



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Capacitar para a autonomia no autocuidado  
andar em pessoas com défice de equilíbrio e de  
força muscular**

**Catarina Correia Chaves Barrento Pereira**

Orientação: Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

**Capacitar para a autonomia no autocuidado  
andar em pessoas com défice de equilíbrio e de  
força muscular**

**Catarina Correia Chaves Barrento Pereira**

Orientação: Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

**Relatório de Estágio**

Portalegre, 2020

**CAPACITAR PARA A AUTONOMIA NO AUTOCUIDADO ANDAR EM PESSOAS COM DÉFICE DE EQUILÍBRIO E DE FORÇA MUSCULAR.**

**Catarina Correia Chaves Barrento Pereira**

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

**Júri:**

**Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro**

**Arguente: Professor João Vítor da Silva Vieira**

**Orientador: Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes**

Data:

14/12/2020

*O talento ou acaso não escolhem, para manifestar-se, nem dias nem lugares.*

José Saramago

## Dedicatórias

Ao meu filho, que me acompanhou neste percurso desde o primeiro instante.

## Agradecimentos

Agradeço a todos os que de alguma forma contribuíram para a realização e conclusão desta etapa. Família, amigos, colegas de trabalho, colegas de trabalho que são também amigos, professores, orientadores de estágio, aos serviços que me acolheram da melhor forma e me orientaram ao longo deste percurso.

## Resumo

Este relatório de estágio tem como objetivo traduzir a aquisição e desenvolvimento de competências enquanto especialista e Mestre, desenvolvendo um programa de enfermagem de reabilitação individualizado às necessidades e características de cada pessoa através da implementação de um programa de intervenção, que visa capacitar para a autonomia no autocuidado andar em pessoas com défice de equilíbrio e de força muscular provocados pela imobilidade ou pela doença.

Definidos os critérios de inclusão dos participantes, incluindo no projeto pessoas com alteração no autocuidado andar, foi introduzido um programa de reabilitação em enfermagem, tendo como foco esse autocuidado. Foram feitas várias avaliações, seguindo a metodologia de estudo descritivo de forma a verificar a eficácia do projeto, sendo os instrumentos de recolha de dados utilizados as escalas de Lower, Morse e Glasgow e os Índices de Barthel Modificado e de Tinetti.

Verificou-se uma melhoria em todos os participantes do projeto, após implementação do programa de intervenção de Enfermagem de Reabilitação, comprovada através da avaliação antes e após a intervenção. Tendo-se observando o aumento do desempenho a nível do autocuidado andar, resultante da melhoria da força muscular e do equilíbrio corporal. Obtendo-se também ganhos nos restantes autocuidados assim como a redução do risco de queda.

**Palavras-chave:** Reabilitação, Enfermagem, Marcha, Funcionalidade, Mobilidade

## Abstract

This report aims to translate the acquisition and development of skills as a specialist and Master, developing a rehabilitation nursing program individualized to the needs and characteristics of each person through the implementation of an intervention program, which aims to enable autonomy in self-care to walk in people with deficit of balance and muscle strength caused by immobility or disease.

Once the inclusion criteria of the participants were defined, including in the project people with alterations in self-care to walk, a rehabilitation program in nursing was introduced, focusing on this self-care. Several evaluations were made, following the descriptive study methodology in order to verify the effectiveness of the project, the data collection instruments used were the Lower, Glasgow and Morse scales and the Modified Barthel and Tinetti Index.

There was an improvement in all project participants, after the implementation of the Rehabilitation Nursing intervention program, proven through the evaluation before and after the intervention, observing an increase in performance of the self-care to walk, resulting from the improvement of muscle strength and body balance. Gains were also obtained in the remaining self-care as well as the reduction of the fall risk.

**Keywords:** Rehabilitation, Nursing, Walking, Functionality, Mobility

## Abreviaturas e Símbolos

% - Percentagem

**AVD** – atividades de vida diárias

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AIT** - Acidente Isquémico Transitório

**ACM** - Artéria cerebral média

**CATR** – Ciclo Ativo da Técnica Respiratória

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CRI** – Centro de Responsabilidade Integrada

**DGS** - Direção geral de Saúde

**EE** – Enfermeiro Especialista

**EEER** - Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

**EPE** – Entidade Publica Empresarial

**GUSS** – The Gugging Swallowing Screen

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**INEM** - Instituto Nacional de Emergência Médica

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PAC** – Pneumonia adquirida na Comunidade

**PAH** – Pneumonia adquirida no Hospital

**PAL** – Pneumonia adquirida em Lar

**PAV** – Pneumonia associada ao Ventilador

**PDCEEER** - Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

**PNDCCV** - Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares

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

**RCEEEER** - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**RFR** – Reeducação Funcional Respiratória

**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

**SNS** – serviço Nacional de Saúde

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**U-AVC** – Unidade de AVC

**UC** – Unidade Curricular

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**VV** - Via Verde

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>1 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO</b> .....	<b>17</b>
<b>2 - ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO</b> .....	<b>24</b>
2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE INTERNAMENTO .....	24
<b>3 - ANÁLISE DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS</b> .....	<b>30</b>
3.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO AVC .....	30
<b>3.1.1 - Fatores de Risco</b> .....	<b>32</b>
<b>3.1.2 - Estatísticas do AVC</b> .....	<b>32</b>
<b>3.1.3 – Tratamento</b> .....	<b>34</b>
<b>3.1.4 - Via Verde AVC</b> .....	<b>34</b>
<b>3.1.5. - Sintomas de AVC</b> .....	<b>36</b>
3.2 – ALTERAÇÕES PROVOCADAS PELO AVC E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	38
<b>3.2.1 - Alterações na Deglutição</b> .....	<b>38</b>
<b>3.2.2 - Alterações da Comunicação</b> .....	<b>39</b>
<b>3.2.3 - Alterações musculares - da força e do tónus muscular</b> .....	<b>42</b>
<b>3.2.4 - Função Sensoriomotora</b> .....	<b>43</b>
<b>3.2.5 - Alterações do Equilíbrio</b> .....	<b>44</b>
3.2 – CONTEXTUALIZAÇÃO PNEUMONIAS .....	46
<b>3.2.1 – Fisiopatologia e Tratamento</b> .....	<b>48</b>
<b>4 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS</b> .....	<b>53</b>
<b>5 - PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL</b> .....	<b>56</b>
5.1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	58
<b>5.1.1 - Intervenção de Enfermagem na Reabilitação para a Força</b> .....	<b>61</b>
<b>5.1.2 - Intervenção de Enfermagem Reabilitação para o Equilíbrio</b> .....	<b>63</b>
<b>5.1.3 - Intervenção de Enfermagem Reabilitação para o autocuidado andar</b> .....	<b>65</b>
5.2 – METODOLOGIA .....	67
<b>5.2.2 - Instrumentos de recolha de dados</b> .....	<b>68</b>
5.2.2.1 - Índice de Barthel Modificado .....	69
5.2.2.2 - Escala de coma de Glasgow.....	69

5.2.2.3 - Índice de Tinetti .....	70
5.2.2.4 - Escala de Lower .....	70
5.2.2.5 - Escala de queda de Morse .....	71
5.3 - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO .....	72
5.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	75
<b>6 – RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>77</b>
6.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	77
6.2 – EVOLUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR .....	79
6.3 – MELHORIA DO EQUILÍBRIO CORPORAL .....	80
6.4 – EVOLUÇÃO NO AUTOCUIDADO ANDAR .....	81
6.5 – DIMINUIÇÃO DO RISCO DE QUEDA .....	82
6.6 – MELHORIA NOS AUTOCUIDADOS .....	83
6.6 - CONCLUSÕES .....	85
<b>7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>87</b>
7.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	87
<b>7.1.1 – Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....</b>	<b>88</b>
<b>7.1.2 - Competências no Domínio da melhoria contínua da qualidade.....</b>	<b>89</b>
<b>7.1.3 - Competências no Domínio da gestão dos cuidados.....</b>	<b>90</b>
<b>7.1.4 - Competências no Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....</b>	<b>91</b>
7.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM .....	92
REABILITAÇÃO.....	92
<b>7.2.1 - Cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.....</b>	<b>92</b>
<b>7.2.2 - Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.....</b>	<b>93</b>
<b>7.2.3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa .....</b>	<b>94</b>
7.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....	95
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I - Instrumento De Colheita De Dados .....	109
Anexo II – Consentimento Informado .....	112
Anexo III - Autorização Da Comissão De Ética Da ULS .....	115
Anexo IV– Índice De Barthel Modificado.....	118
Anexo V - Escala De Coma De Glasgow .....	122

Anexo VI – Índice De Tinetti.....	124
Anexo VII – Escala De Lower .....	126
ANEXO VIII – Escala De Morse .....	128

## Índice de Figuras

Gráfico 1 – Incidência do AVC por sexo e idade em 2019 .....	33
Tabela 1 - Incidência de AVC por 100.000 habitantes por distrito no ano de 2019 .....	35
Gráfico 2 – Sintomatologia mais referida no AVC por sexo.....	36
Quadro 1 – Sintomatologia do AVC conforme o território vascular afetado.....	37
Tabela 2 – Afasias mais frequentes e as suas características .....	41
Tabela 3 – Plano de intervenção de ER no âmbito do projeto de Intervenção .....	72
Tabela 4 – Caracterização dos Participantes .....	78
Tabela 5 – Resultados da avaliação da Escala de Força Muscular de Lower antes e após a implementação do plano de intervenção.....	79
Tabela 6 – Resultados da avaliação da Escala de Equilíbrio de Tinetti antes e após a implementação do plano de intervenção.....	80
Gráfico 3 – Resultados da avaliação do autocuidado Andar, da Escala Modificada de Barthel, antes e após a implementação do plano de intervenção.....	82
Gráfico 4 – Evolução no risco de Queda (escala de Morse) .....	83
Gráfico 5 – Resultados da avaliação da Escala de Barthel antes e após a implementação do plano de intervenção.....	84

## INTRODUÇÃO

Este relatório pretende ir ao encontro dos objetivos a que se propõe a Unidade Curricular “Relatório”, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem, na especialidade de Enfermagem de Reabilitação, lecionado em associação pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, departamento de Enfermagem da Universidade de Évora, pela Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e pelas Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja e Setúbal.

Este relatório visa traduzir as competências adquiridas essencialmente durante a Unidade Curricular [UC] “Estágio Final”, que decorreu num serviço de internamento de medicina interna de uma Unidade Local de Saúde [ULS], onde foi implementado e desenvolvido um projeto de intervenção de cuidados de Enfermagem de Reabilitação [ER] que tinha como principal objetivo capacitar para a autonomia no autocuidado andar em pessoas com défice de equilíbrio e de movimento muscular. Traduz ainda as competências adquiridas em ensino clínico num serviço de internamento de ortopedia, inserido na UC Estágio em Enfermagem.

Este relatório de estágio, intitulado “Capacitar para a autonomia no autocuidado andar em pessoas com défice de equilíbrio e de força muscular” traduz assim a implementação do projeto de estágio por mim proposto, que foi desenvolvido tendo como objeto de estudo utentes internados numa ULS num serviço de internamento de medicina interna, internados no período compreendido entre 9 de dezembro de 2019 a 29 de fevereiro de 2020.

Os participantes selecionados para integrarem o programa de enfermagem de reabilitação apresentavam compromisso para o autocuidado andar, assim como défices de força muscular e de equilíbrio corporal (seja estático ou dinâmico, em posição ortostática ou sentada), mas com potencialidade de recuperação de autonomia para a marcha. Sendo que todos eles eram previamente capazes de se verticalizar e andar autonomamente. Todos consentiram na sua integração no programa de reabilitação através da assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018 a), a Enfermagem de Reabilitação [ER] pretende dar resposta às necessidades da população, no contexto em que se encontre ao longo do ciclo de vida, contribuindo assim para a obtenção de ganhos em saúde. Sendo por isso essencial monitorização dos ganhos obtidos e a produção de indicadores que sejam

sensíveis aos cuidados de ER. Sendo que “o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação [EEER] concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas” (OE, 2019b:13565)

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação [RCEEEER] (OE, 2019b) a intervenção do enfermeiro especialista [EE] tem como objetivos promover o diagnóstico precoce e ações de ER de forma a manter as capacidades funcionais que as pessoas ainda tenham e melhorar, manter ou recuperar funções residuais, minimizando os impactos que a incapacidade possam ter na vida das pessoas.

De acordo com o Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem [REFRME], o estágio final tem como objetivos o aprofundamento e desenvolvimento de competências na área de especialização, devendo o mestrando demonstrar competências para “elaborar um projeto de estágio realizando a apreciação do contexto, definição de objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção profissional e processo de avaliação e controlo” (RGFRME, p3). Como mestranda, de acordo com o mesmo documento, deverei também demonstrar competências para elaborar um relatório de estágio “sobre o processo de desenvolvimento do estágio final, fundamentando-o em termos técnico-científicos e apresentando sugestões e melhorias relativos à intervenção” (RGFRME, p3). Sendo que este relatório deverá ainda evidenciar se os objetivos específicos da área de especialização em ER foram ou não atingidos.

Com a elaboração deste relatório pretendo traduzir de alguma forma as competências de mestre, de especialista e de especialista em ER que foram adquiridas com a implementação do programa de reabilitação, inserido no projeto de intervenção, que nos foi proposto realizar no decorrer do mestrado. É também objetivo deste relatório a verificação da eficácia da implementação do projeto, através da reavaliação, verificando se os objetivos inicialmente propostos foram ou não atingidos e porquê, pretendendo-se também a obtenção de dados e indicadores que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, indo de encontro às competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. Pretende-se também verificar se existem ou não melhorias em termos de autonomia das pessoas alvo de cuidados ao capacitar para o autocuidado andar, com a implementação do projeto de intervenção de ER por mim proposto.

Este relatório de estágio encontra-se dividido em oito partes: apreciação do contexto, análise do envolvimento, análise da produção de cuidados, definição dos objetivos, projeto de intervenção profissional, resultados da implementação do projeto, análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências e conclusão.

Na apreciação do contexto é feito um enquadramento relativamente ao contexto de cuidados em que este trabalho é desenvolvido: a reabilitação em Portugal, em 2020. E quais são os princípios que regem a especialidade.

No segundo capítulo, análise do envolvimento, é feita a caracterização da unidade onde decorreu a Unidade Curricular “Estágio Final”, ou seja, do serviço de internamento de medicina interna da ULS e onde foi implementado e desenvolvido o projeto de intervenção. Nesta caracterização irei explicar recursos humanos e materiais disponíveis e qual a forma de gestão desta unidade. Irei também proceder a uma caracterização da população que ocorreu a esta unidade (demografia, diagnóstico de admissão).

Na análise da produção de cuidados, é feita uma breve revisão da literatura e enquadramento teórico sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação nos diferentes contextos de prestação de cuidados.

Na definição de objetivos, são, como o nome indica, definidos os objetivos a atingir em termos de intervenção profissional como mestranda, EE, EEER e também quais objetivos a atingir para com a população alvo de cuidados.

No projeto de intervenção profissional é feito novo enquadramento teórico face à problemática identificada, tendo como base de sustentação teórica e da ação a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem, qual a metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto, qual o plano de intervenção e como foi feita a colheita de dados, quais os diagnósticos de enfermagem que foram feitos, tendo em consideração que a linha orientadora do desenvolvimento do projeto é o autocuidado, sendo esta a problemática de desenvolvimento do mesmo e ainda quais os procedimentos éticos e processuais a ter em conta com a sua implementação.

Nos resultados da implementação do projeto, apresento a caracterização dos participantes incluídos no projeto, quais os resultados alcançados com o projeto de intervenção, e analiso se os objetivos delineados inicialmente foram ou não conseguidos. Assim sendo, neste capítulo, apresento e analiso as intervenções implementadas conforme os objetivos traçados para o projeto e os resultados que foram alcançados.

Na análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências, é feita uma análise crítica e das atividades desenvolvidas enquanto mestranda, enquanto EE e enquanto EEER, indo de encontro aos objetivos traçados neste trabalho.

Finalmente procedo à conclusão, que pretende fazer uma análise dos aspetos mais revelantes que decorreram das UC “Estágio em Enfermagem” “Estágio Final” e “Relatório”.

Todas as informações colhidas, que constam desde relatório de estágio foram autorizadas pelo serviço onde foi realizado o mesmo e pela Comissão de ética para a Saúde da ULS, tendo também sido autorizada a posterior publicação de resultados obtidos.

Este Relatório foi redigido ao abrigo do novo Acordo Ortográfico, segundo as normas de redação para trabalhos académicos da instituição de acolhimento – Instituto Politécnico de Portalegre (Arco et all, 2018) e a referenciação bibliográfica assenta nas Normas da American Psychological Association (APA, 2018), 6.ª Edição.

## 1 - APRECIÇÃO DO CONTEXTO

Diz-nos o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] que o enfermeiro especialista é quem está habilitado, através de um curso de especialização em enfermagem e a quem foi atribuído um título profissional que lhe “reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados da sua área de especialidade.” (Ministério da Saúde, 1998:1742).

De acordo com Pestana (2016) o EE é um profissional que pode intervir em situações de complexidade mais alta, visto ser possuidor de competências acrescidas e diferenciadas na sua área de especialidade, permitindo-lhe prestar cuidados com um mais alto nível de especificidade, indo para além da prestação de cuidados gerais. Sendo que a atuação do EE “tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (Pestana, 2016:47).

Segundo o RCEEEER (OE, 2019b - Regulamento n.º 392/2019, publicado em Diário da República) “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.” (OE, 2019b:13565).

Sendo que dentro dos seus objetivos se incluem melhorar a funcionalidade da pessoa alvo de cuidados, promovendo assim a sua independência e maximizando a sua satisfação perante os cuidados prestados, mantendo a sua autoestima (OE, 2019b).

Ainda de acordo com o mesmo documento cabe ao EEER conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, tendo por base os problemas reais e potenciais das pessoas. Tendo o EEER um nível de conhecimentos superior e experiência acrescida, deverá ser capaz de tomar decisões em questões de promoção de saúde, como quais as possíveis complicações e prevenção das mesmas, questões relativamente ao tratamento e ao processo de reabilitação, de forma a potencializar a capacidade funcional da pessoa (OE, 2019b).

A intervenção do EEER tem como objetivo o diagnóstico precoce, assim como ações de ER preventivas, assegurando assim a manutenção da capacidade funcional dos doentes,

prevenindo complicações e evitando incapacidades. Tem como objetivo também a melhoria das funções residuais, mantendo ou recuperando independência na realização de Atividades de Vida Diárias [AVD], através da implementação de intervenções terapêuticas, levando à diminuição que o impacto que a incapacidade (seja ela devido a doença crónica ou acidente – situação aguda) possa ter. Nomeadamente alterações neurológicas, respiratórias, cardíacas ou ortopédicas (OE, 2019b).

Para isso, o EEER usa técnicas específicas de reabilitação, intervindo na educação tanto do doente, como da sua família, ou pessoas significativas, na preparação para a alta, promovendo a continuidade dos cuidados e permitindo a reintegração destes doentes e das suas famílias na comunidade, permitindo assim o seu direito à dignidade e à qualidade de vida (OE, 2019b).

Ainda de acordo com o mesmo documento, as competências específicas do EEER são: “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 e Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.” (OE, 2019b:13566). Existindo para avaliar estas competências específicas um descritivo, com unidades de competência e critérios de avaliação.

De acordo com o regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [PQCEER] (OE, 2018a), o EER, utiliza técnicas específicas de reabilitação nas suas intervenções de ER, prescrevendo produtos de apoio, sejam elas ajudas técnicas ou dispositivos de compensação, intervindo na educação do doente e famílias (ou pessoas significativas), ao longo de todo o ciclo vital e em todos os contextos da prática de cuidados, seja na preparação para a alta, na continuidade dos cuidados, reintegrando o doente na sociedade e no seu núcleo social, seja a promover a mobilidade dos doentes e a acessibilidade ou promovendo a participação social dos doentes. Tendo em conta que o alvo da intervenção do EEER é o individuo inserido no seu contexto específico, seja o contexto uma unidade de internamento de agudos, uma unidade de reabilitação, seja uma unidade de cuidados continuados, paliativos ou na comunidade, pressupõe-se que os cuidados de ER especializados sejam prestados em qualquer um destes contextos da prática clínica (OE, 2018a).

Segundo Pestana (2016), os EEER diferenciam-se dos restantes profissionais que intervêm na reabilitação, visto que, a sua formação base de enfermeiros generalistas lhes permite ir ao encontro da satisfação das necessidades fundamentais das pessoas, vendo-as como seres holísticos. Assim, com a especialização em ER, é possível não só a satisfação

dessas necessidades como a melhoria da qualidade de vida das pessoas, otimizando a capacidade funcional, e promovendo a sua autonomia.

De acordo com o regulamento dos PQCEER “a excelência da ER traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia” (OE, 2018a). Sendo para isso definidas oito categorias de enunciados, como forma de avaliar a qualidade dos cuidados de ER prestados, permitindo também, fazer uma análise comparativa entre diversos contextos de cuidados e a sua evolução ao longo do tempo. São os enunciados descritivos: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado dos clientes, a readaptação funcional, a reeducação funcional, a promoção da inclusão social, e a organização dos cuidados de Enfermagem (OE, 2018a).

Para além daquilo que é esperado do enfermeiro de cuidados gerais, inclui-se na descrição dos indicadores do PQCEER (OE, 2018a):

- A satisfação dos clientes - este indicador compreende o respeito pela pessoa ao longo do processo de reabilitação, assim como o reforço positivo e o elogio em relação aos objetivos do programa de reabilitação que forem atingidos e o esforço que o doente despendeu para os alcançar. Inclui também a discussão do processo de ER com o doente e pessoas significativas, assim como a avaliação da satisfação dos cuidados prestados. Inclui ainda a capacitação para a autogestão, de acordo com as expectativas do doente com alteração da funcionalidade, para o processo de cuidados de ER, garantindo assim o respeito pela sua autonomia, respeitando as necessidades específicas de cada indivíduo, assim como cultura e contexto social (OE, 2018a);

- A promoção da saúde – a participação na conceção e implementação de políticas inclusivas para a população com necessidades especiais, a colaboração em programas, projetos e intervenções específicas a pessoas funcionalmente vulneráveis e/ou que provenham de condições sociais complexas, a identificação de barreiras não só arquitetónicas, mas também ergonómicas, que possam influenciar a participação social e o exercício da cidadania, a cooperação com outras estruturas existentes na comunidade, tendo como objetivo a promoção de um ambiente seguro não só para a população com necessidades especiais, mas para toda a população. Finalmente este indicador tem como descrito a promoção de medidas que visem prevenir a deficiência ou minimizar o seu impacto. Devendo assim o EEER ajudar a pessoa a alcançar a sua máxima potencialidade (OE, 2018a);

- A prevenção de complicações – deve o EEER identificar os riscos de alteração da funcionalidade e de alterações que possam levar a limitações da atividade e a incapacidade,

tão rápido quanto possível. Deve, com rigor técnico e científico prescrever e implementar intervenções de ER de acordo com um plano de cuidados de ER, que deverá ter como objetivos a redução do risco da alteração de funcionalidade, seja a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, eliminação ou da sexualidade. Deve primar pela correta execução dos cuidados de ER, especializados e de alta complexidade. Deve referenciar situações problemáticas, a outros profissionais intervenientes na reabilitação. Deve supervisionar tarefas da competência do EEER, mas que sejam passíveis de delegação, devido à necessidade de continuidade de cuidados, aos colegas generalistas ou outros colegas intervenientes no processo de reabilitação, responsabilizando-se pelas tarefas delegadas, pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ao longo do processo de reabilitação. Deve ainda referenciar os doentes a outros enfermeiros especialistas, segundo a sua área de intervenção, de acordo com os perfis de competência de cada especialidade (OE, 2018a);

- O bem-estar e autocuidado dos clientes – deve o EEER identificar os problemas reais e potenciais das pessoas, relativamente aos quais tem conhecimentos para prescrever, implementar e avaliar intervenções de ER, contribuindo assim para o bem-estar e auxiliar na satisfação das AVD em que exista dependência. Para isso deve analisar com a pessoa e as pessoas significativas, as alterações de funcionalidade, construindo com ela o plano de cuidados e ER (estratégias, objetivos e metas), de forma a promover sempre a autonomia e a qualidade de vida. As intervenções deverão ter como objetivo otimizar e/ou reeducar as funções motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, da alimentação, eliminação ou da sexualidade, prescrevendo, implementando e avaliando com base na evidência, tendo em conta os diagnósticos de ER identificados. Deve prescrever produtos de apoio, ensinar e supervisionar a sua utilização. Ensinar, instruir e treinar os doentes e pessoas significativas em técnicas promotoras do autocuidado, permitindo a continuidade dos cuidados nos diferentes contextos, capacitando doentes e pessoas significativas. sendo que deverá estar sempre presente o rigor técnico e científico na implementação de intervenções de ER, com vista à redução do risco de perda de funcionalidade, recorrendo à delegação de tarefas quando necessário (supervisionando) e se necessário referenciando a outros colegas especialistas (OE, 2018a);

- A readaptação funcional – deve o EEER desenhar estratégias de empoderamento que permitam ao doente desenvolver conhecimento, capacidades e adaptar-se, de forma a reduzir os impactos e riscos provenientes da alteração de funcionalidade, com vista à preparação para a alta. Deve também promover o desenvolvimento global da pessoa e a sua possível recuperação, capacitando para a obtenção de autonomia e funcionalidade, tendo como objetivo o seu bem-estar, apesar das limitações impostas pela doença. Deve assim planear

intervenções de ER de forma a readaptar o domicílio da pessoa, melhorando os recursos existentes, com vista à maximização das capacidades da mesma, envolvendo-a e às pessoas significativas no processo de cuidados de ER, ensinando e treinando, tendo em conta os recursos disponíveis em casa (OE, 2018a);

- Reeducação funcional - o EEER deve identificar necessidades específicas da pessoa, de acordo com a sua funcionalidade e dos fatores que facilitam ou inibam a satisfação das AVD's de forma independente, com vista a, em conjunto com a pessoa, desenvolver um plano de cuidados ER promotor da qualidade de vida, da participação da pessoa na sociedade e da sua reintegração social. Para isso deve ter em consideração os aspetos psicossociais que podem levar a alterações no processo de transição saúde-doença e consequente necessidade de adaptação após alteração da capacidade funcional e para se autocuidar. Este processo deve ser feito em conjunto com a pessoa e pessoas significativas, de forma a alinhar estratégias, resultados e metas a atingir com o programa de reabilitação. Deve ser um processo articulado com a equipa multidisciplinar (OE, 2018a);

- Promoção da inclusão social, deve o EEER capacitar a comunidade para o respeito e a necessidade de integração da pessoa com deficiência, identificando situações que possam contribuir para estigmatização das mesmas. Devem ser otimizados os recursos não só do doente e pessoas significativas, mas também das comunidades onde se inserem, mantendo assim e promovendo a sua inclusão e participação na vida da comunidade, fomentando o seu envolvimento nas estratégias promotoras da inclusão, que devem incluir as condições de habitabilidade, empregabilidade e de formação/educação. Podendo adotar estratégias de discriminação positiva para os doentes e famílias em situação de vulnerabilidade acrescida e desenvolver campanhas anti estigma, atividades nos media, escolas, locais de trabalho, com vista à integração (OE, 2018a);

Organização dos cuidados de Enfermagem - deverá existir um quadro de referência para os cuidados de ER, assim como um sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos EEER. Deverá existir algum tipo de sistema de registo, de forma a armazenar dados, diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de ER sejam a nível pessoal, familiar ou social, promotores da capacitação, autonomia e qualidade de vida. Deverá ainda ser avaliada a satisfação dos EEER relativamente à qualidade dos cuidados, assim como quais as dotações, tendo em conta os doentes com necessidades de cuidados de ER. Deverá existir nos serviços uma política de formação contínua e deverá ser utilizada uma metodologia de organização do trabalho que seja promotora da qualidade, como é o caso do enfermeiro de referência ou gestor de caso (OE, 2018a).

Tendo em conta o aumento da longevidade, a prevalência de doenças crónicas e o aumento das dependências e incapacidades, todas estas condições levaram a uma evolução

sociodemográfica significativa, colocando novos problemas aos profissionais de saúde, ao criarem necessidades de resposta para cuidados cada vez mais diferenciados. (Pestana, 2016) Surgindo aqui um papel fundamental para o EEER, face à necessidade de diagnóstico precoce relativamente a potenciais limitações de funcionalidade e prevenção de complicações ou o surgimento de limitações secundárias, mas também no que diz respeito à promoção da saúde. Sendo o principal objetivo do EEER auxiliar a pessoa e/ou famílias a alcançar a melhor qualidade de vida possível, ao maximizar a sua capacidade funcional e independência física, emocional e social (Pestana, 2016).

A acompanhar esta evolução em termos demográficos, existe ainda o desenvolvimento tecnológico e a evolução dos conhecimentos na área da saúde. Ou seja, existe um número cada vez maior de pessoas que sobrevivem a lesões que noutros tempo seriam fatais, seja devido a acidentes de viação, de trabalho, e as pessoas com doença crónica também tendem a viver mais tempo. Sendo que existe aqui um campo heurístico para o desenvolvimento dos EEER, devido à necessidade de cuidados de ER, representando também um desafio (OE, 2018a).

De acordo com Instituto Nacional de estatística [INE] (2020a), em 2018 em Portugal, a população idosa (com 65 anos ou mais) representava 21,8% idosos, sendo que o aumento da população idosa foi transversal a todas as regiões do país, mantendo-se a tendência da diminuição da população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) e da população jovem (até aos 14 anos), representando em 2018 apenas 13,7% da população. Existindo 55,1 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa. Esta relação traduz o índice de dependência, que tem vindo a aumentar, de acordo com o INE (2020a).

Ainda de acordo com o INE (2020a) o índice de envelhecimento (o que compara a população jovem com a população idosa, poderá vir a duplicar entre 2018 e 2080, passando de 159,5 idosos por cada 100 jovens, para 291 idosos por cada 100 jovens. Sendo que a esperança média de vida à nascença estimada pelo INE este ano foi de 80,93 anos (77,95 para os homens e 83,51 para as mulheres).

Segundo o INE (2020a) a esperança de vida em saúde, que traduz qualidade de vida, representando os anos de vida saudável que a população pode esperar viver era de 60,1 anos para os homens e 57 anos para as mulheres. Ou seja, os homens terão de viver, em média 17,85 anos com algum tipo de patologia, enquanto que as mulheres terão de viver em média 26,51 anos com algum tipo de patologia.

Sendo que esta área se constitui como uma área de intervenção clínica reconhecida, vindo dar resposta a necessidades existentes da população e às novas exigências de cuidados que vão surgir, vindo assim a contribuir para obter ganhos em saúde (OE, 2018a), o que vem também mostrar a relevância de existirem indicadores de saúde associados aos

cuidados de ER, que integrem programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, apoiados nos PQCEER, possibilitando com a análise dos resultados alcançados, reconhecer oportunidades de melhoria, levando a que se possam influenciar alterações que possam vir a alterar a definição da estratégia das políticas em saúde.

Os indicadores em saúde a adotar pela ER são os indicadores descritos no documento Bilhetes de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação (BIICICEDPQCER), da OE (2018b). De acordo com este documento “cada organização/unidade de saúde e os EEER devem definir metas, comparar os resultados que vão sendo obtidos com as metas fixadas e com valores de referência nacionais e/ou internacionais e introduzir continuamente melhorias” (OE, 2018b:14), sendo que a publicação reconhece que este será apenas “o início de um trabalho que necessita de aperfeiçoamento sistemático no decurso da sua utilização tendo em vista a sua operacionalidade.” (OE, 2018b:15). De acordo com o documento “considera-se que este processo de melhoria contínua promove o empenho dos EEER em atingir metas cada vez mais ambiciosas na procura permanente da excelência do exercício profissional especializado em Enfermagem de Reabilitação.” (OE, 2018b:15).

Como nos dizem Santos (2016), os dias de hoje representam um importante desafio aos ER em particular: o desafio de se afirmarem pela evidência que o seu valor social representa para as pessoas e para as comunidades. Seja qual for o seu papel, na prestação de cuidados, surgindo ainda novos papéis na gestão de casos clínicos, seja na ligação entre os diferentes contextos de cuidados, mas também na gestão, formação, investigação e, como já referido, na definição de políticas de saúde (Santos, 2016).

Indo de encontro ao que o regulamento dos PQCEER nos diz, e tendo a pessoa como foco dos cuidados de ER, os cuidados desenvolvidos e que serão alvo de análise no decorrer deste relatório, visaram o aumento dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de ER, ao promover o bem-estar e a qualidade de vida, a reconquista da funcionalidade e a otimização das capacidades, a promoção do autocuidado e a prevenção de complicações associadas.

## 2 – ANÁLISE DO ENVOLVIMENTO

Neste capítulo será feito o enquadramento da unidade onde decorreu a UC “Estágio Final”, que é uma unidade com uma forma de gestão independente, ou seja, um Centro de Responsabilidade Integrada [CRI]. Sendo que foi desenvolvido um programa de intervenção de cuidados de ER, cujos resultados serão abordados mais adiante, tendo para isso, sido solicitada autorização à Chefia e à Direção do serviço onde o mesmo foi implementado e à Comissão de Ética para a Saúde desta ULS, tendo o seu parecer sido favorável à recolha de dados, implementação do projeto e posterior publicação dos resultados, desde que, garantidas as condições de anonimato para a instituição, o serviço e os participantes.

Como já referido o projeto foi desenvolvido e implementado num CRI, inserido numa ULS, que é uma das unidades hospitalares de referência do Serviço Nacional de Saúde [SNS], sendo responsável por uma área de influência de 8 concelhos, prestando cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população de abrangência (cerca de 108 500 habitantes (2019)). Esta Unidade orgânica é uma Entidade Publica Empresarial [EPE] e tem como missão a “promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde diferenciados/especializados, de forma abrangente, personalizada e integrada, em tempo útil com qualidade e equidade, dando execução às políticas superiormente definidas e aos respetivos planos estratégicos, tendo sempre em conta a respetiva adaptabilidade às necessidades regionais e locais.” Assim como “participar na formação de novos profissionais de saúde e atualizar os conhecimentos daqueles que se encontram em funções nas várias instituições e serviços. Desenvolver direta ou indiretamente projetos de investigação clínica e científica.” (Decreto-Lei n.º 318/2009 de 2 de Novembro).

### 2.1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE INTERNAMENTO

De acordo com o seu plano de ação, o principal objetivo desta unidade é o de prestar cuidados de saúde de qualidade, com eficiência e eficácia através da otimização dos recursos disponíveis, tendo este tipo de gestão a finalidade de desburocratizar e rentabilizar recursos, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados, traduzindo-se assim em ganhos para saúde e na satisfação tanto dos seus utilizadores como dos profissionais afetos a esta unidade.

A criação de uma estrutura orgânica de gestão intermédia, como é o caso dos CRI, tem como objetivo a potenciação dos resultados da prestação de cuidados de saúde, levando a um aumento de produtividade dos recursos aplicados, levando a uma maior eficácia e eficiência, melhorando a acessibilidade dos cuidados e a qualidade dos serviços prestados.

Os Centros de Responsabilidade Integrada [CRI] são dependentes dos conselhos de administração das EPE do SNS, tendo autonomia funcional, sendo negociadas as condições para a sua existência a cada 3 anos, sendo criados pelos conselhos de administração, da entidade do SNS onde se inserem, após apresentação de um plano de ação que vai definir o programa de prestação de cuidados para 3 anos.

Sendo que o CRI desta ULS tem como missão ser um serviço de “referência na sua área, competitivo, com resposta eficiente e qualidade técnica reconhecida como excelente, profissionais motivados com uma atitude centrada no doente, no profundo respeito pela dignidade da vida humana, no sentido da prevenção e promoção da saúde da comunidade”, tendo em vista os ganhos em saúde, mensurados e refletidos em indicadores de saúde na população alvo, contribuindo para a sua melhoria contínua. Sendo estes indicadores a acessibilidade, a qualidade dos cuidados prestados (formação dos profissionais, investigação e ensino), produtividade (desempenho dos profissionais e resultados obtidos) e eficiência na utilização de recursos (humanos e materiais). Para além deste fator diferenciador no tipo de gestão adotado por este serviço, é também um serviço acreditado pelo Ministério da Saúde.

Segundo o plano de ação desta unidade (2019), residem na área de influência desta ULS 103155 habitantes, sendo 47,3% homens e 52,7% mulheres, sendo que o grupo etário com maior representatividade vai dos 15-64anos (59,8%), sendo que 29,2% tem mais de 65 anos, sendo que este é um valor bastante superior ao da região centro (20,4%) de Portugal (17,3%).

De acordo com o mesmo documento em 2018 tiveram alta 1436 pessoas, sendo que a sua proveniência foi principalmente o serviço de urgência (1156). A média de idade dos internados em 2018 foi de 72,62 anos, tendo um tempo médio de internamento de 9,95 dias, sendo a taxa de ocupação de 75,29%, a taxa de mortalidade de 18,88% e a taxa de reinternamento a 30 dias de apenas 5,22%.

Quanto às causas de internamento a mais frequente foram as doenças do aparelho respiratório com 41% dos internamentos, surgindo a pneumonia, com 368 doentes, que corresponde a 25% do total de doentes internados, com idade média de 81 anos. Seguiram-se as doenças do sistema circulatório com 31%, sendo o Acidente Vascular Cerebral [AVC] a doença mais prevalente neste grupo (13% do total de internamentos), seguindo-se a insuficiência cardíaca (7%).

Relativamente aos recursos humanos, este CRI tem uma diretora, uma gestora, 9 especialistas de medicina interna, 47 enfermeiros (sendo que o enfermeiro gestor é também

o enfermeiro chefe da unidade), sendo que 14 são especialistas (5 EEER), 2 assistentes técnicos e 14 assistentes operacionais.

Relativamente aos recursos materiais, existem 54 camas distribuídas por várias valências: 10 são camas afetas à Unidade de AVC [U-AVC], 4 à Unidade de agudos, mais 6 distribuídas por 2 enfermarias na unidade de subagudos, existem 3 camas de neurologia, 6 camas de conforto (para doentes em fase terminal), 4 camas para doentes com necessidade de ventilação não invasiva, ou camas para cuidados diferenciados.

Existe ainda uma Unidade de Hospitalização Domiciliária, cuja gestão é feita pelo CRI, sendo que um dos elementos que integram esta equipa é EEER.

Todas as enfermarias estão equipadas com camas articuladas, uma pequena unidade de apoio para cada doente (mesa de cabeceira), existem ainda junto a cada cama cadeirões com espaldar rebatível e apoio de pernas, cadeiras de assento rígido e mesa de refeições.

No caso da U-AVC e da unidade de cuidados diferenciados ambas possuem uma organização de “espaço aberto”, com uma região central que permite a observação de todas as pessoas internadas, contribuindo para uma maior vigilância, existindo também a possibilidade de monitorização contínua, através de monitorização eletrocardiográfica; avaliação não invasiva da tensão arterial; avaliação da saturação periférica de oxigénio, através de monitores individuais. No caso da enfermaria para cuidados diferenciados (que tem uma capacidade para 4 camas) existem ainda 4 ventiladores e todo o material necessário para ventilar doentes. Todas as enfermarias estão equipadas com rampas de ar comprimido e oxigénio, assim como sistemas de aspiração de secreções. Existe em todas as enfermarias um lavatório para higienização das mãos e suporte com dispensador de solução de base alcoólica para desinfeção das mãos.

As instalações sanitárias encontram-se fora das enfermarias. Existindo 2 casas de banho para banho assistido e 4 apenas com lavatório e sanitário, sendo estas instalações de uso comum a todos os doentes.

Quanto ao material utilizado para a prática dos cuidados de ER, existe um pequeno armário onde é armazenado, havendo: pesos, faixas elásticas com diferentes resistências, bastões de madeira, bolas de diferentes texturas e tamanhos, quadro de estimulação sensorial, oxímetros de pulso, estetoscópio, vibradores para massagem e auxílio nas técnicas de cinesiterapia, espirómetro de incentivo, diversos jogos e materiais para coordenação motora (molas, parafusos, jogo de atirar bolas ao alvo), placa onde está a folha de registos de ER, espelho pequeno para treino de mimica facial. Num outro armário também auxiliares de marcha (4 andarilhos, 1 tripé, 2 bengalas), pedaleira. Existem cadeiras de rodas disponíveis no serviço caso seja necessário. Existe também material para avaliação de deglutição no serviço.

Existem ainda no serviço outros recursos materiais que permitem prestar cuidados diferenciados, tais como: colchões de pressão alternada, almofadas para o correto posicionamento dos doentes, cadeiras de banho, calcanheiras, tábua de transferências, elevadores, degraus amovíveis.

Relativamente ao método de gestão, neste serviço é utilizado o método de gestão de trabalho de enfermeiro responsável, sendo que o rácio médio de enfermeiro por doente é de 1 enfermeiro para 4 doentes no turno da manhã, 1 enfermeiro para 7 doentes no turno da tarde e de 1 para 10 no turno da noite.

Neste serviço os enfermeiros utilizam o método de trabalho por enfermeiro responsável e o rácio médio enfermeiro/doente é de 1/5 no turno da manhã e no turno da tarde e de 1/10 no turno da noite. É um serviço onde são cumpridas as dotações seguras, contribuindo não só para a segurança e qualidade dos cuidados prestados, como também para a satisfação, não só dos doentes, mas também dos enfermeiros.

Relativamente à distribuição de enfermeiros pelas diversas valências, neste serviço o enfermeiro chefe dá sempre primazia às competências dos enfermeiros, fazendo a sua distribuição pelas diversas valências tendo em conta as suas competências e formação. É um serviço que ao adotar este tipo de gestão - estilo de gestão por competências dos seus recursos humanos – oferece oportunidade aos ER de direcionarem o foco dos seus cuidados para os doentes com necessidades específicas. Existe reconhecimento de competências acrescidas dos profissionais e oportunidade de exercer de acordo com a especialidade/pós-graduação e desenvolverem as suas competências.

Por exemplo no que diz respeito à unidade de conforto, a atribuição de doentes desta valência é normalmente distribuída aos enfermeiros que tenham pós-graduação em cuidados paliativos (3 elementos) ou em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (2 elementos).

Na unidade de cuidados diferenciados, ficam distribuídos os enfermeiros com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (6 elementos da equipa).

À U-AVC está afeta uma equipa fixa. Tem sempre um médico especialista presente, enfermeiro, assistente social, terapeuta da fala, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, sendo que os EEER são contabilizados para o centro de custos desta unidade.

Ainda relativamente à Unidade de AVC importa referir que está destinada a doentes com AVC isquémico ou hemorrágico com menos de 24h de evolução, podendo apesar disto, ser internados doentes com mais do que 24 h de evolução, mas que apresentem instabilidade hemodinâmica ou neurológica. São também internados doentes com Acidentes Isquémicos Transitórios [AIT] de repetição ou com elevado risco de recorrência.

Neste serviço sempre que existe identificação de risco de perda de funcionalidade, os doentes são referenciados para o EEER, pela equipa multidisciplinar, procedendo depois a

uma avaliação do doente. O EEER faz inicialmente uma avaliação completa do doente, de forma a avaliar quais as suas limitações físicas e potencialidades, para definir objetivos para o programa de reabilitação. Para isso recorre a diversas escalas, tais como a escala de Lower para determinação do grau de força, ao índice de Barthel para avaliação dos autocuidados, escala de disfagia de GUSS (Gugging Swallowing Screen), aplicação da Tabela Nacional de Funcionalidade, aplicação da escala de dispneia do Medical Research Council. É feita uma avaliação da marcha, do equilíbrio, do estado cognitivo, alterações de linguagem (articulação verbal e função cognitiva), alterações da mobilidade (mantida, parésia, plégia), existência de alterações sensoriais e visuais, avaliação do padrão respiratório, necessidade de oxigenoterapia, existência de secreções, presença de tosse e caracterização da mesma, auscultação pulmonar.

Quando um doente é incluído no plano de cuidados de ER, após a realização da avaliação, são delineados objetivos, tendo em conta a sua condição física e motivo de internamento. Depois de feita a avaliação do doente, a mesma é gravada no sistema utilizado no serviço para gestão de cuidados de enfermagem (sistema SClinico), que funciona como um processo clínico eletrónico. No processo é gravada a avaliação do estado de consciência, avaliação da força muscular, avaliação do equilíbrio, avaliação da dispneia, avaliação da pele, avaliação do andar, transferências, posicionamentos, alimentação para referir apenas alguns exemplos, que vão criar um grau de dependência do utente e quais as intervenções de enfermagem que podemos selecionar. Depois disto são selecionadas as intervenções de enfermagem de reabilitação mais adequadas, que passam a ser implementadas diariamente pelo ER. Neste serviço existe sempre um ER no turno da manhã e no turno da tarde, responsável por prestar apenas cuidados de ER.

Existe também uma base dados de ER, onde são gravados todos os dados referentes aos doentes incluídos no programa de reabilitação (avaliação inicial e final – à data da alta -, intervenções, motivo de internamento).

Neste serviço os EEER desenvolvem treino sensoriomotor, treino cardiorrespiratório, cognitivo, treino de AVD, reeducação funcional cardiorrespiratória de acordo com as necessidades identificadas, indo de encontro aos PQCEER (2018a).

É importante ressaltar que apesar de todas estas qualidades, existem pontos em que poderiam claramente melhorar. Sendo exemplo o facto de não existir um espaço dedicado à enfermagem de reabilitação, nem uma casa de banho adaptada para ensino de e treino de AVD's. Acabando por existir por isso défice na reabilitação das AVD's por falta da existência de espaços adequados/adaptados às necessidades específicas e por falta de material adaptado (por exemplo para a AVD comer/beber, vestuário, placas de transferências, cintos, etc..). Acaba por ser uma reabilitação muito motora, puramente respiratória, ficando as AVD's

limitadas aos recursos existentes, que não são de todo semelhantes aos que estes doentes têm em casa e não é de todo a sua realidade.

Também existe falta de envolvimento das famílias na preparação para a alta, no que diz respeito ao treino de AVD's, muito devido aquilo que refiro anteriormente. Sendo que muitas vezes as famílias que irão ser cuidadoras destes doentes, não são capacitadas para os assistir, acabando muitas vezes por "fazer por eles". Existe uma falta de continuidade dos cuidados transversal a todo o SNS. São muitas vezes esquecidas, por exemplo a adaptação de estruturas arquitetónicas no domicílio e a existência de bancos de ajudas técnicas. Muitas vezes existe apenas um encaminhamento para a RNCCI ou até mesmo para uma Estrutura Residencial Para Idosos, mas não existe uma real preparação para a alta.

Importa ainda referir que esta é uma equipa multidisciplinar, havendo ainda a intervenção dos fisioterapeutas e médico especialista em Medicina Física e de Reabilitação, assistente social, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, nutricionista entre outros tantos.

O percurso em Ensinos Clínicos passou ainda por contexto de internamento em serviço de ortopedia, onde grande parte das afeções era de origem orto-traumática.

### 3 - ANÁLISE DE PRODUÇÃO DE CUIDADOS

Através da análise das principais causas que levam ao internamento da população neste serviço, pude constatar que temos o AVC como principal gerador de internamentos, seguindo-se a Pneumonia. Para reforçar, no período em que desenvolvi o meu Estágio Final, deparei-me maioritariamente com doentes com estas patologias, tendo sido aqueles com os quais mais trabalhei, sendo que todas as outras patologias são residuais quando em comparação (66% versus 34% do total de doentes, como foi analisado anteriormente no capítulo).

Dada esta análise, e conseqüente conhecimento destas duas patologias predominantes no mesmo, irei proceder à contextualização teórica destas duas patologias e respetivos cuidados de ER direcionados a cada uma delas. Inicialmente irei abordar o AVC, por ser a patologia mais frequente, realizando o respetivo enquadramento teórico e por último irei contextualizar as Pneumonias.

#### 3.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO AVC

Segundo Marques-Vieira, Sousa e Braga (2016), o AVC tem uma elevada prevalência por todo o globo, sendo que em Portugal assume grande relevância em termos de saúde pública, visto ser a principal causa de morte e de incapacidade permanente. O AVC agudo é considerado uma emergência médica, sendo que o tempo no decorrer do AVC é um dos fatores de maior importância, tendo sido, por isso mesmo, criada em Portugal a Via verde AVC, que irei abordar também neste capítulo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2004), Menoita (2012) o AVC é provocado pela interrupção ou bloqueio no suprimento de sangue ao cérebro, que ocorre quando uma artéria que fornece sangue ao cérebro fica bloqueada ou se rompe, danificando ou destruindo uma parte do cérebro, com sinais clínicos de distúrbios focais (ou globais), da função neurológica, com sintomatologia que perdura para além das 24h de duração. Trata-se assim, de um termo clínico que se aplica quando existe uma alteração neurológica causada por um problema vascular a nível cerebral.

Segundo Ferro e Melo (2017) o AVC é definido pelo início súbito de sintomatologia e de sinais neurológicos focais, que persistem por mais de 24h. De acordo com os mesmos autores em média, de entre 5 a 10 doentes com AVC agudo, um deles terá um AVC hemorrágico. Existem alguns sinais clínicos que podem sugerir hemorragia intracerebral, como: início durante atividade, cefaleias, vômitos, sonolência ou coma desde o início da sintomatologia e agravamento clínico. Sendo que, a distinção entre AVC isquémico e hemorrágico deverá ser feita através da realização de uma TAC (Ferro & Melo, 2017).

O AVC é um conjunto de défices neurológicos focais e súbitos, que são consequência da irrigação sanguínea ao cérebro e embora possa ter origem isquémica ou hemorrágica, o AVC isquémico é de longe o mais comum, estimando-se a sua incidência em 83%. Podendo ter diversas etiologias, como aterosclerose, trombose de pequenas artérias penetrante ou lacunar, embolia cardiogénica. Poderá ainda ser provocado por causas idiopáticas, por hipoperfusão global, como em casos de paragem cardíaca ou embolia pulmonar, ou por outras causas como inflamação, perturbações da coagulação, abusos de drogas (Flannery & Bulecza, 2010).

Quanto ao AVC hemorrágico, este é classificado de acordo com o local da hemorragia, podendo ser subaracnoídeo ou intracerebral. Quando se trata de uma hemorragia subaracnoídea é, regra geral, devido à rotura de uma malformação arteriovenosa ou de um aneurisma cerebral, enquanto que a hemorragia intracerebral ocorre devido à rotura de uma pequena artéria, estando frequentemente associada a hipertensão não controlada (Flannery & Bulecza, 2010).

Quanto ao AIT [acidente isquémico transitório], de acordo com Flannery e Bulecza (2010), este é um episódio breve de défice neurológico, que após remissão dos sintomas não deixa sequelas, sendo que a remissão dos sintomas deverá ocorrer em 24h no máximo, sendo assim excluída da classificação de AVC (Menoita, 2012).

Indo de encontro ao defendido por diversos autores, podemos dividir os AVC em dois grandes tipos: AVC isquémico ou Hemorrágico, como já referido. Sendo que o AVC isquémico se pode classificar como trombótico, embólico ou lacunar e o AVC hemorrágico pode-se classificar como intracerebral, parenquimatoso ou subaracnoídeo (Menoita, 2012 citando Nobre, 2004, Branco & Santos, 2011). Podendo ainda ser considerado um terceiro tipo de AVC, o acidente isquémico transitório (Branco & Santos, 2011).

### 3.1.1 - Fatores de Risco

Tendo por base diversos autores (Menoita, 2017; Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2016; Flannery e Bulecza, 2010 para referir alguns) o AVC tem vários fatores de risco sejam não modificáveis ou modificáveis: idade, género, etnia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, existência de um AIT prévio, terapia hormonal. Sendo que quanto mais forem os fatores de risco identificados, maior a probabilidade de vir a desenvolver um AVC.

De acordo com dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] (2020), referentes ao ano de 2019, para a utilização da via verde AVC, os doentes com diagnóstico de AVC tinham concomitantemente outras patologias, sendo que do total dos 4318 utentes que deram entrada pela via verde AVC 1953 tinham HTA, 772 Diabetes mellitus, 1701 dislipidémia, 364 AVC prévio, 278 disritmias, 203 insuficiência cardíaca, 27 obesidade e 20 eram fumadores.

### 3.1.2 - Estatísticas do AVC

Em 2018, segundo o INE (2020b), os AVC foram responsáveis pelo maior número de óbitos em Portugal (11 235) “representando 9,9% da mortalidade, o que reflete uma ligeira melhoria em relação a 2017 (11 270 óbitos, a que correspondia uma percentagem do total de 10,2%)” (INE, 2020b:1). Sendo que “a redução das mortes por AVC nos últimos anos (de 13,9% em 2008 para 9,9% em 2018) tem sido a que maior impacto teve no decréscimo das mortes causadas por doenças do aparelho circulatório” (INE, 2020b:1). Assim, nos últimos anos tem-se verificado “uma diminuição da proporção de mortes causadas por doenças do aparelho circulatório no total de mortes (32,3% em 2008 e 29,0% em 2018), principalmente devido à tendência para a quebra de importância das mortes por doenças cerebrovasculares, também designadas por acidentes AVC” (INE, 2020b:3), podendo estar aqui refletido o trabalho desenvolvido pela via Verde AVC.

Ainda assim, o AVC continua a ser a primeira causa de morte em Portugal, visto que continua a ser esta a origem “do maior número de óbitos em 2018 (11 235), representando 9,9% da mortalidade e uma taxa de 108,8 mortes por 100 mil habitantes.” (INE, 2020b:4)

“Em 2018, as mortes por AVC continuaram a atingir principalmente as mulheres, com uma relação de 77 óbitos de homens por cada 100 óbitos de mulheres. Por outro lado, as mulheres continuaram também a morrer relativamente mais tarde que

os homens devido a esta doença: a idade média ao óbito para as mulheres foi de 83,9 anos e para os homens de 79,8 anos.” (INE p4, 2020b)

Sendo que de acordo com os dados disponibilizados pelo INEM (2020), a distribuição de AVC por sexo e idade é a exposta no gráfico a seguir apresentado:

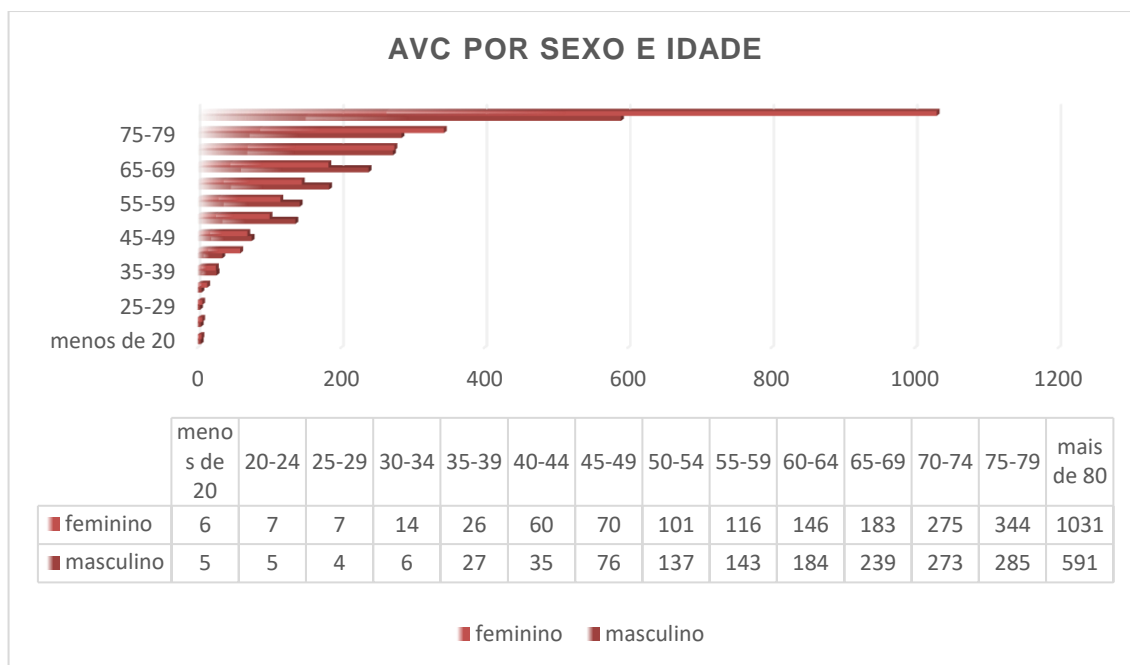


Gráfico 1 – Incidência do AVC por sexo e idade em 2019, Fonte: INEM (2020)

O AVC constitui também a principal causa de morbilidade do conjunto das doenças cardiovasculares e em que as primeiras horas após o início dos sintomas são essenciais para o socorro da pessoa, pois é esta a janela temporal que garante a eficácia dos principais tratamentos e prediz o prognóstico – quanto mais tempo desde o início dos sintomas, pior o prognóstico (INEM, 2020).

De acordo com o INEM, em 2020, até 02/10/20, registaram-se 3872 AVC em Portugal (através da via verde AVC). Sendo que em 2019 foram registados um total de 4529 casos.

Apesar desta preocupante situação, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares tem vindo a diminuir, como já referido, principalmente após 2012. A Direção Geral de Saúde [DGS] (2017) conclui mesmo que a mortalidade associada ao AVC isquémico sofreu um decréscimo acentuado (redução de 39% entre 2011 e 2015 nos doentes com menos de 70 anos). Como principal causa para esta redução a DGS (2017) aponta o contributo das novas estratégias ao nível da prevenção e tratamento, incluindo a via verde AVC.

### 3.1.3 - Tratamento

O objetivo terapêutico na fase aguda do AVC Isquémico é o da reperfusão da artéria ocluída, por meios farmacológicos, permitindo a reperfusão dos territórios cerebrais em risco e a consequente reversibilidade das lesões provocadas pela oclusão arterial. A redução da mortalidade e morbilidade pelas terapêuticas de reperfusão verifica-se sobretudo nas primeiras 4,5 horas após o início de sintomas (DGS, 2010).

O tratamento médico do AVC hemorrágico é mais variável e depende bastante da sua extensão e localização. Poderá ser farmacológico ou cirúrgico, requerendo recursos técnicos e humanos bastante diferenciados (DGS, 2010; DGS, 2017).

Segundo a DGS (2017) e o algoritmo de intervenção ao doente com AVC, as opções terapêuticas para estes doentes são duas, conforme o diagnóstico clínico: a terapêutica fibrinolítica ou endovascular.

De acordo com Pastor et al. (2019), a fibrinólise constitui uma das terapêuticas no AVC isquémico e a sua implementação o mais cedo possível, tem relação direta com o prognóstico, demonstrando maior eficácia quando instituída nas primeiras 3h após o início do AVC, podendo, porém, ser levada a cabo até às 4,5h em casos particulares. Indo assim ao encontro das recomendações nacionais e internacionais, tendo em conta a estreita janela terapêutica para o tratamento fibrinolítico no AVC isquémico (<4,5h desde o início dos sintomas), um Serviço de Urgência deve operacionalizar vias eficientes para receber, avaliar, diagnosticar, tratar ou transferir doentes com AVC. Deve ainda implementar ferramentas de apoio às decisões clínicas, como por exemplo sistemas de diagnóstico e telemedicina (Powers et al., 2018).

### 3.1.4 - Via Verde AVC

A Via Verde AVC tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento imediato à Pessoa vítima de AVC. O seu sucesso depende do seu acionamento pelos cidadãos, através de chamada para a linha 112, do diagnóstico ou suspeita diagnóstica efetuados na fase pré-hospitalar e do encaminhamento dos doentes para os Hospitais ou Unidades hospitalares mais adequadas (INEM, 2020).

A DGS, (2017) define “Via Verde como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações”.

Sendo que este trajeto designado por via verde [VV] traduz o conceito de acautelar situações que possam vir a provocar atrasos no acesso da pessoa com suspeita de AVC, desde o local onde se encontrar até à unidade de saúde adequada (DGS, 2017).

Em 2019, o INEM registou 4529 casos de AVC encaminhados para a Via Verde AVC, uma média de cerca de 12 casos por dia, estando a incidência de AVC por cada 100.00 habitantes, por distrito, no ano de 2019, apresentada na tabela 1. Os distritos de Porto e Lisboa registaram o maior número destes encaminhamentos, com 939 e 1074 casos, respetivamente, tendo-se verificado o aumento dos doentes submetidos a tratamento específico com o diagnóstico de AVC, podendo estar aqui refletida a eficácia da VV do AVC no encaminhamento mais precocemente possível destes doentes para os locais mais adequados ao seu correto tratamento, levando também a um melhor prognóstico.

Distrito	Nº de casos	Incidência	Distrito	Nº de casos	Incidência	Distrito	Nº de casos	Incidência
Aveiro	220	30,2	Évora	45	26,3	Porto	1074	59,3
Beja	44	28,3	Faro	221	53	Santarém	198	42,6
Braga	438	51,2	Guarda	56	32	Setúbal	317	37,8
Bragança	98	67,8	Leiria	178	37,4	V.Castelo	183	72,6
Castelo branco	62	30,7	Lisboa	939	42,4	Vila real	101	45,9
Coimbra	135	30,9	Portalegre	25	20,7	Viseu	195	49,3
Total	4529							

Tabela 1 - Incidência de AVC por 100.000 habitantes por distrito no ano de 2019, Fonte: INEM (2020)

Será também pertinente sensibilizar as pessoas a ligarem 112 sempre que apresentem subitamente os clássicos sinais e sintomas do AVC, de modo a reduzir o número de doentes que recorrem aos hospitais pelos seus próprios meios, atrasando assim o início do tratamento da doença e reduzindo a sua eficácia. Sabe-se, com recurso à análise dos dados estatísticos do INEM, que o maior número de casos demora entre 30-45 minutos desde o início dos sintomas até a chamada para 112 (INEM, 2020). Sendo que quanto menor o tempo desde o início dos sintomas até ao tratamento da sua causa, melhor o prognóstico para a pessoa, sendo que quanto mais tempo passar pior o prognóstico, podendo até impossibilitar hipóteses terapêuticas (como é o caso da fibrinólise).

### 3.1.5. - Sintomas de AVC

De acordo com a DGS (2017), na presença dos sintomas: dificuldade em falar, boca ao lado e falta de força num membro, deve suspeitar-se de AVC. O gráfico abaixo (gráfico 2), indica quais os sintomas referidos pelos doentes que acorreram à via verde AVC, no ano de 2019, por sexo.

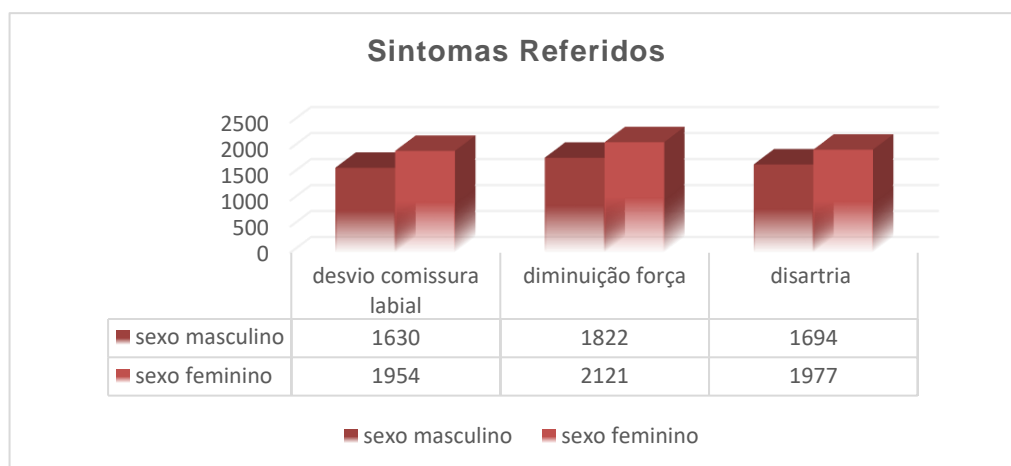


Gráfico 2 – Sintomatologia mais referida no AVC por sexo. Fonte: INEM (2020)

Os sintomas de AVC podem ser variáveis, tendo em conta a área do cérebro onde ocorra a alteração, refletindo o local e a gravidade da lesão isquémica, podendo ocorrer em território carotídeo, ou vertebro-basilar (Flanerry & Bulecza, 2010; Menoita, 2012), sendo que o AVC isquémico se distribui por territórios arteriais e o AVC hemorrágico nos locais de maior fragilidade vascular (Menoita, 2012).

Quando o AVC isquémico ocorre na artéria cerebral média [ACM] (obstrução mais comum) ou na artéria carotídea interna, os sintomas são quase idênticos (Flanerry & Bulecza, 2010): hemiparésia ou hemiplegia contralateral, perdas sensoriais contralaterais, e afasia. Quando existe bloqueio da ACM, o AVC pode afetar a maior parte do hemisfério, tendo em consideração que a ACM é responsável por 80% da irrigação sanguínea dos hemisférios cerebrais (Flanerry & Bulecza, 2010) sendo que na hemiplegia ou hemiparésia contralateral o membro superior é mais gravemente afetado do que o Membro inferior afetado, pode ocorrer negligência unilateral (quando no hemisfério não-dominante), hemianopsia homónima contralateral e deficit sensorial (propriocepção, tato) contralateral (na mesma área afetada pela hemiplegia) (Flanerry & Bulecza, 2010).

No caso de ser um AVC isquémico das artérias vertebrobasilares, a obstrução origina sintomas únicos devido à alteração de perfusão do cerebelo e do pedúnculo cerebral, tais como: ataxia, desequilíbrio, disfagia e disartria, soluços, vertigens e nistagmo, diplopia,

parésia dos movimentos oculares conjugados, défices sensitivo-motores bilateralmente, diminuição da força e parestesia facial (Flanerry & Bulecza, 2010; Menoita, 2012).

Os sintomas em caso de hemorragia subaracnoídea são cefaleia súbita desencadeada por esforço, náuseas e vômitos, alterações do estado de vigília e sinais de irritação meníngea (rigidez da nuca e sinal de kerning) (Menoita, 2012).

No caso de hemorragia intracerebral os sintomas dividem-se segundo o quadro 1:

<b>Hemisférica profunda</b>	Hemiparésia contraletaral, de predomínio braquiofacial, afasia global (hemisfério esquerdo), neglect (hemisfério direito), desvio conjugado para o lado oposto da hemiparesia, náuseas e vômitos, deterioração do estado de vigília
<b>Hemisférica lobar</b>	Varia consoante o hemisfério e o lobo afetado, mas os sintomas mais frequentes são: hemianopsia, neglect, défices visuo-espaciais e cefaleias
<b>Cerebelo</b>	Náuseas e vômitos, cefaleias e impossibilidade de andar – desequilíbrio, vertigem
<b>Protuberância</b>	Tetraparésia, pupilas mióticas e coma.

Quadro 1 – Sintomatologia do AVC conforme o território vascular afetado, Fonte: Adaptado de Menoita (2012)

É importante ressaltar que, fora da linha verde AVC, são também admitidos doentes nos serviços do SNS, com o diagnóstico de AVC, sendo que em 2014 houve 9709 internamentos em Unidades de AVC, sendo que apenas 4212 foram encaminhadas através da via verde AVC. (DGS, 2017) Não esquecendo ainda, os doentes que não chegam sequer a ser internados em unidades AVC, sendo internados em serviços não diferenciados.

Segundo o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares [PNDCCV] em Portugal continental em 2014, foram submetidas 1326 pessoas a fibrinólise.

De acordo com a DGS (2017):

“Nos últimos anos tem-se assistido a um progresso acentuado com o surgimento das terapêuticas de fase aguda, quer farmacológicas quer de intervenção endovascular, bem como de melhores cuidados a dispensar na estadia hospitalar e também após a alta. Tais cuidados deverão iniciar-se tão precocemente quanto possível e continuar durante o processo de estadia hospitalar, prolongando-se após a alta, se adequado, nos cuidados domiciliários, quer de enfermagem, quer de medicina física e reabilitação, quer ainda de apoio social com vista a permitir uma reintegração na comunidade tão completa e rápida quanto possível, constituindo tal processo um continuum, onde não deve haver hiatos e nos termos preconizados em instâncias internacionais, como sejam, a Organização Mundial de Saúde, a Conferência de Helsingborg e as sociedades científicas europeias e americanas.” (DGS, 2017:19,20).

Sendo que o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares reforça a prioridade da “promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças cérebro e cardiovasculares com particular incidência em áreas consideradas prioritárias”, bem como, as “estratégias organizativas designadas como Vias Verdes, criando sistemas de informação integrados que contemplem as vertentes pré-hospitalar e hospitalar” (PNDCCV, 2017).

### 3.2 – ALTERAÇÕES PROVOCADAS PELO AVC E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Segundo Marques-Vieira, Sousa e Braga (2016) numa fase inicial do AVC, os cuidados de ER podem ser abordados de forma mais centrada na prevenção de complicações, sendo que à medida que se consiga alcançar maior estabilidade da pessoa e do seu conhecimento do AVC, os cuidados de ER devem ser centrados no regresso à vida ativa. A intervenção do EEER deve iniciar-se pela minuciosa avaliação, que permite posteriormente estabelecer diagnósticos e definir programas de reabilitação.

Podem ser consequências do AVC: alterações da sensibilidade, alterações da força muscular e do tónus muscular, alterações do equilíbrio corporal, alterações da deglutição (Marques-Vieira et al., 2016).

As alterações que merecem especial atenção por parte dos EEER são as alterações da mobilidade (força, tónus, perda do mecanismo de controlo postural, alteração da função sensorial), alterações da motricidade facial, alterações da linguagem (disartria) e alterações das funções cognitivas (alterações da memória, alteração das capacidades práticas, negletct, e alterações da linguagem – afasia – e alterações na capacidade de cálculo), alterações na deglutição, alterações do padrão de eliminação intestinal e vesical e finalmente, alterações na integridade cutânea (Menoita, 2012).

#### 3.2.1 - Alterações na Deglutição

De acordo com Menoita (2012) “na pessoa com AVC pode surgir disfagia orofaríngea, ou seja, dificuldade em iniciar a deglutição resultante da diminuição da força, do tónus e/ou da sensibilidade dos Músculos da face, da mandíbula e da língua” (Menoita, 2012:151).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2015), deglutir é a passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e do esófago.

Para conseguirmos deglutir de forma eficaz, e apesar de na maior parte das vezes ser um ato totalmente inconsciente, é um ato bastante complexo, envolvendo estruturas como a orofaringe, o esófago, músculos, pares de nervos craneanos e o encéfalo (Braga, 2016a; Glenn-Molali, 2011).

Quando uma pessoa apresenta algum tipo de alteração que modifique o funcionamento dito normal, das funções envolvidas da deglutição, estamos potencialmente, perante um caso de disfagia (Braga, 2016a), surgindo quando a pessoa não é capaz de deglutir os alimentos de forma normal, significando dificuldade ou inabilidade em deglutir (Glenn-Molali, 2011).

De acordo com Marques-Vieira, Sousa e Braga (2016), as principais complicações da disfagia são a desnutrição e a pneumonia. De acordo com Braga (2016b) a reeducação precoce da deglutição permite prevenir estas complicações. Na intervenção do EEER às pessoas com disfagia podem ser usadas diversas abordagens, como técnicas posturais, estimulação sensitiva, mudanças voluntárias na deglutição, exercícios de amplitude de movimentos, fortalecimento muscular, alterações na dieta e cinesiterapia respiratória.

Segundo Glenn-Molali (2011) entre os diagnósticos de enfermagem incluem-se a limpeza das vias aéreas ineficaz, o risco de aspiração, o compromisso da deglutição e o desequilíbrio nutricional. Estes diagnósticos têm tradução no documento da Ordem dos enfermeiros [OE], Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação [PDCEEER] (OE, 2015a), nos focos limpeza das vias aéreas (abordado mais adiante) e no foco Deglutição. Neste último foco, incluem-se as intervenções de enfermagem: avaliar a capacidade de deglutição, monitorizar a deglutição, executar técnica de deglutição, gerir e planear a dieta, posicionar a pessoa e supervisionar a deglutição. De entre os exercícios de deglutição surgem: ensinar exercícios de deglutição supra glótica e de deglutição super supra glótica, Mendelsohn Double, Lip pursing, Deglutição forçada, Masako, Swallow, exercícios de resistência muscular dos lábios, Palato mole e língua, exercícios de mobilidade laríngea e exercícios de controlo do bolo alimentar, assim como o ensino de técnicas de deglutição como: técnica de consistência adaptada, técnica postural: flexão anterior do pescoço, rotação da cabeça para o lado afetado, flexão anterior do pescoço com rotação da cabeça para o lado afetado e inclinação posterior da cabeça (OE, 2015a).

### 3.2.2 - Alterações da Comunicação

Pode-se considerar que “comunicar é mais do que falar” sendo a comunicação uma atividade social rica e complexa, que engloba competências linguísticas, cognitivas e pragmáticas (Boss & Wilkerson, 2011:525).

Torna-se por isso, importante, clarificar o tipo de alteração da comunicação, visto que havendo compromisso na comunicação, existe também compromisso no envolvimento da pessoa no processo de reabilitação ao dificultar os processos de aprendizagem da pessoa. Dai advém a necessidade de correta identificação do défice comunicacional, de forma a traçar um plano de intervenção de ER e respetivos objetivos (Varandas & Rodrigues, 2016).

A disartria é uma perturbação da articulação verbal, consequência da diminuição da força, alteração do tónus muscular ou da coordenação muscular dos lábios, língua, palato e laringe, não a considerando uma perturbação da função cognitiva. Sendo que a disartria se traduz em dificuldade em produzir determinados sons, tornando assim o discurso da pessoa pouco inteligível. Ao contrário da afasia, a disartria não significa que exista dificuldade na evocação de nomes, construção de frases ou compreender/escrever (Menoita, 2012).

Segundo a CIPE (2015) a disartria consiste numa enunciação pouco clara das palavras, sendo que as palavras podem não ser enunciadas na sua totalidade, misturando-se ou sendo parcialmente eliminadas. A isto associa-se a fraqueza dos músculos fonadores, lesão do sistema nervoso, uso de drogas ou pronúncia descuidada.

Para Menoita (2012) os objetivos da intervenção do EEER neste contexto passam por: controlar a respiração, aumentar a força da musculatura oral e melhorar a qualidade da voz, assim como da articulação das palavras, através da lentificação do discurso e utilização de palavras-chave.

Como possíveis intervenções de ER temos (Menoita, 2012):

- Fonação-reflexo
- Terapia fisiológica
- Reeducação da musculatura facial
- Técnicas que ajudam a melhorar o discurso – expressar-se de forma clara e calma, utilização de frases curtas, dizer quais as palavras que não surgem claramente e incentivar/propor a utilização de meios de comunicação adaptada alternativos.

A afasia, tal como a disartria é considerada uma alteração da linguagem, mas ao contrário da disartria que revela apenas uma dificuldade na articulação, a afasia significa que existe compromisso cognitivo. (Menoita, 2012; Boss & Wilkerson, 2011, Caldas, 2016).

De acordo com a CIPE (2015) a afasia significa um compromisso da cognição, que se caracteriza por defeito ou ausência da função linguagem para usar e compreender palavras e é dividida em duas categorias: motora e sensorial. A afasia motora traduz a incapacidade total ou parcial da pessoa se expressar, seja oralmente ou por escrito, sendo que não significa necessariamente que exista também alteração na compreensão. A afasia sensorial é considerada como uma perturbação na capacidade de compreensão de palavras escritas ou faladas.

A afasia diz respeito à perda de memória dos sinais que constituem a linguagem, sendo que estas alterações na comunicação têm um grande impacto na vida tanto das pessoas, como dos seus familiares, tendo interferência na capacidade de comunicar e na sua integração social, familiar, social e profissional, e na qualidade de vida (Menoita, 2012). “É a perda parcial ou completa das habilidades da linguagem: codificação, transmissão ou descodificação de mensagens” (Menoita, 2012:145).

Na tabela abaixo encontram-se as afasias mais frequentes, e quais as suas características de acordo com diversos autores, sendo que, a capacidade de nomeação e de repetição se encontram alteradas em todas elas.

	<b>Fluência</b>	<b>Compreensão</b>	<b>Nomeação</b>
<b>Motora (De Broca)</b>	Não	Mantida	Alterada
<b>Sensorial (De Wernicke)</b>	Sim	Alterada	Alterada
<b>De Condução</b>	Sim	Mantida	Alterada
<b>Global</b>	Não	Alterada	Alterada

Tabela 2 – Afasias mais frequentes e as suas características, Fonte: adaptado de Boss e Wilkerson, 2011; Menoita, 2012, Varanda e Rodrigues, 2016

Os objetivos da intervenção da ER passam por facilitar a capacidade de compreensão e/ou de expressão e reduzir a frustração que acompanha a dificuldade ou até mesmo a incapacidade em comunicar, para isso o enfermeiro deve: utilizar técnicas que melhorem a capacidade verbal, providenciar ajudas técnicas que contribuam para melhorar o discurso, identificar com a pessoa quais os fatores que promovem a compreensão, reconhecer as frustrações da pessoa e orientar os familiares (Menoita, 2012).

Já o PDCEEER (OE, 2015a) enuncia como intervenção de ER essencial a utilização de dispositivos auxiliares de comunicação, ou seja, a utilização de sistemas de comunicação por objetivos, por imagens, através de gráficos, de sistemas combinados (símbolos gráficos e visuais), de sistemas com base na escrita e de sistemas de comunicação por linguagem codificada.

Existem vários métodos de reeducação da afasia, tais como o método didático, o método de estimulação, o método pragmático, o método neoclássico e o método da neuropsicologia cognitiva (Menoita, 2012).

Existe uma grande tendência para recuperação espontânea das afasias, em algum grau, mesmo que não haja qualquer outro tipo de intervenção, devendo-se isto a melhoria da

anóxia, do edema, infiltração celular e diminuição da pressão intracraniana. Sendo mais provável recuperar completamente a compreensão do que a expressão (Boss & Wilkerson, 2011).

A intervenção do EEER deve ter sempre em vista a promoção de um ambiente de apoio terapêutico, e forma a facilitar comunicação e desta forma, ensinar também, doente e família e promover comportamentos de suporte, através do reforço positivo.

### 3.2.3 - Alterações musculares - da força e do tônus muscular

Segundo Flannery e Bulecza (2010) as manifestações clínicas mais reconhecidas nos AVC são os sintomas motores. Isto porque o compromisso das vias motoras vai afetar o início dos movimentos, a sua integração e a força, tal como o tônus muscular e a atividade reflexa. Surgem como sintomas clássicos de AVC a hemiparesia ou a hemiplegia, que surgem sempre no lado contralateral ao local da lesão. Ainda de acordo com Flannery e Bulecza (2010) a grande maioria dos doentes com AVC apresenta numa fase inicial hiporreflexia (fase flácida), evoluindo posteriormente para hiper-reflexia e espasticidade.

A hemiplegia é caracterizada pela paralisia de um dos hemicorpos, enquanto que a hemiparésia se caracteriza por uma diminuição da força e da sensibilidade. De forma a ser avaliada a força pode ser aplicada a escala de Lower, que deve ser avaliada em todos os movimentos de todos os segmentos corporais, devendo essa avaliação ser iniciada pelos segmentos mais distais indo para os proximais, sendo que depois de perdida, a sua recuperação irá surgir dos segmentos mais proximais para os mais distais (Menoita, 2012).

Associada às alterações de força, podem surgir alterações do tônus muscular, sendo que após o AVC, como já referido se irá instalar a fase flácida, onde não existem movimentos voluntários, apresentando o doente hipotonicidade no início do movimento, em particular durante as primeiras semanas (Menoita, 2012). Após a fase flácida, é frequente seguir-se o surgimento e instalação de um quadro de hipertonia, com aumento da resistência ao movimento passivo, entrando assim na fase espástica, que se caracteriza pelo aumento do tônus muscular, exacerbando-se os reflexos profundos, consequência da hiperexcitabilidade do reflexo de estiramento. Sendo que o aumento da excitabilidade do arco reflexo se deve à falta de controlo do Sistema Nervoso Central (Menoita, 2012).

Para Pinto (2001), citado por Menoita (2012), o tônus muscular é um reflexo proprioceptivo, que tem como função manter a postura corporal através da contínua contração muscular.

De acordo com Menoita (2012) o padrão espástico (ou postura de Wernicke-Mann) é caracterizada pelo aumento do tônus muscular dos “músculos anti-gravíticos do hemicorpo

afetado, nomeadamente nos flexores do membro superior e nos extensores do membro inferior.” (Menoita, 2012:76).

A espasticidade pode ser avaliada através da aplicação da escala modificada de Ashworth (Marques-Vieira et al., 2016), sendo que deve ser avaliada tal como a força, em todos os planos de movimento e em todos os segmentos corporais, devendo ser feita bilateralmente e do distal para o proximal, sendo que quando se instala, a espasticidade surge dos segmentos mais distais para os mais proximais.

É essencial que se promova a alternância de decúbitos em padrão anti-espástico de forma a facilitar a integração do esquema corporal e da lateralidade, sendo que os principais objetivos do posicionamento em padrão anti-espástico são: proporcionar conforto e bem-estar, prevenir alterações músculo-esqueléticas, manter a integridade cutânea dos tecidos subjacentes, alternar o campo visual e integrar o esquema corporal (Menoita, 2012).

O início da espasticidade é um fator variável, que pode ocorrer a curto, médio ou longo prazo, não havendo necessariamente um tempo definido para que se instale (Rodrigues, 2014).

O decúbito dorsal é o que mais favorece o aparecimento da espasticidade, sendo os decúbitos laterais preferenciais, visto que promovem a estimulação propriocetiva, por ação do peso do corpo nos pontos de apoio, promovendo a reintegração no esquema corporal, quando para o lado afetado, permitindo também a utilização do hemicorpo menos afetado, devendo sempre ser utilizado com alguma parcimónia, devido às alterações de sensibilidade que existem e devido ao risco de ombro doloroso (Menoita, 2012).

Quanto às intervenções do EEER para a força e o tónus muscular, serão explanadas adiante, no capítulo de projeto de intervenção profissional.

### 3.2.4 - Função Sensoriomotora

A sensibilidade é uma das grandes funções do sistema nervoso, sendo que é a forma que o nosso organismo tem para aquisição de informações sobre o meio que nos rodeia. A diminuição ou até mesmo a perda de sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) vai contribuir para que surjam disfunções percetivas, como alterações da imagem corporal e neglect universal e para o risco de lesões (Menoita, 2012).

A reeducação da função sensoriomotora tem grande importância para a “reprogramação das atividades cinéticas e posturais do aparelho locomotor com ênfase no sistema sensorio-motor em toda a sua complexidade e em particular ao nível dos sistemas que solicitam e controlam a atividade motora” (Coelho, Barros e Sousa, 2016:248).

Indo de encontro ao que nos dizem Hoeman, Liszner e Alverzo (2011:213) em que a “abordagem sensoriomotora com a teoria do movimento, dependem de hipóteses a partir do reflexo e de modelos hierárquicos” (teoria do movimento, em que o desenvolvimento motor é um processo de maturação de sistema nervoso central), referindo que há programas de desenvolvimento sensoriomotor que são de particular relevo para o EEER, tais como a abordagem do neurodesenvolvimento de Bobath.

Segundo Menoita (2012) o planeamento de um treino de estimulação sensorial, alicerça-se no princípio de plasticidade cerebral, sendo que a estimulação sensorial ocorrerá através de estímulos frequentes, de forma a que cheguem ao cérebro em grande quantidade, de forma a que essas informações sejam posteriormente descodificadas pelo cérebro de forma a que a pessoa possa reaprender funções que estejam esquecidas ou perdidas. De forma a recuperar as funções perdidas, sejam elas visuais, auditivas, tácteis, tem que existir estímulo, sendo que podem ser utilizados instrumentos que favoreçam a estimulação sensorial, com várias texturas, por exemplo pata estimulação táctil.

Portanto, surgem como intervenções do EEER, após avaliação da sensibilidade (táctil grossa e fina, térmica, dolorosa, vibratória e postural e sentido de pressão): aplicar calor, aplicar frio, aplicar tala, aplicar dispositivos auxiliares, gerir o ambiente físico, executar estimulação sensitiva, estimular a percepção sensorial, executar técnica de massagem, técnica de posicionamento, exercícios musculares e articulares e avaliar a sensibilidade (OE, 2015a).

### 3.2.5 - Alterações do Equilíbrio

Segundo a CIPE (2015) o equilíbrio é um status que se define pela “segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se.” (CIPE, 2015:56).

De acordo com Hoeman, Liszner e Alverzo (2011) tendo em conta aquilo que é o desenvolvimento motor da criança, o processo é feito numa determinada ordem, tendo início no controlo do reflexo primário, que é regulado pela espinal medula, para controlo do tronco cerebral e do mesencéfalo. Ou seja, a criança, não consegue andar até que os níveis superiores do seu sistema nervoso central [SNC] sejam suficientemente maduros, para permitir o equilíbrio. Sendo que o equilíbrio representa um nível superior de maturação do SNC. Quando existe uma lesão nos centros de controlo motor superior, essa função é relegada para um nível inferior, ou seja, para um nível de reflexo mais primário.

Sendo que, para Menoita (2012), os objetivos dos cuidados do ER são: “evitar ou diminuir a instalação insidiosa da espasticidade, estimular a sensibilidade, treinar o equilíbrio, reeducar

o mecanismo reflexo-postural e estimular os movimentos do lado afetado.” (Menoita, 2012:76).

O equilíbrio é controlado pelo VIII par craniano – estato-acústico na sua divisão coclear, que diz respeito ao equilíbrio (Menoita, 2012). De forma a avaliar o VIII par craniano, o EEER deve avaliar a presença de tonturas ou vertigens, começando por avaliar o equilíbrio estático sentado, em que a pessoa deve manter as mãos de lado, suportando o peso do tronco, de forma a manter o equilíbrio. Sendo que aquando da avaliação do equilíbrio sentado dinâmico, se pode imprimir à pessoa um ligeiro balancear de forma a que esta possa compensar o movimento e recuperar o equilíbrio. Para a avaliação do equilíbrio estático em pé podem-se utilizar diversos testes, como por exemplo manter os calcanhares unidos, enquanto os pés se mantêm num ângulo de cerca de 30°, de olhos fechados durante 1 minuto (teste de Romberg). Se não for capaz de manter a posição 10 segundos, considera-se que não tem capacidade de realizar os testes. Caso existam dúvidas na realização deste teste pode-se pedir à pessoa que coloque um pé em frente ao outro, em linha reta de forma a diminuir a base de sustentação (Menoita, 2012).

Pode ser aplicado também o teste de apoio monopodal (de Uemura), em que se pede que a pessoa se coloque de pé, apoiada apenas num dos pés, com os olhos fechados. Pede-se para que faça o mesmo para os 2 pés. Se não se conseguir equilibrar, seja unilateralmente ou bilateralmente considera-se que existe compromisso vestibular. Pessoas com mais de 55 anos, poderão demonstrar mais dificuldades na realização deste teste. Poderão também ser aplicados outros testes, como o teste de Fukuda, ou o teste de Unterberger, mas pela sua praticidade e facilidade de aplicação, os dois acima referidos são preferenciais (Menoita, 2012).

Os exercícios de ER para o equilíbrio, nos doentes com AVC têm como objetivos: reeducar o mecanismo reflexo-postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural ao efetuar carga no membro superior e inferior, estimular a ação voluntária dos músculos do tronco no lado afetado e preparar a marcha (Menoita, 2012).

Segundo Hoeman, Liszner e Alverzo (2011), o treino de força, postura e equilíbrio, com melhorias a nível do tónus muscular podem beneficiar os doentes com AVC.

Quanto às intervenções do EEER serão explanadas adiante, no capítulo de projeto de intervenção profissional.

### 3.2 – CONTEXTUALIZAÇÃO PNEUMONIAS

Relativamente às Pneumonias vou realizar um breve enquadramento teórico, como referi, indo depois ao encontro dos cuidados e respetiva necessidade de cuidados de ER tendo em conta os conhecimentos adquiridos sobre a patologia.

De acordo com Seeley, Stephens e Tate (2003) o termo pneumonia diz respeito a diversas infeções do pulmão, sendo que a sua grande maioria é de etiologia bacteriana, podendo ser ainda causadas por vírus, fungos ou protozoários. Segundo estes autores a inflamação do pulmão causada pela pneumonia, leva à acumulação de líquido nos alvéolos (edema pulmonar) e conseqüentemente à má ventilação pulmonar.

Esta é uma doença das vias aéreas inferiores, caracterizando-se pela inflamação aguda dos tecidos pulmonares, causada por agentes infecciosos, que podem ser inalados ou podem ser transportados pelo sangue até aos pulmões, podendo ainda ser provocada pela inalação de fumos tóxicos ou radioterapia (Dennison, 2010), sendo que

“a maioria dos tipos de pneumonia é transmissível, com o modo de transmissão dependendo do microorganismo infeccioso. Tem havido alterações significativas nos agentes patogénicos que causam pneumonia bacteriana e desvios dramáticos nos padrões de resistência antimicrobianos. A pneumonia está classificada como pneumonia adquirida na comunidade [PAC] ou como pneumonia adquirida no hospital (PAH), dependendo do local onde a infeção foi adquirida. Uma forma cada vez mais importante de PAC, e em crescimento na população idosa, é a pneumonia adquirida em lares [PAL]. A PAH também referida como pneumonia nosocomial inclui o sub-conjunto de pneumonia associada ao ventilador [PAV].” (Dennison 2010:641).

A fisiopatologia da pneumonia “resulta na inflamação do tecido pulmonar. Dependendo do agente patogénico e do estado físico do hospedeiro, o processo inflamatório pode envolver diferentes zonas anatómicas do parênquima pulmonar e das pleuras” (Dennison 2010:641).

Sendo que a doença pulmonar restritiva se caracteriza “pela diminuição da capacidade pulmonar total, por redução da expansão do parênquima pulmonar, com perda da área útil para serem efetuadas trocas gasosas.” (Cordeiro e Menoita, 2012:229). Sendo a pneumonia englobada neste grupo de doença pulmonar restritiva.

Na doença pulmonar restritiva, a expansão pulmonar é limitada. Os volumes pulmonares estáticos estão diminuídos como resultado da diminuição da compliance (distensibilidade) pulmonar e torácica (Dennison, 2010).

De acordo com Ribeiro e Bugalho (2017) as PAC são uma das causas frequentes de acesso às urgências, sendo a principal causa de morte por doença respiratória. Sendo uma patologia com uma grande variabilidade na resposta clínica, variando desde a rápida melhoria até à evolução até à morte (Ribeiro & Bugalho, 2017). Em Portugal continental a PAC, entre 2000 e 2009, representou, na população com mais de 18 anos, 3,7% de todas as admissões

hospitalares. O custo médio direto anual destas admissões (294026) foi de 80 milhões de euros. Sendo que os custos médios diretos de todas as hospitalizações por PAC representam um custo de 2,707€ por doente. As estatísticas também demonstram um aumento de 37,5% das hospitalizações por PAC (Antunes et al., 2020).

A PAC representa assim um grave problema de saúde pública e uma causa significativa de mortalidade e morbilidade. A idade média das pessoas internadas por PAC entre 2000 e 2009 foi de 77 anos. A duração média do tempo de hospitalização foi de 11,3 dias. A necessidade de ventilação mecânica foi de 3,4%. Sendo que no período analisado existiu um aumento de 64,7% das hospitalizações por PAC entre 2000 e 2009. Importa referir que a taxa de mortalidade representou 20,4% de todas as hospitalizações e o número de doentes internados com mais de 65 anos é 5 vezes superior ao dos doentes com menos de 65 anos (Antunes et al., 2020).

De acordo com Antunes et al. (2020), o crescente impacto económico, juntamente com o envelhecimento e o aumento das comorbilidades evidenciam a importância da implementação de melhores medidas preventivas, como é o caso da vacinação (para pneumococos e influenza).

De acordo com o INE (2020b) as mortes por doenças do aparelho respiratório aumentaram 3,8% em 2018:

“As doenças do aparelho respiratório causaram 13 305 óbitos, com um aumento de 3,8% em relação ao ano anterior, representando 11,7% da mortalidade total ocorrida no país. Neste grupo de doenças, destacaram-se 5 764 mortes provocadas por pneumonia, representando 5,1% da mortalidade ocorrida em 2018 e registando um aumento de 2,5% de óbitos em relação ao ano anterior. A taxa bruta de mortalidade por pneumonia foi de 55,9 óbitos por 100 mil habitantes, com valores significativamente crescentes para 65 e mais anos.” (INE, 2020b:1).

Ainda segundo o INE (2020b):

“as mortes provocadas por pneumonia, com 5 764 óbitos, representando 5,1% da mortalidade ocorrida em 2018 e registando um aumento de 2,5% óbitos em relação ao ano anterior. A taxa bruta de mortalidade por pneumonia foi de 55,9 óbitos por 100 mil habitantes, com valores significativamente crescentes para 65 e mais anos.” (INE, 2020b:7).

Representando a terceira causa de morte em Portugal no ano de 2018, atingindo principalmente os homens, com uma relação de 103,0 homens por cada 100 mulheres, ao contrário do registado em 2017 em que a relação foi de 93,3 óbitos de homens por 100 de mulheres, para os residentes em Portugal. A idade média ao óbito verificada para 2018 foi de 82,3 anos para as mulheres, inferior em cerca de 3 anos à dos homens (85,6 anos) (INE, 2020b:7). Sendo que em Portugal se morre “relativamente mais de doenças do aparelho respiratório que na UE-28, em especial devido a pneumonia, que representou 5,4% da

mortalidade em 2016 e 5,1% em 2018. Estas proporções nacionais representam mais do dobro das registadas na UE-28 (2,6% em 2016)” (INE, 2020b:9).

### 3.2.1 – Fisiopatologia e Tratamento

Entre a sintomatologia apresentada pelos doentes com Pneumonia estão: a tosse com expectoração purulenta, dispneia, dor torácica, mal-estar geral e febre com duração superior a 4 dias, sendo que nem sempre todos estes sintomas poderão estar presentes e os doentes podem apresentar um exame objetivo aparentemente normal (especificamente a auscultação pulmonar). No caso dos doentes idosos o quadro clínico poderá ter uma apresentação distinta, manifestando-se apenas por descompensação de outras patologias de base, levando a estado confusional, prostração e recusa alimentar (Ribeiro & Bugalho, 2017).

De acordo com Ribeiro e Bugalho (2017), a radiografia de tórax é o exame complementar de diagnóstico por excelência, permitindo confirmar o diagnóstico, avaliar a extensão do envolvimento do parênquima pulmonar, assim como verificar a presença de outras alterações associadas, como existência de derrame pleural e atelectasias por obstrução brônquica. de acordo com o autor mencionado, quando não existe tradução do quadro clínico na radiografia, poderá recorrer-se à tomografia axial computadorizada de forma a clarificar o diagnóstico clínico.

Para Ribeiro e Bugalho (2017) existem diversos modelos preditivos de gravidade da doença, que ajudam a decidir o curso de tratamento da mesma (como por exemplo hipótese de tratamento em ambulatório, em enfermaria ou até mesmo em Unidade de Cuidados Intensivos [UCI], referindo os autores o modelo CURB-65, que utiliza 4 variáveis (na presença de alguma é somado 1 ao score inicial de 0): confusão, ureia (elevação deste parâmetro), respiração com uma frequência respiratória acima dos 30 ciclos por minuto, pressão arterial sistólica abaixo de 90 mmHg ou diastólica abaixo de 60 mmHg e idade superior a 65 anos. Sempre que o score for acima de 2 devem ser internados. Caso seja de 4 ou 5 devem ser mesmo internados em UCI. Os autores ressaltam ainda que, não se deve utilizar este score acriticamente, devendo ter sempre em consideração outros fatores, como fatores sociais, psíquicos e outros de natureza clínica (Ribeiro & Bugalho, 2017).

A avaliação dos doentes com pneumonia deve ainda incluir uma avaliação laboratorial (hemograma e bioquímica) e oximetria de pulso em doentes com baixas saturações periféricas de oxigénio e que apresentem outras comorbilidades (doença cardiopulmonar). Estando também preconizada a colheita de sangue para hemoculturas em doentes internados. Sendo ainda que, caso se verifique derrame pleural significativo, se deva proceder a toracocentese diagnóstica de forma a excluir empiema (Ribeiro & Bugalho, 2017).

O tratamento da pneumonia passa pela administração de antibioterapia dirigida (Ribeiro & Bugalho, 2017), sendo que com o surgimento dos antibióticos e de cada vez melhores e mais rápidos métodos de diagnósticos as complicações associadas à pneumonia são cada vez menos frequentes. Algumas dessas complicações passam por atelectasias, abscesso pulmonar, derrame pleural, empiema, pericardite e meningite, sendo que os idosos com doença crónica têm um maior risco de vir a ter complicações (Dennison, 2010).

Reforçando, “a avaliação da pessoa com alterações cardiorrespiratórias é de extrema importância, pois é indicativa das alterações presentes. Uma avaliação correta serve não só para identificar e determinar objetivos de intervenção do profissional de saúde, como para monitorizar a evolução e os ganhos obtidos” (Santos & Ferreira, 2016:177).

Após a abordagem teórica da patologia aprofundarei agora os cuidados de ER direcionados para o doente com pneumonia. De acordo com Dennison (2010) alguns dos diagnósticos de enfermagem à pessoa com pneumonia são:

- A limpeza das vias aéreas ineficaz;
- O compromisso das trocas gasosas;
- Intolerância à atividade.

Que podem ter tradução no documento da OE que define o PDCEEER (OE, 2015a) nos focos limpeza das vias aéreas, expetorar, ventilação e intolerância à atividade.

Para isso os EEER apoiam-se na Reeducação Funcional Respiratória [RFR] sendo que: “estas técnicas atuam sobre os fenómenos mecânicos da ventilação, no entanto a melhoria das trocas gasosas também é conseguida pela vertente circulatória e pela vertente do exercício físico e do condicionamento ao esforço” (Ferreira e Gomes, 2016:260). Ressalvando que as “técnicas de RFR só são pertinentes se acompanhadas de exercícios de fortalecimento muscular localizado e sistémico, bem como pelo acompanhamento de sessões de educação, gestão da terapêutica e empowerment na gestão da doença crónica.” (Ferreira & Gomes, 2016:260).

Os objetivos da reabilitação para pessoas com disfunção respiratória passam por (Kisner & Colby, 2005:738):

- Prevenir a obstrução da Via Aérea e a acumulação de secreções;
- Melhorar a limpeza e a ventilação das Vias Aéreas mediante a mobilização e drenagem de secreções;
- Melhorar a resistência à fadiga e a tolerância geral à atividade física através da reeducação respiratória, reduzir os gastos de energia durante a respiração;
- Prevenir ou corrigir deformidades posturais associadas a distúrbios respiratórios;
- Promover o relaxamento;
- Manter ou melhorar a mobilidade torácica;

- Melhorar a efetividade da tosse.

Para Romão, Dias e Moreno (2012) a RFR na pessoa com pneumonia só deverá ser iniciada após estabilização da fase aguda da doença, sendo que enquanto a pessoa apresentar hipertermia grave ou instabilidade hemodinâmica não deverá ser iniciada reabilitação. Após estabilização da fase aguda da doença, deverão ser delineados objetivos tendo em conta a avaliação inicial e segundo apresentação do quadro clínico. ou seja, se existe presença de ruídos adventícios ou não à auscultação pulmonar (roncos, ferveores), se existem secreções e se existe tosse (e se é ou não eficaz). O EEER deverá ainda ter em conta os exames complementares de diagnóstico (raio-x de tórax, gasometria, exames analíticos) e o estado clínico da pessoa no momento da intervenção.

Os objetivos específicos da RFR nas pneumonias são: a reexpansão pulmonar do lado afetado, a drenagem de secreções, a promoção da tosse eficaz e a reeducação ao esforço (melhorar a tolerância ao esforço) (Romão, Dias & Moreno, 2012).

Para atingir esses objetivos, de acordo com os mesmos autores, as técnicas a utilizar passam por:

- Respiração diafragmática;
- Ensino da tosse eficaz;
- Drenagem de secreções associada a manobras acessórias (vibração e compressão) e drenagem postural;
- Utilização de espirómetro de incentivo.

As técnicas referidas anteriormente podem ainda ser complementadas com exercícios de expansão torácica com bastão e com o Ciclo Ativo Técnica Respiratória [CATR]. Deverá ainda, se possível, ser associado o incentivo de exercícios como a marcha, pedaleira, bicicleta ergonómica. O posicionamento em fowler também permite uma ventilação mais eficaz, sendo por isso mesmo o posicionamento de referência (Romão, Dias & Moreno, 2012).

Numa fase mais avançada do processo de reabilitação pode ser feita a reeducação ao esforço, recorrendo à marcha, caminhadas, subir e descer escadas, de forma a melhorar e aumentar a capacidade respiratória.

Relativamente aos focos descritos no documento da OE, para o PDCEEER (OE, 2015a), nomeadamente, foco expetorar, foco limpeza das vias aéreas, foco ventilação e foco intolerância à atividade, irei mencionar as intervenções de ER descritas para cada um.

Relativamente ao foco expetorar, incluem-se as intervenções de ER (OE, 2015a):

- Aspirar secreções ou incentivar a expetorar;
- Ensinar a tossir - técnicas de tosse dirigida, assistida e técnica de expiração forçada;
- Assistir/incentivar a tossir;

- Avaliar o reflexo de tosse – presente ou ausente, eficaz ou ineficaz;
- Estimular o reflexo de tosse;
- Técnicas de cinesiterapia respiratória – abertura costal global, abertura costal seletiva, exercícios de rotação da escapulo-umeral, técnica de drenagem postural (clássica e modificada) e utilização de manobras acessórias (percussão, vibração, compressão e vibrocompressão);
- Técnica expiratória forçada ou Huff;
- Ciclo ativo das técnicas respiratórias;
- Técnicas de posicionamento;
- Executar inaloterapia;
- Reforço da ingestão hídrica;
- Utilização de dispositivos auxiliares para expetorar.

Relativamente ao foco limpeza das vias aéreas, incluem-se as intervenções de ER (OE, 2015a):

- Aspirar secreções;
- Avaliar reflexo da tosse;
- Técnicas de cinesiterapia respiratória: abertura costal global, abertura costal seletiva, exercícios de rotação da escapulo-umeral, técnica de drenagem postural (clássica e modificada) e utilização de manobras acessórias (percussão, vibração, compressão e vibrocompressão);
- Administrar terapêutica inalatória através de inalador;
- Técnicas de posicionamento.

Relativamente ao foco ventilação, incluem-se as intervenções de ER (OE, 2015a):

- Avaliar a respiração (presença de esforço respiratório, utilização de musculatura acessória);
- Avaliar a ventilação (presença de ruídos adventícios, duração e alteração dos tempos expiratórios e inspiratórios);
- Auscultação pulmonar;
- Controlo e dissociação dos tempos respiratórios;
- Respiração diafragmática;
- Espirometria de incentivo;
- Expiração com os lábios semicerrados;
- Pressão positiva expiratória;

- Técnicas de cinesiterapia: abertura costal global, abertura costal seletiva, exercícios de rotação da escapulo-umeral, técnica de denagem postural (clássica e modificada) e utilização de manobras acessórias (percussão, vibração, compressão e vibrocompressão);

- Técnicas de posicionamento: posição de descanso e relaxamento e correção postural (com recurso a espelho quadriculado);

- Executar técnicas respiratórias: reeducação abdominodiafragmática posterior e anterior, reeducação costal inferior esquerda e direita, reeducação das hemicúpulas diafragmáticas esquerda e direita;

- Gerir oxigenoterapia;

- Monitorização da frequência respiratória e da saturação periférica de oxigénio;

- Incentivar o repouso;

- Incentivar a utilização das técnicas respiratórias e de dispositivos respiratórios.

Relativamente ao foco intolerância à atividade, incluem-se as intervenções de ER (OE, 2015a): Avaliar a intolerância à atividade; gerir a atividade física; informar sobre equipamento adaptativo para o exercício; negociar a atividade física; planear a atividade física; planear o repouso; providenciar equipamento; supervisionar resposta ao exercício; ensinar/Instruir e treinar sobre técnicas de conservação de energia e treino de AVD's.

#### 4 - DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Como objetivo geral da UC “Estágio Final” surge a elaboração de um relatório de estágio onde estejam plasmadas as competências adquiridas no decorrer da mesma UC, sejam elas competências comuns ao EE ou competências específicas aos EEER e ainda as competências de mestre, bem como a contribuição do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para a melhoria dos cuidados.

Sendo que a OE (2019a) define como competências comuns aos EE aquelas que são desenvolvidas e partilhadas por todos, independentemente da área de especialidade, “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” (OE, 2019a:4745).

As competências comuns do EE, de acordo com a OE (2019a) são: Responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, pretendendo-se assim, com a elaboração deste relatório ir ao seu encontro, traduzindo-as.

No que concerne às competências específicas, de acordo com a OE (2019a) elas “são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2019a:4745).

Relativamente às competências de mestre, deverá este relatório refletir quais as capacidades desenvolvidas, ao longo do tempo de implementação do projeto de intervenção, providenciando a reflexão crítica necessária, para, após defesa pública do relatório, conceder o grau académico de Mestre.

Aquilo que se pretende em última análise, enquanto mestre (mestranda, neste caso), é desenvolver de forma aprofundada, os conhecimentos específicos da área de Enfermagem, através da implementação do projeto de intervenção, tornando assim evidente a capacidade de mobilização de conhecimentos, a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, capacidade de integração de conhecimentos, lidar com situações complexas e desenvolver soluções, refletindo acerca das responsabilidades éticas e sociais que daí possam advir. O mestre deverá ainda demonstrar competências que lhe

permita uma aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma (Decreto-Lei nº65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, publicado em Diário da República).

Tendo tudo isto em conta, os objetivos traçados por mim, enquanto mestranda, e futura EEER são:

- Melhorar a capacidade de integração e mobilização de conhecimentos necessários à prestação de cuidados de ER, tendo como suporte a melhor evidência científica
- Fomentar a capacidade reflexiva, através da análise dos resultados obtidos com a implementação do projeto, tendo por base a melhor evidência científica disponível, tendo em vista produzir resultados que sejam sensíveis aos cuidados de ER na pessoa com limitações na autonomia para o autocuidado andar por défice de força muscular e equilíbrio corporal.
- Avaliar, com recurso a instrumentos de recolha de dados, validados para a realidade portuguesa, as alterações na autonomia para os autocuidados na pessoa em processo de doença (nerológico, cardiorrespiratório e ortotraumatológico)
- Diagnosticar as alterações na autonomia que se traduzam em limitação nos autocuidados para a satisfação das AVD's;
- Desenvolver capacidades técnico-científicas na execução das intervenções de enfermagem para a capacitação da pessoa para os autocuidados, quando existe alteração da autonomia e da função (sejam de etiologia nerológica, cardiorrespiratória ou ortotraumática)
- Melhorar a capacidade de comunicar as conclusões do projeto de ER desenvolvido e implementado, assim como os conhecimentos e raciocínio que lhe são implícitos.
- Colaborar no desenvolvimento da ER, com a elaboração, defesa e publicação dos resultados e das conclusões deste relatório.
- Lidar com questões complexas, e desenvolver as soluções necessárias para dar resposta a situações com implicações e responsabilidades éticas e sociais que advém desses questões, ao longo do processo de prestação de cuidados de ER

Relativamente aos objetivos traçados para a população interveniente na implementação do projeto de intervenção de ER, que tem como principal objetivo capacitar para a autonomia no autocuidado andar em pessoas com défice de equilíbrio e da força muscular, foram definidos outros objetivos específicos:

- Melhorar o equilíbrio corporal, nas pessoas com défice de equilíbrio, decorrente do processo de doença;
- Melhorar a força muscular, nas pessoas com défice de força, decorrente do processo de doença;
- Melhorar o autocuidado transferir-se nas pessoas com défice de equilíbrio e força, decorrente do processo de doença;
- Capacitar para o levantar e manter-se de pé pessoas com défice de equilíbrio e força, decorrente do processo de doença;
- Melhorar o autocuidado andar com e sem recurso a auxiliares de marcha em pessoas com défice de equilíbrio e força, decorrente do processo de doença;
- Capacitar para a autonomia nos autocuidados: uso do sanitário, vestuário, higiene pessoal e banho de forma progressivamente mais autónoma, através da melhoria da força e do equilíbrio
- Identificar o risco de perda funcional, através da aplicação de escalas, e prevenir as respetivas complicações, tais como as quedas e redução da força muscular.
- Verificar a eficácia do plano de intervenção de ER implementado, em pessoas com o autocuidado andar comprometido e défice de força muscular e equilíbrio, decorrentes do processo de doença.

## 5- PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Este projeto de intervenção profissional, proposto pelo Regulamento da UC Estágio Final, foi desenvolvido e implementado, como já referido, numa ULS, EPE pertencente ao SNS, numa unidade de internamento de medicina interna, traduzindo-se num estudo descritivo.

O tema deste projeto de intervenção profissional é “capacitar para a autonomia no autocuidado andar em pessoas com défice de equilíbrio e de força muscular”, estando enquadrado no âmbito da linha de investigação e ação do autocuidado e do papel específico do EEER na sua promoção. Como já referido, este projeto foi desenvolvido tendo em conta o diagnóstico de situação feito no contexto do seu desenvolvimento, ou seja, a existência de défice para o autocuidado. Neste caso em particular optei por desenvolver todo o projeto tendo como base o autocuidado andar, tendo como foco da intervenção os défices de força muscular e de equilíbrio corporal. Sendo os focos escolhidos aqueles que mais contribuíam para o défice no autocuidado andar, incidindo por isso, a minha intervenção nestes mesmos focos.

Sendo o autocuidado o fio condutor da prática de cuidados do EEER e deste projeto, temos como objetivo a satisfação das Atividades de Vida Diárias de forma o mais autónoma quanto possível, promovendo a adaptação ou readaptação funcional das pessoas e otimização das suas capacidades funcionais, utilizando como base estruturante da ação, como já referido, a teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem.

Para isso foram definidos quais os critérios de inclusão dos participantes, de forma a incluir pessoas com alteração no autocuidado andar, que fossem previamente autónomas neste autocuidado e com potencialidade de recuperação desta função. De forma a avaliar potenciais ganhos em saúde para o doente e de forma a identificar indicadores sensíveis aos cuidados de ER, assim como avaliar se os objetivos traçados eram atingidos, foram feitas várias avaliações (uma o mais próximo possível da data de admissão do doente e outra o mais perto possível da data de alta), seguindo a metodologia de estudo descritivo. Para isso recorreu-se a escalas validadas para a realidade portuguesa, como a escala de coma de Glasgow, a escala de queda de Morse, a Escala de Lower para avaliar a força muscular, o índice de Equilíbrio de Tinetti para determinar o equilíbrio funcional, dividida nas suas duas componentes (equilíbrio estático ou sentado e dinâmico ou marcha) e o índice de Barthel modificado para avaliar o grau de dependência em dez autocuidado. Para fundamentar este trabalho utiliza-se a Teoria do autocuidado de Dorothea Orem, a qual se desenvolve de seguida.

Segundo Petronilho e Machado (2016), a enfermagem enquanto profissão e saber organizado surgiu no século XIX em Inglaterra com Florence Nightingale. Sendo que o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, enquanto teoria, teve início quando os enfermeiros se começaram a questionar sobre o que definia a enfermagem. Tendo surgido desde então, em particular desde os anos 80 do século XX, inúmeras teorias visando clarificar qual a natureza da enfermagem, quais os seus objetivos e qual é a sua missão. Ou seja, existiu um período em que a enfermagem era já considerada uma profissão, constituída por um conjunto de saberes organizados, mas que, ainda não era definida per si (Petronilho & Machado, 2016).

Se olharmos para a enfermagem, somos capazes de identificar que as bases do seu conhecimento se alicerçaram nas mais diversas disciplinas, indo beber conhecimentos às ciências sociais e humanas e nas ciências biomédicas, como é o caso da filosofia, psicologia, sociologia e da medicina. Por tudo isto, se torna imperativo que a enfermagem se afirme, desenvolvendo conhecimento próprio, justificando a sua existência enquanto ciência e não meramente na realização de tarefas, clarificando o seu domínio intelectual. Algo que tem vindo a ser desenvolvido em Portugal ao longo das últimas duas décadas, com o desenvolvimento de formação avançada em enfermagem, como são os mestrados e mais recentemente os doutoramentos em enfermagem (Petronilho & Machado, 2016).

Tendo agora em consideração que a enfermagem de Reabilitação, e indo de encontro ao seu RCEEEER (2019b), é uma especialidade com um corpo específico de conhecimentos e procedimentos, cujo principal objetivo passa por maximizar a potencialidade da pessoa e a sua independência, surge assim a teoria de Dorothea Orem.

De acordo com Lutz e Davis (2011), Orem começou em 1959 a desenvolver as suas teorias relacionadas com o autocuidado, que posteriormente continuou a desenvolver, chegando à Teoria do Défice do Autocuidado de Orem, que é composta por 3 sub-teorias: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria do sistema de enfermagem. Sendo que na teoria de Orem, um dos objetivos de enfermagem é o de assistir os doentes, nas necessidades de autocuidado que tenham, permitindo assim o retorno ao autocuidado (Lutz & Davis, 2011; Petronilho & Machado, 2016).

Temos então que “a capacitação é planeada numa abordagem sistémica e as intervenções podem ser compensatórias, parcialmente compensatórias ou educativas.” (Bule & Reis, 2016:56).

De acordo com as mesmas autoras, as primeiras intervenções (compensatórias), e de acordo com o defendido pela teoria do autocuidado de Orem, são aquelas que são inteiramente levadas a cabo pelo enfermeiro. As segundas (parcialmente compensatórias) pressupõem a participação da pessoa na sua execução, para além do enfermeiro. Sendo que

as últimas (educativas), tal como o nome indica, pressupõem o processo educativo/informativo para a capacitação para o autocuidado (Bule & Reis, 2016).

Segundo Queirós, Vidinha e Filho (2014), Orem terá contribuído para a teoria, conhecimento da enfermagem e ciência da enfermagem ao ter desenvolvido uma teoria suficientemente ampla para enquadrar e dar sentido à atividade profissional dos enfermeiros, permitindo construir narrativas explicativas para o que fazem os enfermeiros, dos padrões de conhecimento em que baseiam para a prática e que concomitantemente criam e enriquecem, quando existe necessidade de encontrar respostas para os problemas que surgem na prestação de cuidados. Ainda de acordo com os mesmos autores, Orem contribuiu para a construção de uma linguagem própria da enfermagem ao trazer o conceito de autocuidado para o centro da disciplina, como propósito dos cuidados de enfermagem.

Sendo que a prestação de cuidados de ER, prestados ao longo de todo este percurso teve como base a teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem, baseando-me nas necessidades reais dos doentes e recursos disponíveis no contexto. Visou-se sempre ir ao encontro das necessidades dos doentes e famílias, capacitando-os, maximizando a sua autonomia e minimizando risco de complicações associadas à imobilidade de forma a promover o autocuidado, enquanto se desenvolviam as competências necessárias para dar resposta às exigências de Mestranda.

## 5.1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com a CIPE (2015) andar é a capacidade para a pessoa se mobilizar, ou seja, “o movimento do corpo de um lado para o outro, movendo as pernas passo a passo, capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz (...)” (CIPE, 2015:39).

O movimento “é vital à saúde dos seres humanos”, sendo que “a capacidade de mobilizar-se e de deambular pode sofrer alterações decorrentes do processo de envelhecimento e na sequência de determinadas patologias, lesões ou cirurgias” (Coelho, Barros & Sousa, 2017:227).

Segundo Hoeman, Lizner e Alverzo (2011) “o movimento é essencial para a capacidade de interação da pessoa com o meio ambiente”. Sendo que “os problemas resultantes da imobilidade são rapidamente visíveis na saúde da pessoa” e que a “imobilidade e a limitação funcional representam enormes desafios” para os profissionais de saúde (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011:231). Sendo que surgem como consequências dessas mesmas limitações/imobilidade “a depressão, desorientação, irritabilidade, falta de energia ou

interesse, incontinência, alterações do equilíbrio, aumento da dor ou sofrimento e doenças em geral.” (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011:209).

Podem ser causa de alterações na mobilidade fatores como: doenças crónicas, doenças respiratórias, alterações do foro psicológico, doenças cardíacas, envelhecimento, dor intensa, problemas orto-traumático, desnutrição, doenças neurológicas e défice neurosensorial (OE, 2013).

As alterações na mobilidade podem ter consequências como alterações respiratórias, alterações cardiovasculares, alterações gastrointestinais, alterações urinárias, alterações metabólicas, alterações no sistema nervoso, alterações na pele e tegumentos e alterações músculo-esqueléticas. Sendo que as alterações no sistema musculo esquelético são a diminuição da contração muscular, a perda de força e de massa muscular, atrofia musculares, contraturas e osteoporose (OE, 2013).

A nossa capacidade de funcionar enquanto indivíduos e de desempenharmos as nossas atividades de vida diárias (tanto as básicas como as instrumentais), está dependente de diversos fatores: o nosso desempenho muscular, o equilíbrio/reajuste corporal, a estabilidade, a mobilidade/flexibilidade, o controlo neuromuscular/coordenação e a resistência física/cardiopulmonar (Kisner & Colby, 2005).

De acordo com Santos (2016), um dos desígnios dos enfermeiros de Reabilitação é a “intervenção precoce juntos das pessoas (qualquer que seja a sua idade e contexto) afetadas por doenças e incapacidades, no sentido da sua recuperação e limitação das suas sequelas, preservando o seu máximo potencial” (Santos, 2016, p XIII).

Um dos elementos chave da reabilitação é recuperar a função motora, “quer o problema seja de fraqueza, fadiga, dor ou imobilidade e atrofia, o objetivo da reabilitação é permitir que os doentes recuperarem um máximo de funções, coordenação, força, resistência e conforto” (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011:241), sendo que “as intervenções terapêuticas para a mobilidade e autocuidado são os princípios fundamentais da prática de enfermagem de reabilitação” (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011:230).

Diz-nos a Ordem dos Enfermeiros que, “a mobilidade funcional pode estar alterada em consequência da situação física ou clínica resultante de determinadas patologias, lesões ou cirurgia e reveste-se de um carácter negativo com repercussões reconhecidas.” (OE, 2013:22).

Será importante referir que, de acordo com a OE (2013), muitas vezes as alterações a nível de mobilidade poderão trazer consequências para a saúde, ainda mais graves do que a patologia que esteve na sua origem “transformando uma redução da capacidade funcional temporária em incapacidade” (OE, 2013:22) efetiva e permanente. Apesar disto, existem

algumas situações (de doença-aguda, traumatismo), em que o repouso, como prescrição da restrição da mobilidade, poderá ter efeitos benéficos para o tratamento da pessoa (OE, 2013).

Relativamente ao controlo postural e ao equilíbrio, segundo Toubarro (2016) “as alterações a nível neuromuscular são as mais comuns na diminuição do controlo postural, em caso de disfunção neurológica, afetando a capacidade de gerar força/tensão muscular, incluindo controlo de movimento e postura” (Toubarro, 2016:164). Sendo que as “diferentes restrições a nível do sistema músculo-esquelético podem limitar bastante as diferentes estratégias utilizadas pelo individuo para obtenção/reaquisição de equilíbrio, influenciando o seu controlo postural e a sua recuperação/independência.” (Toubarro, 2016:164), pelo que existe sempre a necessidade de um programa de intervenção o mais adaptado possível às características/limitações de cada um.

A preparação para a marcha, ou “as atividades de pré-ambulação começam o mais cedo possível e são orientadas na cama, incluindo exercícios isométricos para fortalecer os músculos dos membros superiores, tronco e membros inferiores, os glúteos e os abdominais para permanecer em pé e andar” (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011:240). Sendo que estes autores defendem que é importante a aquisição de equilíbrio na posição sentada antes de iniciar o programa de marcha, evoluindo posteriormente no programa de reabilitação, com vista a manter o equilíbrio em pé. De acordo com a OE (2013) no caso de a pessoa “não apresentar bom equilíbrio estático de pé, deve ser considerado se será o melhor timing para iniciar a deambulação” (OE, 2013:62).

Segundo a OE (2013), a preparação para a marcha deverá ser feita através da:

“manutenção da amplitude de movimentos articulares, posicionamentos adequados no leito e levante precoce, seguindo todas as indicações descritas anteriormente. Atividades como virar na cama e outras relacionadas com o desempenho das atividades da vida diária (AVDs) têm um efeito benéfico na manutenção de funções que irão posteriormente facilitar a deambulação.” (OE, 2013:62).

A mobilidade é assim, um processo complexo, multifatorial, indispensável para a nossa relação, enquanto seres humanos com tudo aquilo que nos rodeia. é um descritor da condição humana, sendo essencial para a satisfação das nossas necessidades mais básicas e para a manutenção da nossa homeostase. Sendo, por esta perspetiva, que se pretende abordar a mobilidade neste projeto. Enquanto necessidade humana essencial, naquilo que é apenas uma das suas manifestações – a marcha, nomeadamente na capacitação para o autocuidado andar em pessoas com défice de equilíbrio corporal, e de força muscular, enquanto focos de intervenção o mais precoce possível, potenciando assim a autonomia da pessoa, indo de encontro ao que os vários autores nos referem.

Sendo que os objetivos específicos para a reabilitação passam por atingir a independência possível na satisfação das AVD's, por prevenir complicações e incapacidades adicionais, maximização funcional e mobilidade, segurança, satisfação, qualidade de vida, coping eficaz, melhorar a acessibilidade e acesso a comunidade e qualidade na interação em sociedade (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011), foi assim criado um programa de intervenção de ER com vista à reabilitação do autocuidado andar, ao melhorar a força muscular e o equilíbrio corporal, que irei de seguida descrever.

### **5.1.1 - Intervenção de Enfermagem na Reabilitação para a Força**

Como já referido o movimento muscular, constitui um foco de intervenção dos EEER, sendo a força muscular um importante fator para o movimento (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011).

Existem diversas alterações que influenciam a mobilidade funcional das pessoas, como o sistema motor eferente do sistema nervoso periférico, que tem influencia no controlo do tónus muscular, nos reflexos, no movimento, na coordenação e no equilíbrio, ou o sistema musculo esquelético, que é o sistema que controla a força muscular, os limites de movimento, a estabilidade articular, o alinhamento e o controlo postural e posicionamento do corpo, sendo todos eles regulados pela capacidade de resistência/fadiga e influenciados por fatores como a nutrição, o sono, o stress e o nosso estado geral de saúde (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011).

Sendo que “por cada semana de imobilidade completa no leito a pessoa perde cerca de 10% a 20% da sua força muscular inicial e partir de 4 semanas cerca de 50% desta pode estar perdida.” (Coelho, Barros & Sousa, 2016:228 citando Boechat, Manhães, Filho & Istoe, 2012).

De forma a intervir, deverá ser efetuada uma avaliação da força posteriormente à intervenção, neste caso recorrendo à escala de Lower, sendo descrita a sua aplicação e utilização adiante, aquando da descrição dos instrumentos de avaliação utilizados no projeto.

De acordo com os diversos autores existem vários tipos de técnicas de mobilização, dividindo-se em 2 grandes grupos, as mobilizações passivas e as mobilizações ativas (Coelho, Barros & Sousa, 2016; Branco & Santos, 2010; Menoita, 2012; Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011). Sendo que os exercícios de amplitude articular isotónicos (como é o caso das mobilizações passivas e ativas) têm como objetivo prevenir contraturas e atrofia musculares, manter o tónus, a força e a função muscular (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011).

As mobilizações ativas, são as que realizadas pela própria pessoa e podem-se dividir em mobilizações ativas livres, mobilizações ativas assistidas e mobilizações ativas resistidas (Coelho, Barros & Sousa, 2016).

No que concerne às mobilizações passivas, são indicadas quando estamos na presença de tecido inflamado e quando a pessoa não é capaz de se mover ativamente (por doença ou prescrição de repouso), estas têm como principais objetivos, manter as amplitudes articulares (articulação e tecido conjuntivo, o de minimizar os efeitos provenientes da formação de contraturas, manter a elasticidade do músculo, contribuir para a circulação vascular, promover o movimento sinovial de forma a nutrir as cartilagens e promover a difusão de materiais na articulação, diminuir a dor, ajudar na recuperação pós-cirúrgica ou traumática e ajudar a pessoa a manter a perceção do movimento. Este tipo de mobilizações é feito recorrendo a uma força externa, que pode ter origem noutra pessoa, na gravidade, num aparelho de mobilização, ou até mesmo recorrendo a outra parte do corpo da própria pessoa (Kisner & Colby, 2005).

Relativamente às mobilizações ativas, estas dizem respeito ao movimento produzido pela própria pessoa, tal como as mobilizações ativas assistidas, em que a juntar ao movimento produzido pela própria pessoa existe uma força externa, que dá assistência no movimento (seja mecânica ou manual), de força a auxiliar a dar termo ao arco de movimento, que de outra forma a pessoa não seria capaz de terminar. Os objetivos das mobilizações ativas são manter a elasticidade e contratilidade dos músculos, providenciar o feedback sensorial da contração muscular, estimular a manutenção óssea e articular das pessoas, aumentar a circulação e prevenir a formação de trombos e favorecer a capacidade de coordenação e das habilidades motoras para posteriormente desenvolver atividades funcionais (Kisner & Colby, 2005).

Assim que a pessoa consiga completar os movimentos de forma segura, pode-se progredir para os exercícios ativos resistidos. É importante referir que, caso não haja inflamação dos tecidos, é sempre preferível a mobilização ativa à passiva (Kisner & Colby, 2005).

Nas mobilizações ativas resistidas é aplicada uma resistência ao arco de movimento, podendo essa resistência ser aplicada pela própria pessoa, pelo EEER, pela utilização de produtos de apoio como pesos. Os benefícios deste tipo de exercícios passam por melhorar o desempenho muscular, ou seja, restauram, melhoram ou mantêm a força e aumentam a resistência muscular à fadiga. Aumentam a força dos tecidos conjuntivos, ajudam a aumentar a densidade mineral óssea, diminuem a sobrecarga articular na atividade física e diminuem o risco de eventuais lesões no decorrer da atividade física, ajudam a melhorar o equilíbrio (Kisner & Colby, 2005).

Para o movimento muscular, a OE (2015a) define como intervenções do EEER a execução de técnicas de exercício muscular e articular passivo, ativo-assistido, ativo resistido, a execução destas técnicas recorrendo a dispositivos auxiliares, o incentivo às auto

mobilizações e a monitorização da força com recurso a escalas. Define também como intervenções do EEER o treino e instrução de técnicas de exercício muscular e articular como as auto mobilizações, as mobilizações passivas, ativas assistidas e as resistidas, os exercícios de agachamento, os exercícios de fortalecimento muscular e os exercícios de motricidade fina.

Devem ter-se em atenção o cumprimento de determinados princípios, aquando da mobilização, tais como: correto posicionamento e alinhamento corporal, executar os movimentos suave e firmemente, sem ultrapassar o limiar da dor da pessoa, realizar as mobilizações no sentido distal para o proximal e respeitar a amplitude articular existente, mantendo-a dentro daquilo que são considerados os limites de amplitude normais. O programa de mobilização deve incluir todos os movimentos possíveis de cada segmento articular, devendo o movimento ser feito de forma homogénea e rítmica. Sendo que, de forma a maximizar a eficácia do programa de reabilitação a execução do programa de mobilização deveria ser aplicado 2 vezes por dia, repetindo os movimentos pelo menos 10 vezes (Branco & Santos, 2010).

### **5.1.2 - Intervenção de Enfermagem Reabilitação para o Equilíbrio**

O equilíbrio é um Status, que se define pela “segurança do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para movimentar-se, pôr-se de pé, sentar-se ou deitar-se” (CIPE, 2015:52).

É importante, antes de mais, que a pessoa trabalhe e adquira equilíbrio quando sentada. Para isso podem ser realizados exercícios sentada, com os pés apoiados firmemente no chão, levantando os membros superiores à sua frente, movendo-os para cima e para baixo e lateralmente para a esquerda e para a direita. Se a pessoa nesta fase tiver equilíbrio, poderá iniciar treino de marcha. Caso o objetivo seja a marcha com recurso a auxiliar, como canadianas, ou andarilho, poderão também ser realizados exercícios como as elevações do corpo, com os membros superiores apoiados num cadeirão de braços (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011).

Atividades como o balançar aumentam a estimulação vestibular, e por isso, contribuem para melhorar o equilíbrio (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011).

Segundo Menoita (2012) as atividades terapêuticas são baseadas no desenvolvimento motor que vai sendo adquirido pelos bebés. Ou seja, inicialmente aprendem a rolar, depois a sentar, depois a adquirir a posição ortostática e só depois a marcha, exindo repetição constante.

Sendo assim, uma das formas de melhorar o equilíbrio é recorrendo a atividades terapêuticas, que se podem iniciar no leito, como rolar, a ponte, a rotação controlada da anca, as auto mobilizações, aplicação de carga no cotovelo, exercícios de facilitação cruzada e posteriormente exercícios de equilíbrio. (Menoita, 2012; Branco & Santos, 2011).

O exercício de rolar no leito, é um movimento que a pessoa faz sozinha (caso consiga) de forma a mobilizar-se no leito (Menoita, 2012), tendo como objetivos iniciar o autocuidado, favorecer o correto alinhamento corporal, estimular a sensibilidade e facilitar o equilíbrio quando em decúbito lateral (Branco & Santos, 2011).

O exercício da ponte é realizado com a pessoa posicionada em decúbito dorsal, membros superiores em extensão ao longo do corpo, ligeiramente abduzidos, fazendo depois a flexão da coxa femural e joelhos, mantendo os membros inferiores em ligeira abdução, fazendo depois a elevação da pelve. Tendo este exercício como objetivos: facilitar o autocuidado, aliviar a pressão, prevenindo assim o surgimento de lesões por pressão, fortalecer a musculatura, de forma a assumir a posição supina e posteriormente iniciar a marcha (Branco & Santos, 2011).

Os exercícios de facilitação cruzada, são realizados bilateralmente, e têm como objetivo facilitar o autocuidado, ajudar a integrar o esquema corporal, estimular a sensibilidade postural e preparar para o levante (Branco & Santos, 2011). Podem ser realizados em decúbito dorsal, em posição sentada ou até mesmo em pé e consistem em passar o membro superior do lado contralateral pela linha média, podendo ser feitos com recurso a objetos, como por exemplo levar uma garrafa de água do lado esquerdo para o lado direito e vice-versa.

Em relação aos exercícios de carga no cotovelo, estes exercícios são feitos com a pessoa em decúbito dorsal, devendo elevar-se do colchão, realizando carga no cotovelo, devendo o ombro ficar diretamente acima do cotovelo. Estes exercícios têm como objetivo estimular a sensibilidade proprioceptiva, a preparação para a posição de sentado, o treino de equilíbrio, a reintegração do esquema corporal, a estimulação dos reflexos cervicais e controlar o movimento da cabeça (Branco & Santos, 2011).

Relativamente aos exercícios de treino de equilíbrio, estes têm como objetivos reeducar o mecanismo reflexo-postural, estimulação da sensibilidade postural ao realizar carga nos membros superiores e inferiores, estimular a musculatura do tronco e preparar para a marcha (Menoita, 2012), assim como estimular os reflexos cervicais e promover a autonomia e promover a satisfação da pessoa (Branco & Santos, 2011). Os exercícios de treino de equilíbrio devem ser feitos com a pessoa apoiada com os pés descalços no chão, devendo os membros superiores ficar em extensão e apoiados (na cama ou na cadeira), de forma a suportar o peso do tronco, com os membros inferiores pendentes, fazendo um grau de cerca de 90°, ligeiramente abduzidos. De forma a testar o equilíbrio sentado dinâmico (a pessoa

deve já demonstrar equilíbrio estático sentada), deve ser impressa uma ligeira força a nível dos ombros da pessoa, causando desequilíbrios ligeiros de forma a que a pessoa contrarie estes estímulos, de forma a recuperar o equilíbrio, sendo essencial que se vá procedendo à correção postural (Branco & Santos, 2011; Menoita, 2012).

Para a OE (2015a), após a avaliação do equilíbrio, ou seja após verificação de existência de equilíbrio estático e dinâmico sentado e em pé, após avaliação de postura (adoção de posições viciosas), avaliação de presença de deformidades na coluna, avaliação de existência de dismetrias (dedo-nariz e calcanhar Joelho) e avaliar se a pessoa suporta ou não o próprio peso, faz-se o juízo relativo ao equilíbrio (comprometido ou não), avançando para as intervenções, como a correção postural (de forma a estimular o equilíbrio corporal), técnicas de treino de equilíbrio como a alternância de carga nos membros inferiores, o apoio unipodal, contorno de obstáculos, exercícios de coordenação de movimentos, e exercícios de facilitação cruzada. Devendo ser aplicada uma escala para avaliação de equilíbrio, sendo que no caso deste projeto optei pela aplicação do Índice de Tinetti (OE, 2015a).

O treino de equilíbrio tem como objetivos a reeducação do mecanismo reflexo-postural e estimular a sensibilidade postural ao aplicar carga nos membros superiores e inferiores, mas sobretudo, preparar para a marcha (Menoita, 2012).

Finalmente, relativamente ao treino de equilíbrio em posição ortostática, este consiste em dizer à pessoa que se posicione na beira do sítio onde estiver sentada (cadeirão, cama, cadeira), de forma a que se consiga impulsionar para cima, fazendo força com os membros inferiores e superiores, enquanto se inclina para a frente com o tronco, até ficar de pé. Este exercício implica treino e repetição, e passa por ficar de pé apoiado nalgum tipo de suporte (andarilho, costas de uma cadeira) numa fase inicial até que consiga, enquanto mantém uma posição ereta, mobilizar os membros, enquanto mantém o equilíbrio (Coelho, Barros & Sousa, 2016).

Enquanto em posição ortostática podem ser feitos alguns exercícios de forma a treinar o equilíbrio como exercícios de flexão plantar (eivar os calcanhares do chão) e flexão do joelho, flexão e extensão da coxofemoral, elevação lateral da perna (abdução) e levantar e sentar sem o apoio das mãos, sendo que todos estes exercícios têm como objetivo o fortalecimento da musculatura, sobretudo dos Membros Inferiores e abdómen e região dorsal (Neves, 2012 citado por Coelho, Barros & Sousa, 2016).

### **5.1.3 - Intervenção de Enfermagem Reabilitação para o autocuidado andar**

Como já referido, enquanto bebé, nos primeiros meses de vida, estamos dependentes de terceiros para nos deslocarmos, sendo que de uma forma bastante veloz, o reflexo postural

se desenvolve, começando o bebé a rolar, a sentar, a gatinhar e finalmente a andar, garantindo a sua independência (Marques-Vieira & Caldas, 2016). Pelo menos em termos de locomoção.

As atividades de pré ambulância deverão iniciar-se o mais cedo possível, mesmo antes de a pessoa iniciar levantar, na cama. Estas atividades devem incluir exercícios isométricos para fortalecimento muscular, direcionados para os Membros Superiores e Inferiores, tronco, músculos glúteos e músculos abdominais, de forma a facilitar o pôr-se de pé. Poderão também ser realizados exercícios como os sit-up's em decúbito dorsal e os push-up's quando em decúbito ventral (Hoeman, Lizner & Alverzo, 2011).

A preparação para a marcha deve ser feita mantendo as amplitudes de movimento articular, através do adequado posicionamento no leito e através do levantar o tão precoce quanto possível, sendo que as atividades terapêuticas no leito, têm um efeito positivo ao manter funções que irão ser necessárias e facilitadoras da marcha. O treino de marcha só deverá ser iniciado após a aquisição de equilíbrio estático em pé (OE, 2013).

O programa de reabilitação de ER para o treino de marcha deve incluir exercícios como contrações isométricas, mobilizações passivas, ativas assistidas e resistidas e atividades terapêuticas como rolar na cama e ponte, assim como treino de sentar na cama e treino de equilíbrio sentado e em pé (Branco & Santos, 2011).

Poderá ser necessário recorrer a auxiliares de marcha, os quais deverão ser adequados à situação clínica de cada pessoa e às suas necessidades e incapacidades individuais, sendo que a sua utilização deveria ser única e não partilhada, visto que as características de quem os utiliza dificilmente serão as mesmas. Deve ter-se também em atenção as condições de segurança, tanto para o doente como para o prestador de cuidados, de forma a prevenir lesões músculo-esqueléticas decorrentes da atividade profissional (transversal a qualquer tipo de cuidados prestados). Sendo que a pessoa/doente, deverá utilizar calçado adequado (antiderrapante, fechado, tamanho adequado), com bom apoio e os auxiliares de marcha devem ter as borrachas de apoio intactas (OE, 2013).

De entre os objetivos do treino de marcha estão a recuperação do padrão automático da marcha, a promoção da independência na marcha e claro está, manter a segurança da pessoa, visto a associação dos défices de marcha e de equilíbrio ao risco de queda (Marques-Vieira & Caldas, 2016), daí ser necessário verificar as condições de segurança como a adaptação do domicílio para a marcha (OE, 2015) como existência de degraus, desníveis, tapetes, obstáculos, animais pequenos, calçado adequado. Neste caso, para além da preparação para a alta, indagando condições no domicílio e indicando correções e necessidades identificadas, foi feito treino de marcha, cumprindo condições de segurança em ambiente hospitalar (identificação de necessidade de utilização de auxiliares de marcha e qual

o mais adequado a cada situação, calçado o mais adequado possível, recorrendo muitas vezes a adaptações no calçado disponível, piso seco e sem obstáculos, necessidade de colocação de cadeiras para repouso/recuperação ao longo do percurso de marcha (Branco e Santos, 2011; OE, 2015). Andando por isso, a marcha sempre de mãos dadas com o risco de queda, sendo por isso utilizado neste trabalho uma escala de avaliação do risco de queda (escala de queda de Morse).

Para o treino de marcha existem diversas abordagens possíveis. O enfermeiro poderá colocar-se de frente para a pessoa, apoiando-a ao nível das ancas, colocando as suas mãos bilateramente, enquanto prende os antebraços da pessoa com os seus, permitindo-lhe assim controlar e apoiar os movimentos da anca (para a frente e para o lado, à medida que dá passos). Este exercício pode também ser feito com o ER posicionado posteriormente à pessoa. Poderá também ser feito treino de marcha, colocando-se o ER lateralmente à pessoa.

Pode ser necessário recorrer a treino de marcha recorrendo ao apoio de auxiliares de marcha, como canadianas, andarilho, bengala, tripé, sendo necessário ajustar cada um deles à altura da pessoa, proporcionando assim um apoio adequado na marcha com canadianas pode-se utilizar a técnica de marcha a quatro, três ou dois pontos (Marques-Vieira & Caldas, 2016).

Na marcha com andarilho podem-se considerar dois tipos: marcha com sustentação parcial do peso do corpo pelos membros superiores ou marcha apenas com sustentação parcial do peso do corpo pelos membros superiores.

É importante referir que é mais benéfico um treino de curta duração, realizado várias vezes ao longo do dia, do que apenas um treino prolongado (Marques-Vieira & Caldas, 2016; Menoita, 2012, citando Martins, 2002).

Sendo que é imprescindível que ao longo do processo de reabilitação se vá recorrendo ao encorajamento da pessoa e ao reforço positivo de forma a valorizar as conquistas que se vão conseguindo, avançando cada vez mais no treino de marcha, recorrendo ao reforço de tudo o que foi alcançado, ao mesmo tempo que se desafia a pessoa a ir mais além e superar-se, ao mesmo tempo que se respeitam as suas limitações (Marques-Vieira & Caldas, 2016).

## 5.2 – METODOLOGIA

O presente estudo é um estudo descritivo, que tem como objetivo o desenvolvimento de um Programa de Enfermagem de Reabilitação de forma a capacitar a pessoa para a autonomia no autocuidado andar. Este estudo foi realizado no âmbito do estágio final do Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Enfermagem de Reabilitação, num serviço de internamento de medicina interna, de uma ULS, no período entre 09 de dezembro

a 15 de junho de 2020, sendo que relativamente à sua natureza, se pode considerar como sendo de natureza transversal (Fortin, 2009), dado que é limitado a um período de tempo específico.

Considera-se que a investigação é qualitativa, tendo em conta que é um estudo descritivo, visto que permite reconhecer características de um fenómeno, permitindo assim, conseguir uma visão mais abrangente e generalizada da problemática em estudo e da população, definindo objetivos para a investigação (Fortin, 2009).

Para o desenvolvimento e implementação deste projeto foram selecionados 6 participantes. Sendo que os critérios de inclusão abrangiam: pessoas que apresentem défice de movimento muscular, ou seja, diminuição da força (avaliada com recurso à escala de Lower), défice equilíbrio (seja estático ou dinâmico, em posição ortostática ou sentada) mas com potencialidade de recuperação de funcionalidade para a marcha, ter um Score na escala de coma de Glasgow >13, serem previamente capazes de se verticalizar autonomamente e estarem capazes de consentir a sua integração no programa de reabilitação através da assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido.

#### 5.2.2 - Instrumentos de recolha de dados

Segundo Marques-Vieira, Sousa e Braga (2016), “pretende-se que na prática clínica, se recorra a instrumentos padronizados, válidos e confiáveis para fundamentar a tomada de decisão, com a avaliação adequada da ajuda necessária na mobilidade (transferências, sentar, andar) e no autocuidado (sanitário, comer, lavar-se, vestir-se, a vida doméstica).” (Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2016:469), sendo que todos os instrumentos aplicados devem estar validados tendo em conta a adaptabilidade não só linguística, mas também cultural das escalas, tencionando-se que a avaliação feita pelos EEER seja rigorosa de forma a intervir adequadamente (Marques-Vieira, Sousa & Braga, 2016).

Sendo que,

“No âmbito dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (CEER), quer os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) quer as organizações de saúde têm vindo a manifestar a necessidade premente da utilização de instrumentos de medida que permitam quantificar e evidenciar os resultados obtidos pela intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação. A par desta, surge também a necessidade de uniformizar instrumentos de avaliação que permitam não só a documentação dos cuidados especializados e a sua continuidade, mas também o desenvolvimento de projetos de investigação que se possam assumir como boas práticas e ser replicados.” (OE, 2016:3).

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram os seguintes: a Escala Lower para avaliar a força muscular, o índice de Tinetti para determinar o equilíbrio funcional, dividida nas

suas duas componentes (equilíbrio estático ou sentado e dinâmico ou marcha), o Índice de Barthel modificado para avaliar o índice de dependência em dez autocuidados, a escala de coma de Glasgow para avaliação do status neurológico e a escala de Morse para avaliação do risco de queda. Sendo que foram também colhidas diversas variáveis de caracterização da amostra (medicação, diagnóstico clínico de internamento, antecedentes pessoais, sexo, idade e constituição do agregado familiar) (Anexo I – Instrumento de colheita de dados).

#### 5.2.2.1 - Índice de Barthel Modificado

Segundo Pinheiro (2013) o Índice de Barthel Modificado é uma escala já validada para a Língua portuguesa, sendo um instrumento de fácil aplicação e com elevado nível de confiabilidade e validade (Anexo I).

Apóstolo (2012), citando Sequeira (2007), refere que o índice de Barthel Modificado avalia o nível de dependência da pessoa para a execução de 10 Atividades: Comer, Higiene Pessoal, Uso do Sanitário, Tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres (vesical e intestinal), deambular (com cadeira de rodas ou não), transferências (da cadeira para a cama e subir e descer escadas. A avaliação desta escala é feita por observação direta da pessoa, variando o seu score entre 0-100, sendo que a obtenção de um score inferior a 20 é sinónimo de dependência total, entre 20-50 significa que é uma pessoa severamente dependente, entre 51-75 é considerada uma dependência moderada, entre 76-99 significa uma dependência ligeira e um score de 100 é sinónimo de independência total. O Índice de Barthel Modificado também fornece informação não só em relação ao grau de dependência total, mas também para cada atividade avaliada, dando informação útil ao identificar incapacidades e necessidades específicas de cada pessoa, podendo assim, o EEER dirigir o seu foco de atuação e atuar nesse sentido, tendo este instrumento de avaliação um elevado nível de fidelidade (Apóstolo, 2012, citando Araújo et al., 2007).

#### 5.2.2.2 - Escala de coma de Glasgow

Este é um dos instrumentos mais utilizados para avaliação do estado de consciência (Anexo II), contemplando 3 parâmetros de avaliação: a abertura dos olhos, que atribui um score entre 1 a 4, sendo que 4 corresponde à abertura espontânea dos olhos e o 1 que a abertura ocular está ausente; a resposta verbal, que pontua entre 1 a 5, correspondendo o 5 a uma resposta verbal orientada e o 1 à ausência de resposta verbal; e a resposta motora da pessoa, variando o score entre 1 a 6, sendo que o 6 significa que a pessoa é capaz de obedecer a ordens e o 1 que não existe qualquer resposta motora. Sendo que o score total obtido poderá variar entre 3-15 pontos. Sendo que um score menor do que 8 é significado de

um prognóstico reservado (Branco & Santos, 2010). É por isso, importante referir que a avaliação da escala de coma de Glasgow se faz tendo em conta a melhor resposta da pessoa e não a pior, para qualquer um dos parâmetros da avaliação. Sendo que para a implementação deste projeto, como critério de inclusão foi definido que tinham que ser pessoas orientadas, com abertura ocular espontânea e que na resposta motora tinham que pelo menos fugir à dor (O-4, V-5, M-4), ou seja, com um score total na escala de coma de Glasgow de 13.

#### 5.2.2.3 - Índice de Tinetti

Optei por escolher esta escala de avaliação, pois para proceder à sua aplicação não é necessário equipamento específico e é um instrumento de avaliação bastante confiável, detetando alterações na marcha. É também um instrumento que possibilita a deteção precoce de alterações na marcha, possibilitando uma ação preventiva, tendo sido validada e traduzida para a língua portuguesa por Petiz (2002) no desenvolvimento da sua tese de mestrado (Apostolo, 2012).

Este teste divide-se em 2 partes distintas (Anexo III), uma que avalia o equilíbrio e outra que avalia a marcha. Para aplicar este teste a pessoa a avaliar tem que executar 19 tarefas diferentes, sendo que 9 correspondem à avaliação do equilíbrio sentado e 10 à avaliação da marcha e a sua aplicação é feita por observação direta. O score total varia entre 0-28, sendo que um score abaixo de 19 significa para além de mau equilíbrio apresenta um alto risco de queda. Um score entre 20 e 24 um risco moderado de queda.

#### 5.2.2.4 - Escala de Lower

Para avaliação da força recorri à escala de Lower (Anexo IV), sendo que esta avaliação deverá ser realizada sempre bilateralmente, de forma a conseguir fazer-se a comparação entre os diferentes segmentos contralaterais, iniciando-se a avaliação dos segmentos mais distais para os proximais (Branco & Santos, 2010).

Esta escala varia entre 0-5, sendo que:

- 0/5 – sem contração muscular e sem movimento
- 1/5 – contração palpável e/ou visível sem movimento
- 2/5 – Movimento das extremidades não vencendo a gravidade
- 3/5 – raio de movimento completo apenas contra a gravidade e não contra a resistência
- 4/5 – Raio de movimento completo contra a resistência moderada e contra a gravidade
- 5/5 – Movimento normal contra a gravidade e a resistência (Branco e Santos, 2010).

#### 5.2.2.5 - Escala de queda de Morse

Sendo que as quedas se configuram como o incidente de segurança mais reportado em contexto hospitalar e a prevalência das quedas constituem um indicador da segurança dos doentes, sensível aos cuidados de enfermagem (Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014), torna-se importante proceder a uma avaliação deste risco, sobretudo no âmbito deste projeto de intervenção, que tem como alvo de cuidados pessoas com alterações na marcha.

Segundo a DGS (2019) deve ser realizada a avaliação do risco de queda a todas as pessoas internadas, recorrendo à escala de queda de Morse (anexo V), que se encontra validada para a população portuguesa. Sendo que esta avaliação deverá ser realizada na admissão, sempre que ocorra alguma alteração do estado clínico, quando ocorre uma queda ou quando existe transferência (seja intra ou inter-hospitalar), devendo ser aplicado por um enfermeiro.

A pontuação total desta escala varia entre 0 e 125 pontos, dividindo-se em 3 tipo de risco:

- De 0 a 24 pontos corresponde a ausência de risco
- Entre 25 e 50 pontos significa que a pessoa tem um baixo risco de queda
- Uma pontuação superior a 51 pontos corresponde a um alto risco de queda (DGS, 2019).

Conforme a pontuação obtida, devem ser implementadas intervenções com vista à segurança do doente. Podendo inclusive ser necessário avaliar outros fatores, como a força muscular, exame neurológico, avaliação da marcha, entre outras (DGS, 2019).

Estes instrumentos de avaliação foram aplicados em pelo menos dois momentos: um o mais próximo possível da data de admissão e da data do primeiro levante (para correta avaliação do índice de Tinetti) e a outra o mais próximo possível da data de alta da pessoa. Para a sua correta avaliação foi criado um instrumento de colheita de dados, que contempla a inclusão de todas estas escalas, assim como de outras variáveis (Anexo I).

Para a efetiva implementação do projeto, foram aplicadas as seguintes estratégias:

- Realizar pelo menos 3 sessões de ER seguindo o plano de ER definido pelo projeto de intervenção;
- Realizar pelo menos 2 avaliações durante o período de internamento, como já referido. A primeira o mais próximo possível da data de admissão e a última o mais perto possível do dia da alta, preferencialmente feita mesmo no dia de alta;
- Identificar o risco de perda funcional, através da aplicação de escalas, e prevenir as respetivas complicações, tais como as quedas e redução da força muscular;

- Obedecer a uma lógica progressiva, tendo em conta a avaliação inicial feita a cada pessoa. Sendo que o plano de cuidados, contemplará intervenções tendo como objetivos a recuperação/manutenção do movimento muscular e do equilíbrio, com vista à recuperação da autonomia para a marcha, tanto quanto possível;

- Ir ajustando o plano no decorrer das intervenções, conforme as necessidades que surjam e objetivos do participante.

### 5.3 - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Foi definido um protocolo de intervenção de enfermagem de Reabilitação (Tabela 3), dividido em diversas etapas: movimento muscular, equilíbrio no leito, equilíbrio sentado, equilíbrio ortostático, andar e subir e descer escadas. Sendo que a etapa força, foi transversal a todo o programa de treino. Este protocolo de intervenção tem sempre em conta fatores como: fadiga muscular, limiar de dor, tolerância ao esforço, alinhamento corporal e correção postural.

Não existindo ainda um consenso sobre a intensidade, a frequência e a duração das intervenções de enfermagem de reabilitação, a evidência sugere-nos que o planeamento de programas estruturados, adaptados e individualizados, de acordo com as capacidades da pessoa, podem facilitar a reabilitação destes doentes (Azevedo & Gomes, 2015).

De acordo com a OE (2013) para minimizarmos os efeitos da imobilidade, é necessário que haja um diagnóstico de enfermagem tão precoce quanto possível, assim como o planeamento de intervenções de enfermagem, que terão como objetivo a prevenção de complicações, assim como a recuperação ou manutenção do status funcional da pessoa, traduzindo-se isso em ganhos importantes para a pessoa, mantendo a sua independência funcional e assim também, a sua qualidade de vida.

Diagnósticos	1ªetapa	2ªetapa	3ªetapa	4ªetapa	5ª etapa
Conhecimento	Ensinos sobre programa de reabilitação	Esclarecimento de dúvidas relativamente à primeira etapa e reforço/incentivo do programa de reabilitação	Esclarecimento de dúvidas relativamente à segunda etapa e reforço/incentivo do programa de reabilitação	Esclarecimento de dúvidas relativamente à terceira etapa e reforço/incentivo do programa de reabilitação	Esclarecimento de dúvidas relativamente à quarta etapa e reforço/incentivo do programa de reabilitação
Movimento muscular	- Mobilizações passivas (10 para cada segmento articular) - Mobilizações ativas assistidas (5 para segmento articular)	- Mobilizações ativas assistidas (10 para segmento articular) - Automobilizações (5 para cada	Automobilizações (10 para cada segmento articular)	Automobilizações (15 para cada segmento articular)	Automobilizações (2 séries de 10 repetições para cada segmento articular)

	- Ensino sobre Automobilizações	segmento articular)			
Força	- Mobilizações ativas resistidas (5 para cada segmento articular)	Mobilizações ativas resistidas (7 para cada segmento articular)	Mobilizações ativas resistidas (10 para cada segmento articular) -agachamentos (5 vezes)	Mobilizações ativas resistidas (2 séries de 10 repetições para cada segmento articular) -agachamentos (2 séries de 5 repetições)	Mobilizações ativas resistidas (2 séries de 10 repetições para cada segmento articular) -agachamentos (2 séries de 10 repetições)
Equilíbrio no leito	- Exercícios terapêuticos no leito: rolamentos, rotação controlada da articulação coxo-femoral, ponte (2 séries de 5 vezes cada exercício) - Exercícios de facilitação cruzada (2 séries de 5 exercícios para cada lado)	- Exercícios terapêuticos no leito: rolamentos, rotação controlada da articulação coxo-femoral, ponte (2 séries de 5 vezes cada exercício) - Exercícios de facilitação cruzada (2 séries de 5 exercícios para cada lado)			
Equilíbrio sentado		- Exercícios de facilitação cruzada (2 séries de 10 exercícios bilateralmente) - Carga no cotovelo - Treino de equilíbrio sentado: estático, dinâmico, inclinações laterais do tronco, avião, flexão do tronco – 5 repetições de cada exercício	- Exercícios de facilitação cruzada (2 séries de 15 exercícios bilateralmente) - Carga no cotovelo - Treino de equilíbrio sentado: estático, dinâmico, inclinações laterais do tronco, avião, flexão do tronco – 2 séries de 5 repetições para cada exercício		
Equilíbrio em pé			- Treino de verticalização – sentar/levantar 5 vezes da cadeira - Treino de equilíbrio em pé: exercícios de flexão plantar, flexão do joelho, flexão/extensão da coxofemoral, elevação lateral da perna (abdução), levantar/sentar sem apoio dos braços - 5 repetições de cada exercício	- Treino de verticalização – sentar/levantar 10 vezes da cadeira (ao longo da intervenção) - Treino de equilíbrio em pé: exercícios de flexão plantar, flexão do joelho, flexão/extensão da coxofemoral, elevação lateral da perna (abdução), levantar/sentar sem apoio dos braços - 2 séries de 5 repetições de cada exercício	- Treino de verticalização – sentar/levantar 10 vezes da cadeira, sem recorrer ao apoio dos braços (ao longo da intervenção) - Treino de equilíbrio em pé: exercícios de flexão plantar, flexão do joelho, flexão/extensão da coxofemoral, elevação lateral da perna (abdução), levantar/sentar sem apoio dos braços - 2 séries

					de 5 repetições de cada exercício
Andar				Treino de marcha (com ou sem auxiliar de marcha>) – primeiro a curtas distâncias e caso haja tolerância progredir de imediato para médias/longas distâncias	- Treino de marcha a longas distâncias
Subir/descer escadas					- Subir/descer escadas com ou sem auxiliar de marcha – 1 lance de 10 escadas

Tabela 3 – Plano de intervenção de ER no âmbito do projeto de Intervenção. Nota: elaborado pelo autor

Ressalvo que alguns doentes, por já terem adquirido competências, ou nunca as terem perdido, passam logo para a etapa seguinte. Sendo que também poderão voltar para a etapa anterior caso as competências adquiridas não tenham sido apreendidas. Ou seja, as etapas e a colocação das pessoas em determinada etapa não são estanques, tendo em conta a evolução efetiva de cada indivíduo. Caso os resultados atingidos não sejam os inicialmente definidos, voltamos atrás no protocolo de intervenção ou ficamos mais tempo na mesma etapa. A duração e a frequência dos exercícios foram adaptadas conforme os resultados obtidos por cada indivíduo, sendo que em média a duração dos cuidados de enfermagem de reabilitação foi de aproximadamente 30 minutos.

Ou seja, com o desenho deste protocolo de intervenção foram tidos em conta os princípios da prescrição de exercício físico, como preconizados nas diretrizes emanadas pelo American College of Sports Medicine (ACSM, 2014): o tipo de exercício (ou a sua especificidade), a frequência do exercício (e a sua reversibilidade), a duração de cada sessão (e a sobrecarga que isso implica), a intensidade de cada sessão e a progressão ao longo do programa.

Durante a implementação do programa foram utilizados vários materiais disponíveis no serviço, como monitor de parâmetros vitais, oxímetro de pulso, cadeiras de rodas, andarilhos, tripés, canadianas, bengalas, cadeiras de banho, bastão, fitas elásticas, as camas articuladas com barras laterais.

#### 5.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os princípios, valores e deveres deontológicos, deverão ter sempre a mesma base, independentemente do contexto dos cuidados, assumindo-se como universais. No contexto da enfermagem de reabilitação estamos perante pessoas que apresentam alguma dificuldade nos autocuidados, sendo que existe uma limitação para a satisfação das AVD's, sobretudo no que diz respeito à capacidade de agir, ou seja, existe uma limitação de funcionalidade, e não tanta na capacidade de decisão (Deodato, 2016), como é o caso na população selecionada para integrar este projeto de intervenção. Podendo também existir um compromisso de ambas as capacidades (de agir e de decidir) (Deodato, 2016).

Seguindo as orientações do International Council of Nurses, citados por Nunes (2020), a investigação em enfermagem deve seguir 6 princípios éticos essenciais, o princípio da Beneficência, da Não-Maleficência, da Fidelidade, da Justiça, da Veracidade e da Confidencialidade. Estando estes princípios assentes na condição de particular vulnerabilidade da pessoa cuidada, e sendo relacionados com o respeito. Neste caso a vulnerabilidade é tida, ela própria, como um princípio ético.

Estando também a atuação do Enfermeiro sujeita a um código de Deontologia e ética profissional, tendo um carácter normativo para a ação, que espelham estes mesmo princípios éticos. De acordo com o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, publicado na Lei nº156/2015 de 16 de setembro em Diário da República e com Nunes (2020), o artigo 99º (artigos dos princípios gerais), diz-nos que todas as intervenções de enfermagem devem ser realizadas defendendo a liberdade e dignidade da pessoa e do enfermeiro, sendo os valores a observar na atuação do enfermeiro a igualdade, a liberdade de escolha, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, sendo os princípios orientadores da prática da enfermagem a responsabilidade, o respeito pelos direitos humanos e a excelência do exercício. Já o artigo 100º (dos deveres deontológicos em geral), refere que o enfermeiro assume o dever de cumprir as normas deontológicas, de proteger e defender a pessoa de práticas que possam contrariar a lei, a ética ou o bem comum (Nunes, 2020).

O artigo 105º (do dever de informação), torna-se particularmente relevante, pois defende que o enfermeiro no respeito pelo direito à autodeterminação, deve respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, algo que foi respeitado no decorrer da prática clínica deste projeto de intervenção e dos ensinamentos clínicos, tendo sido desenvolvido um documento de consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo II) onde era explicado o porquê da intervenção, quais os objetivos e em que consistia a mesma, quais as potenciais consequências, que todos os doentes incluídos no programa de intervenção leram (ou foi-lhes

lido) e aceitaram integrar o mesmo, dando a hipótese de que a qualquer momento poderiam retirar o seu consentimento, sem que isso implicasse a existência de consequências de qualquer tipo. Importa referir que todas as pessoas incluídas no projeto, e definido até como critério de inclusão, são pessoas conscientes e orientadas, capazes de compreender aquilo que lhes foi proposto, autónomas e independentes no processo de tomada de decisão.

Foi sempre dada primazia aos interesses da pessoa, adaptando o plano de cuidados de ER às necessidades e vontade referidas pelas pessoas (Nunes, 2020; Deodato, 2016).

Já no artigo 106º (do dever de sigilo) vem descrito que o enfermeiro deve guardar segredo profissional sobre tudo aquilo que tomar conhecimento do decorrer da sua prática clínica, devendo manter o anonimato da pessoa, sempre que o seu caso for utilizado em situações tais como a investigação. Indo de encontro ao que defende o artigo 107º (do respeito pela intimidade), em que o enfermeiro deve sempre salvaguardar a privacidade e intimidade da pessoa. Pelo que, com a implementação foi garantido o anonimato das pessoas e dos seus dados pessoais, assim como a codificação dos mesmos, para posterior tratamento, não sendo a pessoa identificada de forma alguma, nos dados que foram colhidos.

Para a implementação deste Programa de Intervenção em ER “capacitar para a autonomia no autocuidado andar em pessoas com défice de equilíbrio e de força muscular”, foi solicitada autorização ao Enfermeiro chefe e à Diretora do serviço de internamento onde o mesmo foi desenvolvido, assim como à Comissão de Ética da ULS, que deu parecer positivo à implementação do mesmo (Anexo III), dado que fossem garantidas as condições de anonimato ao serviço e à ULS, sendo que a colheita de dados foi feita assegurando que seria mantido o anonimato e a confidencialidade de todos os dados obtidos, que foram sujeitos a codificação, sendo a sua utilização exclusiva para este projeto. Importa referir que o projeto de intervenção foi também submetido à apreciação pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre.

Por respeito aos princípios éticos na divulgação de resultados, foi garantido que não seria identificada a instituição do SNS onde foi desenvolvido e implementado o projeto de intervenção.

Todas as intervenções realizadas ao longo dos ensinamentos clínicos, e não apenas aquando da intervenção em contexto de implementação do projeto, foram feitas tendo em consideração os mesmos princípios éticos e deontológicos.

## 6 – RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo passo a apresentar os resultados da implementação do projeto de intervenção de ER já descrito. Inicialmente apresento a caracterização dos participantes incluídos no projeto de intervenção de ER, tendo em conta as variáveis sociodemográficas previamente definidas, seguindo-se a análise dos resultados às intervenções implementadas.

### 6.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Tendo em consideração os critérios de seleção, a amostra para estudo é composta por seis pessoas (N=6) (Tabela 4). A média de idades da amostra selecionada para o estudo é de aproximadamente 73 anos (73,33...), variando as idades entre os 50 e os 85 anos. A doença mais prevalente na amostra é o Acidente Vascular Cerebral (83,33%), existindo um caso de coma etílico, com necessidade de ventilação invasiva durante 10 dias e internamento em UCI. Todos os indivíduos da amostra apresentam pelo menos 2 patologias ou mais (pluripatologia) e são polimedicados. Em termos de agregado familiar, 33,3% vivia em domicílio próprio com cônjuge, 33,3% vivia só, 16,7% vivia só com apoio de centro de dia e 16,7% estava institucionalizado em lar. 50% são do sexo masculino e 50% do sexo feminino.

Relativamente ao grau de autonomia prévia ao internamento, todas estas pessoas eram previamente autónomas, sendo esse um dos critérios de inclusão, sendo por isso também relevante, perceber qual o agregado familiar e se têm rede de apoio que os possa auxiliar neste período em que existe doença aguda, e em que irão existir sequelas em termos de diminuição de autonomia.

Quanto ao estado de consciência, e conforme delineado no desenho do projeto de intervenção (visto que se preconizou que, de forma a incluir as pessoas no estudo, deveria ser assinado o documento de consentimento informado), após avaliação recorrendo à escala de coma de Glasgow, podemos constatar que na primeira avaliação o score mínimo obtido foi de 14 (66,66(...) %), sendo que na última avaliação 100% obtiveram um score de 15.

Participante	1	2	3	4	5	6
Sexo	F	F	M	F	M	M
Idade	50	82	77	85	67	79
Agregado	1	ERPI	1	1 + apoio centro de dia	2	4
Diagnóstico	AVC	AVC	Coma etílico (VNI em UCI)	AVC	AVC	AVC
Pluripatologia	Sim	SIM	Sim	Sim	Sim	Sim
Polimedicação	Sim	SIM	Sim	sim	sim	Sim
Défices	Hemiparesia à direita. Desequilíbrio dinâmico sentada. Descoorden ação motora.	Hemiparesia à direita. Desequilíbrio estático e dinâmico ortostático	Diminuição global da força (2/5) Desequilíbrio estático e dinâmico	hemiparesia à direita e disartria desequilíbrio dinâmico	Hemiparesia à direita com predomínio braqueal Desequilíbrio ortostático	Disartria. Hemiparesia direita com predomínio crural e braqueal distal. Neglect à direita

Tabela 4 – Caracterização dos Participantes. Fonte: Elaborada pelo autor

Tendo em conta a evolução demográfica da população portuguesa, em que existe um inverter da pirâmide etária, como já abordado, torna-se cada vez mais evidente também a existência de pluripatologia (duas ou mais patologias), que por sua vez implicam a utilização de polimedicação para o seu tratamento. Constituindo assim um verdadeiro desafio para a prática dos EEER, necessitando este de mobilizar conhecimento, adotando um raciocínio clínico meticoloso, tendo em consideração todas as alterações e limitações que as diversas patologias e terapêuticas (medicamentosas e não só) trazem para a sua prática clínica, contribuindo assim também para um processo de envelhecimento mais salutar e consequentemente com mais qualidade de vida.

Foi por isso, apesar de bastante desafiante, enriquecedor para o desenvolvimento das competências de EEER e para o desenvolvimento do raciocínio clínico que os participantes do projeto fossem doentes complexos, com pluripatologia e polimedicados.

Procedeu-se ainda à colheita de informação relativamente aos défices motores e sensoriais de forma a direcionar o foco da intervenção de ER e adaptar os planos de cuidados e as intervenções de ER às necessidades especiais específicas de cada participante.

De seguida apresenta-se os resultados da intervenção dando resposta aos objetivos definidos.

## 6.2 – EVOLUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR

A avaliação da força muscular foi realizada com recurso à Escala de Força Muscular de Lower, que avalia a força muscular numa escala de 0 a 5, sendo 0/5 ausência de contração muscular e de movimento e 5/5 movimento muscular normal contra gravidade e resistência, como já referido.

Como é possível observar na tabela 5 os défices de força apresentam-se maioritariamente no hemicorpo direito. Apenas dois participantes apresentam déficit de força bilateralmente, sendo que na avaliação final um demonstrou ganho de força em todos os segmentos articulares e o outro obteve ganhos de força em todos os segmentos articulares no hemicorpo direito.

Na globalidade, constatou-se uma melhoria da força muscular no final da intervenção, encontrando-se a maioria dos participantes com uma força igual a 4 no hemicorpo afetado, ou seja, têm um raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força.

participante	1		2		3		4		5		6	
	1ª	final	1ª	final	1ª	Final	1º	final	1º	final	1ª	final
MSD	4/5	4/5	4/5	4/5	2/5	4/5	3/5	4/5	3/5	4/5	2/5	4/5
MSE	5/5	5/5	5/5	5/5	2/5	3/5	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5
MID	3/5	5/5	4/5	4/5	2/5	4/5	3/5	4/5	3/5	4/5	2/5	4/5
MIE	5/5	5/5	5/5	5/5	2/5	5/5	4/5	4/5	5/5	5/5	5/5	5/5

Tabela 5 – Resultados da avaliação da Escala de Força Muscular de Lower antes e após a implementação do plano de intervenção. Fonte: Elaborada pelo autor

Analisando de forma global os resultados obtidos a nível de força, podemos observar que apenas um dos participantes, ou seja 16,6 (...) % da amostra, não teve qualquer evolução, mantendo a força inicial, algo que pode ser explicado pela perda de massa muscular global relacionada com a idade, tendo em conta que a nível de força não existiu uma grande alteração, tendo uma força 4/5 no hemicorpo direito na avaliação inicial e mantendo na avaliação final. Temos então que 83,3 (...) % obtiveram ganhos significativos a nível de força após intervenção de ER.

### 6.3 – MELHORIA DO EQUILÍBRIO CORPORAL

Para a avaliação do equilíbrio, foi conduzida uma avaliação guiada pela Escala de Equilíbrio de Tinetti, que é utilizado para avaliar a marcha e o equilíbrio em pessoas idosas. Esta escala contém duas formas de avaliação: equilíbrio em pé e equilíbrio sentado. Sendo que na avaliação desta escala, sempre que se obtenha um valor inferior a 19, indica-nos que existe um elevado risco de quedas, condicionada por uma fraca funcionalidade física. Valores entre os 19 e 24 pontos representam um moderado risco de quedas. O score máximo nesta escala é de 28 (Piovesan et al., 2015).

Esta avaliação foi realizada apenas aquando do primeiro levante, sendo que, em alguns casos isso não coincide com o início do programa de reabilitação, o que não invalida, tal como descrito anteriormente, que o treino de equilíbrio não tivesse já sido iniciado.

Conforme podemos observar na Tabela 6 numa primeira avaliação todos os participantes apresentavam défice de equilíbrio, sendo que 100% da amostra obteve um score inferior a 19, o que significa mau equilíbrio e um elevado risco de queda associado à fraca funcionalidade para a marcha.

Relativamente ao equilíbrio sentado, conforme podemos observar, numa primeira avaliação e tendo em conta que o score varia entre 0, como sendo ausência de equilíbrio sentado e 16 como sendo o score que traduz a ausência de défices de equilíbrio, verificamos que o score máximo obtido foi de 7 (16,6%), que traduz um défice de equilíbrio sentado, sendo que três pessoas obtiveram um score de 6 (50%) e duas obtiveram um score de 3 (33,3...%).

No que diz respeito ao equilíbrio na marcha, sendo que o score varia entre 0, como sendo o mínimo possível e ausência de equilíbrio, e 12, sendo este o score máximo, significado de equilíbrio sem compromisso; podemos observar que o score máximo obtido foi de 3 (50% da amostra), havendo duas pessoas (33,3...%) com um score de 0 e uma pessoa com um score de 2 (16,6...%).

Participante	1		2		3		4		5		6	
	1ª	final	1ª	final	1ª	final	1ª	final	1ª	final	1ª	final
Sentado	7	15	6	16	3	10	6	13	6	12	3	11
Marcha	3	11	0	11	0	9	3	10	2	10	3	9
Total	10	26	6	27	3	19	9	23	8	22	6	20

Tabela 6 – Resultados da avaliação da Escala de Equilíbrio de Tinetti antes e após a implementação do plano de intervenção. Fonte: Elaborada pelo autor

Na avaliação final, relativamente ao equilíbrio sentado podemos observar que todos os participantes obtiveram melhorias, sendo que o score mínimo obtido foi de 10, que ainda traduz défice de equilíbrio, mas relativamente à avaliação inicial este score significa, ainda assim, uma melhoria considerável em termos de equilíbrio. O score máximo obtido foi de 16, que traduz a ausência de défice de equilíbrio sentado.

Relativamente à avaliação final do equilíbrio na marcha, após a mesma podemos observar que o score mínimo obtido foi de 9, por dois participantes (33,3...%), seguindo-se dois participantes (33,3...%) com um score de 10 e outros dois (33,3...%) com um score de 11, não tendo havido ninguém a conseguir alcançar o score máximo de 12, que traduziria ausência de défice de equilíbrio em ortostatismo. Ainda assim pode-se comprovar que todos os participantes do projeto de intervenção de ER obtiveram ganhos significativos no que concerne ao equilíbrio na marcha.

Sendo ainda que, após a intervenção apenas um dos participantes apresentava ainda défice de equilíbrio, que se traduz num elevado risco de queda, mas mesmo assim, apresentou uma evolução relativamente à avaliação inicial, onde não foi sequer possível proceder a uma avaliação respeitante à parte da marcha, tendo obtido um score de 0.

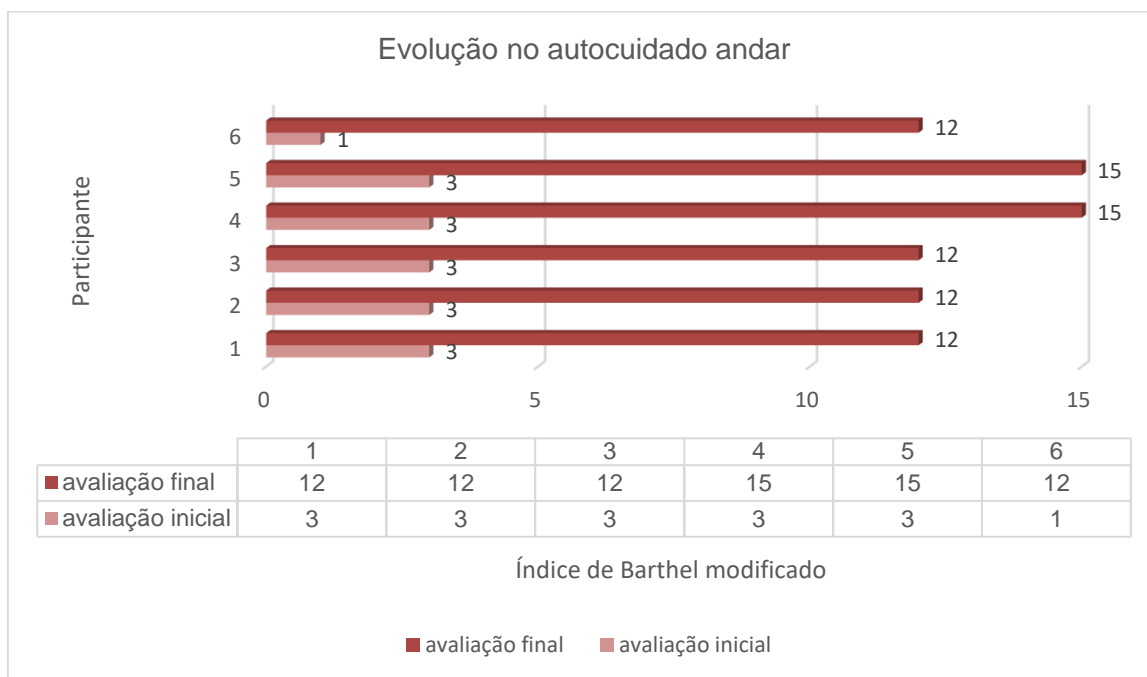
Dos restantes participantes, todos apresentaram melhorias na avaliação do equilíbrio, sendo que três (50%), apresentam ainda um moderado risco de quedas, condicionado por algum défice de equilíbrio. Dois participantes (33,3%), melhoraram o equilíbrio, não representando agora nenhum risco de queda, tendo obtido uma avaliação final de 26 na escala de Tinetti.

Analogamente ao verificado na monitorização da força muscular, também a nível do equilíbrio funcional se verificou uma evolução positiva em todos os participantes.

#### 6.4 – CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO ANDAR

Relativamente ao autocuidado andar, avaliado através do tópico “deambulação” da Escala Modificada de Barthel (Gráfico 3), antes e após o plano de intervenção. Cerca de 83,33% necessitavam de assistência de pelo menos uma pessoa para andar e cerca de 16,67% eram completamente dependentes para este autocuidado, não participando de todo no mesmo.

Após a instituição do programa de enfermagem de reabilitação cerca de 66,67% necessitam apenas de ajuda mínima na deambulação ou apenas supervisão, sendo que 33,33% se encontram totalmente independentes, necessitando apenas de auxiliar de marcha.



Legenda do Gráfico	
0	Dependente na deambulação. Não participa
3	Assistência por uma ou mais pessoas durante toda a deambulação
8	Assistência necessária para alcançar apoio e deambular
12	Assistência mínima ou supervisão nas situações de risco ou período durante o percurso de 50 metros
15	Independente. Pode usar auxiliar de marcha

Gráfico 3 – Resultados da avaliação do autocuidado Andar, da Escala Modificada de Barthel, antes e após a implementação do plano de intervenção. Fonte: Elaborada pelo autor

Podemos assim, concluir que a melhoria da força muscular e do equilíbrio contribuiu para houvesse uma evolução positiva na autonomia para o autocuidado andar, como podemos observar através da análise dos resultados que foram obtidos após a intervenção.

## 6.5 – DIMINUIÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Relativamente ao risco de queda, inicialmente todos os participantes apresentavam um elevado risco de queda (100%).

Após a intervenção de ER com vista à capacitação para autocuidado andar, pode-se constatar a óbvia melhoria obtida na avaliação deste parâmetro (Gráfico 4), pois conseguiu-se diminuir o score obtido nos itens 3 e 5 desta escala de avaliação (ajuda para caminhar e postura no andar e na transferência, respetivamente). Sendo que dois participantes não apresentam risco de queda e quatro apresentam agora apenas um baixo risco de queda.

Sendo importante referir que nenhum destes participantes, apesar do elevado risco verificado inicialmente, sofreu uma queda. Para isso contribuirá a tendência de eliminar cada vez mais o risco de queda nas organizações de saúde, saindo beneficiados os doentes, visto que o pior que poderá acontecer é o excesso de zelo (tomando muitas vezes medidas desnecessárias) (Costa-Dias, Ferreira & Oliveira, 2014), indo de encontro à segurança do doente preconizado nos vários documentos emanados pelas mais diversas organizações.

Para estes resultados contribuíram a capacitação para o autocuidado andar, mas também a melhoria da força muscular e a melhoria do equilíbrio corporal, verificados após a intervenção de ER, acima já abordados.

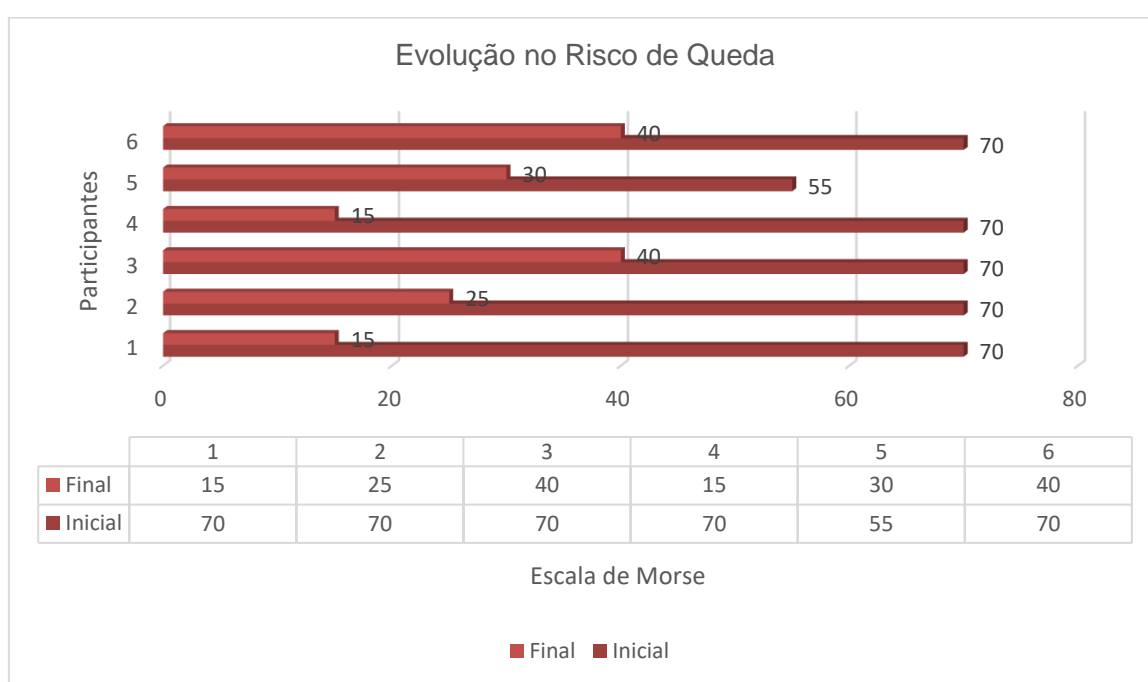


Gráfico 4 – Evolução no risco de Queda (escala de Morse)  
Nota: Elaborada pelo autor

Sem risco	0 e ≤ 24 pontos
Baixo risco	≥ 25 e ≤ 50 pontos
Alto risco	≥ 51 pontos

## 6.6 – MELHORIA NOS AUTOCUIDADOS

De forma a verificar se houve ganhos em termos de dependência ao capacitar os participantes para a autonomia no autocuidado andar, foi aplicada a escala de Barthel modificada na sua totalidade (10 itens – comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres vesical e intestinal, deambular com cadeira de rodas ou sem, transferências e subir e descer escadas). Antes da implementação do programa

de ER e após a intervenção do EEER, com a implementação do projeto de intervenção de ER preconizado.

Comparando os resultados obtidos, relativamente à dependência global nos autocuidados, através da avaliação do índice de Barthel Modificado, podemos observar que antes da implementação do plano de intervenção, metade da amostra era dependente total e a restante metade dependente severa (Gráfico 5).

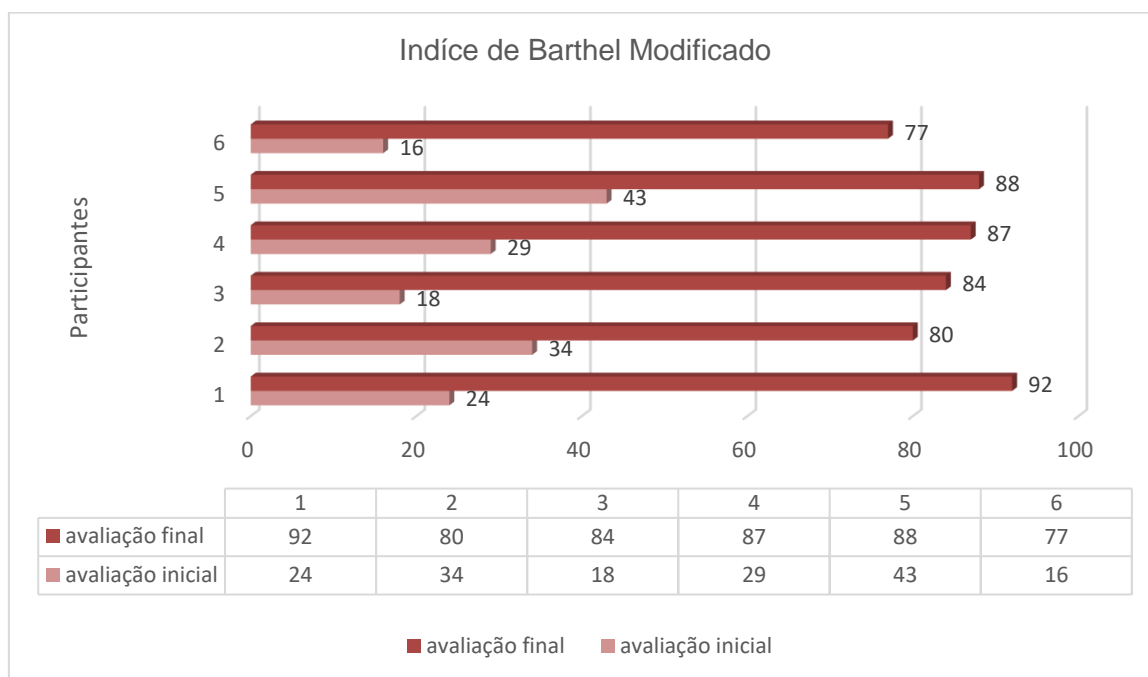


Gráfico 5 – Resultados da avaliação da Escala de Barthel antes e após a implementação do plano de intervenção.

Nota: Elaborada pelo autor

Legenda	
<20	dependência total
20-50	severamente dependente
51-75	dependência moderada
76-99	dependência ligeira
100	independência total

Após a intervenção, 16,67% dos participantes apresentavam dependência moderada e 83,3% dependência ligeira, sendo que se verificaram ganhos em autonomia para a satisfação de todos os autocuidados incluídos no Índice de Barthel modificado, tendo todos os participantes diminuído a dependência para os autocuidados.

## 6.7 - CONCLUSÕES

Como já referido, um dos objetivos da implementação deste projeto seria verificar a eficácia do plano de intervenção de ER implementado, capacitando para a autonomia no autocuidado andar, em pessoas com défice de força muscular e equilíbrio, decorrentes do processo de doença. Assim sendo, e tendo em consideração todos os resultados obtidos com a implementação do projeto, pode-se considerar que o plano de reabilitação criado, assim como a sua aplicação, foi eficaz na reabilitação para a capacitação no autocuidado andar ao melhorar o equilíbrio e da força muscular, visto que todas as pessoas incluídas no projeto obtiveram ganhos. Com a exceção de uma pessoa, relativamente à força, que não obtendo ganhos, manteve a função que tinha no que à força diz respeito, mostrando uma evolução bastante positiva em ganhos para todos os autocuidados, como foi possível verificar através da avaliação realizada com recurso ao índice de Barthel modificado.

Os resultados obtidos através da avaliação antes e após a implementação do programa de enfermagem de reabilitação, demonstraram uma evolução positiva na capacitação para a autonomia no autocuidado andar e na redução do risco de quedas, recorrendo ao aumento da força muscular e do equilíbrio, observável através da aplicação das escalas utilizadas.

É importante considerar que:

“Do ponto de vista da Enfermagem de reabilitação, não basta apenas que se evidenciem ganhos ao nível da força muscular, torna-se necessário verificar em que medida esses ganhos podem contribuir para a capacitação para o autocuidado e desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária, no sentido da re aquisição da máxima independência possível, verificando a sustentabilidade dos resultados ao longo do tempo (...)” (Azevedo & Gomes, 2015:137).

O resultado da aplicação do índice de Barthel modificado antes e após a intervenção de ER, permite-nos conferir que o grau de dependência nos autocuidados apresentou uma evolução positiva em todos os participantes. Podemos assim comprovar que, ao promovermos uma melhoria da força muscular e do equilíbrio, através da implementação do programa de enfermagem de reabilitação existe uma melhoria na capacidade de marcha dos indivíduos e uma diminuição global do índice de dependência dos mesmos nos restantes autocuidados.

Será importante referir que, tendo em conta as características dos participantes do estudo, a duração da intervenção de enfermagem de reabilitação, demonstrou ser adequada, pois a tolerância à atividade no final das mesmas, já se encontrava diminuída, manifestando os mesmos sinais de cansaço.

Relativamente aos objetivos delineados para o projeto de intervenção, podemos considerar que conseguimos melhorar o autocuidado andar com e sem recurso a auxiliares

de marcha em pessoas com défice de equilíbrio e força, decorrente do processo de doença, conseguimos melhorar o equilíbrio corporal, nas pessoas com défice de equilíbrio, decorrente do processo de doença, conseguimos melhorar a força muscular, nas pessoas com défice de força, decorrente do processo de doença (com exceção de uma pessoa que manteve a força), foi possível identificar o risco de perda funcional, através da aplicação de escalas, e prevenir as respetivas complicações, tais como a redução da força muscular e como as quedas, observável através dos resultados obtidos com a aplicação da escala de queda de Morse e da escala de Lower; conseguiu-se melhorar o autocuidado transferir-se nas pessoas com défice de equilíbrio e força, decorrente do processo de doença; conseguiu-se capacitar para o levantar e manter-se de pé pessoas com défice de equilíbrio e força, decorrente do processo de doença e capacitar para a autonomia na satisfação das AVD's uso do sanitário, vestuário, higiene pessoal e banho de forma progressivamente mais autónoma, através da melhoria da força e do equilíbrio, como podemos observar através dos resultados obtidos globalmente com a aplicação da escala de Barthel Modificada.

Conseguir ir também de encontro ao objetivo de verificar a eficácia do plano de intervenção de ER implementado, em pessoas com o autocuidado andar comprometido e défice de força muscular e equilíbrio, decorrentes do processo de doença.

De ressaltar que um maior número de participantes e maior duração do estudo iria permitir que obtivéssemos conclusões com valor estatístico mais relevante do que um estudo com número bastante limitado de participantes e um curto período. Tendo assim, em conta, o número de participantes, assim como as limitações temporais existentes, podemos considerar que com estes resultados não se podem extrapolar grandes ilações em termos de evidência científica.

Seria também relevante proceder a uma avaliação da qualidade da vida antes e após a intervenção e uma avaliação da satisfação das pessoas com os cuidados de ER, obtendo assim mais um indicador sensível aos cuidados dos EEER.

## **7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Este capítulo tem como objetivo promover uma análise reflexiva sobre as competências adquiridas, sejam elas de especialista ou de mestre, ao longo de todo este longo percurso.

A UC Estágio em Enfermagem foi desenvolvida num serviço de Ortopedia de uma ULS do SNS e a UC Estágio Final foi desenvolvida num serviço de Internamento de Medicina Interna de uma ULS do SNS, sendo que o projeto de intervenção ganhou forma e foi implementado já neste segundo campo de estágio.

No decorrer deste percurso foi-me possível trabalhar com pessoas com patologia ortopédica e orto-traumatológica, doenças respiratórias, doenças cardíacas e doenças neurológicas, com risco de compromisso na sua funcionalidade, ou já com algum grau de incapacidade decorrentes do processo de doença. Para além da intervenção de prestação de cuidados, foi-me também possível desenvolver competência em termos de gestão da prestação de cuidados e na delegação e supervisão de cuidados.

Segundo Santos e Fernandes (2004), a prática reflexiva é um meio de capacitação fundamental para os profissionais de saúde, permitindo a aquisição de conhecimentos e das suas práticas a um nível mais profundo. Sendo que os Ensinos Clínicos constituem uma oportunidade formativa fundamental para o desenvolvimento de conhecimentos e competências técnicas e científicas, mas também sociais e humanas, tornando-se essenciais para aquisição de competência avançadas em ER.

Considerando a formação como um processo contínuo de aprendizagem ao longo da vida, sei que haverá ainda competências a desenvolver e aperfeiçoar, ao longo da minha vida profissional.

### **7.1 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Como já referido ao longo deste relatório o EE é dotado de conhecimento aprofundado em enfermagem (num domínio específico), a quem se reconhece competência científica, técnica e humana que, tendo em conta as necessidades de saúde, as mobiliza de forma a atuar em todos os contextos de vida e nos diferentes níveis de prevenção.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [RCCEE] (OE, 2019a), os domínios que as compõe são: responsabilidade profissional, ética

e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

#### 7.1.1 - Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Segundo Deodato (2016) no exercício profissional dos enfermeiros “a Ética convida a uma reflexão constante sobre o modo de assistir a pessoa que se encontra ao seu cuidado, no respeito integral por si, pela sua dignidade e pelos seus direitos” ao mesmo tempo que “sugere uma reflexão do enfermeiro acerca de si próprio e do modo como exerce a sua profissão, procurando os valores e os princípios que justificam as suas ações” (Deodato, 2016:35), procurando também o respeito pela pessoa que cuidam.

Para Deodato (2016) aquilo que fundamenta primeiramente o agir ético do EEER é a dignidade da pessoa humana e os seus direitos. Sendo que no contexto particular em que prestei cuidados, e indo de encontro ao que nos diz este autor, as pessoas manifestavam dificuldade na sua autonomia funcional, ou seja, eram sobretudo pessoas com limitações funcionais, em que existia incapacidade para realizar determinada ação, mas não existia propriamente alteração na sua capacidade de decisão. Podendo em algumas situações estar-se na presença de alguém que efetivamente terá, para além da incapacidade funcional, uma perturbação da consciência (Deodato, 2016).

Relativamente a este campo de competências e apesar de ainda não me ter deparado com situações de grande complexidade ético-legal nesta área de especialidade, enquanto futura EEER, sigo os princípios enunciados pelo Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, assim como os princípios bioéticos em que o mesmo se baseia e pela ética principalista, sendo que a autonomia do doente é sempre colocada em primeiro lugar, salvaguardando assim a sua dignidade, e como tal a sua segurança e privacidade. Tendo ainda em conta, que a nova Lei de Regulação e Proteção de dados, veio salvaguardar e reforçar ainda mais o respeito pela privacidade da pessoa. Todos as intervenções feitas enquanto futura EEER foram feitas em parceria com o doente, com vista à criação de estratégias para alcançar os resultados definidos e obtenção de autonomia, respeitando sempre aquilo que eram os seus valores, crenças e manifestações de vontade, melhorando a sua qualidade de vida.

O projeto de Intervenção de ER foi também submetido a apreciação pela Comissão de Ética da ULS (Anexo III), sendo que a colheita de dados foi feita assegurando que seriam mantidos o anonimato e a confidencialidade de todos os dados obtidos, que foram sujeitos a codificação, sendo a sua utilização exclusiva para este projeto, cumprindo assim o meu dever

de sigilo profissional, consagrado no meu código ético e deontológico profissional. Respeitando assim, também, todos os princípios éticos a que a investigação está sujeita. Os participantes incluídos na implementação do projeto de intervenção só foram incluídos após consentimento livre, esclarecido e informado, tendo sempre em conta o respeito pela sua autonomia e dignidade (Anexo II).

Importa dizer que, como afirma Deodado (2016), o EEER ao promover a qualidade de vida das pessoas com incapacidade, está assim a promover a sua dignidade, sendo este o consubstanciar do agir ético do EEER.

#### 7.1.2 - Competências no domínio da melhoria contínua da qualidade

Indo de encontro ao que nos diz este domínio de competências, e tendo em conta os contextos de Ensino Clínico e o projeto de Intervenção de ER desenhado, pode-se considerar que, ao elaborar e operacionalizar o projeto atingi esta competência. Foram mobilizados conhecimentos, para se proceder ao desenvolvimento não só do projeto de intervenção de cuidados de ER, mas de planos de cuidados adequados à especificidade de cada doente e família, procurando sempre incorporar os conhecimentos adquiridos de forma a prestar cuidados de qualidade e produzir dados significativos, que sejam sensíveis aos cuidados do EEER.

Sendo que a qualidade dos cuidados é apenas possível após reflexão acerca da prática de cuidados, tendo em conta os resultados obtidos, e em resultado disso, implementar programas de intervenção com vista a melhoria contínua dos cuidados.

Na prestação de cuidados, e tendo em conta o contexto de desenvolvimento dos ensinamentos Clínicos, foi sempre possível garantir um ambiente seguro para os doentes, tornando-se assim também num ambiente terapêutico, promotor do processo de reabilitação.

Enquanto mestrande, no serviço de internamento onde decorreu o Ensino Clínico, participei de forma assídua e interessada em todas as formações de serviço que foram surgindo, tais como: formação de transmissão de informação segura do doente seguindo o método ISBAR, Formação em Ventilação não Invasiva, Formação em Administração de Hemoderivados e Formação em Cuidados Peri-operatórios ao Doente Crítico.

Também as passagens de turno configuram momentos de formação informal dos profissionais, promovendo a sua participação na definição de planos de cuidados adequados aos doentes, sendo este um momento crucial de partilha de informação, visando a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, sendo que longo dos Ensinos Clínicos tive a oportunidade de intervir nas passagens de turno, transmitindo informações relevantes relativas aos doentes a quem prestei cuidados de ER.

Será importante referir também que o ensino clínico teve lugar num serviço acreditado pelo Ministério da Saúde, o que reconhece a sua qualidade, o seu empenho na procura da melhoria contínua e na preocupação em prestar cuidados diferenciados que primam pela qualidade e segurança, inculcando esses mesmo valores a todos os profissionais.

Sendo que o projeto de intervenção por mim proposto foi desenvolvido tendo em conta a mais recente evidência científica, a partir da análise feita ao contexto de atuação, identificando uma problemática existente, e contribuindo assim para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de ER prestados, diminuindo riscos potenciais e obtendo ganhos em autonomia para os doentes.

### 7.1.3 - Competências no domínio da gestão dos cuidados

De acordo com o descritivo deste campo de competências o EE deve gerir cuidados de forma a otimizar as respostas da equipa, garantindo sempre a segurança e a qualidade das tarefas delegadas. Deve fazer isto otimizando o processo de tomada de decisão e supervisionando tarefas que sejam delegadas. Nestes ensinamentos clínicos a gestão dos cuidados foi uma tarefa desafiante, no sentido em que não existe propriamente um momento adequado para a prática de cuidados de ER, tendo toda uma equipa, que também se encontra a prestar cuidados, seguindo o seu próprio “relógio”. Foi necessária capacidade de adaptação às circunstâncias em cada instante, dialogando com a equipa de forma a planear os cuidados e otimizar e rentabilizar o tempo despendido por cada um de nós. Isto passou por muitas vezes delegar determinadas tarefas nos colegas, que já possuíam competências para as realizar, ou mesmo que não soubessem, era feita uma demonstração daquilo que deveria ser feito. Muitas vezes esta negociação e delegação de tarefas era feita com os próprios doentes, quando já demonstravam as competências necessárias para realizarem os exercícios de forma autónoma.

Para a aquisição de competências neste domínio foi importante ter a orientação dos EEER de forma a fazer uma gestão eficaz dos cuidados prestados, de forma a otimizar os recursos humanos e materiais disponíveis, com vista à prestação de cuidados de qualidade, a doentes com necessidades de reabilitação respiratória e sensoriomotora, realizando a avaliação dos mesmos recorrendo à aplicação de instrumentos de avaliação de forma a identificar défices e necessidades de cuidados de ER e posteriores ganhos para saúde.

#### 7.1.4 - Competências no domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De acordo com os descritivos para esta competência, o EE deve demonstrar capacidade de autoconhecimento, que é considerado central para a prática da enfermagem, reconhecendo que esta capacidade pode interferir na criação de relações terapêuticas e multiprofissionais. Deve revelar dimensão de Si e da relação com o Outro, seja em que contexto for. Considerando que tenho aquilo que eu considero como uma boa capacidade de autoconhecimento e uma grande capacidade de insight, conheço bem tudo aquilo que são fatores dificultadores na minha relação com o outro. Sei também como os contornar de forma profissional. Sei quais são os meus limites enquanto prestadora de cuidados e as ferramentas a que posso recorrer. Sei que existem valores e juízos de valores que irão, ao longo da minha ainda muito curta carreira, interferir nas minhas relações profissionais, mas também sei exatamente como fazer a gestão emocional e intelectual necessária para que não haja interferência na minha prática, tendo os ensinamentos clínicos em muito contribuído para estes factos. Ao criarem oportunidades de desenvolvimento não só pessoal, como profissional contribuíram grandemente para melhorar a minha prática clínica e a minha capacidade de resiliência.

De acordo com o descritivo para este campo de competências o EE deverá ainda basear a sua prática clínica na evidência científica, tomando decisões e intervindo com base naquilo que é o conhecimento válido, atualizado e pertinente. O EE deverá também ser um agente ativo no campo da investigação e ser um facilitador dos processos de aprendizagem. Ao longo não só dos ensinamentos clínicos, mas no decorrer de todo o curso de mestrado, procurei sempre basear-me na melhor evidência científica, naquilo que são as fontes primárias de conhecimento e também na investigação de qualidade. Recorri também aos EEER que orientaram o meu estágio, de forma a discutir técnicas, teorias, patologias, necessidades de cuidados de ER e orientar as minhas ações; esclareci dúvidas com outros profissionais, de forma a escolhermos a melhor estratégia para a prestação de cuidados para cada pessoa, adaptando-me às características de cada doente.

No decorrer de todo o curso de mestrado em enfermagem foi também necessário fundamentar trabalhos académicos e intervenções recorrendo a pesquisa bibliográfica em bases de dados. Assim como na minha prática profissional, tentando ao máximo manter-me atualizada por via da formação, tanto profissional, como académica, assim como nas normas emanadas tanto pela DGS, como pela minha entidade empregadora.

## 7.2 - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista [RCEEE] (OE, 2019b) e com os seus descritivos deve o enfermeiro especialista adquirir as competências de: 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 e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

### 7.2.1 - Cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Para cuidar da pessoa com necessidades especiais ao longo de todo o ciclo de vida, o EEER deve identificar necessidades de intervenção, em pessoas ao longo de todo o ciclo vital, que estejam impossibilitadas de executar atividades básicas, de forma independente, em resultado de condição de saúde, deficiência ou limitação de atividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Deve também conceber planos de enfermagem e avaliar os resultados dos programas de ER, tendo em conta a qualidade de vida e a reintegração e a participação na sociedade.

Olhando agora para todo o trabalho desenvolvido ao longo de todos os ensinamentos clínicos, que espero ter conseguido transmitir neste relatório, esta é uma competência que foi conseguida, ao avaliar a funcionalidade das pessoas, identificando alterações e incapacidades, ao conceber planos de ER tendo como objetivo a promoção de capacidades de adaptação e o autocuidado, ao implementar os planos concebidos, de forma a reeducar as funções que se encontravam limitadas (fossem limitações a nível motor, cardiorrespiratório, cognitivo ou sensorial), procedendo depois à avaliação das intervenções implementadas, verificando se houve ou não ganhos em termos de autonomia e qualidade de vida, constituindo-se estes como indicadores sensíveis aos cuidados de ER, recorrendo à utilização de escalas objetivas para avaliação inicial e avaliação dos ganhos.

Sendo que a colheita de informação sistematizada e avaliação da pessoa e da sua condição, identificação de risco de limitação ou limitação efetiva e riscos que daí advêm, fatores facilitadores e aspetos menos favoráveis, é essencial para a prática do EEER. Sendo que constituiu um dos fatores de maior relevo e que em muito contribuíram os ensinamentos clínicos, possibilitando o desenvolvimento destas competências. Sendo que todas as intervenções foram desenvolvidas, tendo como foco central a pessoa, os seus desejos, as suas limitações,

e a sua vontade, construindo o plano de cuidados de ER em conjunto, de forma a envolver a pessoa no processo de reabilitação.

### **7.2.2 - Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

De forma a capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, deve o EEER analisar a problemática da deficiência, limitação de atividade e da restrição da participação social, tendo como objetivos o desenvolvimento e implementação de ações, que podem ser autónomas, ou pluridisciplinares, tendo em conta o enquadramento social, político e económico, com vista à consciência social inclusiva. Ou seja, foram implementados programas de treino de AVD (como marcha, transferências, uso do sanitário, vestuário, higiene pessoal e banho), com o objetivo de adaptar o doente à limitação de mobilidade, otimizando assim a sua autonomia para os autocuidados, tendo em vista a melhor qualidade de vida e com isto promover a sua mobilidade, a acessibilidade e a participação e inclusão social.

Tendo como base estruturante da minha ação a teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, os doentes e famílias foram sempre capacitados de forma a atingirem o autocuidado, através dos ensinamentos realizados, que são parte integrante da nossa ação de EEER. Ou seja, técnicas de posicionamento adequadas a cada condicionante, técnicas de treino de equilíbrio, exercícios musculares articulares (passivos, ativos, resistidos, automobilizações), utilização de dispositivos auxiliares de marcha, Treino de AVD's (alimentação, higiene, uso do sanitário, alimentação, vestir/despir, transferir-se, andar e andar com auxiliar de marcha), preparação para alta (existência de barreiras arquitetónicas, possibilidade de recorrer a bancos de ajudas técnicas, adaptações a fazer no domicílio). Tudo isto com vista a melhorar os conhecimentos e a aprendizagem de capacidades não só do doente, mas também dos cuidadores. Para isso, utilizei como recurso diversos produtos e material de apoio, tendo em conta as necessidades da pessoa, com vista a instruir a pessoa e posterior treino das diversas técnicas referidas, tais como auxiliares de marcha (bengala, andarilho, tripé), bandas elásticas de diferentes resistências, bolas de diferentes texturas e tamanhos, material para treino de coordenação motora e motricidade fina (molas, parafusos, cubos), pesos, bastão, cadeira sanitária. Enfim, tudo aquilo que estivesse disponível, que servisse para facilitar a adaptação da pessoa ao processo de transição saúde/doença e que maximizasse a sua autonomia e capacidade funcional.

### **7.2.3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

De forma a alcançar esta competência, o EEER deve interagir com a pessoa no sentido de desenvolver atividades que maximizem a suas capacidades funcionais e assim obter um melhor desempenho a nível motor e cardiorrespiratório, potenciando o seu rendimento e o seu desenvolvimento pessoal. Sendo que todas as intervenções de ER implementadas durante o estágio tiveram como principal objetivo a maximização da funcionalidade das pessoas, capacitando-a para o autocuidado. Sendo que foram implementados planos de ER para treino motor, reabilitação cardiorrespiratória, sensitiva e cognitiva, de forma a otimizar funcionalidade ao promover a adaptação a esta nova realidade e reeducar a função ou funções com alteração, de forma a minimizar o impacto provocado pelas limitações conseguindo obter não só ganhos em saúde e sensíveis aos cuidados de ER, mas também qualidade de vida para o doente.

De forma a verificar se existiram ou não ganhos, foram sempre realizadas várias avaliações aos doentes, recorrendo a instrumentos de avaliação devidamente validados para a realidade portuguesa, como o Índice de Barthel modificado, de forma a caracterizar o nível de dependência para as distintas AVD's, Índice de Tinetti, para a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico, Escala de Morse, para avaliação do risco de queda, Índice de Lower, para avaliação da força muscular, Escala de coma de Glasgow, para avaliação do status neurológico. Esta avaliação permitiu ainda fazer readaptações aos planos de cuidados e aos objetivos inicialmente delineados para cada doente, otimizando assim os ganhos de funcionalidade.

Sendo que para o desenvolvimento destas competências, contribuíram todas as intervenções de ER desenvolvidas e implementadas ao longo de todos os ensinamentos clínicos.

Para alcançar estas competências constituíram um contributo substancial os objetivos que por mim foram delineados enquanto futura EEER, ou seja colocando como objetivos 'melhorar a capacidade de integração e mobilização de conhecimentos necessários à prestação de cuidados de ER, tendo como suporte a melhor evidência científica'; 'fomentar a capacidade reflexiva, através da análise dos resultados obtidos com a implementação do projeto, tendo por base a melhor evidência científica disponível, tendo em vista produzir resultados que sejam sensíveis aos cuidados de ER na pessoa com limitações na autonomia para o autocuidado andar por défice de força muscular e equilíbrio corporal', avaliar, com recurso a instrumentos de recolha de dados, validados para a realidade portuguesa, as alterações na autonomia para os autocuidados na pessoa em processo de doença (neurológico, cardiorrespiratório e ortotraumatológico), 'diagnosticar as alterações na autonomia que se traduzam em limitação nos autocuidados para a satisfação das AVD's' e

‘desenvolver capacidades técnico-científicas na execução das intervenções de enfermagem para a capacitação da pessoa para os autocuidados, quando existe alteração da autonomia e da função (sejam de etiologia neurológica, cardiorrespiratória ou orto-traumática)’, foi orientada a ação no sentido de desenvolver as competências necessárias para os atingir.

### 7.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o Decreto de Lei nº65/2018 de 16 de agosto, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, publicado em Diário da República, a atribuição do grau de mestre está dependente de alguns critérios: ter os conhecimentos e a capacidade de compreensão, que permitam, baseando-se nos conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura (1º ciclo de estudos), desenvolvê-los e aprofundá-los e que permitam ainda constituir-se como base de desenvolvimento para a investigação. Deverá o mestre saber aplicar os conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e que não lhe sejam familiares, em contexto alargado e multidisciplinar. Deverá demonstrar capacidade de integração de conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. Deverá ser capaz de comunicar conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas implícitos, de forma clara e sem ambiguidades, quer seja a outros especialistas ou não. Deverá ainda possuir as competências que lhe permita uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Sendo que, todos os conhecimentos que foram sendo adquiridos ao longo do Mestrado, contribuíram para que se desenvolvesse uma compreensão do outro, enquanto pessoa, com a particularidade de ter necessidades especiais, que limitam a sua capacidade funcional e autonomia para a satisfação das Atividades de Vida Diárias, decorrendo essa limitação de uma situação aguda e por ora, temporária, ou decorrendo de uma situação crónica e permanente. Foram desenvolvidas capacidades teóricas e intelectuais, tendo por base de desenvolvimento a evidência científica mais atual, apoiada na investigação. Foi, assim, realizado um trabalho académico preparatório de forma a treinar a comunicação de resultados, com base no projeto de ER implementado na UC Estágio Final, que tinham como propósito comunicar os resultados obtidos com a implementação do mesmo, constituindo-se como um estudo descritivo, tendo sido produzido enquanto trabalho académico, de natureza ensaísta, mas passível de publicação após revisão do mesmo enquanto artigo científico.

Sendo que, em contexto de ensino clínico, foi utilizada metodologia de investigação, identificando áreas problemáticas, que beneficiam com implementação de programas de ER.

No que diz respeito à resolução de situações novas e não familiares, foi exatamente isso que me proporcionaram os diversos Ensinos Clínicos e campos de atuação, apresentando-me situações completamente novas, pelo menos em termos práticos, em que houve necessidade de atuar enquanto prestadora de cuidados de ER, alicerçando-me para isso, como é óbvio, na pesquisa bibliográfica. Possibilitando-me também a aquisição de competências e conhecimentos de forma a lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou até mesmo emitir juízos. Incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos, tendo em conta que a relação humana, e neste caso em particular, a relação terapêutica desenvolvida entre doente e EEER, é um processo ético bastante complexo, tendo o EEER guiar sempre o seu processo de tomada de decisão e o seu agir, pelos valores e princípios plasmados no Código Deontológico dos Enfermeiros, preservando e protegendo a dignidade do outro, que neste contexto, se encontra em situação de vulnerabilidade ainda mais acrescida.

Relativamente à comunicação de conclusões, e aos raciocínios e conhecimentos subjacentes, espero, com a produção deste relatório de Estágio, ir ao encontro dessa competência. Ao comunicar aquilo que foi implementado com o projeto de intervenção de ER, em contexto de Ensino Clínico, espero conseguir, enquanto mestranda (futuramente mestre), transmitir as conclusões, os resultados obtidos e os indicadores alcançados, de forma a poder guiar a atuação dos colegas, sejam eles especialistas ou não. Podendo assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados. De referir também toda a comunicação quer seja com os EEER, com outros EE de outras especialidades, e mesmo colegas não especialistas e outros profissionais, foi fulcral para o desenvolvimento de competências, promovendo o trabalho enquanto membro de uma equipa multidisciplinar, e permitindo a prestação de cuidados de ER com segurança e qualidade.

Quanto às competências relativas à aprendizagem ao longo da vida, de acordo com Barata (2016) a formação ao longo da vida é um importante instrumento de gestão de recursos humanos, dando respostas a necessidades específicas de desenvolvimento de competências, sejam elas individuais ou do grupo, enquanto se exploram novas necessidades formativas, “assumindo-se como um círculo permanente de valorização do saber, saber fazer e saber ser, envolvendo todos os profissionais e motivando-os a fazer mais, e principalmente a fazer melhor” (Barata, 2016:132). Sendo que, de acordo com o mesmo autor a identificação de necessidades de desenvolvimento de competências pode ser feita de forma individual, através de necessidades sentidas em contexto clínico e após reflexão. Ou seja, a aquisição destas

competências que permitem a aprendizagem ao longo da vida, acabam por ser processos muito individuais, que nascem das dificuldades sentidas em contexto de trabalho, mas também da necessidade de querer melhorar e responder a desafios novos. Neste caso, a necessidade de aquisição de competência nasceu da prática, em contexto de ensino clínico, para colmatar défices que foram surgindo, recorrendo, de forma autónoma, a pesquisas em bibliografia de referência, pesquisas em bases de dados. Poderia facilmente, ter sido colmata também pela frequência de simpósios, congressos, cursos formativos, workshops, mas, tendo em conta a conjuntura atual, esse tipo de eventos teve necessidade de adaptação e muitos acabaram por ser cancelados. Mas a aquisição de competências e conhecimentos, pelo menos para mim, assim como a sua reciclagem, são um processo contínuo tendo sempre, procurado formação de forma autónoma ao frequentar vários tipos de formação e assim antevejo também o futuro.

Será importante referir que também os objetivos traçados enquanto mestranda contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas como mestre, tendo delineado como objetivos 'melhorar a capacidade de comunicar as conclusões do projeto de ER desenvolvido e implementado, assim como os conhecimentos e raciocínio que lhe são implícitos', que considero ter alcançado com a construção deste relatório. Assim como o objetivo 'colaborar no desenvolvimento da ER, com a elaboração, defesa e publicação dos resultados e das conclusões deste relatório' que espero ter também conseguido atingir, contribuindo assim para o enriquecimento da especialidade de ER.

Sendo que a obtenção do título de EEER e do grau académico de Mestre são o culminar deste longo percurso de aquisição de competências.

## CONCLUSÃO

Chegando a este capítulo, pretendo fazer uma análise dos aspetos mais relevantes que decorreram das UC “Estágio em Enfermagem” “Estágio Final” e “Relatório”. Mas pretendo, sobretudo, fazer uma reflexão sobre as competências adquiridas enquanto EE, EEER e Mestre, que vêm espelhadas neste relatório e dos objetivos a que me propus para as alcançar.

De acordo com Marques-Vieira e Caldas (2016), o autocuidado andar, mais concretamente o déficit neste autocuidado, tem implicações no que diz respeito ao grau de dependência global da pessoa, podendo esse déficit nos autocuidados acontecer em qualquer ponto ao longo do ciclo vital, colocando as pessoas em situação de vulnerabilidade, sobretudo quando esta alteração advém de uma situação aguda.

Sendo que a minha intervenção enquanto futura EEER foi a de, após correta avaliação da situação e identificação de alterações na autonomia, na capacidade para o autocuidado e riscos potenciais decorrentes dessas mesmas limitações, planear e desenhar planos de cuidados de ER, centrados na pessoa e família (ou pessoas significativas), tendo como objetivo melhorar a sua capacidade funcional e sua capacidade de adaptação às limitações reais, implementando: intervenções para a reeducação funcional, como é o caso do treino de AVD's; programas de treino motor, cardiorrespiratório, sensitivo, cognitivo, de forma a contribuir para a sua qualidade de vida e inclusão social. Sendo que todas as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos tiveram em conta, não apenas as limitações, mas os desejos e vontades dos doentes e famílias, permitindo-me cuidar de pessoas com necessidades especiais, capacitando-as e otimizando a sua funcionalidade, obtendo ganhos em autonomia, prevenindo assim também riscos potenciais identificados. Sendo que de acordo com Coelho, Barros e Sousa “um programa de reabilitação para ser efetivo tem de ter em consideração uma avaliação rigorosa da pessoa, a sua motivação, expectativas e recursos disponíveis” (Coelho, Barros & Sousa, 2016:448).

Relativamente ao projeto de Intervenção, os resultados obtidos através da avaliação antes e após a implementação do programa de enfermagem de reabilitação, demonstraram uma evolução positiva na capacitação para o autocuidado andar ao intervir, promovendo o aumento da força muscular e do equilíbrio corporal. Sendo que ao longo do processo de reabilitação houve encorajamento e reforço positivo, valorizando as conquistas, conseguindo assim progredir no treino de marcha, desafiando a pessoa a superar-se, nunca esquecendo de respeitar as suas limitações (Marques-Vieira & Caldas, 2016). A implementação do

programa de ER levou também a uma melhoria no grau de dependência dos participantes e a uma diminuição bastante considerável no risco de queda, observável através da aplicação das escalas utilizadas. Podemos assim comprovar que, ao promovermos uma melhoria da força muscular e do equilíbrio, através da implementação do programa de enfermagem de reabilitação, existe uma melhoria na capacidade de marcha dos indivíduos e conseqüentemente na autonomia para a satisfação dos restantes autocuidados. Assim ficam contributos positivos para a validade e efetividade do programa desenvolvido, tendo atingido os objetivos a que me propus, como já referido.

De ressaltar que um maior número de participantes e maior duração do estudo iria permitir que obtivéssemos conclusões com valor estatístico mais relevante do que um estudo com número bastante limitado de participantes e por um curto período. Seria também relevante proceder a uma avaliação da qualidade da vida antes e após a intervenção, de forma a identificar mais ganhos para a saúde, provenientes da intervenção de ER.

Relativamente aos Indicadores que a OE definiu para os cuidados de EEER (OE, 2018b), existem indicadores para o foco andar, andar com auxiliar de marcha, para o equilíbrio corporal, para o movimento muscular, que são os focos deste projeto de intervenção e onde conseguimos efetivamente produzir evidência. Sendo que existem também indicadores nos diversos focos relacionados com os autocuidados, com a promoção da inclusão social, com a satisfação e com a promoção de saúde. A um nível mais macro existem indicadores relacionados com a organização dos cuidados de ER. Todos estes indicadores estão relacionados com a aplicação de escalas, com a prevalência de incapacidades, com taxas de incapacidade, com percentagens de pessoas a quem é identificado potencial para melhorar conhecimento sobre técnicas, potencial para melhorar capacidades, identificar ganhos nos diversos focos (como ganhos em conhecimento, ganhos em capacidades). Sendo que com os resultados obtidos com a implementação deste projeto conseguimos produzir indicadores no que diz respeito ao autocuidado andar sendo esse uma das competências dos EEER (OE, 2018a). A OE (2015a) coloca sempre o foco de ação do ER nos conhecimentos e no potencial para melhorar, na aprendizagem de capacidades e no potencial para melhorar essas mesmas capacidades, ao invés de colocar o foco na incapacidade da pessoa e nas suas necessidades.

Indo assim ao encontro do que defendem (Coelho, Barros & Sousa (2016) “A investigação produzida no âmbito dos mestrados em enfermagem de reabilitação tem evidenciado os ganhos sensíveis com os cuidados do EEER, nomeadamente melhoria da mobilidade e na execução das ABVD e conseqüentemente da qualidade de vida” (Coelho, Barros & Sousa, 2016:448).

Relativamente às competências de EE, considero que ao demonstrar conhecimentos aprofundados em ER, mobilizando evidência científica, e demonstrando competências técnicas

e humanas, mobilizando-as, tendo em conta aquilo que eram as necessidades de saúde das pessoas nos diferentes contextos de vida, foram alcançadas, tendo sido reconhecidas também com a aprovação nos ensinamentos clínicos.

Em relação às competências de EEER, considero que as alcancei, ao cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, no diferentes os contextos da prática onde prestei cuidados; ao capacitar as pessoas com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania, como foi o caso das pessoas a quem prestei cuidados no âmbito do desenvolvimento do projeto de intervenção, mas também a todas as outras pessoas a quem prestei cuidados ao longo dos ensinamentos clínicos, maximizando a autonomia e desenvolvendo as capacidades das mesmas. Sendo que ao definir e alcançar objetivos no âmbito das competências do EEER, descritas anteriormente (capítulos 4 e 7.2), também contribuíram para as alcançar.

Identifico, porém, algumas limitações ao desenvolvimento de competências enquanto EEER, nomeadamente no que à demografia da população cuidada diz respeito, sendo que maioritariamente, como já referido, os cuidados prestados tiveram como alvo idosos e adultos, não tendo existido intervenção junto da franja da população em idade pediátrica. Não obstante, os contextos em que foram desenvolvidos os ensinamentos clínicos permitiram refinar as mais variadas técnicas de ER, seja na reabilitação motora funcional ou na reabilitação respiratória funcional, que são passíveis de ser aplicadas à população em idade pediátrica com as respetivas adaptações/limitações inerentes à faixa etária.

O desenvolvimento de competências ao longo dos diversos ensinamentos clínicos e da transposição dessas mesmas competências neste relatório de estágio, em que se procedeu à identificação de uma problemática, que beneficiava da intervenção do EEER, permitiram-me aplicar metodologia científica, refletir sobre essa mesma problemática, definir objetivos e finalmente proceder à comunicação dos achados e resultados, bem como a discussão dos mesmos. A aquisição de competências enquanto mestre em enfermagem, leva-me a crer, estar preparada para continuar a aplicar a metodologia científica no desenvolvimento da especialidade de ER, refletindo sobre a minha prática clínica enquanto EEER e a comunicar os resultados obtidos, refletindo ganhos em saúde e obtendo indicadores sensíveis aos cuidados de ER.

O projeto de intervenção produzido durante as UC Estágio Final e Relatório, e todas as intervenções realizadas ao longo dos diversos ensinamentos clínicos, tiveram sempre em conta o agir ético e deontológico, suportado na evidência científica, permitindo-me assim alcançar as competências comuns do EE, as competências específicas do EEER, as competências de Mestre e também os requisitos necessário à atribuição do título de EEER pela OE.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Sports Medicine (2014) [ACSM]. *Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição* (9ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara
- American Psychological Association [APA] (2012). *Manual de publicação da APA* (6.ª edição). Porto Alegre, Brasil: Penso Editora.
- Antunes, C. (Rel.), Pereira, M., Rodrigues, L., Organista, D., Cysneiros, A., Paula, F., (...) Froes, F. (2020) - Hospitalization Direct Cost Of Adults With Community-Acquired Pneumonia In Portugal From 2000 To 2009 – *Pulmonology Journal* 26 (5), 264-267 disponível em : <https://doi.org/10.1016/j.pulmoe.2020.02.013>
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria* (Relatório de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Curso de Mestrado em Enfermagem), Coimbra, Portugal. Disponível em: [https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id\\_ficheiro=20538&codigo=688697509](https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509)
- Arco, A. (Coord), Arco, H., Lucindo, I. & Martins, M. (2018) Normas De Elaboração E Apresentação De Trabalhos Escritos (2.ª Versão). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal.
- Azevedo, P., & Gomes, B. (2015). Efeitos Da Mobilização Precoce Na Reabilitação Funcional Em Doentes Críticos: Uma Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (5), 129-138. doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIV14035>
- Barata, L. (2016). Aquisição e Desenvolvimento de Competências ao Longo da Vida Profissional – A Importância da Formação Continua In Marques-Vieira, C & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª edição - pp.123-136). Lisboa: Lusodidacta.
- Boss, B. & Wilkerson, R. (2011). Comunicação: Linguagem e Pragmática. In Hoeman, S. (Coord.) *Enfermagem de Reabilitação - Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª edição - pp. 525-550). Loures: Lusodidacta.

- Braga, R. (2016a). Avaliação da função deglutição. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.) *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª edição - pp. 181- 188). Loures: Lusodidacta.
- Braga, R. (2016b). Reeducação da deglutição. In Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (Coord.) *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª edição - pp. 263-270). Loures: Lusodidacta.
- Branco, T. & Santos, R. (2010). *Reabilitação da pessoa com AVC*. Coimbra: Formassau.
- Bule, M. & Reis, G. (2016). Capacitação e Atividade de Vida In Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (Coord), *Cuidados de Enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp.57-68). Lisboa: Lusodidacta.
- Caldas (2016) Funções Cognitivas. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª edição - pp.139-146). Lisboa: Lusodidacta.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2015) (CIPE). Edição da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Disponível em [https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe\\_2015.pdf](https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf)
- Coelho, C., Barros, H., & Sousa, L. (2016). Reeducação da função sensoriomotora. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.
- Colby, L. & Kirsner, C. (2005). Exercícios Terapêuticos – Fundamentos e Técnicas (4ªedição). Barueri, Brasil: Manole Editora
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (Coord.). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. (1ªedição). Loures: Lusociência.
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014, Maio-Junho) Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*. 2 (IV), 7-17 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1382>
- Dennison, P. (2010). Problemas das Vias Aéreas Inferiores In Monahan, F., Sans, J., Neighbors, M., Marek, J. & Green, C., *PHIPPS Enfermagem Médico Cirúrgica – Perspetivas de Saúde e Doença* (8ª edição - pp.639 – 690). Loures: Lusodidacta
- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação In Marques-Vieira, C & Sousa, L. (Coord.), *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª edição - pp.35-40). Lisboa: Lusodidacta.

- DGS (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares 2017*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-asdoencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx>
- DGS (2019). *Norma nº 008/2019 de 09/12/2019 - Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. (1ª edição). Lisboa, Portugal: Lidel
- Ferreira, D. & Gomes, B. (2016) Reeducação da Função Respiratória. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª edição - pp.253-262). Lisboa: Lusodidacta.~
- Ferro, J. & Melo, T. (2017) Acidente Vascular Cerebral (Via Verde AVC) In Ponce, P (Coord.) *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição – pp.111-118). Lisboa: Lidel
- Flannery, J. & Bulecza, S. (2010). Problemas Vasculares e Degenerativos no Cérebro In Monahan, F., Sans, J., Neighbors, M., Marek, J. & Green,, C., *PHIPPS Enfermagem Médico Cirúrgica – Perspetivas de Saúde e Doença* (8ª edição - pp.1463 – 1502). Loures: Lusodidacta
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas Do Processo De Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e Deglutição. In Hoeman, S. (Coord.). *Enfermagem De Reabilitação- Prevenção, Intervenção E Resultados Esperados* (4ª edição - pp. 295– 317). Loures: Lusodidacta.
- Hoeman, S., Liszner, K. & Alverzo, J. (2011). Mobilidade Funcional Nas Actividades De Vida Diária. In S. Hoeman (Ed.), *Enfermagem de Reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4ª Edição - pp. 209- 270). Loures: Lusodidacta.
- INE (2020b). Causas de Morte 2018 In INE. disponível em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=358633033&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=358633033&PUBLICACOESmodo=2)
- INE (2020a). Estatísticas da saúde 2018 In INE. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=257793024&PUBLICACOESmodo=2)
- INEM (2020). Estatísticas Via Verde AVC In INEM. Disponível em [http://oldsite.inem.pt/stats\\_avc/stats.asp](http://oldsite.inem.pt/stats_avc/stats.asp)

- Kisner, C. & Colby, L. (2005). *Exercícios Terapêuticos- Fundamentos e Técnicas*. (4ª ed). São Paulo, Brasil: Manole.
- Lutz, B. & Davis, S. (2011). Modelos Teóricos e Práticos para a Enfermagem de Reabilitação *In Hoeman, S. (2011) Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4ª edição – pp15-31) Loures: Lusodidacta
- Marques-Vieira, C. & Caldas, A. (2016). A Relevância do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido *In C. Marques-Vieira, C & Sousa, L. (Coord.)*, *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª edição - pp.547-558). Lisboa: Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L. & Braga, R. (2016). Reabilitar a pessoa com Acidente Vascular Cerebral *In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (pp.465-474). Lisboa: Lusodidacta.
- Menoita,E. (Coord.) (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos Para Um Envelhecer Resiliente* (1ª edição). Loures, Portugal: Lusociência.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2018) Decreto de Lei nº65/2018 de 16 de agosto: Regime Jurídico Dos Graus E Diplomas Do Ensino Superior. *Diário da República*, 1ª série, n.º 157/2018, 4147 – 4182 disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/116068879/details/maximized>
- Ministério da Saúde (1998) Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril: REPE. Lisboa. *Diário da República*. Série I-A, nº 104/98, 1739-1757. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/104/1998/04/21/p/dre/pt/htm>
- Ministério da Saúde (2009) Decreto-Lei n.º 318/2009 de 2 de novembro. *Diário da República*, 1ª série, n.º 212/2009, 8310-8317. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/318/2009/11/02/p/dre/pt/html>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos Na Investigação De Enfermagem* (E-book). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013). Guia orientador de boas práticas – Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_Mobilidade\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf)

- OE (2015a) Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Porto: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER\\_Assembleia/PadraoDocumental\\_EER.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf)
- OE (2015b) Lei nº156/2015 de 16 de setembro: Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 1ª série, n.º 181/2015, 8059 – 8105 disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/70309896/details/maximized>
- OE (2016) Instrumentos De Recolha De Dados Para A Documentação Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Reabilitação *In OE* Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao\\_Final\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf)
- OE (2018a) Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação – Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Lisboa Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4\\_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8192/ponto-4_regulamento-dos-padr%C3%B5es-qualidade-ceer-1.pdf)
- OE (2018b) Enfermagem de Reabilitação - Bilhetes De Identidade Dos Indicadores Que Integram O Core De Indicadores Por Categoria De Enunciados Descritivos Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem De Reabilitação. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/323968887\\_Bilhetes\\_de\\_identidade\\_dos\\_indicadores\\_que\\_integram\\_o\\_core\\_de\\_indicadores\\_por\\_categoria\\_de\\_enunciados\\_descritivos\\_dos\\_Padroes\\_de\\_Qualidade\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_EnfReabilitacao](https://www.researchgate.net/publication/323968887_Bilhetes_de_identidade_dos_indicadores_que_integram_o_core_de_indicadores_por_categoria_de_enunciados_descritivos_dos_Padroes_de_Qualidade_dos_Cuidados_de_EnfReabilitacao)
- OE (2019a) Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista [RCCEE]. *Diário da República*, 2ª série, n.º 26/2019, 4744 – 4750 disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- OE (2019b) Regulamento n.º 392/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista [RCEEE]. *Diário da República*, 2ª série, n.º 85/2019, 3565 – 13568 disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/122216893/details/maximized>
- Organização Mundial De Saúde (2004) *Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde*. Edição: Direção Geral de Saúde. Lisboa. Disponível em [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf).

- Pastor, A., Almeida, F., Silva, N., Ferreira, R., Gonçalves, A., Alfaiate, T., Magalhães, S. & Pereira, A. (2019, junho) Fibrinólise num Hospital Distrital: Desempenho dos Dois Primeiros Anos. *Medicina Interna*, 2 (26), 92-96 disponível em <https://revista.spmi.pt> - DOI:10.24950/rspmio/133/18 /2/2019
- Pestana, H. (2016). Sistemas de Informação e a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ªedição - pp. 77-88). Loures: Lusodidacta.
- Petronilho, F., & Machado, M. (2016). Teorias De Enfermagem E Autocuidado: Contributos Para A Construção Do Cuidado De Reabilitação In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª ed., pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Pinheiro, I., Ribeiro, N., Pinto, A., Sousa, D., Fonseca, E. & Ferraz, D. (2013). Correlação Do Índice De Barthel Modificado Com A Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade E Saúde. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*. 13 (1), 39-46. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/322243645\\_CORRELACAO\\_DO\\_INDICE\\_DE\\_BARTH\\_EL\\_MODIFICADO\\_COM\\_A\\_CLASSIFICACAO\\_INTERNACIONAL\\_DE\\_FUNCIONALIDADE\\_INCAPACIDADE\\_E\\_SAUDE\\_CORRELATION\\_OF\\_MODIFIED\\_BARTHEL\\_INDEX\\_TO\\_THE\\_INTERNATIONAL\\_C\\_LASSIFICATION\\_OF\\_FUNCTIO](https://www.researchgate.net/publication/322243645_CORRELACAO_DO_INDICE_DE_BARTH_EL_MODIFICADO_COM_A_CLASSIFICACAO_INTERNACIONAL_DE_FUNCIONALIDADE_INCAPACIDADE_E_SAUDE_CORRELATION_OF_MODIFIED_BARTHEL_INDEX_TO_THE_INTERNATIONAL_C_LASSIFICATION_OF_FUNCTIO)
- Piovesan, A.C., Soares, E.dos S., Camillo, A.A., Corazza, S.T., & Mezzomo, S.P. (2015). Avaliação do Teste de Tinetti e Mini-Exame do Estado Mental em idosas moradoras da comunidade Roberto Binatto, Santa Maria (RS). *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), 341-352
- Powers, W. J., Rabinstein, A. A., Ackerson, T., Adeoye, O. M., Bambakidis, N. C., Becker, K., (...) Tirschwell, D. L. (2018). 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 49 (3), e46–e110. Disponível em <https://doi.org/10.1161/STR.000000000000158>
- Queirós, P.; Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (3), 157-164. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

- Regulamento do Estágio Final e Relatório do Mestrado de Enfermagem, ano letivo 2018-2020. Associação de Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde
- Ribeiro, J. & Bugalho, A. (2017) Pneumonia Adquirida na Comunidade In Ponce, P (Coord.) *Manual de Urgências e Emergências* (2ª edição – pp.62-65). Lisboa: Lidel
- Romão, F., Dias, L. & Moreno, M. (2012) Patologia Respiratória Restritiva In Cordeiro, M., & Menoita, E. (Coord.). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória*. (1ª edição - 229 – 250). Loures: Lusociência.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004, março) Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. 11, 59-62
- Santos, J. (2016) Prefácio In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª edição - pp. 3-14). Loures: Lusodidacta.
- Santos, E. & Ferreira, F. (2016) Avaliação Da Pessoa Com Patologia Respiratória In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª edição - pp.167-180). Lisboa: Lusodidacta.
- Seeley, R., Stephens, T & Tate, P. (2003). *Anatomia e Fisiologia* (6ª edição) Loures: Lusociência
- Toubarro, F. (2016) . Função Sensoriomotora In Vieira-Marques, C & Sousa, L., *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo do Ciclo de Vida* (1º edição – pp.159-166). Loures, Portugal: Lusodidacta
- Varanda & Rodrigues (2016) Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Adaptar In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados De Enfermagem De Reabilitação À Pessoa Ao Longo Da Vida* (1ª edição - pp.145-158). Lisboa: Lusodidacta.

## **ANEXOS**

Anexo I - Instrumento De Colheita De Dados

Codificação:	Serviço:
Idade:	Sexo:
Data de admissão:	Défices à admissão:
Diagnóstico médico:	
Antecedentes pessoais:	Medicação:
Estado civil/Agregado familiar:	Escolaridade:
Data de alta	Défices à alta:

	1ª avaliação ___/___/___	2ª avaliação ___/___/___
Escala de Barthel modificada		
Escala de coma de Glasgow		
Escala de Tinetti		
Escala de Morse		
Escala de Lower		

Avaliação conforme o padrão documental dos cuidados de enfermagem de reabilitação

Movimento muscular* especificar				
	sim	não	Sim	Não
Controlo de movimentos				
Diminuição de movimentos musculares				
Mobiliza ativamente				
Equilíbrio *especificar se necessita de apoio				
	sim	não	sim	Não
Estático sentado				
Dinâmico sentado				

Estático ortoestático				
Dinâmico ortoestático				
Dismetria dedo/nariz				
Dismetria calcanhar/joelho				
Pôr-se de pé *especificar se necessita de apoio				
	Sim	Não	Sim	Não
Levanta MS				
Levanta MI				
Deitado - sentado				
Sentado – de pé				
Suporta o peso do corpo				
Andar				
	Sim	Não	Sim	Não
s/ auxiliar de marcha				
c/auxiliar de marcha				
Sobe e desce degraus				
Passada eficaz				
Outras observações:				

## Anexo II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA  
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO

Caro senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora e das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco e Portalegre, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre, nos anos letivos de 2018/2019 e 2019/2020, no ramo especialização em Enfermagem de Reabilitação, estou a realizar um estudo com o tema “Capacitar para a autonomia no autocuidado andar em pessoas com défice de equilíbrio e de movimento muscular”, sendo esse também o seu principal objetivo. Para isso serão aplicados os seguintes exercícios: mobilizações passivas, ativas, ativas-assistidas e ativas-resistidas, exercícios de coordenação motora, exercícios de facilitação cruzada, exercícios terapêuticos no leito (rolamento, mobilização ativa da pélvis, ponte), exercícios de treino de verticalização, treino de equilíbrio, entre outros que possam vir a ser integrados posteriormente no processo de reabilitação da pessoa, caso seja oportuno.

Este estudo terá ainda como objetivo, comprovar a eficácia de uma intervenção sistematizada para os cuidados de Enfermagem de Reabilitação em doentes com desequilíbrio na marcha e défices de movimento muscular, analisando os resultados alcançados com a implementação do projeto, e verificando a existência de ganhos para a saúde para a pessoa alvo de cuidados, que sejam sensíveis aos cuidados do enfermeiro especialista em Reabilitação.

Asseguro que será mantido o anonimato e a confidencialidade de todos os dados obtidos, sendo a sua utilização exclusiva para este projeto, cumprindo assim o meu dever de sigilo profissional, consagrado no meu código ético e deontológico profissional. Todos os dados serão codificados e utilizados apenas para este fim.

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.

1

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador que abaixo assina. Foi-me garantido que a minha participação é de carácter voluntário e que, em qualquer altura, poderei recusar participar neste estudo sem ser necessária qualquer justificação, e 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 investigador.

Nome: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR (POR INCAPACIDADE OU IDADE)**

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco ou tipo de representação: \_\_\_\_\_

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Assinatura/s de quem pede consentimento:**

---

**Enfermeira Catarina Pereira (cédula profissional n°85392)**

**Contacto: catarinaccbpereira@gmail.com**

\*Este documento é feito em duplicado (uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente).

Anexo III - Autorização Da Comissão De Ética Da ULS



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



Comissão de Ética da ULS de [redacted]

Exma. Senhora

Enf. Catarina Pereira

Sua Referência	Sua comunicação	Nº Ofício - Data
		12/02/2020 HAL_01_1361_2020-04-29

11:26:42

Assunto
Parecer para desenvolvimento/implementação de Projeto de Mestrado em enfermagem de reabilitação e recolha de dados no centro de responsabilidade integrada de medicina interna (CRIMI)

Para conhecimento e devidos efeitos, junto se anexa cópia do parecer da Comissão de Ética da ULS [redacted], EPE, datado de 28 de fevereiro de 2020, e homologado pelo Conselho de Administração da ULS [redacted] E.P.E, no dia 7 de abril de 2020.

Com os melhores cumprimentos,

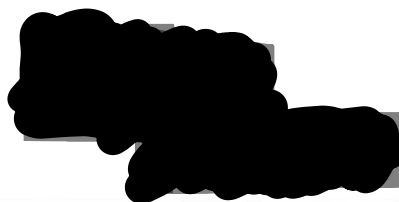
O Serviço de Investigação, Formação e Ensino da ULSCB, EPE

O Gabinete de Comissões Técnicas da ULS [redacted], EPE

[redacted]  
[Handwritten signature]

Na resposta indicar a nossa referência. Em cada ofício tratar apenas um assunto.

[redacted]  
[redacted]



**Documento:** Pedido de parecer para Projecto de Mestrado

**Assunto:** Parecer para desenvolvimento/implementação de Projeto de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação e recolha de dados no Centro de Responsabilidade Integrada de Medicina Interna (CRIMI)

**Requerente:** Catarina Correia Chaves Barrento Pereira – Licenciada em Enfermagem

**Título:** "Capacitar para a autonomia no autocuidado andar em pessoas com défice de equilíbrio e de movimento muscular", este projecto tem como objectivo comprovar a eficácia de uma intervenção sistematizada para os cuidados de Enfermagem de Reabilitação em doentes com desequilíbrio na marcha e défices de movimento muscular, analisando os resultados alcançados com a implementação do projecto, e verificando a existência de ganhos para a saúde para a pessoa alvo de cuidados, que sejam sensíveis aos cuidados de enfermeiro especialista em Reabilitação.

**Investigador Principal:** Catarina Correia Chaves Barrento Pereira

**População do Estudo:** Doentes com desequilíbrio de marcha e défices de movimento muscular

**Serviço onde decorre o estudo:** Centro de Responsabilidade Integrada de Medicina Interna (CRIMI)

**Data do pedido:** Datado no HAL a 12-02-2020

A Comissão de Ética da ULS EPE concorda com o referido estudo, desde que o mesmo seja do conhecimento e devida autorização da Exm<sup>a</sup>. Diretora do CRI de Medicina Interna.

ULS de [redacted], E.P.E., 28 de fevereiro de 2020

A Comissão de Ética

#### Anexo IV– Índice De Barthel Modificado

		Avaliação
Higiene pessoal	Totalmente dependente	0
	Necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal	1
	Necessita de alguma assistência em um ou mais passos da higiene pessoal	3
	É capaz de conduzir a própria higiene, mas requer assistência mínima antes e/ou depois da tarefa.	4
	Lava as mãos, face, dentes, faz a barba, penteia-se ou maquilha-se	5
Banho	Totalmente dependente.	0
	Requer assistência em todos os aspetos do banho.	1
	Requer assistência no transferir-se, lavar-se e/ou secar-se;	3
	Requer supervisão, por segurança, no ajuste da temperatura da água ou na transferência	4
	Independente, mesmo que necessite de equipamentos	5
Alimentação	Totalmente dependente	0
	Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém, necessita de assistência constante durante a refeição.	2
	Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.	5
	Independente para se alimentar, necessita de assistência para, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.	8
	Independente. Pode usar equipamento de apoio.	10
Utilização do WC	Dependente. Incapaz de realizar esta tarefa. Não participa.	0
	Assistência em todos os aspetos das tarefas	2
	Assistência em alguns aspetos como nas transferências, manuseio das roupas, limpar-se, lavar as mãos.	5
	Independente com supervisão. Por exemplo: uso de urinol à noite, mas não é capaz de esvaziá-lo e limpá-lo.	8
	Independente em todos os passos. Se for necessário o uso de urinol, deve ser capaz de colocá-lo, esvaziá-lo e limpá-lo.	10
Subir e descer escadas	Incapaz.	0
	Assistência em todos os aspetos.	2
	Sobe e desce, mas precisa de assistência durante alguns passos desta tarefa.	5
	Necessita de supervisão para segurança ou em situações de risco..	8
	Capaz de subir e descer escadas de forma segura e sem supervisão. Pode usar auxiliar	10

Vestuário	Incapaz. Não participa.	0
	Assistência em todos os aspetos, mas participa de alguma forma.	2
	Assistência é requerida para colocar e/ou remover alguma roupa.	5
	Assistência apenas para fechar botões, atar sapatos, sutiã, etc	8
	Independente, pode usar adaptações	10
Controlo urinário	Incontinente. Uso de cateter interno.	0
	Incontinente, mas capaz de ajudar com um dispositivo interno ou externo.	2
	Permanece seco durante o dia, mas não à noite, necessitando de assistência de dispositivos	5
	Tem acidentes ocasionais. Necessita de ajuda para manusear o dispositivo urinário	8
	Capaz de controlar seu esfíncter de dia e de noite	10
Controlo intestinal	Incontinente	0
	Assistência para assumir a posição apropriada e para as técnicas facilitadoras da evacuação.	2
	Assistência no uso das técnicas facilitadoras e para se limpar. Com evacuações acidentais frequentes.	5
	Supervisão ou ajuda para colocar o supositório ou enema. Tem algum acidente ocasional.	8
	O paciente é capaz de controlar o esfíncter anal sem acidentes.	10
Deambulação	Dependente na deambulação. Não participa.	0
	Assistência por uma ou mais pessoas durante toda a deambulação.	3
	Assistência necessária para alcançar apoio e deambular.	8
	Assistência mínima ou supervisão nas situações de risco ou período durante o percurso de 50 metros.	12
	Independente. Pode usar auxiliar de marcha.	15
Cadeira de rodas	Dependente na ambulacão em cadeira de rodas.	0
	Propulsiona a cadeira por curtas distâncias, superfícies planas. Assistência em todo o manejo da cadeira.	3
	Assistência para manipular a cadeira para a mesa, cama, banheiro, etc.	8
	Propulsiona em terrenos irregulares. Assistência mínima em subir e descer degraus, guias.	12
	Independente no uso de cadeira de rodas.	15
Transferência (cadeira-cama)	Dependente. Não participa da transferência. Necessita de ajuda (duas pessoas).	0
	Participa da transferência, mas necessita de ajuda máxima em todos os aspetos da transferência.	3
	Assistência em algum dos passos desta atividade.	8

Título | Capacitar para a autonomia no autocuidado andar em pessoas com défice de equilíbrio e de força muscular

---

	Precisa ser supervisionado ou recordado de um ou mais passos.	12
	Independente	15
TOTAL		

Interpretação: Dependência total:  $\leq 20$ ; Dependência severa: 20-50; Dependência moderada: 51-75; Dependência Ligeira: 76-99; Independência total: 100 pontos

Fonte: Pinheiro (2013), Apóstolo (2012)

## Anexo V - **Escala De Coma De Glasgow**

		Avaliação
Abertura dos olhos	4 - Espontânea	
	3 - À voz	
	2 - À dor	
	1 - Não	
Melhor resposta verbal	5 - Orientado	
	4 - Confuso	
	3 - Inapropriada	
	2 - Incompreensível	
	1 - Nenhuma	
Melhor resposta Motora	6 - Obedece a ordens	
	5 - Localiza	
	4 - Retirada	
	3 - Flexão anómala	
	2 - Extensão anómala	
	1 - Nenhuma	
Total		

Fonte: Branco e Santos (2010)

Anexo VI – **Índice De Tinetti**

	Avaliação
<b>EQUILÍBRIO ESTÁTICO - SENTADO</b>	
<b>1. Equilíbrio sentado</b>	
0 – Inclina-se ou desliza na cadeira	
1 – Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira	
2 – Estável, seguro	
<b>2. Levantar-se</b>	
0 – Incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio	
1 – Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa	
2 – Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços	
<b>3. Equilíbrio Imediato (primeiros 5 segundos)</b>	
0 – Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)	
1 – Estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se	
2 – Estável sem qualquer tipo de ajudas	
<b>4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos</b>	
0 – Instável	
1 – Estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio	
2 – Pés próximos e sem ajudas	
<b>5. Pequenos desequilíbrios na mesma posição (sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno)</b>	
0 – Começa a cair	
1 – Vacilante, agarra-se, mas estabiliza	
2 – Estável	
<b>6. Fechar os olhos na mesma posição</b>	
0 – Instável	
1 – Estável	
<b>7. Volta de 360° (2 vezes)</b>	
0 – Instável (agarra – se, vacila)	
1 – Estável, mas dá passos descontínuos	
2 – Estável e passos contínuos	
<b>8. Apoio Unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)</b>	
0 – Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto	
1 – Aguenta 5 segundos de forma estável	
<b>9. Sentar-se</b>	
0 – Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância	
1 – Usa os braços ou movimento não harmonioso	
2 – Seguro, movimento harmonioso	
<b>PONTUAÇÃO (total 16)</b>	

Fonte: Apóstolo (2012)

Anexo VII – **Escala De Lower**

	Avaliação
0/5 - Sem contração muscular e sem movimento	
1/5 - Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento	
2/5 - Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade	
3/5 - Raio de movimento completa apenas contra gravidade, não contra resistência	
4/5 - Raio de movimento completo contra resistência moderada e contra gravidade	
5/5 - Movimento normal contra gravidade e resistência	

Fonte: Branco e Santos (2010)

## ANEXO VIII – Escala De Morse

			avaliação
Historial de quedas	Sim - 25	25	
	Não - 0	0	
Diagnósticos secundários	Sim - 15	15	
	Não - 0	0	
Ajuda para caminhar	Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0	
	Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15	
	Apoia-se no mobiliário para andar	30	
Terapia intravenosa	Não	0	
	Sim	20	
Postura no andar e na transferência	Normal/acamado/imóvel	0	
	Debilidado	10	
	Dependente de ajuda	20	
Estado mental	Consciente das suas necessidades	0	
	Esquece-se das suas limitações	15	
TOTAL			

Legenda:

Sem risco	0 e ≤ 24 pontos
Baixo risco	≥ 25 e ≤ 50 pontos
Alto risco	≥ 51 pontos

Fonte: DGS (2019)