade consigo mesmo e com os outros); 4. Desenvolver e sustentar relações de ajuda, confiança, amor e carinho (desenvolvendo relação de ajuda, confiança e autocuidado); 5. Estar presente, dar suporte e ouvir de modo autêntico a história da outra pessoa e a sua conexão profunda com o seu espírito (promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos); 6. Usar criativamente o eu e todos os caminhos do conhecimento como parte do processo de cuidar (uso sistemático de processos científicos [criativos] de resolução de problemas); 7. Envolver-se na experiência genuína de ensino-aprendizagem que atende à unidade do ser e ao significado subjetivo (promover o ensino-aprendizagem transpessoal) 8. Criar um ambiente de cura a todos os níveis (físico, não físico, ambiente e consciência), onde a integridade, beleza, conforto, dignidade e paz são potencializados (proporcionar um ambiente de proteção mental, social e espiritual); 9. Assistir nas necessidades humanas básicas, com uma consciência intencional de cuidado, honrando o ser espiritual (auxiliar na satisfação das necessidades humanas); 10. Abertura e atenção ao campo espiritual, ao existencial e mistérios (permitir as dimensões espirituais e os fenômenos existenciais) (Pereira Alves et al., 2021; Watson, 2007).

Evangelista et al. (2020) destacam ainda alguns pressupostos das obras de Watson, sendo estes:

o cuidar pode ser demonstrado e praticado eficazmente apenas de forma interpessoal...; cuidar consiste no Processo Caritas, o que facilita a cura, a honra e a integridade e contribui para a evolução da humanidade; o cuidar efetivo promove saúde e crescimento individual e familiar; as respostas (resultados) aceitam as

peças como elas são e como podem ser; o ambiente de cuidado (relação de cuidado) oferece o desenvolvimento potencial, e permite que a pessoa escolha a melhor ação para si mesma, num determinado momento; a ciência do cuidado é complementar à ciência da cura...; e a prática do cuidado é central na enfermagem (Evangelista et al., 2020, pp. 4-5).

A teoria do cuidado humano/transpessoal de Jean Watson, traz contribuições para a enfermagem, orientado a prática dos enfermeiros para um atendimento holístico com base na reciprocidade que deve haver entre enfermeiro e utente, alertando para a necessidade de deixar de lado a prática profissional voltada para o tratamento e cura das doenças (Evangelista et al., 2020; Riegel et al., 2018). Sendo uma teoria de grande alcance, as definições e conceitos da mesma são aplicáveis a qualquer população e a qualquer ambiente que exijam cuidados de enfermagem. Estes profissionais, de modo a desenvolverem uma prática sistematizada e sustentada cientificamente, devem utilizar teorias que apoiem e fundamentem a profissão (Ribeiro et al., 2018). Sem uma orientação disciplinar é fácil cair na tentação de basear o cuidado de enfermagem no modelo biomédico (Watson, 2017).

A avaliação da pessoa idosa, com o objetivo da manutenção/promoção da autonomia na sua globalidade, e tendo em conta a teoria do cuidado humano de Watson, deve ser realizada de forma holística. Com o objetivo de identificar problemas ou possíveis problemas e através de uma avaliação multidimensional que inclua a cognição, a gestão emocional e aspetos sociais e ambientais (Riegel et al., 2018).

2.3. METODOLOGIA

2.3.1. Definição do Tema

O tema deve ser escolhido tendo em conta as inclinações, possibilidades e aptidões de quem elabora o trabalho científico, devendo ser exequível e adequado aos fatores externos e internos (pessoais). Esta escolha pode surgir, por exemplo, com base na observação do quotidiano, da vida profissional, em programas de investigação, no relacionamento com especialistas ou em sugestões de pesquisas já realizadas e deve estar relacionada com a linha de pesquisa à qual está vinculado o investigador ou o orientador (Fortin, 2009; Vilelas, 2020). Segundo Vilelas (2020, p.79) “o TEMA é o assunto que se deseja estudar e pesquisar.” O tema deve ainda permitir fazer avançar a ciência ou dar resposta a problemas concretos da prática (Martins, 2008).

Após a entrevista informal realizada à enfermeira tutora e coordenadora da ECCI, e depois de uma consulta aos registos de enfermagem nos processos clínicos dos utentes, constatou-se que a maioria das intervenções dos EEER, para a promoção da autonomia no idoso, se focam nos domínios físico e cognitivo da autonomia, descurando as áreas do domínio social e das atividades instrumentais. Em discussão com a orientadora e com a tutora do estágio, surgiu a pertinência de avaliar a perceção dos EEER quanto às suas intervenções na promoção da autonomia dos doentes com perda de autonomia, sendo estes, na maioria das vezes, doentes idosos. Desta forma, podemos obter uma maior perceção sobre quais os domínios da autonomia que os EEER mais promovem e aqueles que necessitam de maior investimento.

Tendo em conta o destaque das políticas de saúde e sociais para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, adotadas pela DGS em conformidade com a WHO, os profissionais de saúde que trabalham na comunidade, em especial os EEER, assumem um papel primordial (DGS, 2017).

2.3.2. Pergunta de partida

A pergunta de partida “deve revelar o objetivo geral do trabalho”, sendo um “enunciado interrogativo (...) que irá conduzir toda a investigação”, esta deve “ser clara, concisa e precisa” (Vilelas, 2020, p. 94).

A pergunta de partida para este projeto de investigação foi assim definida: Qual a perceção dos EEER de um ACES em Portugal quanto ao desenvolvimento de intervenções promotoras da autonomia dos idosos, nos cuidados que prestam?

2.3.3. Perguntas pivot

Perguntas pivot são interrogações que precedem o domínio da pergunta de partida, e direcionam a investigação, situando o problema no contexto dos conhecimentos existentes (Fortin, 2009).

Foram definidas as seguintes perguntas pivot a serem respondidas pelo estudo: Quais as características sociodemográficas e profissionais dos EEER de um ACES em Portugal? Quais as áreas promotoras da autonomia que os EEER de um ACES em Portugal mais promovem?

Quais as áreas promotoras da autonomia que os EEER de um ACES em Portugal menos promovem?

2.3.4. Objetivo Geral

Os objetivos determinam o que o pesquisador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa, sendo estes sinónimos de meta, fim. O objetivo geral reflete o que se pretende estudar (Vilelas, 2020).

Para o presente estudo foi definido como objetivo geral: identificar a perceção dos EEER, de um ACES em Portugal, quanto à implementação das intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos idosos.

2.3.5. Objetivos Específicos

Os objetivos específicos revelam os diversos factos a pesquisar para alcançar o objetivo geral (Vilelas, 2020).

Como objetivos específicos foram definidos: Caraterizar os EEER de um ACES em Portugal quanto às características sociodemográficas e profissionais; identificar as áreas promotoras da autonomia em que os EEER de um ACES em Portugal investem mais; identificar as áreas promotoras da autonomia em que os EEER de um ACES em Portugal investem menos.

2.3.6. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional e transversal.

Os estudos quantitativos admitem que é possível transformar em números as informações recolhidas, para em seguida serem interpretadas e analisadas. Para esse efeito utilizam-se recursos e técnicas estatísticas (Vilelas, 2020).

Os estudos descritivos analisam um fenómeno ou as características de uma população. Servem para aumentar os conhecimentos de um problema e analisam a manifestação de um fenómeno e seus componentes ao pormenor, avaliando um ou mais atributos. Têm como objetivo “a delimitação dos factos que suportam o problema de investigação”, ou seja, análise de “características demográficas (...), investigação das formas de conduta (...), descoberta da possível associação entre as variáveis (...).” (Vilelas, 2020, p. 214)

Os estudos correlacionais não estabelecem uma relação de causa-efeito, mas procuram quantificar a relação entre variáveis através de provas estatísticas, ou seja,

mostram “o sentido das relações e o grau de dependência entre variáveis.” (Vilelas, 2020, p. 216)

2.3.7. Hipóteses

As hipóteses são formuladas a partir da questão do problema de investigação, sendo respostas temporárias e provisórias previstas e propostas pelo investigador, baseando-se no conhecimento existente. Estas hipóteses identificam as variáveis e as suas relações, pelo que são elementos essenciais na formulação de hipóteses: o enunciado e sentido das relações, a verificabilidade, a consistência teórica e a plausibilidade ou pertinência (Fortin, 2009; Vilelas, 2020).

Foram formuladas as seguintes hipóteses alternativas:

- H1 - Os EEER de um ACES em Portugal promovem a autonomia dos idosos em todas as áreas da promoção da autonomia.
- H2 - Os EEER de um ACES em Portugal promovem mais a autonomia dos idosos no desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas.
- H3 - OS EEER de um ACES em Portugal promovem menos a autonomia dos idosos no desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária.

2.3.8. Variáveis

As variáveis são características, qualidades, propriedades de objetos, pessoas ou situações, estudadas numa investigação, que variam ou podem assumir diferentes valores (Fortin, 2009; Vilelas, 2020). Estas têm de estar em concordância com a definição do problema, dos objetivos, das hipóteses e da revisão teórica. Uma variável é chamada de independente, quando, na relação estabelecida, não depende da outra. Já a variável dependente é influenciada pela variável independente (Vilelas, 2020).

Neste estudo a variável independente é a implementação de intervenções de enfermagem promotoras da autonomia dos idosos pelos EEER de um ACES em Portugal, sendo a variável dependente a perceção dos EEER quanto à implementação das intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos idosos.

2.3.9. Amostra

Uma amostra (n) representa uma parte de uma população (N), sendo esta última o conjunto de todos os indivíduos a investigar. Este conjunto de indivíduos tem uma ou mais características comuns e encontram-se num espaço ou território conhecido (Vilelas, 2020).

O presente estudo foi desenvolvido num ACES em Portugal, e a população em estudo são os EEER das ECCI's desse ACES. Sendo a população em estudo considerada de pequena dimensão ($N=21$), consideraram-se todos os elementos da população, tendo sido obtida uma amostra ($n=18$) dos elementos que concordaram participar no estudo. Podemos definir esta amostra como sendo não probabilística por conveniência, uma vez que segundo Coutinho (2023) citando Schutt (1999) é um tipo de amostragem em que se usam grupos intactos já constituídos.

2.3.10. Recolha de dados

Neste estudo, a recolha de dados foi realizada com o preenchimento de um questionário online através do aplicativo Google Forms®. Através do instrumento, foram colhidos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes (idade, género, estado civil, escolaridade, títulos de especialista atribuídos pela OE, tempo de experiência profissional como enfermeiro e como EEER, áreas de experiência profissional como EEER e tempo em funções no ACES) e foi aplicada a EAPAI (Anexo I) de modo a avaliar como estes promovem a autonomia dos idosos. Esta escala foi validada, para a população portuguesa, por Lima et al. (2021c), com uma consistência interna (alpha de Cronbach) de 0,983. É composta por 68 itens, organizados em seis fatores: Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado; desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas; desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária; desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais; desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado; capacitação do cuidador. É uma escala de resposta tipo Likert e varia entre: 0- não aplico; 1- aplico poucas vezes; 2- aplico frequentemente; 3- aplico muitas vezes; 4- aplico sempre, e quanto maior a pontuação final da escala, mais os enfermeiros percebem promover a autonomia da pessoa idosa.

Segundo os autores da escala, a EAPAI permite ao enfermeiro realizar uma autoavaliação do seu trabalho no que respeita à promoção da autonomia dos idosos e assim,

ganhar consciência quanto às suas intervenções neste domínio. Através dessa autoavaliação, os enfermeiros podem ganhar consciência de suas intervenções no domínio da autonomia dos idosos, reconhecendo tanto as suas realizações quanto as suas limitações. Ao refletirem sobre as suas práticas, os enfermeiros podem identificar áreas em que podem melhorar e desenvolver estratégias para aprimorar o atendimento aos idosos (Lima et al., 2021c). Além disso, essa autoavaliação também pode servir como um mecanismo para alertar sobre a necessidade de melhorias das condições de trabalho. Se os enfermeiros identificarem problemas recorrentes ou obstáculos na promoção da autonomia dos idosos, podem destacar a importância de investimentos em recursos adequados, como treino, equipamentos e ambiente de trabalho, para melhorar a qualidade do atendimento.

A formação contínua também é mencionada como um elemento importante dessa autoavaliação. Ao refletirem sobre as suas práticas e identificarem áreas em que precisam de melhorar, os enfermeiros podem procurar oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento profissional para aprimorarem as suas habilidades, competências e conhecimentos. A formação contínua é fundamental para se manter atualizado e manter uma prática baseada em evidências, a fim de garantir que os enfermeiros possam fornecer o melhor cuidado possível aos utentes (Pinto, 2022). Também o Regulamento nº 140/2019 (2019) refere que o EE suporta a sua prática clínica especializada na melhor evidência científica, devendo ser elemento ativo na investigação, identificação de lacunas e na promoção e divulgação dos resultados e conhecimentos, de forma a sustentar as suas ações e decisões em conhecimentos científicos e atualizados.

Em resumo, a EAPAI oferece uma ferramenta para os enfermeiros avaliarem seu próprio trabalho na promoção da autonomia dos idosos. Essa autoavaliação permite a reflexão, a identificação de problemas, a sugestão de medidas corretivas e destaca a importância da melhoria das condições de trabalho e da formação contínua. Ao utilizar esta escala, os enfermeiros podem aprimorar a sua prática profissional e fornecer um cuidado de qualidade aos utentes.

2.3.11. Tratamento de dados

No que concerne ao tratamento estatístico de dados, este estudo enquadra-se no domínio da análise quantitativa, e para o efeito foi utilizado o software IBM® SPSS® Statistics (versão 28.0.1.0 para o Windows). Foi realizada a representação estatística descritiva dos dados recolhidos com apresentação das frequências absolutas e relativas,

considerando as diferenças individuais dos dados sociodemográficos e profissionais. Quanto à estatística inferencial, no sentido de testar as hipóteses definidas, é fundamental avaliar se se cumprem os pressupostos dos testes estatísticos mais adequados a utilizar (Coutinho, 2023), tendo sido definido um nível de significância ($p < 0,05$) admitido em todas as situações neste estudo, pelo que teremos um intervalo de confiança de 95%.

2.3.12. Considerações éticas

A salvaguarda dos aspetos éticos e morais é parte fundamental da elaboração de um projeto de investigação para que se evitem confrontos entre os direitos das pessoas e as exigências da ciência. Para não serem postos em causa os direitos, liberdades e dignidade das pessoas, devem ser salvaguardados os seguintes direitos: autodeterminação; intimidade; anonimato e confidencialidade; proteção contra o desconforto e o prejuízo; tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009; Vilelas, 2020).

Este estudo teve como princípio a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (versão de 2008), de acordo com as orientações da comissão de ética da ARS. Nos questionários realizados foram acautelados todos os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo, não tendo sido solicitados qualquer elemento identificativo ou identificável dos respetivos participantes e durante o desenvolvimento do projeto foi assegurada a proteção dos direitos, a liberdade, a dignidade, a proteção dos dados, o anonimato e a confidencialidade dos participantes. Apenas o investigador teve acesso aos dados recolhidos na plataforma online da Google, sendo estes protegidos por utilizador e palavra-passe. Estes dados foram tratados no computador pessoal do investigador, encontrando-se o acesso protegido por palavra-passe, e serão eliminados cinco anos após defesa e publicação do estudo.

Para o preenchimento dos inquéritos, foi solicitada a assinatura de um consentimento informado (Apêndice V), onde consta a descrição do tema do projeto, o seu enquadramento, uma breve explicação do estudo, as condições de financiamento, os termos de confidencialidade e anonimato, e uma declaração da decisão voluntária de participação.

Foi solicitada permissão para a utilização da escala EAPAI, tendo sido autorizada pelos autores da mesma (Anexo II).

Com vista à aprovação do estudo pelo diretor e pelo presidente do conselho clínico do ACES e pela comissão de ética da ARS, foram elaborados os pedidos de apreciação e aprovação do estudo, antes de proceder à sua implementação prática. O presente projeto foi

autorizado pelo diretor e presidente do conselho clínico do ACES (Anexo III) e pela comissão de ética da ARS (Anexo IV).

A redação do presente relatório foi elaborada em conformidade com as normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos da ESS do IPVC (Graça et al., 2021), que se sustenta no *Publication Manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style, 7th Edition*, tendo sido referenciados todos os autores utilizados e consequentemente respeitados os direitos de autor.

2.4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Num projeto de investigação os dados recolhidos necessitam de ser analisados e organizados procedendo-se a sua análise estatística, com a finalidade de transformar esses dados em informação (Coutinho, 2023).

De seguida são apresentados os principais resultados obtidos neste estudo, de acordo com os objetivos inicialmente definidos.

A amostra (n=18) dos profissionais que aceitaram participar nos inquéritos, representa 85,7% do número total de EEER do ACES onde foi desenvolvido o estudo (N=21).

2.4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional

Para caracterizar e descrever uma amostra utiliza-se a estatística descritiva, sendo que, a escolha das estatísticas descritivas a utilizar depende do tipo de dados que dispomos, sejam variáveis nominais/ordinais ou intervalares (Coutinho, 2023). Tendo em conta o questionário aplicado, e uma vez que as questões relativas a idades e tempo de experiência encontravam-se previamente definidas em intervalos temporais, apenas foram possíveis apurar as frequências relativas e absolutas.

Neste estudo, a maioria dos participantes são do género feminino com 77.8% (n=14) e 22.2% (n= 4) são do género masculino, sendo a maioria, 88.9% (n=16) casados ou a viver em união de facto, 5.6% (n=1), com igual percentagem são divorciados e solteiros. Todos tinham idades compreendidas entre os 31 e os 60 anos, 44.4% (n=8) da amostra tinha idades compreendidas entre 31-40 anos, 38.9% (n=7) entre 41-50 anos e 16.7% (n=3) entre 51-60 anos.

Quanto à escolaridade dos participantes, apenas 16.7% (n=3) possuíam mestrado, sendo os restantes 83.3% (n=15) pós-licenciados.

Relativamente ao tempo de experiência profissional como enfermeiro, a maioria dos participantes 61.0% (n=11) tinham entre 11-20 anos de experiência. Da restante amostra, 27.8% (n=5) tinham entre 21-30 anos de experiência, 5.6% (n=1) entre 5-10 anos de experiência e igualmente 5.6% (n=1) tinham mais de 30 anos de experiência.

Quanto ao tempo de experiência como EEER, 33.3% (n=6) dos participantes tinham entre 11-15 anos de experiência como especialista, sendo 66.7% (n=12) dos participantes tinha menos de 10 anos de experiência como EEER.

A maioria dos participantes 72.2% (n=13) apenas desempenhou funções de EEER em contexto de ECCEI. Os restantes participantes, para além da experiência atual em ECCEI, têm também experiência profissional em outras áreas para além dos cuidados de saúde primários, nomeadamente: pediatria (11.1%, n=2), medicina interna (5.6%, n=1), cardiologia e pneumologia (5.6%, n=1). Um participante (5.6%) apenas refere experiência hospitalar, sem especificar o serviço onde desempenhou funções.

Quanto ao tempo a trabalhar no ACES, a maioria 66.7% (n=12) são profissionais do ACES há mais de 2 anos, sendo que 11.1% (n=2) trabalham neste contexto há mais de 20 anos e 33.3% (n=6) da amostra trabalham no ACES há menos de dois anos.

A tabela 1 representa os resultados da caracterização sociodemográfica e profissional da amostra em estudo.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional

	Variável	n	%
Idade	entre 31-40 anos	8	44.4
	entre 41-50 anos	7	38.9
	entre 51-60 anos	3	16.7
Género	Feminino	14	77.8
	Masculino	4	22.2
Estado Civil	Solteira(o)	1	5.6
	Casada(o) / União de Facto	16	88.8
	Divorciada(o)	1	5.6
Escolaridade	Pós-Licenciatura	15	83.3
	Mestrado	3	16.7
Tempo total de Experiência Profissional como Enfermeiro	5-10 anos	1	5.6
	11-20 anos	11	61.0
	21-30 anos	5	27.8
	>30 anos	1	5.6

Continua

Continua

Tempo total de Experiência Profissional a exercer funções de EEER	0-2 anos	3	16.7
	3-5 anos	5	27.8
	6-10 anos	4	22.2
	11-15 anos	6	33.3
Em que áreas / serviços desempenhou funções como EEER	Cardiologia, Pneumologia e ECCI	1	5.6
	ECCI	13	72.1
	Hospitalar e ECCI	1	5.6
	Medicina Interna e ECCI	1	5.6
Tempo a desempenhar funções no ACES	Pediatria e ECCI	2	11.1
	0-2 anos	6	33.4
	3-5 anos	2	11.1
	6-8 anos	2	11.1
	9-12 anos	2	11.1
	13-15 anos	2	11.1
	16-20 anos	2	11.1
>20 anos	2	11.1	

Fonte: Elaborado para o presente estudo

2.4.2. Propriedades psicométricas dos instrumentos no estudo

Para analisar a consistência interna dos itens que compõem a EAPAI recorreremos ao método de análise alpha de Cronbach (α). Segundo Coutinho (2023) este será o indicador mais aconselhado para análise da consistência interna de escalas de Likert.

De acordo com os resultados da análise efetuada, podemos constatar que a escala utilizada apresenta bons indicadores de consistência interna, variando o valor de alpha de Cronbach entre 0.851 na dimensão «Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária» e 0.995 na dimensão «Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais». Com exceção da dimensão «Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária», todas as outras se encontram acima de 0.90, tal como se pode constatar na tabela 2. Também foi possível verificar que a eliminação de algum item não traria benefício ao valor global de consistência interna do instrumento em análise e por isso, nenhum item foi eliminado das análises que se seguiram.

O valor do alpha de Cronbach deve ser positivo, variando entre 0-1, sendo que valores superiores a 0.9 indicam uma consistência muito boa. Valores do alpha entre 0.8-0.9

indicam boa consistência, entre 0.7-0.8 razoável, 0.6-0.7 fraca e inferior a 0.6 inadmissível (Pestana & Gageiro, 2014).

Na Tabela 2 são apresentados os resultados da análise de consistência interna (alpha de Cronbach) para os itens da EAPAI.

Tabela 2 – Consistência interna dos itens – alpha de Cronbach para os itens da EAPAI

Dimensões	α	Nº itens
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado	0.954	19
Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas	0.968	9
Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária	0.851	13
Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais	0.952	12
Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado	0.995	7
Capacitação do cuidador	0.963	8
Escala global	0.974	68

Fonte: Elaborado para o presente estudo

2.4.3. Apresentação dos resultados relacionados com a problemática e com as relações em estudo

Para se inferir para a população os resultados obtidos na amostra, é necessário utilizar a estatística inferencial (Coutinho, 2023). Pelo que faremos essa apresentação da estatística inferencial de seguida.

Tal como referido anteriormente, as hipóteses em análise são: H1 - Os EEER de um ACES em Portugal promovem a autonomia dos idosos em todas as áreas da promoção da autonomia; H2 - Os EEER de um ACES em Portugal promovem mais a autonomia dos idosos no desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas; H3 - OS EEER de um ACES em Portugal promovem menos a autonomia dos idosos no desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária.

O teste de hipóteses é feito através da aplicação de testes estatísticos inferenciais, que vão informar o investigador se existem ou não diferenças significativas, possibilitando rejeitar ou não as hipóteses alternativas. De acordo com Coutinho (2023), operacionalizar hipóteses alternativas envolve a formulação negativa de uma expectativa de que não haverá diferenças significativas nos resultados. Segundo o mesmo autor, para isto recorre-se ao que se designa por hipótese nula, que afirma que não existe relação ou efeito entre as variáveis em estudo. Em outras palavras, a hipótese nula postula que quaisquer diferenças ou efeitos observados nos dados são meramente devido ao acaso e não refletem uma relação real entre as variáveis. A hipótese alternativa, por sua vez, desafia a hipótese nula e procura evidências de que há uma relação significativa entre as variáveis em análise (Coutinho, 2023). Rejeitar a hipótese nula, significa que não há evidência da não relação entre as variáveis, pelo que se aceita a hipótese alternativa, tenha esta uma direção ou não definida (Coutinho, 2023).

Na estatística inferencial utilizam-se técnicas estatísticas que podem ser paramétricas ou não paramétricas. Para a utilização dos testes paramétricos são exigidos parâmetros restritos, sendo necessário que a escala de medida da variável seja no mínimo intervalar, que haja normalidade de distribuição, homogeneidade de variâncias e independência de observações (Coutinho, 2023).

A análise dos dados compreendeu o recurso à estatística não paramétrica atendendo ao facto de a amostra ser de tamanho reduzido ($n=18$) e não permitir o uso de testes paramétricos. Tal como refere Marôco (2018), quando a dimensão da amostra (amostras inferiores a 25-30 elementos) não permite a aplicação o teorema do limite central, torna-se necessário o recurso a métodos que não exigem nenhum pressuposto sobre a forma de distribuição amostral, sendo estes genericamente designados por métodos não paramétricos.

Para as análises de diferenças que procuram responder às hipóteses colocadas recorreremos ao teste não paramétrico de Friedman para medidas repetidas seguida do teste post hoc Wilcoxon Signed Rank Tests para responder às hipóteses do estudo. Para a análise de possíveis associações significativas entre o tempo de experiência profissional como Enfermeiro, entre o tempo total de experiência profissional a exercer funções de EEER e entre o tempo a desempenhar funções no ACES com as dimensões da EAPAI recorreremos ao coeficiente de correlação de Spearman.

O teste de Friedman (ou a ANOVA em ordens de Friedman) é o teste não paramétrico apropriado quando não é possível utilizar o teste ANOVA com um fator de medições repetidas, por não cumprir os seus pressupostos de aplicação (Marôco, 2018).

O teste de Wilcoxon pode ser utilizado em alternativa ao teste t-Student quando não é possível verificar o pressuposto de distribuição normal, como o caso de amostras pequenas. Quando as amostras são emparelhadas e a variável dependente é medida numa escala ordinal, a significância da diferença entre duas medições emparelhadas pode ser avaliada com o teste de Wilcoxon (Marôco, 2018).

Tal como refere Marôco (2018, p.25) “As medidas de associação quantificam a intensidade e a direção da associação entre duas variáveis... Uma correlação mede pura e simplesmente a associação entre variáveis sem qualquer implicação de causa efeito entre ambas”. O coeficiente de correlação de Spearman é uma medida de associação não paramétrica, entre duas variáveis que sejam, pelo menos, ordinais.

Começamos por analisar as descritivas relativas às respostas obtidas pelos participantes da amostra no que se refere à EAPAI. Desta análise foi possível verificar que as dimensões em que os EEER percecionam investir mais, considerando a média das respostas, por ordem decrescente, são o “Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado” (M= 3.69, DP= 0.69), a “Capacitação do Cuidador” (M= 3.50, DP= 0.66), o “Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado” (M= 3.34, DP= 0.634) e o “Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas” (M= 3.25, DP= 0.79). As dimensões que os EEER percecionam investir menos, considerando a média das respostas, são o “Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária” (M=2.12, DP= 0,67) e o “Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais” (M= 2.74, DP= 1.06), tal como se pode verificar na tabela 3.

Tabela 3 – Descritivas das dimensões e score total da EAPAI

Dimensões	Mín	Máx	Med	M	DP
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado	2.00	4.00	3.58	3.34	0.634
Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas	1.44	4.00	3.61	3.25	0.79
Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária	0.85	3.23	2.04	2.12	0.67
Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais	0.17	4.00	2.75	2.74	1.06

Continua

Continua

Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado	2.00	4.00	4.00	3.69	0.69
Capacitação do cuidador	2.00	4.00	3.88	3.50	0.66
Escala global	127.0	262.0	209.0	206.94	39.83

Fonte: Elaborado para o presente estudo

Procuramos então analisar se existiriam diferenças estatisticamente significativas na atuação dos EEER nas dimensões da EAPAI em todas as áreas da autonomia.

Para responder ao objetivo recorreremos ao teste não paramétrico de Friedman para medidas repetidas, neste caso para compararmos as seis dimensões, tendo sido possível observar que existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da EAPAI entre os enfermeiros de EEER (Qui-square=49.62, $p < 0.001$). Estes resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Teste não paramétrico de Friedman

Dimensões	Posto médio	Qui- quadrado	<i>p</i>
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado	3.81		
Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas	3.42	49.62	<0.001
Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária	1.44		
Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais	2.67		
Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado	5.19		
Capacitação do cuidador	4.47		

Fonte: Elaborado para o presente estudo

Para aferir entre que dimensões se encontram as diferenças estatisticamente significativas recorreremos à análise de múltiplas comparações através do post hoc Wilcoxon Signed Rank Tests, sendo que podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre todas as dimensões da EAPAI com exceção das dimensões «Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado vs Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas», «Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado vs Capacitação do cuidador» e «Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado vs Capacitação do cuidador» ($p>0.05$).

Entre o «Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado» e o «Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária» (Med=2.04) foi possível observar que os participantes investem mais no «Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado» (Med=3.58, $Z=3.4$, $p<0.001$). O mesmo se observa relativamente à dimensão do «Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais» (Med=2.75) em que se verifica que os participantes investem mais no «Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado» (Med=3.58, $Z=3.4$, $p<0.001$).

Já entre as dimensões «Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado (Med=3.75) vs Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado», o investimento dos participantes parece ser superior na dimensão do desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado (Med=4.00, $Z=2.1$, $p=0.035$).

Verifica-se que entre as dimensões «Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas vs Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária» (Med=2.04) as diferenças encontradas são a favor da dimensão do desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas (Med=3.61, $Z=3.2$, $p=0.001$).

O mesmo se observa entre as dimensões «Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas vs Desenvolvimento de intervenções nas áreas emocionais, cognitivas e sociais» (Med=2.75) em que o maior investimento é também na dimensão de intervenções físicas e cognitivas (Med=3.61, $Z=2.0$, $p=0.004$).

Relativamente às dimensões «Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas vs Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado» foi possível verificar que há um maior investimento na dimensão do desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado (Med=4.00, $Z=2.6$, $p=0.009$).

No que se refere à diferença entre o «Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas vs a capacitação do cuidador (Med=3.88)» parece haver um maior investimento dos participantes nas intervenções físicas e cognitivas junto do idoso (Med=4.00, Z=2.4, p=0.013).

Relativamente ao «Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária (Med=2.04) vs o desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais» as diferenças encontradas orientam a concluir de que existe um maior investimento na dimensão do desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais (Med=2.75, Z=2.4, p=0.016). O mesmo se verifica nas dimensões do «Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado» (Med=4.00) e «Capacitação do cuidador» (Med=3.88) em que se observa menos investimento no desenvolvimento das atividades instrumentais de vida diária (Med=2.04, Z=3.6, p<0.001) comparativamente às dimensões referidas.

No que concerne ao «Desenvolvimento de intervenções avaliativas intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais (Med=2.75) vs o desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado» o investimento maior parece ser dirigido à dimensão do desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado (Med=4.00, Z=3.1, p=0.001).

Comparando as dimensões do «Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais» vs «Capacitação do cuidador» aos valores medianos são superiores na dimensão da capacitação do cuidador (Med=2.75 vs Med=3.88, Z=3.1, p=0.002).

Estes resultados de comparações múltiplas utilizando o post hoc Wilcoxon Signed Rank tests são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Comparações múltiplas entre as dimensões da EAPAI (post hoc Wilcoxon Signed Rank Tests)

Dimensões	Z	p
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado vs Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas	0.93	0.35
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado vs Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária	3.4	<0.001
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado vs Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais	2.5	0.001
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado vs Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado	2.1	0.035
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado vs Capacitação do cuidador	1.8	0.069
Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas vs Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária	3.2	0.001
Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas vs Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais	2.0	0.004
Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas vs Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado	2.6	0.009
Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas vs Capacitação do cuidador	2.4	0.013
Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária vs Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais	2.4	0.016
Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária vs Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado	3.7	<0.001
Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária vs Capacitação do cuidador	3.6	<0.001
Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais vs Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado	3.1	0.001
Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais vs Capacitação do cuidador	3.1	0.002
Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado vs Capacitação do cuidador	1.6	0.107

Fonte: Elaborado para o presente estudo

Para analisar se existiriam associações significativas entre o tempo de experiência profissional como Enfermeiro, entre o tempo total de experiência profissional a exercer

funções de EEER e entre o tempo a desempenhar funções no ACES com as dimensões da EAPAI recorreremos ao coeficiente de correlação de Spearman. Desta análise foi possível verificar que não existem correlações estatisticamente significativas entre as variáveis consideradas e as dimensões da EAPAI, com exceção da dimensão Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária e o Tempo total de experiência profissional como Enfermeiro, observando-se, neste caso que existe uma associação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre as variáveis ($r = -0.554$, $n=18$, $p < 0.05$). Os resultados sugerem que os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional há mais tempo tendem a investir menos junto do doente no que diz respeito ao desenvolvimento da sua autonomia nas atividades instrumentais de vida diária. Os resultados do coeficiente de correlação de Spearman, entre o tempo total de experiência profissional, tempo total de experiência profissional e exercer funções de EEER e tempo a desempenhar funções no ACES com as dimensões da EAPAI são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Coeficientes de correlação de Spearman entre o Tempo total de Experiência Profissional como Enfermeiro, Tempo total de Experiência Profissional a exercer funções de EEER e Tempo a desempenhar funções no ACES com as dimensões da EAPAI

Dimensões	Tempo total de experiência profissional como Enfermeiro	Tempo total de experiência profissional a exercer funções de EEER	Tempo a desempenhar funções no ACES
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado	$r = -0.024$ (n.s.)	$r = 0.390$ (n.s.)	$r = -0.002$ (n.s.)
Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas	$r = -0.017$ (n.s.)	$r = 0.353$ (n.s.)	$r = 0.064$ (n.s.)
Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária	$r = -0.554^*$	$r = -0.168$ (n.s.)	$r = -0.279$ (n.s.)
Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais	$r = -0.217$ (n.s.)	$r = 0.232$ (n.s.)	$r = 0.087$ (n.s.)
Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado	$r = -0.190$ (n.s.)	$r = 0.118$ (n.s.)	$r = -0.087$ (n.s.)
Capacitação do cuidador	$r = 0.088$ (n.s.)	$r = 0.246$ (n.s.)	$r = 0.037$ (n.s.)
Total da EAPAI	$r = -0.208$ (n.s.)	$r = 0.207$ (n.s.)	$r = -0.074$ (n.s.)

Fonte: Elaborado para o presente estudo; *Legenda:* * $p < 0.05$; (n.s.) não significativo

Relativamente à hipótese H1 em estudo (Os EEER de um ACES em Portugal promovem a autonomia dos idosos em todas as áreas da promoção da autonomia), segundo os dados apresentados podemos verificar que nenhum dos fatores da escala EAPAI obteve um score nulo, pelo que se aceita H1, apesar de haver fatores e domínios da autonomia que são menos promovidos.

A hipótese H2 sugere que os EEER de um ACES em Portugal promovem mais a autonomia dos idosos no desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas, tal não se verificou, uma vez que a média de scores obtidos nos diferentes fatores da EAPAI aponta para o desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado, como sendo, o fator mais promovido pelos EEER. Com o teste de comparações múltiplas entre as dimensões da EAPAI (post hoc Wilcoxon Signed Rank Tests), comparando as dimensões «Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas vs Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado» foi possível verificar que há um maior investimento na dimensão do desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado, com valor de significância estatística (Med=3.61 vs Med=4.00, $Z=2.6$, $p=0.009$), pelo que se rejeita H2.

A hipótese H3 (os EEER de um ACES em Portugal promovem menos a autonomia dos idosos no desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária) é aceite, tendo este fator obtido a média mais baixa de scores na EAPAI. Com o teste de comparações múltiplas entre as dimensões da EAPAI (post hoc Wilcoxon Signed Rank Tests), comparando as duas dimensões com scores mais baixos «Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária (Med=2.04) vs o desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais» as diferenças estatisticamente significativas encontradas são a favor do maior investimento na dimensão do desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais (Med=2.75, $Z=2.4$, $p=0.016$).

2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta o objetivo geral traçado para este estudo “identificar a perceção dos EEER, de um ACES em Portugal, quanto à implementação das intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos idosos”, e os objetivos específicos “caraterizar os EEER de um ACES em Portugal quanto às características sociodemográficas e profissionais, identificar as áreas promotoras da autonomia em que os EEER de um ACES em Portugal

investem mais e identificar as áreas promotoras da autonomia em que os EEER de um ACES em Portugal investem menos”, podemos referir que estes foram alcançados no presente estudo.

Segundo as estatísticas relativas ao anuário de 2022 publicado no site da OE existem em Portugal 5164 EEER, sendo que: 3775 (73,1%) são do sexo feminino e 1389 (26,9%) do sexo masculino; 3,6% encontram-se na faixa etária dos 21-30 anos, 37,3% dos 31-40 anos, 29,9% dos 41-50 anos, 18,1% dos 51-60 anos, 9,2% dos 61-70 anos e 1,9% com mais de 70 anos. Estes números vão ao encontro dos resultados obtidos neste estudo que representa 85,7% do número total de EEER do ACES onde foi desenvolvido o estudo e onde verificamos que a maior percentagem da amostra são do sexo feminino e se encontram na faixa etária entre os 31-40 anos.

Relativamente ao estado civil dos participantes neste estudo, a maioria estão casados ou em união de facto, sendo que outros estudos que envolveram enfermeiros em Portugal, como Faustino (2022) e Cruz et al. (2018), corroboram estes dados, onde a maior percentagem de enfermeiros se encontra casado ou em união de facto.

Os EEER que participaram neste estudo detêm na sua maioria pós-licenciatura, sendo apenas uma minoria com formação académica de mestrado. Estes dados vão ao encontro do estudo de Freitas e Gouveia (2022) com uma amostra de 113 EEER, em que apenas 3,54% possuíam mestrado.

Quanto ao tempo de experiência profissional como enfermeiro, devemos ter em conta a especificidade desta amostra (EEER a exercer nas ECCI's de um ACES), uma vez que a maioria destes enfermeiros apenas consegue alocação e ou convite para constituir estas equipas, após alguns anos de experiência e com demonstração do trabalho de excelência realizado e/ou formação académica especializada. O estudo de Costa (2013) realizado com os enfermeiros das ECCI's da ARS Norte diz-nos que o tempo médio de experiência dos enfermeiros nas ECCI's é de 13,9 anos (DP=6,8), indo ao encontro dos resultados do presente estudo, onde a maioria dos participantes se situa na faixa dos 11-20 anos de experiência.

Quanto ao tempo de experiência a exercer funções de EEER a maioria dos participantes deste estudo têm menos de 11 anos de experiência. Estes resultados corroboram o estudo levado a cabo por Lima et al. (2022), onde os enfermeiros detinham especialidade em média há 5,9 anos. Os cursos de especialidade em enfermagem requerem que o candidato detenha pelo menos dois anos de experiência profissional como enfermeiro, o que pode

justificar o menor tempo de experiência como enfermeiro especialista relativamente ao tempo de experiência a exercer a profissão de enfermagem. Para além disso, muitos enfermeiros com formação especializada mantêm-se a exercer funções de enfermeiro generalista, o que é justificado com a escassez de vagas, em Portugal, para alocar EE.

A escala EAPAI, no estudo de Lima et al. (2021c) para avaliar as propriedades psicométricas da escala por parte de enfermeiros, teve um score de consistência interna total (alpha de Cronbach) de 0.983, sendo que todos os fatores apresentaram uma fiabilidade alta, oscilando entre 0.990 e 0.955 para os diferentes fatores. Estes dados corroboram a análise de consistência interna da escala feita no presente estudo.

No estudo sobre a prática de enfermagem na promoção da autonomia dos idosos de Lima et al. (2021a), foram questionados 18 enfermeiros especialistas, das áreas de especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermagem Comunitária, tendo-se constatado que estes destacam as intervenções de promoção da independência para o autocuidado e a utilização de instrumentos de avaliação das AVD, das atividades instrumentais de vida diária, considerando portanto, a independência funcional. No mesmo estudo, mencionam maior preocupação com as dimensões físicas e cognitivas da autonomia em detrimento das outras dimensões. De facto, e tendo em conta os resultados do nosso estudo, os EEER parecem dar mais importância às intervenções avaliativas do autocuidado em detrimento das outras, sendo também evidente a preocupação com a capacitação dos cuidadores, o desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas e o desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado.

Tendo em conta o contexto do estudo e pela observação possível em contexto de estágio, a maioria dos utentes ao cuidado destas equipas nos seus domicílios, são utentes totalmente dependentes, com pouco potencial de melhoria das capacidades físicas e/ou cognitivas, com idade avançada, com múltiplas comorbilidades e que são referenciados na sua grande maioria para tratamento de úlceras de pressão. Tal situação, é corroborada por Neto (2022) no seu estudo sobre a perceção dos EEER sobre a referenciação de utentes, onde refere que os participantes salientam: a elevada faixa etária dos doentes referenciados para a ECCI; a inexistência de potencial de reabilitação; a desatualização das avaliações e referenciações enquanto aguardam colocação na ECCI; referenciações inadequadas e desajustadas às reais necessidades dos doentes; o sentimento de insatisfação dos EEER, pois os seus saberes não são devidamente rentabilizados; doentes referenciados que necessitam

de cuidados de enfermagem, mas que nem todos necessitam de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação; doentes que na sua maioria têm múltiplas úlceras, com grande complexidade, totalmente dependentes e com várias consequências da imobilidade já instaladas. Alguns dos profissionais do estudo de Neto (2022) referem desmotivação e frustração, pelo motivo de serem referenciados doentes sem insight cognitivo para reabilitação motora, tornando o trabalho inglório para o EEER, uma vez que, envolver estes doentes no processo de reabilitação, se torna inatingível a obtenção de ganhos. Posto isto, os grandes focos do EEER nas ECCI's, para além do tratamento de feridas, passa muito pela avaliação dos autocuidados e pela capacitação dos cuidadores para que estejam aptos a dar continuidade aos cuidados e à satisfação das AVD dos seus familiares.

No que diz respeito aos scores obtidos, na dimensão “desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas”, a média de respostas foi impulsionada pelas respostas às questões referentes ao desenvolvimento de intervenções físicas, tendo valores mais baixos as respostas às questões referentes ao desenvolvimento de intervenções cognitivas. Isto pode estar influenciado pelo perfil de utentes usualmente aos cuidados destas equipas, pois são, na sua maioria, utentes com pouco potencial de melhoria da capacidade cognitiva. No entanto, devemos ter em conta que as orientações definidas no Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação nos dizem que o EEER deve avaliar o risco de alteração da funcionalidade aos vários níveis (motor, sensorial, cognitivo, cardíaco e respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade) e utilizar a informação recolhida para definir e hierarquizar as principais prioridades de saúde (Regulamento nº 392/2019, 2019). Sendo a cognição uma área importante para a concretização da autonomia da pessoa, ressalva-se a pertinência da intervenção do EEER neste contexto, assim como a possibilidade de uma interdisciplinaridade com o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Quanto aos scores obtidos no desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado, podemos verificar que os mesmos têm uma elevada média de pontuação nas questões relativas aos autocuidados, encontrando-se subvalorizadas as questões relativas às intervenções emocionais e sociais. Estes dados vão também ao encontro do estudo de Lima et al. (2021).

Os fatores da EAPAI com menor pontuação foram o desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária e de intervenções avaliativas nas

áreas emocionais, cognitivas e sociais. Aqui a tipologia de utentes referenciados para as ECCI's pode também ser um fator determinante para o menor compromisso por parte dos EEER nestes domínios, tal como salienta Neto (2022) no seu estudo.

Na análise de associações levada a cabo, verificamos que, no estudo, a única correlação estatisticamente significativa entre as variáveis consideradas e as dimensões da EAPAI, foi entre o fator «Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária e o Tempo total de experiência profissional como Enfermeiro», observando-se, neste caso, que os resultados sugerem que os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional há mais tempo tendem a investir menos junto do doente no que diz respeito ao desenvolvimento da sua autonomia nas atividades instrumentais de vida diária. Esta relação pode sugerir que os índices de satisfação e motivação vão diminuindo ao longo da carreira de enfermagem, tal como sustenta Cruz et al. (2018).

Os enfermeiros têm expectativas profissionais de crescimento na carreira, nas condições de trabalho e remuneratórias, tendo em conta as suas responsabilidades, direitos e deveres. A realidade dos enfermeiros em Portugal, tem sofrido profundas modificações, ao nível das condições de trabalho e da carreira de enfermagem, o que se reflete na insatisfação dos enfermeiros (Cruz et al., 2018). A satisfação é um dos fatores que interfere na qualidade do desempenho de uma profissão. Quando este sentimento é negativo pode comprometer a eficácia e a saúde dos trabalhadores (Menezes, 2010 citado por Cruz et al., 2018). De acordo com a OE (2001) a satisfação dos enfermeiros deve ser tida em consideração, uma vez que esta favorece o seu empenho no que concerne à qualidade dos cuidados e dos serviços. A Comissão Europeia propôs, também em 2001, que a satisfação profissional fosse vista como um indicador da qualidade do trabalho, sendo que ao nível do setor da saúde, a diminuição da qualidade e da produtividade pode influenciar o nível de saúde das populações. No seu estudo, Bernardino (2018) refere um agravamento do nível de insatisfação profissional dos enfermeiros ao longo do tempo, tendo chegado a uma percentagem de 61% dos enfermeiros em Portugal como estando insatisfeitos com a profissão. No que concerne à insatisfação para com a carreira profissional este número sobe para 90,9%, e quanto à remuneração chega aos 96,5% (Bernardino, 2018). Também Freitas e Gouveia (2022) referem que 51,33% dos EEER do seu estudo se encontravam insatisfeitos com a valorização e remuneração salarial. Cruz et al. (2018) revelam no seu estudo que os enfermeiros com idade igual ou superior a 37 anos, com tempo de exercício profissional entre 10 e 20 anos e que exercem a sua atividade profissional numa instituição pública são os que revelam mais exaustão emocional.

2.6. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Este estudo revela importantes contributos para a prática clínica dos enfermeiros e em particular do EEER. Alerta para o conceito multidimensional da autonomia e permite uma reflexão sobre as intervenções desenvolvidas por estes profissionais para promoção da autonomia dos seus utentes idosos e quais os domínios que são menos promovidos. Segundo Lima et al. (2021a), o discurso e a prescrição de intervenções para promoção da autonomia da maioria dos enfermeiros, referem-se, na verdade, apenas à promoção/manutenção da independência física da pessoa. Pelo que, se torna importante que os enfermeiros estejam atentos à multidimensionalidade do conceito de autonomia, sendo necessária uma mudança da prática por parte destes profissionais, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Como limitações ao presente estudo podemos apontar o número limitado da amostra e a pequena área geográfica que não permitem fazer inferências estatísticas para o resto dos EEER em Portugal, e ainda os intervalos definidos das variáveis das questões sociodemográficas, que não permitiram apurar com mais exatidão valores estatísticos descritivos de idades e tempo de experiência profissional. Podemos também apontar o facto da escala EAPAI ter sido validada recentemente e de não haver estudos em que esta tenha sido usada, o que dificultou a comparação e a discussão dos resultados.

Com a realização deste estudo de investigação, não se podem generalizar os resultados, ou dizer que estes sejam representativos de outras realidades, porém, podem emergir a partir daqui outros estudos ou fenómenos semelhantes.

Como sugestão para futuras investigações, seria importante aplicar a EAPAI em larga escala e tentar perceber melhor os motivos que levam os EEER a investirem menos no desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária e de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais. Aqui poderiam também ser levados a cabo outros estudos, de preferência longitudinais, sobre os motivos da insatisfação/desmotivação dos enfermeiros, que permitam identificar as causas que mais influenciam estes fatores ao longo do percurso profissional.

Com base nos resultados obtidos podemos propor algumas intervenções para melhorar a qualidade dos cuidados, o conhecimento e a motivação dos profissionais, assim sugerimos: a revisão do conceito de autonomia e de promoção de autonomia por parte das instituições de saúde, e principalmente por parte dos enfermeiros e EEER; a revisão dos critérios de referenciação para a RNCCI e em especial para as ECCI's; o ingresso de mais

enfermeiros generalistas nas ECCI's para os cuidados aos utentes que não beneficiem de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação, libertando os EEER para aplicarem todo o seu potencial de conhecimento especializado; reconhecimento e valorização económica da carreira de enfermeiro e de enfermeiro especialista.

2.7. CONCLUSÕES

Este estudo pretende caracterizar o perfil sociodemográfico dos EEER em funções nas ECCI's de um ACES, assim como identificar a sua perceção quanto à implementação de intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos seus utentes.

De acordo com os resultados obtidos no estudo, podemos concluir que os EEER em funções nas ECCI's deste ACES são na sua maioria do género feminino, com idades compreendidas entre os 31 e os 50 anos, casados ou em união de facto, pós-licenciados e com mais de 11 anos de experiência profissional. Quanto ao tempo de experiência a exercer funções de EEER a maioria dos participantes deste estudo têm menos de 11 anos de experiência.

A escala EAPAI aplicada, mesmo com uma amostra de dimensões reduzidas, mostrou-se uma ferramenta fiável na avaliação da perceção dos EEER quanto às intervenções que implementam para a promoção da autonomia dos idosos.

Da análise ao preenchimento da EAPAI, tendo em conta os resultados do presente estudo, os EEER parecem dar mais importância às intervenções avaliativas do autocuidado e da capacitação dos cuidadores, sendo, porém, também evidente a preocupação com o desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas e o desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado. Parecem, contudo, dar menos importância às intervenções de atividades instrumentais de vida diária e às intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais. Apesar disso, desenvolvem intervenções para a promoção da autonomia em todas as dimensões deste conceito, apesar de darem mais importância a algumas áreas em detrimento de outras.

Observamos, ainda, uma correlação estatisticamente significativa, que nos indica que os enfermeiros mais experientes tendem a investir menos junto do doente no que diz respeito ao desenvolvimento da sua autonomia nas atividades instrumentais de vida diária, o que pode sugerir que, ao longo do tempo, pode haver perda de motivação ou insatisfação com a profissão ou a carreira profissional.

O tamanho da amostra e a reduzida área geográfica tornaram-se limitadores deste estudo. A falta de estudos que usam a escala EAPAI dificultou e limitou a comparação e discussão dos resultados encontrados.

O presente estudo alerta para a necessidade da revisão do conceito multidimensional de autonomia e permite uma reflexão sobre as intervenções desenvolvidas pelos EEER para promoção da autonomia dos seus utentes, referindo a importância de uma mudança da prática por parte destes profissionais de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Constatamos um menor comprometimento dos EEER no desenvolvimento de intervenções promotoras da autonomia nas dimensões cognitivas, emocionais, sociais e de atividades instrumentais de vida diária, o que nos leva a sugerir que os profissionais invistam mais nessas áreas e que as mesmas sejam valorizadas também nos programas curriculares do curso de mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Emerge ainda a importância de aplicar a EAPAI em outros estudos, onde seja possível entender alguns comportamentos e motivações/desmotivações dos EEER, que possam influenciar a qualidade dos cuidados prestados ao longo do percurso profissional.

Algumas medidas que podem promover a melhoria dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros, e particularmente pelos EEER, pode passar pela revisão dos critérios de referência para a RNCCI e em especial para as ECCI's, pela admissão de mais enfermeiros, e pelo reconhecimento e valorização económica da carreira de enfermeiro e de enfermeiro especialista.

Pela pertinência deste estudo, os resultados do mesmo foram enviados à comissão de ética da ARS e ao Presidente do Conselho Clínico, bem como, ao Diretor Executivo do ACES. Foi programada e realizada uma ação de formação, com a apresentação do estudo e seus resultados, às equipas do ACES onde foram recolhidos os dados. Será também proposto a publicação de um artigo científico.

CONCLUSÃO GERAL

A redação deste relatório finda a última etapa do percurso formativo do estudante no curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, e pretende espelhar o trabalho desenvolvido no último EC denominado de estágio de natureza profissional com relatório final, assim como, a realização de uma análise reflexiva das competências adquiridas e o desenvolvimento de um projeto de investigação, tendo sido o mesmo intitulado “Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação na promoção da autonomia dos idosos de um ACES”.

A componente de formação em contexto de EC soma momentos de aprendizagem e desenvolvimento de competências para além das adquiridas em sala de aula. O estágio na área da comunidade torna-se muito enriquecedor pela conjugação das dimensões familiares, sociais, ambientais e económicas, tendo aqui o EEER um papel diferenciador no dia-a-dia da vida dos utentes, na capacitação para a autonomia, na reinserção comunitária e no exercício da cidadania. Foi, assim, possível o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEER.

Ao longo deste percurso de formação, foram atingidos com sucesso os objetivos delineados, tendo sido possível efetivar um crescimento pessoal e profissional do estudante na área dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação, na área da gestão de cuidados e da governação clínica, no diagnóstico de necessidades de formação, na gestão de programas formativos, na intervenção como formador, na dinamização da equipa de enfermagem e seus colaboradores, na articulação com a equipa multiprofissional, na prática de investigação e no desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal.

O caminho formativo foi sempre acompanhado pela reflexão e pelo pensamento crítico, na procura constante de cuidados de enfermagem de excelência baseados na melhor evidência científica. As equipas de profissionais de saúde, essencialmente os colegas enfermeiros, foram sempre facilitadores na procura de oportunidades de aprendizagem e na partilha de conhecimentos, estando sempre disponíveis para o crescimento e desenvolvimento profissional.

Com o envelhecimento da população, e com as consequências desse envelhecimento no que diz respeito a perda de autonomia dos mais idosos, tornou-se relevante perceber de que forma os EEER percecionam as suas intervenções para a promoção da autonomia dos idosos. Sendo a promoção/manutenção da autonomia pedras basilares da atuação dos

profissionais de saúde, muito especificamente os enfermeiros, devem desenvolver estratégias que premeiam a sua promoção/manutenção na íntegra. O idoso apresenta maior vulnerabilidade nas dimensões cognitiva, física e social, sendo elevado o risco de perda da sua autonomia. O EEER será o profissional de excelência e referência, na prevenção e recuperação das pessoas vítimas de doença súbita ou de descompensação de processos crónicos e que vejam alterada a sua funcionalidade ou autonomia. Revela-se assim de extrema importância a temática do projeto de investigação desenvolvido, sendo que vai ao encontro das políticas de saúde e sociais da DGS (2017) para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, onde os EEER que trabalham na comunidade assumem um papel primordial.

O projeto de investigação desenvolvido alerta para a multidimensionalidade do conceito de autonomia, permite uma reflexão sobre as intervenções desenvolvidas pelos EEER para promoção da autonomia dos seus utentes e revela a importância de se realizarem mais estudos onde seja possível entender o que pode motivar ou desmotivar alguns comportamentos dos EEER que influenciam a qualidade dos cuidados prestados. Pretende-se ainda divulgar estes resultados, tornando-os acessíveis a toda a comunidade científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, M. R., Guedes-Silva, D., Freiburger, M. F., & Coelho, M. P. P. M. (2011). Teorias de Enfermagem: A Importância para a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 2(2), 115–132. <https://doi.org/10.31072/rcf.v2i2.99>.
- All European Academies. (2018). *Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação*. https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf.
- Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., Vollenbroek-Hutten, M., Germini, F., D'Avanzo, B., Gwyther, H. & Holland, C., (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(1), 140-232. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003382>.
- Araújo, F., Bastos, F., Lourenço, M., Vilela, C., Fernandes, C. S., Brito, A., & Joana Campos, M. (2021). O papel dos cuidados continuados na reconstrução da autonomia. *Autocuidado: Um Foco Central Da Enfermagem*, 71–84. <https://doi.org/10.48684/3r90-q678>.
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., Morris, J. N., Rebok, G. W., Smith, D. M., Tennstedt, S. L., Unverzagt, F. W., & Willis, S. L. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(18), 2271–2281. <https://doi.org/10.1001/jama.288.18.2271>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8.^a ed.). Oxford University Press.
- Bell, J. A. H., Balneaves, L. G., Kelly, M. T., & Richardson, H. (2016). Report on a Delphi Process and Workshop to Improve Accrual to Cancer Clinical Trials. *Current Oncology*, 23(2), 125–130. <https://doi.org/10.3747/co.23.3110>.

- Bennett, L., Bergin, M., & Wells, J. S. G. (2016). The social space of empowerment within epilepsy services: The map is not the terrain. *Epilepsy & Behavior*, 56, 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.12.045>.
- Benson, J. J., Parker Oliver, D., Demiris, G., & Washington, K. (2019). Accounts of Family Conflict in Home Hospice Care: The Central Role of Autonomy for Informal Caregiver Resilience. *Journal of Family Nursing*, 25(2), 190–218. <https://doi.org/10.1177/1074840719828091>.
- Bernardino, E. (2018). *Satisfação profissional dos enfermeiros em Portugal*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfa%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>.
- Brown, S. L., & Salmon, P. (2018). Reconciling the theory and reality of shared decision-making: A “matching” approach to practitioner leadership. *Health Expectations*, 22(3), 275–283. <https://doi.org/10.1111/hex.12853>.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://hdl.handle.net/10451/24456>.
- Calheiros, M. M., Patrício, J. N., & Graça, J. (2013). Staff and youth views on autonomy and emancipation from residential care: A participatory research study. *Evaluation and Program Planning*, 39, 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.04.003>.
- Canhestro, A. S., & Basto, M. L. (2016). Resultados Sensíveis às Intervenções de enfermagem na promoção do envelhecimento saudável. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 48–71. <http://hdl.handle.net/10400.26/23730>.
- Caprara, M., Molina, M. Á., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., Rojas, M., & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active Aging Promotion: Results from the Vital Aging Program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1–14. <https://doi.org/10.1155/2013/817813>.
- Coutinho, C. P. (2023). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática (2ª Edição)*. Edições Almedina, S. A.

- Cruz, A., Gomes, A., & Parreira, P. (2017). Priority nursing foci and interventions for older people in acute care settings. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série* (Nº15), 73–82. <https://doi.org/10.12707/riv17048>.
- Cruz, C., Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., & Amaral, O. (2018). A Satisfação, Realização E Exaustão Dos Enfermeiros Em Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 361–369. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349856428037>.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>.
- Delmar, C. (2012). The interplay between autonomy and dignity: summarizing patients voices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(4), 975–981. <https://doi.org/10.1007/s11019-012-9416-6>.
- Eassey, D., Reddel, H. K., Ryan, K., & Smith, L. (2019). The impact of severe asthma on patients' autonomy: A qualitative study. *Health Expectations*, 22(3), 528–536. <https://doi.org/10.1111/hex.12879>.
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Eurostat, (2015). *Short analytical web note: demography report. 3/2015*, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/769227>.
- Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M., & Viana, A. (2020). An analysis of Jean Watson's theory according to Chinn and Kramer's model. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 4). <https://doi.org/10.12707/rv20045>.
- Faria, A., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Laredo-Aguilera, J. A., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Faria Fonseca, E. & Martins Flores, J. (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 6–14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>.
- Faria, A., Martins, M. M., Ribeiro, O. & Gomes, B. (2021). Programa de Envelhecimento Ativo e saudável em contexto comunitário. In O. Ribeiro (Coord.) – *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. (pp. 483-493). Lidel.

- Faustino, R. I. A. (2022). *Burnout nos enfermeiros a exercer no setor público e no setor privado, em contexto de pandemia por covid-19*. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/40102>.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Freitas, S., & Gouveia, B. (2022). Satisfação dos enfermeiros de reabilitação com o trabalho. *Revista de Enfermagem Referência*, VI Série(Nº 1). <https://doi.org/10.12707/rv21130>.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-56. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
- Gobbens, R. J. J., & van der Ploeg, T. (2021). The Development of Multidimensional Frailty Over Seven Years A longitudinal study among Dutch community-dwelling older people using the Tilburg Frailty Indicator. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 95, 104393. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104393>.
- Gouveia, D. C., & Rodrigues, L. M. S. (2019). Enfermagem e o envelhecer saudável. *Revista Pró-UniverSUS*, 10(1), 97–101. <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1624>.
- Graça, L. C. C.; Marques, M. A. Á.; Viana, M. C. C.; Calvinho, M. L. S. E.; Cerqueira, M. M. A.; & Sousa, S. C. S. (2021). *Normas para elaboração e apresentação de trabalhos científicos*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde. https://www.ipv.pt/ess/wp-content/uploads/sites/6/2022/05/Proposta-normas_trabalhos.-rev.-14-04-2022.pdf.
- Lima, A. M., Ferreira, M. S. M., Martins, M. M. F. P. da S., Fernandes, C. S., Moreira, M. T. F., & Rodrigues, T. M. P. (2020). Independência funcional e o estado confusional de pessoas sujeitas a programa de reabilitação. *Journal Health NPEPS*, 5(2), 145–160. <https://doi.org/10.30681/252610104440>.
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Coelho, A. R. N., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2021a). Nursing practice in the promotion of the elderly's

- autonomy. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0029>.
- Lima, A. M., Martins, M. M., Ferreira, M. S., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. (2021b). O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20113. <https://doi.org/10.12707/RV20113>.
- Lima, A. M., Martins, M. M., Ferreira, M. S., Schoeller, S. D., Sampaio, F., & Parola, V. S. (2021c). Validação da Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI) por parte dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21003. <https://doi.org/10.12707/RV21003>.
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. S., Ferreira, M. S. M., Fernandes, C. S., Schoeller, S. D., Rodrigues, T. M. P., & Parola, V. S. O. (2021d). Autoavaliação da promoção da autonomia dos idosos: um estudo Delphi. *Journal Health NPEPS*, 6(1), 155–174. <https://doi.org/10.30681/252610105088>.
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Sampaio, F., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2021e). Percepção de enfermeiros frente à promoção da autonomia dos idosos no contexto da covid-19: estudo descritivo correlacional. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79124>.
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Sampaio, F., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2021f). Enfermagem de Reabilitação: diferenciação na promoção da autonomia do idoso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 15–22. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.152>.
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Coelho, A. R. N., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2022). Nursing focuses and interventions that promote the autonomy of the elderly. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20220018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210018.en>.
- Marmot, M. (2017). The health gap: The challenge of an unequal world: the argument. *International journal of epidemiology*, 46(4), 1312–1318. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx163>.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª edição). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62–66. <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>.
- Miot, H. A. (2017). Avaliação da normalidade dos dados em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, 16(2), 88–91. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.041117>.
- Neto, S. F. O. (2022). *Perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação quanto à referenciação de doentes*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde]. Repositório Aberto do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/3219/1/Susana_Neto.pdf.
- Parker, M. (2001). *Nursing theories and nursing practice*. F. A. Davis Company, Philadelphia.
- Pereira Alves, D., Araújo Santos, F., Pitta Portella Figueiredo, H. R., & Melo Tavares, C. M. de. (2021). Empatia na assistência em enfermagem sob a luz de Watson. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(36), 629–625. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.629-625>.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (6ª edição). Lisboa, Edições Sílabo.
- Pinto, A. C. P. (2022). *Perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre a prática baseada na evidência*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Aberto da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.26/43811>.
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2017). *Projeções de população residente*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=289229688&att_display=n&att_download=y.
- Portugal. Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde 2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.

- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. DGS. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030, Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código deontológico*. Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.
- Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, n.º 26 (2019-02-06), pp. 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.
- Regulamento n.º 350/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de reabilitação. Diário da República. II Série, n.º 119 (2015-06-22), pp. 16655-16660. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>.

- Regulamento nº 392/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República. II Série, nº 85 (03-05-2019), pp. 13565-13568 <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>.
- Reis, M. G. M., Casas-Novas, M. V., Serra, I., Magalhães, M. D. D. C., & Sousa, L. M. M. (2021). The importance of a training program on active aging from the perspective of elderly individuals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0843>.
- Riegel, F., Crossetti, M. da G. O., & Siqueira, D. S. (2018). Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2072–2076. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>.
- Rockwood, K. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489–495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>.
- Rodrigues, A. & Felício, M. (2017). *Governança clínica e governança de saúde nos cuidados de saúde primários: perguntas e respostas essenciais*. Grupo Técnico e Nacional da Governança Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governa%C3%A7%C3%A3o%20Clinca%20e%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
- Santos-Rocha, R., Freitas, J., Ramalho, F., Pimenta, N., Costa Couto, F. & Apóstolo, J. (2019). Development and validation of a complex intervention: A physical exercise programme aimed at delaying the functional decline in frail older adults. *Nursing open*, 7(1), 274–284. <https://doi.org/10.1002/nop2.388>.
- Schouten, B. C., Meeuwesen, L., Tromp, F., & Harmsen, H. A. (2007). Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient education and counseling*, 67(1-2), 214–223. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.018>.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Sousa, M., Martins, T., & Pereira, F. (2015). Reflecting on the practices of nurses in approaching the person with a chronic illness. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº 6), 55–63. <https://doi.org/10.12707/riv14069>.

- Teixeira, A. K. S., da Silva, L. de F. da S., da Silva, A. N. C. da S., Fernandes, S. da S. F., Oliveira, A. C. A. O., Freire, E. D. A. F., & Menezes, H. K. L. de M. (2019). Cuidado clínico de enfermagem à pessoa com Úlcera Venosa fundamentado na teoria de Imogene King. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 88(26). <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.88-n.26-art.385>.
- Trotter, G. (2014). Autonomy as Self-Sovereignty. *HEC Forum*, 26(3), 237–255. <https://doi.org/10.1007/s10730-014-9248-2>.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 129–135. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072007000100016>.
- Watson, J. (2017). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), editorial. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>.
- Wilson, R. S., Barnes, L. B. & Bennett, D. A. (2003). Assessment of Lifetime Participation in Cognitively Stimulating Activities. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 634-642. <https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.634.14572>.
- World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>.
- World Health Organization (2013). *Health literacy: The solid facts*. WHO. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
- World Health Organization (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. WHO. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1261450/retrieve>.

ANEXOS

Anexo I - EAPAI

Escala de autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI)

Este instrumento permite avaliar a forma como os enfermeiros promovem a autonomia dos idosos e trata-se de um instrumento de autopreenchimento, para a utilização por parte dos enfermeiros.

Responda a cada uma das questões assinalando com uma X no número em que a sua resposta mais se adequa à sua prática clínica de acordo com o seguinte:

- 0 - Não aplico
- 1 - Aplico poucas vezes
- 2 - Aplico frequentemente
- 3 - Aplico muitas vezes
- 4 - Aplico sempre

Avaliação da autonomia dos idosos					
Na minha prática profissional, avalio se idoso demonstra:					
Domínio físico	0	1	2	3	4
Q1 - Capacidade para ir às compras					
Q2 - Capacidade para gerir o dinheiro					
Q3 - Capacidade para utilizar o telefone					
Q4 - Capacidade para cozinhar					
Q5 - Capacidade para utilizar os transportes					
Q6 - Capacidade para atividades de lazer					
Q7 - Capacidade para se alimentar					
Q8 - Capacidade para cuidar da higiene pessoal					
Q9 - Capacidade para usar o sanitário					
Q10 - Capacidade para se erguer					
Q11 - Capacidade para se transferir					
Q12 - Capacidade para se virar					
Q13 - Capacidade para andar					
Domínio cognitivo	0	1	2	3	4
Q14 - Capacidade de decisão sobre acontecimentos concretos (ex: escolher a roupa que quer vestir, escolher o lugar onde permanecer...)					
Q15 - Capacidade de entender as questões que lhe são colocadas					
Q16 - Capacidade para responder de acordo com as questões que lhe são colocadas					
Q17 - Capacidade para reter as informações fornecidas					
Q18 - Conhecimentos sobre as intervenções que promovem a autonomia					
Domínio social	0	1	2	3	4
Q19 - Capacidade para estabelecer relações interpessoais					
Q20 - Manifesta volição para a interação com outros					
Q21 - Manifesta que outros respeitam as suas decisões					
Domínio emocional	0	1	2	3	4
Q22 - Capacidade de manifestar as suas emoções (reação verbal e não verbal, alegria, choro, raiva, tristeza)					
Q23 - Capacidade de responder com emoções adequadas às situações					
Q24 - Perceção de compreensão das suas emoções pelos outros					
Q25 - Capacidade para compreender as emoções dos outros					
Intervenções promotoras da autonomia dos idosos					
Na minha prática profissional, para a promoção da autonomia do idoso:	0	1	2	3	4

Q26 - Estabeleço uma relação empática com o idoso					
Q27 - Respeito a privacidade idoso					
Q28 - Respeito as crenças e rituais religiosos do idoso					
Q29 - Respeito a vontade e as escolhas do idoso					
Q30 - Explico os procedimentos ao idoso					
Q31 - Dou tempo ao idoso para ele realizar as atividades					
Q32 - Incentivo a independência do idoso					
Q33 - Capacito o idoso para ir às compras					
Q34 - Capacito o idoso para gerir o dinheiro					
Q35 - Capacito o idoso para utilizar o telefone					
Q36 - Capacito o idoso para limpar a casa					
Q37 - Capacito o idoso para cozinhar					
Q38 - Capacito o idoso para utilizar os transportes					
Q39 - Capacito o idoso para atividades de lazer					
Q40 - Capacito o idoso para o autocuidado alimentar-se					
Q41 - Capacito o idoso para o autocuidado cuidar da higiene pessoal					
Q42 - Capacito o idoso para o autocuidado usar o sanitário					
Q43 - Capacito o idoso para o autocuidado elevar-se					
Q44 - Capacito o idoso para o autocuidado transferir-se					
Q45 - Capacito o idoso para o autocuidado virar-se					
Q46 - Capacito o idoso para andar					
Q47 - Capacito o idoso para o processo de tomada de decisão					
Q48 - Capacito o idoso tendo em conta a cognição					
Q49 - Capacito o idoso para socializar					
Q50 - Capacito o idoso para a expressão de emoções					
Q51 - Promovo a autoestima do idoso					
Q52 - Executo mobilizações (ativas, ativas-assistidas, passivas) ao idoso					
Q53 - Executo exercícios de treino de equilíbrio ao idoso					
Q54 - Executo exercícios de treino cognitivo (jogos de memória) ao idoso					
Q55 - Ensino/instruo o idoso sobre exercícios de mobilização (ativa, ativa-assistida)					
Q56 - Treino exercícios de mobilização (ativa, ativa-assistida) com o idoso					
Q57 - Ensino/instruo o idoso sobre exercícios de treino de equilíbrio					
Q58 - Treino o idoso em exercícios de treino de equilíbrio					
Q59 - Ensino/instruo o idoso sobre exercícios de treino cognitivo					
Q60 - Treino o idoso em exercícios de treino cognitivo					
Q61 - Ensino cuidador sobre autocuidados do idoso					
Q62 - Ensino cuidador sobre atividades instrumentais de vida diárias do idoso					
Q63 - Ensino cuidador sobre promoção de estilos de vida saudáveis do idoso					

Q64 - Ensino cuidador sobre medidas preventivas do idoso					
Q65 - Ensino cuidador sobre gestão da terapêutica do idoso					
Q66 - Ensino cuidador sobre gestão da atividade física do idoso					
Q67 - Ensino cuidador sobre promoção da autonomia do idoso					
Q68 - Ensino cuidador sobre promoção da independência do idoso					

Anexo II – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA EAPAI

18/11/22, 11:29

Gmail - Autorização para utilização de Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI) por parte dos ...



Casimiro Faria <casimiro.faria@gmail.com>

Autorização para utilização de Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI) por parte dos enfermeiros

2 mensagens

Casimiro Faria <casimiro.faria@gmail.com>
Para: Andreia Lima <alima2358@hotmail.com>

17 de novembro de 2022 às 16:51

No âmbito do projeto de investigação intitulado "Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação na promoção da autonomia dos idosos, num ACES de Portugal" integrado no Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENP) a decorrer na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados Comunitários (UCC) [REDACTED], do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho pelo presente solicitar autorização para a utilização do instrumento "Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI), validado por vocês.

Este projeto tem como objetivo geral: identificar a perceção dos EEER, de um ACES de Portugal, quanto à implementação das intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos idosos

Caso entendam responder a esta solicitação, peço o favor de me enviarem o instrumento, assim como, a grelha de interpretação do mesmo e artigo de validação.

Desde já agradeço a atenção e colaboração,

Com os melhores cumprimentos,

Enf.º Casimiro André Faria

andrea maria novo lima <alima2358@hotmail.com>
Para: Casimiro Faria <casimiro.faria@gmail.com>


17 de novembro de 2022 às 17:45


Exmo Sr. Enf. André Faria,

Autorizo a utilização da Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI).
Encaminho a Escala assim como o documento de validação.

Com os melhores cumprimentos,
Andreia Lima
[Citação ocultada]

2 anexos

 REF_dec2021_e21003_port.pdf
285K

 Questionário final.pdf
88K

Anexo III – AUTORIZAÇÃO DO ACES



Projeto / Estudo n.º ____/____

Data de Receção: ____/____/____

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo: Casimiro André de Araújo Faria

Contacto telefónico

E-mail:

Qualificação Académica: Licenciatura em Enfermagem

Funções que desempenha: Enfermeiro

Instituição: Hospital Senhora da Oliveira Guimarães, EPE

Designação do Estudo: Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação na promoção da autonomia dos idosos, num ACES de Portugal

Área científica em que se enquadra o estudo: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): 03/10/2022 a 31/03/2023

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Análise quantitativa

Palavras – chave: Autonomia pessoal; Cuidados de Enfermagem; Enfermeiras e Enfermeiros; Enfermagem em Reabilitação;

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS (Exemplo: Orientador)

Nome(s) Completo(s): Andreia Maria Novo Lima

Instituição: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO



Objetivo Geral: Identificar a percepção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), de um ACES de Portugal, quanto à implementação das intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos idosos.

Metodologia: Este é um estudo quantitativo quanto ao modo de abordagem, descritivo-correlacional quanto aos objetivos e inquérito no que diz respeito aos procedimentos técnicos.

População alvo: O presente estudo será desenvolvido num ACES de Portugal, e a população em estudo são os EEER das ECCI's desse ACES. A amostra escolhida para este estudo é não probabilística intencional, estando subordinada aos objetivos definidos para o estudo. A escolha deste método deve-se à intenção de estudar a percepção de um grupo específico de profissionais.

CrITÉrios de inclusão: Estar a exercer função de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa ECCI do ACES.

Método de recolha dados (anexar instrumento recolha): a recolha de dados será feita através de um questionário online através do aplicativo Google Forms (Anexo), onde serão colhidos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e a aplicação da Escala de autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI) que foi validada por Lima [et al.] (2021).

Descrição do que consiste a colaboração do ACeS: Para a realização do estudo é necessário realizar um pedido de parecer à comissão de tica da ARS [redacted]. Sendo que me encontro a desenvolver o estágio de natureza profissional na ECCI da UCC [redacted] do ACES [redacted], onde me é exigida a realização de um estudo de investigação. A colaboração pretendida pelo ACES é o parecer favorável para que possa submeter o pedido à comissão de tica da ARS [redacted] e assim desenvolver o estudo no ACES do [redacted], aplicando os questionários aos profissionais elegíveis que concordem com a colaboração voluntária no estudo.

Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderana cientifica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS.

Data: 22/11/2022

Assinatura:



Assinado por: Cavimiro Andre
de Araujo Faria
Identificaco: 811038679
Data: 2022-11-22 s 11:14:08

PARECER DO ACES

Favorável

Não Favorável

O Parecer favorável do ACES não dispensa a submissão à Comissão de Ética da AR nos termos divulgados no site da AR - Comissão de Ética.

O Projeto só pode ser iniciado quando for entregue no ACES o documento comprovativo do Parecer Favorável da referida Comissão.


Data:



Assinaturas:

PRESIDENTE DO CCS E RAI

DIRETOR EXECUTIVO

Nada a opor à sua realização,


PRESIDENTE DO CONSELHO CLÍNICO
ACES


Dr. 
Diretor Executivo
ACES

Anexo IV – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ARS

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER DATA: 2023-01-11 REFERÊNCIA: CEI2023/7

PARA: CONSELHO DIRETIVO

DE: COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO: PE 2022/161 - Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação na promoção da autonomia dos idosos, num ACES de Portugal

EXARADO NA ATA Nº 2023_05 REUNIÃO DE 2023-01-30

DELIBERADO AUTORIZAR 2023-01-30

[Redacted]
Presidente do CD

[Redacted]
Vice Presidente do CD

[Redacted]
Vogal do CD

A- Apresentação do pedido em apreciação

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde [Redacted] I.P. recebeu o pedido de parecer relativo ao projeto intitulado "Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação na promoção da autonomia dos idosos, num ACES de Portugal", formulado pelo investigador Casimiro Faria, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação pedagógica da Prof.ª Doutora Andreia Lima e tutoria da Enf.ª Especialista [Redacted]. O estudo irá decorrer na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados Comunitários (UCC) [Redacted] do ACES [Redacted]. Com o objetivo de identificar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, de um ACES de Portugal, quanto à implementação das intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos idosos. O estudo foi submetido com todos os documentos necessários à sua avaliação.

B- Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

Trata-se de estudo quantitativo quanto ao modo de abordagem, descritivo-correlacional quanto aos objetivos. Com o objetivo principal de identificar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação das ECCI, quanto à implementação das intervenções promotoras da autonomia nos cuidados que prestam aos idosos e como objetivos específicos pretende caracterizar os participantes quanto às características sociodemográficas e profissionais e identificar as áreas promotoras da autonomia em que estes profissionais investem. A amostra escolhida para este estudo é não probabilística intencional. A recolha de dados será feita através de um questionário online através do aplicativo Google Forms, onde serão colhidos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e a aplicação da Escala de autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI) que foi validada por Lima [et al.]. A decisão de participar no estudo é de caráter voluntária e anónima, com ausência de prejuízos para os participantes ou para quem decida não participar. O participante, tem a possibilidade de desistir em qualquer momento do decorrer da investigação. Os questionários a realizar acatam todos os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo. Não será solicitado qualquer elemento identificativo ou identificável dos respetivos participantes. Durante o projeto será assegurada a proteção dos direitos, a liberdade, a proteção dos dados, o anonimato e a confidencialidade dos participantes nos questionários. Aos dados recolhidos apenas tem acesso o investigador na plataforma online da Google, e são protegidos por utilizador e palavra-passe. Estes dados serão tratados no computador pessoal do investigador, encontrando-se o acesso protegido por palavra-passe, e serão eliminados 5 anos após defesa e publicação do estudo.



Telefone: [Redacted] E-mail: [Redacted] Website: [Redacted]

Os dados a recolher são adequados aos objetivos do estudo e correspondem ao estritamente necessário para alcançar esses mesmos objetivos.

C - Conclusão

Reconhecendo a relevância do estudo, a Comissão de Ética para a Saúde da ARS considera que estão assegurados os procedimentos que garantem o respeito das normas éticas relativas à proteção dos dados pessoais, e deliberou, nesta data, dar parecer favorável à realização do estudo. Recomenda, no entanto, a adequação do cronograma à data de emissão deste parecer. Os investigadores devem comunicar os resultados, assim que o estudo esteja concluído.

10 de janeiro de 2023



Presidente da Comissão de Ética



Telefone: [redacted] E-mail: [redacted]@min-saude.pt Website: [redacted]

APÊNDICES

Apêndice I – PLANO DE AÇÃO DO ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Plano de Ação do Estágio de Natureza Profissional

Discente:

Enf.º Casimiro André Faria nº27221

24 de outubro de 2022



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Escola Superior de Saúde

VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

UC: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Ano Letivo: 2022/2023

Plano de Ação do Estágio de Natureza Profissional

Local de Estágio: XXXXXXXX

Gestora Pedagógica: Prof.^a Doutora Andreia Lima

Tutora: Enf.^a Especialista XXXXX

Discente: Enf.º Casimiro André Faria nº 27221

24 de outubro de 2022

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS	III
NOTA INTRODUTÓRIA	4
1. OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
1.1 CONHECER E INTEGRAR A DINÂMICA ESTRUTURAL E FUNCIONAL DA UCC XXXXX, COM RELEVANTE IMPORTÂNCIA NA ÁREA ESPECÍFICA DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E DA EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI);	5
1.2 IDENTIFICAR NECESSIDADES DE MELHORIA NAS ÁREAS DA FORMAÇÃO E DA GESTÃO DE CUIDADOS NA UCC;	5
1.3 DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA PRÁTICA DE INVESTIGAÇÃO, NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO;	5
1.4 IDENTIFICAR E APRESENTAR PROPOSTA DE MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS;	5
1.5 DESENVOLVER APRENDIZAGENS NA ÁREA DO PLANEAMENTO DE FORMAÇÕES E DE INTERVENÇÃO COMO FORMADOR;	6
2. CRONOGRAMA	7
NOTA CONCLUSIVA	8
BIBLIOGRAFIA	9

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

EAPAI – Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ENP – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

ESS – Escola Superior de Saúde

IPVC – Instituto Politécnico de Viana do Castelo

PA – Plano de Ação do Estágio

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente plano de ação do estágio (PA) foi elaborado no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENP), integrado no VII curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, no primeiro semestre do segundo ano letivo de 2022/2023. O mesmo decorre entre o dia 03 de outubro de 2022 e o dia 31 de março de 2023 na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) XXXXX da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que se encontra integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do XXXXX, sob orientação pedagógica da Prof.^a Doutora Andreia Lima e tutoria da Enf.^a Especialista XXXXXX.

Este documento deve ser uma ferramenta orientadora da identificação de objetivos específicos, tendo em conta os objetivos de aprendizagem e competências a adquirir definidos para este estágio pela Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), sendo estes: desenvolver competências na área dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação; desenvolver aprendizagens profissionais nomeadamente na identificação de necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica; desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente, no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador; desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e articulação na equipa multiprofissional; desenvolver competências na prática de investigação, no âmbito da enfermagem de Reabilitação; conceber/colaborar programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados; desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na sua área de intervenção.

Pelo que de seguida proponho os objetivos específicos a desenvolver e as estratégias para os atingir.

1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.1. Conhecer e integrar a dinâmica estrutural e funcional da UCC XXXXX, com relevante importância na área específica da enfermagem de reabilitação e da equipa de cuidados continuados integrados (ECCI);

Estratégias:

- Observação e colaboração com a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) da UCC XXXXX;
- Estabelecimento de uma relação de empatia e entajuda com toda a equipa multidisciplinar da UCC.

1.2. Identificar necessidades de melhoria nas áreas da formação e da gestão de cuidados na UCC;

Estratégias:

- Observação das dinâmicas da ECCI;
- Interação e discussão com a ECCI e com a Orientadora de estágio das problemáticas existentes e de possíveis soluções de melhoria;

1.3. Desenvolver competências na prática de investigação, no âmbito da enfermagem de Reabilitação;

Estratégias:

- Realização de um projeto de investigação com o intuito de avaliar a perceção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER), do ACES XXXXX, acerca das suas práticas para a promoção da autonomia dos idosos, usando por base a Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI).

1.4. Identificar e Apresentar proposta de melhoria da qualidade dos cuidados;

Estratégias:

- Apresentação de proposta de melhoria dos cuidados, tendo em conta os focos de atenção e áreas de intervenção de enfermagem de reabilitação para a promoção da autonomia dos idosos, que são descuidados pelos EEER, identificados e avaliados através do projeto de investigação a desenvolver;

- Colaboração na realização dos Planos de Intervenção Individuais (PII's) dos utentes que ingressam na ECCI.

1.5. Desenvolver aprendizagens na área do planeamento de formações e de intervenção como formador;

Estratégias:

- Planeamento, apresentação e discussão do projeto de investigação realizado, aos enfermeiros e gestores do ACES XXXXX.
- Proposta e Planeamento de ação de formação por perito convidado, sobre a promoção da autonomia, aos EEER que colaboram no ACES XXXXXX.

2. CRONOGRAMA

Apresento o cronograma de atividade que serve de guia orientador acerca dos timings de desenvolvimento das atividades para atingir os objetivos definidos.

Atividades	Meses/anos						
	10/22	11/22	12/22	01/23	02/23	03/23	04/23
Observação e Colaboração com a ECCI.	■	■	■	■	■	■	
Identificação de necessidades de melhoria nas áreas da formação e da gestão de cuidados	■	■					
Desenvolver o projeto de investigação		■	■	■	■	■	
Apresentar proposta de melhoria da qualidade dos cuidados				■	■		
Planear e Desenvolver formação					■	■	
Elaboração do Relatório de Estágio					■	■	
Defesa Pública do Relatório de estágio com Projeto de Investigação							■

NOTA CONCLUSIVA

Ao longo das primeiras semanas de estágio tive a oportunidade de observar e colaborar nas visitas domiciliares de alguns utentes acompanhados pela ECCI. Estas visitas permitiram-me identificar que muitos destes utentes são idosos com perda de autonomia, daí a pertinência do projeto de investigação definido neste plano. A conceito de autonomia é muito abrangente, sendo que cabe ao EEER conhecer as áreas de intervenção de devem ser trabalhadas na promoção da autonomia de forma a conseguir uma melhoria continua dos cuidados prestados.

Tentei ainda perceber as dinâmicas e especificidades da UCC, e foi com base nisso e nos meus interesses pessoais de formação e aprendizagem que elaborei o presente PA. Este documento traça o meu plano pessoal de aprendizagem e poderá ser alterado ao longo no EC, se assim for conveniente. A avaliação do presente plano será retratada posteriormente, no Relatório Final do estágio.

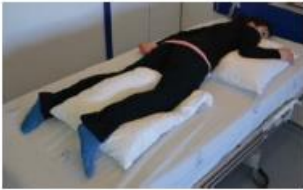
BIBLIOGRAFIA

ESS, IPVC – Guia Orientador – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final.
Viana do Castelo, 2022.

Apêndice II – PANFLETO POSICIONAMENTOS

POSICIONAMENTO

Decúbito Semiventral



Fowler



Zonas mais Suscetíveis de Aparecimento de úlceras de Pressão

Ao ler este folheto, se tiver alguma dúvida, peça esclarecimento ao profissional de saúde que acompanha o seu familiar.

Elaborado pelo aluno de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Enf.º Casimiro André Faria

Em colaboração com a Enf.ª Especialista

Posicionamento no leito da pessoa com alterações da mobilidade

Qualquer alteração da mobilidade origina alterações que se manifestam em todo o organismo.



O posicionamento/alternâncias de decúbito é essencial para a pessoa com alterações da mobilidade, com o objetivo de prevenir complicações associadas à imobilidade (por ex. úlceras de pressão) e proporcionar conforto.

Material necessário:

Almofadas moldáveis, adequadas ao posicionamento que se pretende.

Colchão – devem ter em consideração o nível de mobilidade da pessoa e outros fatores de risco (colchões estáticos, de poliuretano e espuma de alta especificidade ou outros, e dinâmicos de sobreposição com microcâmulas).

Princípios Gerais:

- Solicitar a colaboração da pessoa de acordo com as suas capacidades;
- Considera-se que a pessoa em situação de imobilidade deve ser **posicionada de duas em duas horas** (a frequência dos posicionamentos é determinada pela mobilidade da pessoa, pela condição clínica global, pelos objetivos do tratamento e ainda pelas condições globais da pele). Reposicionar a pessoa de modo a que a pressão seja aliviada ou redistribuída.
- A pessoa deve ficar confortável, o peso corporal distribuído equitativamente, respeitando o alinhamento corporal e reduzindo as tensões articulares e musculares;
- Evitar posicionar a pessoa em contacto direto com dispositivos médicos;
- Avaliar regularmente a pele. Se sinais de úlcera de pressão, reconsiderar a frequência e o método de posicionamento;
- Utilizar ajudas de transferência para evitar a fricção e a torção.

POSICIONAMENTO

Decúbito Dorsal



Decúbito Lateral (direito e esquerdo)



POSICIONAMENTO

Decúbito Semidorsal (direito e esquerdo)



Decúbito Ventral



Apêndice III – CRONOGRAMA

Cronograma

Cronograma de Projeto de Investigação											
Etapas	out/ 22	nov/ 22	dez/ 22	jan/ 23	fev/ 23	mar/ 23	abr/ 23	mai/ 23	jun/ 23	jul/ 23	set/ 23
Definição do tema/ objetivos/hipóteses	█										
Revisão de Literatura/enquadramen to bibliográfico	█										
Elaboração do índice preliminar e metodologia de estudo	█										
Seleção da amostra	█										
Pedido autorização a coordenação da UCC, direção do ACES e comissão de ética da ARS		█									
Aplicação do questionário de colheita de dados						█					
Análise estatística								█			
Análise e discussão de resultados									█		
Revisão final										█	

Fonte: Elaborado para o presente estudo

Apêndice IV – SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC)

Estágio de natureza profissional com Projeto de Investigação:

“Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação na Promoção da Autonomia dos Idosos de um ACES”

Enf^o Casimiro André Faria



Sumário

- Estágio e orientação
- Projeto de investigação
 - Enquadramento teórico
 - Autonomia
 - Competências do EEER na promoção da autonomia
 - Envelhecimento ativo e saudável
 - Estratégia nacional para o envelhecimento ativo
 - A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson
 - Metodologia
 - Apresentação e discussão dos resultados
 - Contributos para a prática e sugestões de melhoria
 - Conclusões
 - Bibliografia
- Agradecimentos



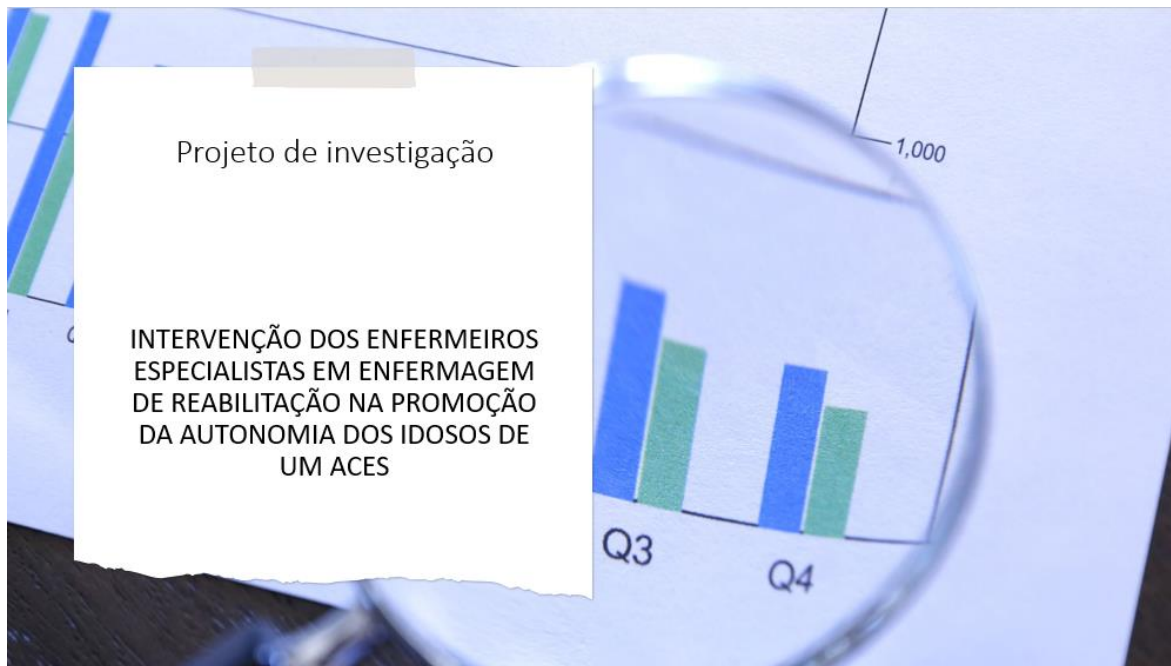
Local de estágio
e orientação

ECCL de uma UCC

De 03/10/2022 a
31/03/2023

Orientação pedagógica da
Prof.^a Doutora Andreia Lima

Tutoria da Enf.^a Especialista
[REDACTED]



Autonomia

- Conceito Multidimensional:
 - capacidade física
 - capacidade intelectual
 - capacidade cognitiva
 - integração social
 - inteligência emocional

Lima et. al (2021b); Brown & Salmon (2019)



A autonomia é influenciada por:



literacia em saúde

Michael & Boyle (2018)



contexto social e cultural

relações sociais e familiares

Deci, & Ryan (2008)



capacidade de gerir emoções

Lima et al. (2021d);
Calheiros et al. (2013);
Caprara et al. (2013).

Uma pessoa autónoma:

Encontra-se consciente e orientada

É capaz de gerir de forma eficaz as emoções do dia-a-dia

Encontra-se socialmente bem integrada

Tem capacidade para decidir em todas as áreas da própria vida, desde que bem informada

Tem capacidade intelectual e física para colocar em prática a sua própria vontade, de acordo com as suas crenças, os seus valores e a sua cultura

Lima et al., (2021b, p. 6)

Garantindo a promoção da **autonomia**, assegura-se, por consequência, a **qualidade de vida** e **dignidade humana**

Delmar (2013)

Permite que as pessoas determinem o seu destino, as suas aspirações e os seus objetivos de vida

Beauchamp & Childress (2013)

Competências do EEER na promoção da autonomia

A promoção/manutenção da autonomia:

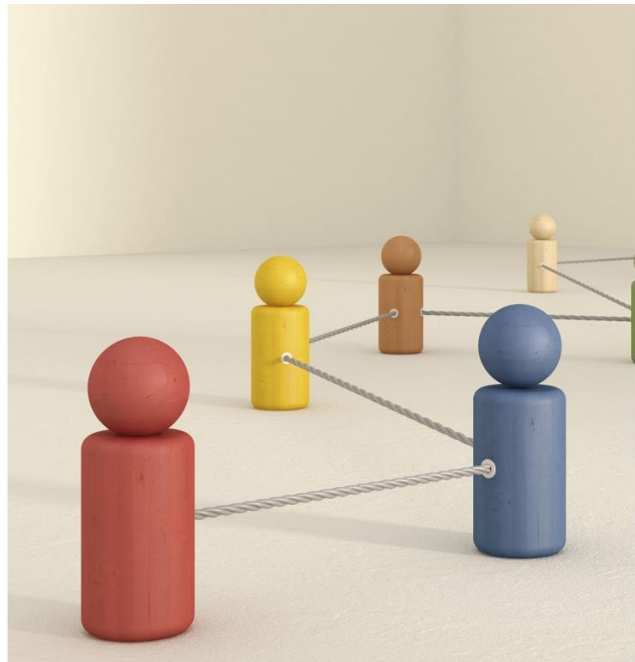
- são pedras basulares da atuação dos profissionais de saúde.
- valor fundamental de ética médica
- o EEER “elabora e implementa programa de treino de AVD’s visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida” (OE, 2019, p. 13567).



Competências do EEER na promoção da autonomia

Implementação de intervenções que promovam

- capacidade física
- capacidade cognitiva
- gestão de emoções
- integração social
- literacia em saúde e empoderamento
- a capacitação dos cuidadores
- conhecer o contexto cultural





Envelhecimento ativo e saudável

- A melhoria das oportunidades para a saúde, cooperação e segurança, para o aumento da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem;
- Processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio.

WHO (2015)

Estratégia nacional para o envelhecimento ativo

- A DGS (2017) em conformidade com as orientações da WHO (2017) atribui grande importância a políticas de saúde e sociais que promovam um envelhecimento ativo e saudável;
- Proposta a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) para os anos 2017-2025;
- No eixo da saúde, a ENEAS orienta para a promoção de iniciativas e práticas que visem: reduzir a prevalência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crónicas; a redução das incapacidades físicas e mentais nas pessoas idosas; e potenciar a autonomia.



Metodologia

- Estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional;
- A amostra é não probabilística por conveniência, participaram no estudo 18 EEER que trabalham nas ECCE de um ACES de Portugal;
- A recolha de dados foi realizada com o preenchimento de um questionário online, onde foi aplicada a Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos.

Apresentação
e discussão
dos resultados

	Variável	n	%
Idade	entre 31-40 anos	8	44.4
	entre 41-50 anos	7	38.9
	entre 51-60 anos	3	16.7
Género	Feminino	14	77.8
	Masculino	4	22.2
Estado Civil	Solteira(o)	1	5.6
	Casada(o) / União de Facto	16	88.8
	Divorciada(o)	1	5.6
Escolaridade	Pós-Licenciatura	15	83.3
	Mestrado	3	16.7
Tempo total de Experiência Profissional como Enfermeiro	5-10 anos	1	5.6
	11-20 anos	11	61.0
Tempo total de Experiência Profissional a exercer funções de EEER	21-30 anos	5	27.8
	>30 anos	1	5.6
	0-2 anos	3	16.7
Tempo a desempenhar funções no ACES	3-5 anos	5	27.8
	6-10 anos	4	22.2
	11-15 anos	6	33.3
	>20 anos	2	11.1
Em que áreas / serviços desempenhou funções como EEER	Cardiologia, Pneumologia e ECCE	1	5.6
	ECCE	13	72.1
	Hospitalar e ECCE	1	5.6
	Medicina Interna e ECCE	1	5.6
	Pediatria e ECCE	2	11.1
Tempo a desempenhar funções no ACES	0-2 anos	6	33.4
	3-5 anos	2	11.1
	6-8 anos	2	11.1
	9-12 anos	2	11.1
	13-15 anos	2	11.1
	16-20 anos	2	11.1
	>20 anos	2	11.1

Apresentação e discussão dos resultados

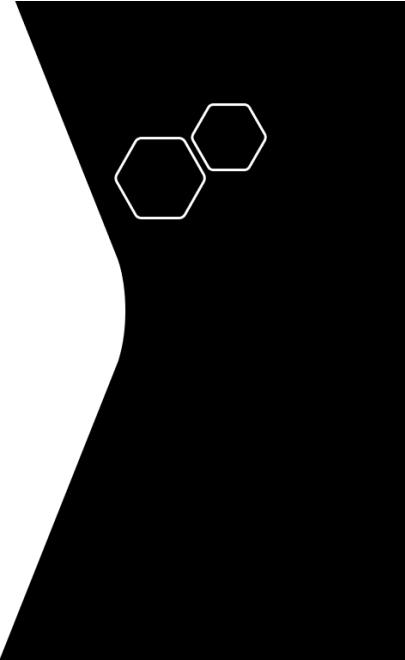


Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado
 Capacitação do Cuidador
 Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado
 Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas



Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária
 Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais

Dimensões	Min	Máx	Med	M	DP
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado	2.00	4.00	3.58	3.34	0.634
Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas	1.44	4.00	3.61	3.25	0.79
Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária	0.85	3.23	2.04	2.12	0.67
Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais	0.17	4.00	2.75	2.74	1.06
Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado	2.00	4.00	4.00	3.69	0.69
Capacitação do cuidador	2.00	4.00	3.88	3.50	0.66
Escala global	127.0	262.0	209.0	206.94	39.83



Apresentação e discussão dos resultados

Dimensões	Tempo total de experiência profissional como Enfermeiro	Tempo total de experiência profissional a exercer funções de EEER	Tempo a desempenha funções no ACES
Desenvolvimento de intervenções emocionais, sociais e de autocuidado	$r = -0.024$ (n.s.)	$r = 0.390$ (n.s.)	$r = -0.002$ (n.s.)
Desenvolvimento de intervenções físicas e cognitivas	$r = -0.017$ (n.s.)	$r = 0.353$ (n.s.)	$r = 0.064$ (n.s.)
Desenvolvimento de intervenções de atividades instrumentais de vida diária	$r = -0.554^*$	$r = -0.168$ (n.s.)	$r = -0.279$ (n.s.)
Desenvolvimento de intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais	$r = -0.217$ (n.s.)	$r = 0.232$ (n.s.)	$r = 0.087$ (n.s.)
Desenvolvimento de intervenções avaliativas na área do autocuidado	$r = -0.190$ (n.s.)	$r = 0.118$ (n.s.)	$r = -0.087$ (n.s.)
Capacitação do cuidador	$r = 0.088$ (n.s.)	$r = 0.246$ (n.s.)	$r = 0.037$ (n.s.)
Score total da EAPAI	$r = -0.208$ (n.s.)	$r = 0.207$ (n.s.)	$r = -0.074$ (n.s.)



Contributos para a prática

- Alerta para o conceito multidimensional da autonomia;
- Permite uma reflexão sobre as intervenções desenvolvidas pelos EEER para promoção da autonomia dos seus utentes idosos e quais os domínios que são menos promovidos;



Sugestões

- Para futuras investigações:
 - aplicar a EAPAI em larga escala e perceber melhor os motivos que levam os EEER a investirem menos no desenvolvimento de alguns domínios;
 - estudos, de preferência longitudinais, acerca dos motivos da insatisfação/desmotivação dos enfermeiros, que permitam identificar as causas que mais influenciam estes fatores ao longo do percurso profissional.



Sugestões

- Para melhorar a qualidade dos cuidados, o conhecimento e a motivação dos profissionais:
 - a revisão do conceito de autonomia e de promoção de autonomia por parte das instituições de saúde, dos enfermeiros e dos EEER;
 - a revisão dos critérios de referenciação para a RNCCI e em especial para as ECCI's;
 - o ingresso de mais enfermeiros nas ECCI's, libertando os EEER para aplicarem todo o seu potencial de conhecimento especializado;
 - reconhecimento e valorização económica da carreira de enfermeiro e de enfermeiro especialista.

Conclusões

- os EEER em funções nas ECCI's deste ACES são na sua maioria
 - do género feminino;
 - com idades compreendidas entre os 31 e os 50 anos;
 - pós-licenciados;
 - com mais de 11 anos de experiência profissional;
 - mais de 5 anos de experiência como EEER.
- Dão mais importância às intervenções avaliativas do autocuidado e da capacitação dos cuidadores;
- Menos importância às intervenções de atividades instrumentais de vida diária e às intervenções avaliativas nas áreas emocionais, cognitivas e sociais.
- Os EEER mais experientes tendem a investir menos nas atividades instrumentais de vida diária, o que pode sugerir que, ao longo do tempo, pode haver perda de motivação ou insatisfação com a profissão ou a carreira profissional.

Bibliografia

- ALLEA - All European Academies (2018). Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação (Edição Revista). Berlim. https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf
- Allgood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9.ª ed.). Elsevier.
- Alves, D. P., Santos, F. A., Figueiredo H. R. P. P. & Tavares, C. M. M. (2021). Empatia na assistência em enfermagem sob a luz de Watson. *Rev Recien.*, 11(36), 629-635. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.629-635>.
- Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., Vollenbroek-Hutten, M., Germini, F., D'Avanzo, B., Gwyther, H. & Holland, C. (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBIM Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 16(1), 140-232. <https://doi.org/10.11124/IBISIR-2017-003382>.
- Araújo, F., Bastos, F., Lourenço, M., Vilela, C., Fernandes, C., Brito, A. & Campos, M. J. (2021). O papel dos cuidadores continuados na reconstrução da autonomia. *Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: um foco central da enfermagem*, 71-84. ESEP. <https://doi.org/10.48684/3r90-q678>.
- Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, J. B., Leveck, M. D., Marsiske, M., Morris, J. N., Rebok, G. W., Smith, D. M., Tennstedt, S. L., Unverzagt, F. W., Willis, S. L., & Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Study Group (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *JAMA*, 288(18), 2271-2281. <https://doi.org/10.1001/jama.288.18.2271>.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8.ª ed.). Oxford University Press.
- Bell, J. A. H., Balneaves, L. G., Kelly, M. T. & Richardson, H. (2016). Report on a Delphi process and workshop to improve accrual to cancer clinical trials. *Current Oncology*, 23(2), 125-130. <https://doi.org/10.3747/co.23.3110>.
- Bennett, L., Bergin, M. & Wells, J. S. (2016). The social space of empowerment within epilepsy services: The map is not the terrain. *Epilepsy & behavior : E&B*, 56, 139-148. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.12.045>.

Bibliografia

- Benson, J.J., Parker Oliver, D., Demiris, G. & Washington, K. (2019). Accounts of family conflict in home hospice care: The central role of autonomy for informal caregiver resilience. *Journal of Family Nursing*, 25(2), 190-218. <https://doi.org/10.1177/1074840719828091>.
- Bernardino, E. (2018). Satisfação profissional dos enfermeiros em Portugal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfaca%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>
- Brown, S. L. & Salmon, P. (2019). Reconciling the theory and reality of shared decision-making: A “matching” approach to practitioner leadership. *Health Expect.*, 22, 275–283. <https://doi.org/10.1111/hex.12853>.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://hdl.handle.net/10451/24456>.
- Calheiros, M. M., Patrício, J. N., & Graça, J. (2013). Staff and youth views on autonomy and emancipation from residential care: a participatory research study. *Evaluation and program planning*, 39, 57–66. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2013.04.003>.
- Camara Municipal de Guimarães (2023) – Município de Guimarães. <https://www.cm-guimaraes.pt/>.
- Canhestro, A. S. & Basto, M. L. (2016). Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem na promoção do envelhecimento saudável: Uma revisão sistemática da literatura. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa: Scientific Journal Pensar Enfermagem*, Vol. 20, N.º 2, pp. 48-71. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23730/1/Doc3_48_71.pdf.
- Caprara, M., Molina, M. Á., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Núñez, V. M., Rojas, M. & Fernández-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: results from the vital aging program. *Current gerontology and geriatrics research*, 2013, 817813. <https://doi.org/10.1155/2013/817813>.
- Coutinho, C. P. (2023). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática (2ª Edição). Edições Almedina, S. A.
- Cruz, A. G., Gomes, A. M. T. & Parreira, P. M. S. D. (2017). Focos de atenção prioritários e ações de enfermagem dirigidos à pessoa idosa em contexto clínico agudo. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, n.º 15, pp. 73-82. <https://doi.org/10.12707/RIV17048>.

Bibliografia

- Cruz, C., Nelas, P., Coutinho, E., Chaves, C., & Amaral, O. (2018). A Satisfação, realização e exaustão dos enfermeiros em Portugal. *Revista INFAD de Psicologia " International Journal of Developmental and Educational Psychology"*, 3(1), 361-369. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349856428037>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>.
- Delmar C. (2013). The interplay between autonomy and dignity: summarizing patients voices. *Medicine, health care, and philosophy*, 16(4), 975–981. <https://doi.org/10.1007/s11019-012-9416-6>.
- Direção-Geral da Saúde (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Lisboa <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030, Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. Lisboa. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf.
- Eassey, D., Reddel, H. K., Ryan, K. & Smith, L. (2019). The impact of severe asthma on patients' autonomy: A qualitative study. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 22(3), 528–536. <https://doi.org/10.1111/hex.12879>.
- European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Eurostat, (2015). Short analytical web note: demography report. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/769227>.
- Evangelista, C. B.; Lopes, M. E. L.; Nóbrega, M. M. L.; Vasconcelos, M. F.; & Viana, A. C. (2020). An analysis of Jean Watson's theory according to Chinn and Kramer's model. *Revista de Enfermagem Referência, Série V*, n.º 4: e20045 pp. 1 – 6. <http://dx.doi.org/10.12707/RV20045>.
- Faria, A., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., Laredo-Aguillera, J. A., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., Faria Fonseca, E. & Martins Flores, J. (2021b). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa De Enfermagem De Reabilitação*, 4(1), 6–14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>.
- Faria, A., Martins, M. M., Ribeiro, O. & Gomes, B. (2021a). Programa de Envelhecimento Ativo e saudável em contexto comunitário. In O. Ribeiro (Coord.) – *Enfermagem de Reabilitação – Conceções e Práticas*. (pp. 483-493). Lidel.

Bibliografia

- Faustino, R. I. A. (2022). Burnout nos enfermeiros a exercer no setor público e no setor privado, em contexto de pandemia por covid-19. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/40102>.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Lusodidacta
- Freitas, S. M. & Gouveia, B. R. (2022). Satisfação dos enfermeiros de reabilitação com o trabalho. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21130. <https://doi.org/10.12707/RV21130>.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3). <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
- Gillon, R. (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMI*, 309: 184-188. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6948.184>.
- Gobbens, R. J. J., & van der Ploeg, T. (2021). The Development of Multidimensional Frailty Over Seven Years A longitudinal study among Dutch community-dwelling older people using the Tilburg Frailty Indicator. *Archives of gerontology and geriatrics*, 95, 104393. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104393>.
- Gouveia, D. C. & Rodrigues, L. M. S. (2019). Enfermagem e o envelhecer saudável. *Revista Pró-UniversUS*, 10(1), 97-101. <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1624>
- Graça, L. C. C.; Marques, M. A. Á.; Viana, M. C. C.; Calvino, M. L. S. E.; Cerqueira, M. M. A.; & Sousa, S. C. S. (2021). Normas para elaboração e apresentação de trabalhos científicos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde. https://www.ipv.pt/ess/wp-content/uploads/sites/6/2022/05/Proposta-normas_trabalhos_-_rev-14-04-2022.pdf
- Kleinman, A. & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS medicine*, 3(10), e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>.
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Coelho, A. R. N., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2022). Nursing focuses and interventions that promote the autonomy of the elderly. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 43, e20220018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210018.en>
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Coelho, A. R. N., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2021a). Nursing practice in the promotion of the elderly's autonomy. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0029>.

Bibliografia

- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Fernandes, C. S., Schoeller, S. D., Rodrigues, T. M. P., & Parola, V. S. O. (2021d). Autoavaliação da promoção da autonomia dos idosos: um estudo Delphi. *Journal Health NPEPS*, 6(1), 155-174. <https://doi.org/10.30681/252610105088>.
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Sampaio, F., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2021f). Enfermagem de Reabilitação: diferenciação na promoção da autonomia do idoso. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 15-22. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.152>
- Lima, A. M. N., Martins, M. M. F. da S., Ferreira, M. S. M., Sampaio, F., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. O. (2021e). Percepção de enfermeiros frente à promoção da autonomia dos idosos no contexto da covid-19: estudo descritivo correlacional. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.79124>.
- Lima, A. M., Ferreira, M. S. M., Martins, M. M. F. P. da S., Fernandes, C. S., Moreira, M. T. F., & Rodrigues, T. M. P. (2020). Independência funcional e o estado confusional de pessoas sujeitas a programa de reabilitação. *Journal Health NPEPS*, 5(2), 145-160. <https://doi.org/10.30681/252610104440>.
- Lima, A. M., Martins, M. M., Ferreira, M. S., Schoeller, S. D., Sampaio, F., & Parola, V. S. (2021c). Validação da Escala de Autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI) por parte dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8), e21003. <https://doi.org/10.12707/RV21003>.
- Lima, A. M., Martins, M. M., Ferreira, M. S., Schoeller, S. D., & Parola, V. S. (2021b). O conceito multidimensional de autonomia: uma análise conceptual recorrendo a uma scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20113. <https://doi.org/10.12707/RV20113>.
- Marmot, M. (2017). The health gap: The challenge of an unequal world: the argument. *International journal of epidemiology*, 46(4), 1312-1318. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx163>.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (7ª edição)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66. <http://hdl.handle.net/10400.26/23998>.
- Ministério da Saúde (2023). Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde primários. Ucc Sol Invictus. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10028/1031755/Pages/default.aspx>.
- Miot, H. A. (2017). Avaliação da normalidade dos dados em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vasculiar Brasileiro*, 16(2), 88-91. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.041117>.

Bibliografia

- Neto, S. F. O. (2022). Perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação quanto à referenciação de doentes. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde]. Repositório Aberto do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/3219/1/Susana_Neto.pdf.
- Parker, M. (2001). *Nursing theories and nursing practice*. F. A. Davis Company, Philadelphia.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS (6ª edição)*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Pinto, A. C. P. (2022). Perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre a prática baseada na evidência. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Aberto da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.26/43811>.
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções de população residente. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=289229688&att_display=n&att_download=y.
- Portugal. Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde 2018. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2005). Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2015). Código deontológico. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 350/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, II Série, n.º 119: pp. 16655-16660. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1665516660.pdf>.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série, n.º 26: pp. 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.

Bibliografia

- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 392/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª Série, n.º 85: pp. 13565-13568. <https://dre.pt/application/conteudo/122216893>.
- Portugal. Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001) - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
- Reis, M. G. M., Casas-Novas, M. V., Serra, I., Magalhães, M. D. D. C. & Sousa, L. M. M. (2021). The importance of a training program on active aging from the perspective of elderly individuals. *Revista brasileira de enfermagem*, 74(Suppl 2(Suppl 2)), e20190843. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0843>.
- Riegel, F., Crossetti, M. G. O. & Siqueira, D. S. (2018). Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. *Rev Bras Enferm*; 71(4):2072-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>.
- Rockwood, K. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489–495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>.
- Santos-Rocha, R., Freitas, J., Ramalho, F., Pimenta, N., Costa Couto, F. & Apóstolo, J. (2019). Development and validation of a complex intervention: A physical exercise programme aimed at delaying the functional decline in frail older adults. *Nursing open*, 7(1), 274–284. <https://doi.org/10.1002/nop2.388>.
- Schouten, B. C., Meeuwesen, L., Tromp, F., & Harmsen, H. A. (2007). Cultural diversity in patient participation: the influence of patients' characteristics and doctors' communicative behaviour. *Patient education and counseling*, 67(1-2), 214–223. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.018>.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.
- Sousa, M. R. M. G. C.; Martins, T. & Pereira, F. (2015) O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, n.º 6, pp. 55-63. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>.
- Trotter G. (2014). Autonomy as self-sovereignty. *HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*, 26(3), 237–255. <https://doi.org/10.1007/s10730-014-9248-2>.
- Vilelas, J. (2020). *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. Edições Sílabo.

Bibliografia

- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/Caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 16(1), 129-135. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000100016>.
- Watson, J. (2017). Elucidando a disciplina de enfermagem como fundamental para o desenvolvimento da enfermagem profissional. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(4), editorial. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002017editorial4>.
- Wilson, R. S., Barnes, L. B. & Bennett, D. A. (2003). Assessment of Lifetime Participation in Cognitively Stimulating Activities. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25:5, 634-642. <https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.634.14572>.
- World Health Organization (2002). Active ageing: a policy framework. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>.
- World Health Organization (2013). Health literacy: The solid facts. WHO. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
- World Health Organization (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. WHO. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1261450/retrieve>

Obrigado



Apêndice V – CONSETIMENTO INFORMADO DOS PARTICIPANTES

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Reabilitação na promoção da autonomia dos idosos, num ACES de Portugal

Enquadramento: Este projeto surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENP) a decorrer na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados Comunitários (UCC) [REDACTED]. Encontra-se integrado no 1º semestre do 2º ano letivo (2022/2023) do VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação pedagógica da Prof.ª Doutora Andreia Lima e tutoria da Enf.ª Especialista [REDACTED].

Explicação do estudo: Este é um estudo quantitativo descritivo-correlacional, a recolha de dados será feita através de um questionário online através do aplicativo Google Forms, onde serão colhidos dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e a aplicação da Escala de autoavaliação da Promoção da Autonomia dos Idosos (EAPAI) previamente validada. Prevê-se um tempo estimado de 15 min para preencher o questionário. O presente estudo será desenvolvido num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Portugal, e a população em estudo são os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação das ECCI's desse ACES.

Condições e financiamento: A realização deste estudo não carece de financiamento e é de carácter voluntário do investigador. A sua aplicação não acarreta qualquer despesa á ARS, bem como ao Aces e aos participantes do estudo. Apresenta apenas alguma despesa residual inerente á investigação que será assegurada pelo investigador.

A decisão de participar no estudo é de carácter voluntária e anónima, com ausência de prejuízos para os participantes ou para quem decida não participar. O participante, tem a possibilidade de desistir em qualquer momento do decorrer da investigação.

A realização deste estudo, bem como a sua colheita de dados tem parecer favorável do Diretor Executivo e Presidente do Conselho Clínico do ACES e da Comissão de Ética para a Saúde da ARS [REDACTED].

Confidencialidade e anonimato: Os questionários a realizar acautelam todos os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo. Não será solicitado qualquer elemento identificativo ou identificável dos respetivos participantes. Durante o projeto será assegurada a proteção dos direitos, a liberdade, a proteção dos dados, o anonimato e a confidencialidade dos participantes nos questionários.

Investigador: Casimiro André de Araújo Faria; Enfermeiro no Hospital Senhora da Oliveira Guimarães, EPE; Telemóvel: [REDACTED]; Email: [REDACTED]

Assinatura:

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARS\[REDACTED\]/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARS[REDACTED]/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>