



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado na Reabilitação da Pessoa
em Risco de Úlcera por Pressão**

João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia

**Lisboa
2020**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação**

Relatório de Estágio

**Promoção do Autocuidado na Reabilitação da Pessoa
em Risco de Úlcera por Pressão**

João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia



Orientador: Professora Doutora Vanda Marques Pinto



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A ciência: 5 por
cento de inspiração, 95 por cento de transpiração”

(Albert Einstein)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Vanda Marques Pinto, pela motivação e dedicação na orientação deste percurso. O seu gosto pela ciência e por Enfermagem de Reabilitação foram inspiradores e norteadores para as aprendizagens desenvolvidas.

À Sr^a Enf^a Natália Viana, pela forte sabedoria e visão do que deve ser um Enfermeiro de Reabilitação. Ajudou-me a construir o meu conceito enquanto futuro Enfermeiro especialista.

Ao Sr. Enf^o Pedro Pedrosa, pelos conhecimentos, gosto por metodologias científicas e o forte sentido de inovação em Enfermagem de Reabilitação.

Não posso deixar de agradecer ao conjunto, Professora Doutra Vanda Marques Pinto, Enf^a Natália Viana e Enf^o Pedro Pedrosa. Foram um exemplo de profissionais de excelência que em muito contribuíram para o meu desenvolvimento profissional. Obrigado pelo constante reforço positivo das conquistas conseguidas.

À minha família que se preocupou com o meu percurso, e em particular à minha mãe, ao meu pai e à minha irmã pela paciência constante com que me apoiaram e a atenção e carinho que me transmitiram.

Aos meus amigos, pelo apoio e pelos momentos de descontração que permitiram desanuviar das dificuldades sentidas.

Aos meus colegas de serviço pelas palavras amigas e reforço positivo. Agradeço também a disponibilidade com que me ajudaram a gerir o horário laboral facilitando trocas.

Agradeço a todos os que estiveram ao meu lado e acreditaram em mim, confiaram nas minhas capacidades e me ajudaram neste percurso de desenvolvimento.

Obrigado!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central de Serviços de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades de Vida Diária

CAT - COPD *Assesement Test*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

ER – Enfermagem de Reabilitação

EPUAP - *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

GOLD – *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*

NPUPAP - *National Pressure Ulcer Advisory Panel*

NPIAP - *National Pressure Injury Advisory Panel*

PPPIA - *Pan Pacific Pressure Injury Alliance*

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UPP – Úlcera(s) por Pressão

VNI – Ventilação não invasiva

RESUMO

A importância da intervenção à pessoa em risco acrescido de úlcera por pressão tem assumido uma forte relevância para a investigação, devido às consequências que estas assumem para o utente e sistema de saúde.

O presente trabalho procura estudar a promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa em risco de úlcera por pressão, através de intervenções diferenciadas de Enfermagem de Reabilitação, sendo uma área emergente de investigação no que concerne designadamente à dimensão motora com impacto no autocuidado.

O desenvolvimento de intervenções de enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado à pessoa em risco de úlcera por pressão constitui um problema sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação onde a prevenção de complicações, a promoção do autocuidado e bem-estar, bem como a readaptação funcional são essenciais (ordem dos enfermeiros, 2018).

Pretende-se, partindo do estudo desta temática enquadrada na filosofia de cuidados de Orem (teoria do autocuidado), demonstrar um percurso de aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e de mestre em enfermagem.

Obtiveram-se resultados positivos com a intervenção nos contextos da comunidade e hospitalar, designadamente: na promoção do autocuidado aos utentes em risco de úlcera por pressão a quem foram prestados cuidados, com ganhos em independência funcional; motivação das equipas; surgimento de ideias de desenvolvimento e projetos futuros. Foi também concretizado um percurso de desenvolvimento com ganhos no desenvolvimento de competências além da aplicação da temática em estudo, designadamente: função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória e eliminação.

Palavras-Chave: Autocuidado, Enfermagem de Reabilitação, Úlcera por Pressão

ABSTRACT

The importance of intervention on people at increased risk for pressure ulcers has assumed a strong relevance for research, due to the consequences that these assume for the patient and to the health system.

This document aims to study the promotion of self-care towards rehabilitation of the person at risk of pressure ulcer, by differentiated interventions of rehabilitation nursing, which is an emerging investigation area, concerning the motor dimension with impact on the self-care.

The development of nursing rehabilitation interventions on the promotion of self-care to the person in risk of pressure ulcer constitutes a problem regarding the nursing rehabilitation care where the prevention of complications, the promotion of self-care and well-being as well as functional readaptation are essential (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

The intention of the study of this matter framed on the philosophy of Orem care (self-care theory) shows a path of acquiring general skills of a specialist nurse, a specialist nurse on rehabilitation nursing and of a master in nursing.

The obtained results were positive with the intervention of community and hospital contexts, namely: on the promotion of self-care to the patients at risk of pressure ulcer to whom health care was given, with functional autonomy gains; motivation of the teams; the emergence of developing ideas and future projects. It was also achieved a development path with gains on the development of skills, beyond the application of the theme being studied, like: the motor function, sensitive, cognitive, cardiorespiratory and elimination.

Key words: self-care, rehabilitation nursing, pressure ulcer

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1. Úlceras por pressão	26
2. Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado à pessoa em risco de úlcera por pressão	27
CAPÍTULO II. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	31
1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	32
1.1 Desenvolvimento da responsabilidade profissional, ética e legal	32
1.2 Melhoria contínua da qualidade dos cuidados e das metodologias de intervenção	34
1.3 Gestão dos cuidados - a liderança e o trabalho em equipa	36
1.4. Desenvolvimento de aprendizagens profissionais na procura do autoconceito de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação	38
2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	39
2.1. A enfermagem de reabilitação - da avaliação à implementação de um programa de treino motor e de divulgação científica	39
2.2. Maximizar a funcionalidade da pessoa com compromisso no autocuidado	46
2.3. Capacitar a pessoa com dependência no autocuidado - promover a reinserção social e exercício da cidadania	53
2.4. Das competências do EEER às competências de Mestre	59
CAPÍTULO III. AVALIAÇÃO	63
CAPÍTULO IV. CONCLUSÕES	67

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

71

APÊNDICES

Apêndice 1 – Projeto

Apêndice 2 – Poster intitulado “Estudo de Caso: Reabilitação da Pessoa em Risco de Úlcera por Pressão”

Apêndice 3 – Estudo de caso no âmbito da ECCI

Apêndice 4 – Tabela para colheita de dados da avaliação por goniometria

Apêndice 5 – Estudo de caso no âmbito do serviço de medicina

Apêndice 6 – Solicitação de estágio de observação

ANEXOS

Anexo 1 - Escala Borg

Anexo 2 - Medical Research Council e Tabela de avaliação da força muscular

Anexo 3 - Escala de Tinetti

Anexo 4 - Escala de Glasgow

Anexo 5 - Escala de Braden

Anexo 6 - Medida de Independência Funcional

Anexo 7 - Índice de Barthel

Anexo 8 - Mini Mental State Examination (MMSE)

Anexo 9 - Avaliação nutricional – Nutritional Risk Screening

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

	Página
Figura 1 Diagrama de síntese da intervenção na reabilitação da pessoa em risco de UPP	30
Figura 2 Diagrama da síntese do contributo de um estudo de caso no âmbito da promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa em risco de UPP para o desenvolvimento de competências	45
	Página
Tabela 1 Sistematização das competências específicas do EEER com a avaliação de um programa de treino motor	41
Tabela 2 Sistematização das competências específicas do EEER com a intervenção num programa de treino motor	43
Tabela 3 Sistematização das competências específicas do EEER com a avaliação dos resultados num programa de treino motor	44
Tabela 4 Sistematização das competências específicas do EEER no âmbito da maximização da funcionalidade, capacitando a pessoa para o autocuidado	52
Tabela 5 Sistematização das competências específicas do EEER no âmbito da capacitação da pessoa com dependência no autocuidado, promoção da reinserção social e exercício da cidadania	59

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge na sequência de um percurso de desenvolvimento iniciado com a realização de um projeto de aquisição de competências. Este teve lugar no segundo semestre do Curso de Mestrado na Área de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

É objetivo do presente relatório, proceder à análise crítica da implementação do referido projeto de desenvolvimento a nível académico e profissional. Por forma a dar resposta aos descritores de Dublin¹ para atribuição de títulos académicos (que justificam a aquisição do grau de mestre), ao perfil de competências comuns do enfermeiro especialista e do EEER (que permite a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista). Neste sentido, foram formulados objetivos de aquisição de competências conforme projeto em apêndice, designadamente objetivos gerais: desenvolver competências na promoção do autocuidado às pessoas em risco de UPP; desenvolver competências no âmbito de intervenções do EEER relativamente à função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação, sexualidade e desempenho de atividades de vida diária.

Neste sentido, considerando as competências a adquirir e o âmbito de atuação do EEER foi trabalhado o seguinte tema: Promoção do Autocuidado na Reabilitação da Pessoa em Risco de Úlcera por Pressão. Deste modo, pode-se dizer que esta temática representa um problema sensível aos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação, na medida em que se trata de uma área emergente de investigação através das “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na

¹ Descritores desenvolvidos pela *Joint Quality Initiative Group* para o ensino superior nos diferentes ciclos de estudos como referência para assegurar a qualidade do ensino (*European Consortium for Accreditation in higher education*, 2016). Os componentes dos descritores incluem: conhecimento e compreensão; aplicação do conhecimento e compreensão; Realização de julgamento; comunicação; Capacidade de aprendizagem ao longo da vida (*European Consortium for Accreditation in higher education*, 2016).

função motora” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p. 4) na perspetiva da promoção do autocuidado ao utente² em risco de UPP.

A escolha desta temática relaciona-se com o interesse pessoal, relevância epidemiológica, impacto na qualidade de vida do utente e o facto de se tratar de uma área dos cuidados onde o EEER poderá dar uma resposta estruturada com ganhos em saúde no âmbito do seu perfil de competências.

Pode-se assim afirmar que: “o enfermeiro cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566) – para este domínio a temática em estudo relaciona-se com uma área específica de cuidados que dá resposta a uma necessidade específica (pessoas em risco de alteração da função cutânea e com limitação do autocuidado); “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566) – para esta competência foi possível o desenvolvimento dos cuidados à pessoa com limitação da funcionalidade e desta forma com risco acrescido de UPP e respetivo impacto social; “maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566), constituiu uma competência com grande relevo para a temática em estudo, visto que as intervenções desenvolvidas relacionam-se com a promoção da funcionalidade para a minimização do risco de UPP à pessoa com mobilidade comprometida.

No que concerne ao desenvolvimento de competências relacionadas com o grau académico de mestre, o percurso desenvolvido teve por base a metodologia científica suportada na procura de conhecimento em articulação com a prática clínica numa interação com os contextos de estágio (onde o projeto de aquisição de competências em apêndice teve lugar). Conforme consta dos descritores de Dublin, partindo dos conhecimentos adquiridos no 1º ciclo de estudos foi desenvolvido um percurso no âmbito de uma área de interesse através de metodologias de trabalho estruturadas (European Consortium for Accreditation in higher education, 2016). A escolha desta temática resulta do conhecimento inerente à pessoa com UPP e articula com áreas

² O termo “utente” segundo o Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2020) designa “que ou aquele que usa ou que tem direito a usar” referindo-se a utilizador. Recorreu-se a esta designação para descrever a pessoa alvo dos cuidados de saúde ao longo do presente relatório.

do saber específicas da ER, designadamente na promoção do autocuidado, sendo esta temática por si só uma reflexão original entre estes dois domínios.

Este desafio contribui assim para alcançar os objetivos preconizados para o grau de mestre em Enfermagem através da aplicação dos conhecimentos em situações novas com validação por pares na interação estabelecida nos contextos de estágio (European Consortium for Accreditation in Higher Education, 2016).

A pertinência da escolha desta temática é também fortemente justificada pelo impacto das UPP, uma vez que apresentam custos económicos significativos e uma prevenção mais eficaz (Matos, 2012). Esta ideia de impacto negativo em diferentes dimensões é também apoiada por Gorecki, C. et al (2009) que referem que os utentes com UPP manifestam um forte impacto desta condição na sua qualidade de vida, causando uma sobrecarga considerável. Neste sentido, as consequências das UPP a nível social, psicológico, financeiro³, desconforto relacionado com o tratamento e o impacto dos sintomas vivenciados (nomeadamente: dor, exsudado, odor e consequências nas atividades de vida diária) (Gorecki, C. et al, 2009), justificam fortemente uma intervenção preventiva.

No que concerne a dados estatísticos a nível mundial, VanGilder, C., Lachenbruch, C., Algrim-Boyle, C. e Meyer, S. (2017), no seu estudo de prevalência nos Estados Unidos com 918,621 utentes, referem que as UPP representam uma complicação clínica com forte prejuízo para estes, impacto financeiro considerável e prejuízo para a qualidade dos cuidados prestados. A atenção institucional a esta problemática nos últimos anos tem-se manifestado com dados de prevalência global das UPP a diminuir no período entre 2006 – 2015 (de 13,5% para 9,3%) em resultado da aplicação de medidas de prevenção (VanGilder, C., Lachenbruch, C., Algrim-Boyle, C. e Meyer, S., 2017).

Ainda na perspetiva mundial, com dados mais recentes, Liu, Y., et al (2019), no seu estudo para identificação da incidência e prevalência de UPP na China revelou a prevalência de 3,38% e uma incidência de 1,23%.

³ Demarré, L., et al (2015) na sua revisão da literatura chegaram à conclusão que os custos por dia com a prevenção variavam entre 2,65€ e 87,57€ e os de tratamento entre 1,71€ e 470,49€ (valores máximos significativamente superiores).

Em contexto nacional, Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007), na validação da escala de Braden para Portugal identificou em contexto hospitalar a prevalência média de 11,5%, e 17,5% em serviços de medicina⁴. Ainda, dados nacionais demonstraram a preocupação com a prevenção de UPP, sendo que no relatório do primeiro semestre de 2018 da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) a incidência de UPP foi 3,3% face a 2,3% no 1º Semestre de 2017 (ACSS, 2018). A prevalência de UPP na RNCCI foi de 15,1% e 78,1% destas eram prévias à admissão à rede (ACSS, 2018).

Relativamente à etiologia das UPP, estas resultam de uma interação complexa entre fatores diretamente relacionados com condições mecânicas e tolerância dos tecidos, bem como suscetibilidade individual, designadamente: idade, polimedicação, infeção, doença aguda, feridas crónicas, edema, aumento da temperatura corporal, imobilidade, diminuição da perceção sensorial/resposta, estado cutâneo, má perfusão, baixa albumina e desnutrição (Coleman, S. et al 2014). Neste sentido, a imobilidade constitui um fator de risco associado a UPP (Liu, Y., et al, (2019), Lindgren, M., Fredrikson, M., Unosson, M., Ek, A. (2004)) descrita na literatura com sendo relevante em matéria de intervenção, justificando-se assim a promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa em risco acrescido.

Neste sentido, a prevenção de UPP com a adoção de uma intervenção integrada de várias disciplinas, onde o EEER apresenta um âmbito de atuação determinante na promoção da mobilidade, contraria um dos fatores de risco mais descritos na literatura, a imobilidade. Desta forma, a intervenção na promoção do autocuidado representa-se essencial como parte integrante desta abordagem à pessoa em risco de UPP. Assim, foi essencial enquadrar o percurso desenvolvido na filosofia de cuidados de Dorothea Orem – Teoria do Autocuidado. Para Orem, D. (2001), o autocuidado resulta das ações produzidas pelo “Eu” em interação com o ambiente, tendo por objetivo o bem-estar e desenvolvimento. A autora diz-nos ainda, que o autocuidado representa comportamentos que regulam a integridade humana, funcionamento e desenvolvimento humano, com três tipos de requisitos de autocuidado: universal (para

⁴ Considera-se serviço de medicina o internamento de contexto hospitalar com utentes adultos e idosos, com a maioria das patologias médicas com frequência sobreponível com a prevalência na população portuguesa e excluindo-se os cuidados cirúrgicos (Carvalho, A., et al, 2016).

a manutenção da integridade e funcionamento do ser humano); relacionados com desvios de saúde; relacionados com o desenvolvimento (Orem, D. (2001).

Na Teoria do Défice de Autocuidado as pessoas podem beneficiar da Enfermagem devido às limitações relacionadas com a saúde que as tornam incapazes para o *continuum* do autocuidado, dependentes de cuidado ou que resultam em cuidados ineficazes ou incompletos (Orem, D. 2001).

Em associação, temos ainda a Teoria dos Sistemas de Enfermagem onde os enfermeiros usam as suas habilidades para prescrever, planear e providenciar cuidados através de ações e sistemas de ações (Orem, D. 2001). Podem-se considerar três sistemas de intervenção em consonância com as necessidades de autocuidado: totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios e apoio-educação (Orem, D. 2001).

A aplicação deste modelo teórico dá resposta às intervenções que se estudaram relativamente às pessoas em risco de UPP, como consequência da mobilidade comprometida. Logo, desta forma, com algum grau de dependência e compromisso do autocuidado. Assim, o EEER recorre a um conjunto complexo de intervenções que visam promover o autocuidado com a intencionalidade da prevenção de UPP, através da mobilização, posicionamento, treino muscular, prescrição de produtos de apoio, levante, equilíbrio e marcha (áreas sensíveis ao cuidado de ER) numa intervenção diretamente dependente do tipo de necessidades da pessoa.

Face aos objetivos delineados no projeto de aquisição de competências, optou-se pela realização do estágio em dois contextos: Equipa de Cuidados Continuados Integrados, por forma a integrar a temática estudada no âmbito da comunidade, desenvolver competências de cuidados a pessoas com elevados níveis de dependência no domicílio, contexto onde ocorrem frequentemente novas UPP devido ao risco acrescido e onde a intervenção com a família/cuidadores é essencial; Serviço de Medicina, tendo em vista a aplicação do projeto de aquisição de competências numa multiplicidade de situações clínicas sensíveis aos cuidados de ER, devido à abrangência deste contexto.

Por fim, este relatório encontra-se organizado segundo os seguintes capítulos, subcapítulos e secções: introdução e enquadramento teórico onde se realiza a integração do conhecimento estudado e se apresentam intervenções específicas do

EEER; descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns ao enfermeiro especialista e ao EEER, com o desenvolvimento de secções que dão resposta às competências a adquirir através da análise crítica das atividades trabalhadas em contexto clínico; avaliação dos resultados obtidos (pontos fortes e fracos) para a ER e para o desenvolvimento profissional enquanto futuro EEER, bem como sugestões de novas abordagens identificadas para a temática em estudo; conclusão com ênfase na avaliação realizada ao percurso de aprendizagem concretizado; referências bibliográficas utilizadas para estruturação do presente relatório segundo normativo da APA (American Psychological Association); apêndices e anexos.

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo pretende integrar o produto do percurso desenvolvido com a pesquisa de literatura e consequente identificação de intervenções do EEER na promoção do autocuidado, como parte integrante da reabilitação da pessoa em risco de UPP.

Importa portanto, compreender que para a prevenção de UPP é necessário como requisito uma abordagem multidisciplinar, sendo um critério essencial da segurança do utente (McCoulough, S., 2019). A prevenção deve começar por uma correta avaliação do risco onde se incluem a identificação de fatores de risco e inspeção da pele. Na avaliação dos fatores de risco temos como exemplo: limitação da mobilidade, antecedentes de UPP ou UPP atual, défices nutricionais, dependência no posicionamento, alterações sensoriais e alteração cognitiva (NICE, 2014).

É ainda de mencionar, que a intervenção em parceria com a família e cuidadores é essencial na abordagem à pessoa em risco de UPP, conforme será possível compreender no capítulo dedicado à descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas. Este princípio é corroborado por Marques, R. e Parreira, A. (2017) que afirmam que para a prevenção é essencial formular um plano individualizado, devendo-se ponderar recorrer a programas de educação disponíveis para profissionais de saúde, utentes e familiares/cuidadores.

1. Úlceras por pressão

Tal como descrito anteriormente, o conceito de UPP de onde emerge a investigação e as intervenções de ER é complexo, bem como os conceitos inerentes à intervenção do EEER. Neste sentido, pretende-se com o presente capítulo enquadrar o conceito com o objetivo de melhor compreender as intervenções de ER.

Relativamente ao que se entende por UPP, segundo a CIPE (2015), representa “dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada” (p.79). Neste seguimento, e de acordo com a perspetiva dos diagnósticos de Enfermagem NANDA (2012), o compromisso da integridade cutânea envolve como características definidoras, a destruição de camadas da pele, perturbações da superfície da pele ou invasão das estruturas do corpo. A alteração da integridade cutânea pode relacionar-se designadamente com: idade, fatores mecânicos, ambiente húmido e imobilidade física (NANDA, 2012). Ou fatores internos, nomeadamente: estado nutricional, défices imunológicos, alterações circulatórias, metabólicas, sensoriais ou proeminências esqueléticas (NANDA, 2012). UPP pode ainda ser descrita como sendo uma lesão da pele e/ou tecido subjacente, em particular sobre uma proeminência óssea, em consequência da pressão ou por combinação desta com forças de torção (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014).

2. Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado à pessoa em risco de úlcera por pressão

Conforme já foi abordado, importa compreender o conceito de mobilidade comprometida, de onde emerge a necessidade de intervenção do EEER na promoção do autocuidado, como parte integrante na prevenção de UPP. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2015), dependência constitui uma

situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária e/ou atividade instrumentais de vida diária.

Neste sentido, apresentam-se alguns pressupostos como forma de compreender as alterações associadas à pessoa em risco de UPP, no domínio da mobilidade onde o EEER desempenha uma intervenção diferenciada, conjugando os conhecimentos da funcionalidade da pessoa com o impacto das alterações da integridade cutânea:

Funcionalidade - compreende um “termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividade e participação” (Caldas, C. 2003, p186). O desempenho de habilidades funcionais são essenciais ao desempenho de AVD de forma independente, sendo que um declínio funcional interfere com a normal função (Kisner, C. e Colby, L., 2007). Ainda neste seguimento, segundo Colón-Emeric. C., Whitson, H., Pavon, J., Hoening, H. (2013), o declínio funcional apresenta-se frequentemente associado aos idosos e a um elevado risco de declínio na saúde;

Descondicionamento - constitui um termo que define as mudanças na função cardiovascular, neuromuscular e metabólica como resultado de um período de imobilidade prolongado no leito e inatividade (Kisner, C. e Colby, L., 2007);

Endurance - representa a habilidade a resistir à fadiga, incluindo-se no conceito o domínio muscular (referente à habilidade para a contração de um grupo muscular isolado num determinado período de tempo) e cardiovascular (no que concerne à habilidade para grandes grupos musculares desempenharem exercícios dinâmicos como caminhar ou nadar durante longos períodos de tempo) (Kisner, C. e Colby, L., 2007);

É ainda, de referir que a importância da intervenção do EEER na dimensão motora constitui um aspeto fortemente valorizável, sendo evidente em três dos parâmetros da escala de Braden para a avaliação de risco de UPP – atividade, mobilidade e perceção sensorial (DGS, 2011). Segundo Hoeman (2012), o enfermeiro de reabilitação desenvolve a sua prática promovendo no utente o seu potencial. O mesmo autor refere que, tanto exercícios aeróbios, como treino de força, podem prevenir ou reverter alterações músculo-esqueléticas relacionadas com a idade, aumentar a resistência e melhorar o estado geral de saúde. Neste sentido, exercícios de carga melhoram nomeadamente: força, estabilidade/controlo postural, vigilância e capacidade de atenção, reduzindo quedas associadas à diminuição da massa óssea/muscular, amplitude de movimento, força, equilíbrio e fragilidade dos idosos (Hoeman, 2012). Esta intervenção vai evidenciar ganhos na promoção do autocuidado e assim, traduzir-se em ganhos na prevenção de UPP.

Pode-se então definir algumas intervenções do EEER desenvolvidas na revisão da literatura constante no projeto em apêndice e que aqui se apresentam sucintamente.

Posicionamento, amplamente abordado na literatura como forma de redução da duração e magnitude da pressão, promoção do conforto, higiene, dignidade e capacidade funcional do indivíduo (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014);

Mobilização, para a normal manutenção do conjunto de estruturas, que pode estar comprometida em diferentes situações, tais como: causa sistémica, articulares, neurológicas, doença muscular, cirúrgicas, traumáticas ou imobilidade independentemente da causa (Kisner, C. e Colby, L., 2007). Podem-se destacar três tipos de mobilização: passivas – movimento de um segmento corporal produzido por uma força externa (Kisner, C. e Colby, L., 2007); ativas – resulta de movimento produzido por contrações ativas dos músculos da região articular envolvida (Kisner, C. e Colby, L., 2007); ativas-assistidas – quando o movimento muscular primário necessita de assistência externa para completar o movimento (Kisner, C. e Colby, L., 2007). A mobilização integrada nos cuidados prestados à pessoa em risco de UPP promove que esta se mobilize de forma independente e constitui uma intervenção com evidência amplamente enunciada na literatura (NPIAP, EPUAP e PPPIA, 2019, Baharestani, M., et al, 2010, McCoulough, 2019, Fremmelevholm, A., Soegaard, K., 2018);

Treino muscular, promotor do controlo motor para ações específicas através de fenómenos neuromusculares (Carr, J. e Shepherd, R., 2010). O treino muscular tem como benefícios, entre outros: o aumento de massa muscular e diminuição da massa gorda, melhoria da densidade óssea, promoção da qualidade de vida e bem-estar, promoção do equilíbrio, reparação de tecidos moles, diminuição do risco de lesões durante as atividades de vida diária e melhoria da função muscular/articular (Kisner, C. e Colby, L., 2007). Estes benefícios enumerados representam uma vantagem à pessoa em risco de UPP, na medida em que intervêm em várias das dimensões essenciais à prevenção desta alteração de integridade da função cutânea;

Levante, equilíbrio e marcha, constitui um processo que o enfermeiro promove no utente, intervindo desde o ensino da sequência das etapas de levante (Homan, 2011), treinando o equilíbrio essencial a este processo (frequentemente comprometido na pessoa que se apresenta imobilizada durante um determinado período de tempo) e treino de marcha essencial ao desempenho de atividades de vida diária (Kisner, C. e Colby, L., 2007) fundamentais na promoção da mobilidade e por conseguinte na prevenção de UPP;

Produtos de apoio relacionados com prevenção de UPP, encontram-se desenvolvido na literatura, em diversas *guidelines* internacionais e inerente ao que se preconiza para o percurso formativo do EEER no que concerne à prescrição de produtos de apoio onde este deve ser capaz de desenvolver “intervenções de educação e treino do cliente, família e outras pessoas significativas relativamente às técnicas específicas e às ajudas técnicas/produtos de apoio e dispositivos de compensação” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.8). A seleção do produto de apoio é complexa e tem em consideração diversos fatores, devendo-se permitir a distribuição da pressão exercida sobre uma proeminência óssea pela região circundante (Baranoski, S. e Ayello, E., 2006);

A nutrição, desempenha um importante papel na manutenção da integridade cutânea, suportando a reparação tecidular no processo de cicatrização de UPP, numa intervenção multidisciplinar (Posthauer, M., Banks, M., Dorner, B., Schols, J., 2015). Desta forma, pode-se dizer que para o EEER é importante saber avaliar esta dimensão e referenciar ao profissional mais competente da equipa multidisciplinar.

O diagrama da figura 1 sintetiza a intervenção na reabilitação da pessoa em risco de UPP desenvolvida no presente subcapítulo.

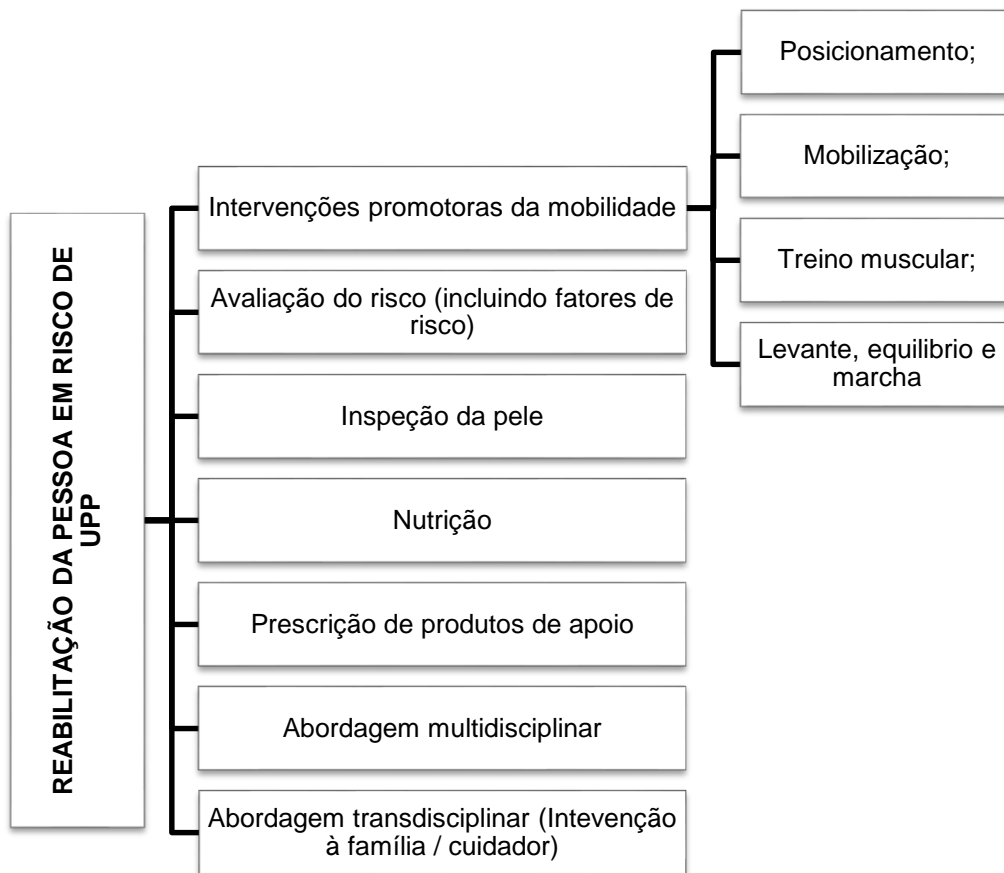


Figura 1 – Diagrama síntese da intervenção na reabilitação da pessoa em risco de UPP

CAPÍTULO II. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Na sequência do explicitado nos capítulos anteriores, seguidamente será descrito o percurso de aprendizagem na aquisição de competências comuns ao Enfermeiro Especialista e ao EEER em contexto de estágio. Serão desta forma, apresentadas as atividades desenvolvidas em consonância com o planeamento realizado e com o preconizado pela ordem dos enfermeiros, numa lógica de análise reflexiva.

Em termos introdutórios e essencial à aquisição de competências transversais ao enfermeiro especialista e EEER é relevante para os dois contextos abordar o processo de integração nas equipas, realizado através da apresentação do projeto em implementação. Esta atividade possibilitou uma maior proximidade da temática em estudo com os campos de estágio, onde a aplicação deste trabalho teve lugar. Neste seguimento, procurou-se mobilizar as equipas para a importância deste tema, o que foi um aspeto facilitador para a aquisição de resultados. Esta preocupação demonstrou a necessária integração na equipa multidisciplinar e a importância do trabalho em equipa que representa segundo Hesbeen, W. (2003), um objetivo comum à reabilitação e ao cuidar, pressupondo uma significativa “maturação profissional” (p.71). Esta “maturação profissional” (Hesbeen, W., 2003, p.71) foi parte integrante do processo de aquisição de competências que seguidamente se analisará.

1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Foi constituído um percurso de desenvolvimento pessoal e profissional iniciado no primeiro ano do presente ciclo de estudos que permitiu um crescimento na aquisição de competências que confluíram na realização de um estágio em dois contextos de prática clínica que exigiram a confrontação com novos problemas de enfermagem numa área do conhecimento específica – ER. Neste sentido, foi possível a implementação de diferentes atividades que contribuíram para a aquisição de competências conforme planeamento iniciado no segundo semestre do presente ciclo de estudos com a constituição do projeto, e que dão resposta designadamente às competências comuns do enfermeiro especialista.

Neste subcapítulo estão apresentados os domínios de onde emergem as competências comuns do Enfermeiro Especialista, objetivos e atividades implementadas em contexto clínico. Neste sentido, importa referir que competências comuns “são competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo no exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4745).

Seguidamente, estão apresentados os domínios de onde emergem as competências comuns do enfermeiro especialista, as atividades desenvolvidas, bem como a respetiva análise crítica e fundamentada.

1.1. Desenvolvimento da responsabilidade profissional, ética e legal

No contexto de estágio desenvolvido na comunidade, verificaram-se situações de grande complexidade que motivaram o desenvolvimento de juízo clínico, atendendo ao facto de durante a prestação de cuidados a utentes no domicílio, o profissional de saúde entrar na casa do utente, isto é, no seu ambiente, motivando a necessidade de um forte domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Esta especificidade dos cuidados na comunidade permitiram no âmbito dos cuidados especializados em ER, consolidar uma prática de cuidados que se pretende com respeito pela singularidade da pessoa. Atendendo ao descrito, importa destacar que Santos, N.

(2005) refere relativamente à perspectiva dos cuidados no domicílio, que o enfermeiro depara-se perante o desafio de não ser encarado como um “intruso” para o utente e para o cuidador, pelo que é necessária a demonstração de segurança e confiança. Deste modo, com o trabalho desenvolvido na ECCI houve a necessidade de integrar esta particularidade dos cuidados no domicílio numa intervenção especializada, mobilizando a responsabilidade profissional, ética e legal.

Relativamente aos cuidados prestados em contexto hospitalar verifica-se que o utente é retirado do seu ambiente, criando situações de maior vulnerabilidade que exigem uma intervenção do enfermeiro diferenciada, conforme refere Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005), afirmando que a vulnerabilidade temporária ou definitiva perante a doença motiva necessidades de solidariedade e de equidade dos profissionais. O facto de o estágio ter decorrido nestes dois contextos permitiu a análise crítica relativamente ao paralelismo entre os cuidados prestados no domicílio onde o utente tem uma sensação de maior controlo/poder com os cuidados prestados em contexto hospitalar, com perda de controlo do ambiente. Esta análise permitiu mobilizar este domínio integrando-o no juízo clínico enquanto futuro EEER.

O trabalho realizado nos dois contextos, no âmbito da promoção do autocuidado numa área específica do saber de ER e a prestação de cuidados especializados com enfoque neste conceito, permitiu integrar esta dimensão no juízo clínico relativamente à importância do respeito pelo princípio da autonomia, onde o utente é colocado numa posição de decisão essencial na sua capacitação. Esta ideia é apoiada por Veiga, J. (2006) que refere que os cuidados de enfermagem “(...) além de garantir o autocuidado terapêutico, devem proteger a capacidade de ação dos pacientes salvaguardando a sua autonomia” (p.68) e que para alcançar esta finalidade

não basta criar as condições necessárias para que o paciente consiga satisfazer um défice de autocuidado resultante do desequilíbrio entre aptidões e défices; a preservação e incremento da sua capacidade de decisão autónoma constitui uma finalidade e um imperativo moral do exercício profissional (p.68).

Com efeito, o desenvolvimento realizado ao longo do estágio com enfoque na promoção do autocuidado, contribuiu para estruturar o pensamento no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados com a premissa da responsabilidade profissional.

É ainda de referir que o trabalho realizado de procura e partilha do saber concretizado ao longo do estágio, através da pesquisa de literatura científica que fundamentou os cuidados prestados, representa a adoção de um princípio de aprendizagem permanente⁵. Por conseguinte, esta atitude permite a prestação de cuidados assentes na responsabilidade profissional, ética e legal como forma de procura da excelência do exercício num processo que segundo Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005) deverá ser permanente. Neste, o enfermeiro analisa criticamente o seu trabalho desenvolvendo numa “cultura de qualidade na saúde, a partir do pressuposto da excelência do cuidar, deve ser um objetivo assumido” (Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R., 2005, p.136). Neste sentido, a melhoria contínua dos cuidados evidenciada no próximo domínio de competências comuns do enfermeiro especialista, representam atividades com contributo para a responsabilidade no cuidar profissional. Este pressuposto, além de um objetivo enquanto estudante deste ciclo de estudos, constitui, conforme refere Nunes, L. (2005) uma obrigação profissional na proteção da pessoa através da excelência do exercício.

1.2. Melhoria contínua da qualidade dos cuidados e das metodologias de intervenção

No que concerne ao domínio da melhoria contínua da qualidade, este esteve evidente no percurso realizado tendo em vista um processo dinâmico assente na metodologia científica⁶ onde o conhecimento procurado era transposto para os cuidados prestados e partilhado com os membros da equipa. Este processo foi possível concretizar nos dois contextos de estágio: na comunidade foi realizado um estudo de caso divulgado pela comunidade científica através do formato de póster no

⁵ Aprendizagem permanente constitui um princípio que “pensa o processo de aprendizagem como coincidente com um processo largo e multiforme de socialização”(Canário, R., 2007, p.181) coincidente com o ciclo vital, essencial à humanidade, num trabalho realizado pelo sujeito (Canário, R., 2007). O mesmo autor refere ainda que este processo é contínuo onde o sujeito é parte ativa (Canário, R., 1999).

⁶ Metodologia é um conceito que deriva do “grego; *meta* que significa para além de; *odos*, caminho; *logos*, discurso ou estudo. Consiste em estudar e avaliar os vários caminhos disponíveis e as suas utilizações” (Vilelas, J., 2017, p.21) e corresponde a um conjunto de procedimentos tendo em vista o conhecimento (Vilelas, J., 2017). O mesmo autor refere que a metodologia científica é neste sentido um instrumento essencial à ciência (Vilelas, J., 2017)

Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação⁷, que acrescentou validação do conhecimento por pares numa forma de evidência científica. Esta atividade constituiu uma forma de aplicação da temática em estudo a um caso concreto, ao qual foi aplicado um programa de ER e colhidos dados que demonstraram ganhos em saúde para o utente. Esta atividade deu resposta a este domínio e justifica um percurso de aquisição de competências académicas de mestre. No serviço de medicina, com a realização de um projeto de melhoria contínua dos cuidados, que será abordado no subcapítulo das “Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação”, foi demonstrada uma clara aplicabilidade do tema em estudo que gerou um projeto iniciado durante o ciclo de estudos e com continuidade futura, onde se pretende a concretização do presente domínio de competências. É ainda importante referir que o recurso a metodologias científicas encontra-se enquadrado no Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros, sendo inerente aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 1996) e deste modo, essencial nos processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A partilha ocorrida nos dois contextos de cuidados com a equipa multidisciplinar, do conhecimento procurado em matéria de investigação iniciado no segundo semestre⁸ do curso e mantido durante o estágio, foi capaz de modificar práticas de cuidados e, desta forma, potenciar a melhoria dos processos de enfermagem. Com efeito, foi demonstrado às equipas através da formação em contexto de trabalho novas perspetivas de intervenção, em particular na promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa em risco de UPP. Esta conceção de que a investigação apresenta contributos significativos para a prática dos cuidados, é apoiada por Nascimento, C. e Ferrão, S. (2016) que mencionam que a “profissão reconhece a investigação como uma estratégia para o desenvolvimento de um *corpus* de

⁷ Esta atividade será aprofundada no subcapítulo 2. “Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação”.

⁸ Iniciado no segundo semestre através da formulação de um projeto que teve por base a identificação de um problema sensível aos cuidados de ER e com a realização de uma revisão narrativa da literatura assente em metodologias de investigação. Conforme refere Vilelas, J. (2017), pretende-se com esta revisão apresentar o estado da arte de uma determinada problemática, objeto de investigação através da apresentação do estado atual da ciência.

conhecimento próprio, para uma prática fundamentada na evidência e, por conseguinte, para a melhoria da efetividade das intervenções profissionais” (p.64).

Esta dinâmica de procura de conhecimento, em parceria com contextos da prática foi alcançada através da partilha do produto de uma atitude de pesquisa (designadamente: artigos científicos encontrados sobre dimensões do cuidado de ER) com ganhos no desenvolvimento profissional de todos os envolvidos no processo e consequente melhoria contínua dos cuidados. Esta ideia é apoiada por Nascimento, C. e Ferrão, S. (2016), na medida em que a complexidade da saúde e dos cuidados de enfermagem apelam à procura de conhecimento novo, “inovação na prática clínica, transformação do enfermeiro, à afirmação social da profissão, onde a formação pós-graduada poderá dar um contributo importante” (p. 99).

Importa, nesta linha de pensamento, evidenciar a importância da cultura organizacional nos processos de motivação dos profissionais. De um modo geral, importa clarificar que a cultura organizacional pode ser definida como um conjunto de valores e práticas desenvolvidos e determinados pela organização com os quais se constroi um sistema de crenças, normas e expectativas que moldam o pensamento dos indivíduos, em regra compatível com valores dominantes a nível nacional ou regional (Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cabral-Cardoso, C., 2007). Esta conceção está evidente nos contextos clínicos verificando-se uma realidade onde as atividades decorrentes da realização deste ciclo de estudos são capazes de gerar uma resposta positiva nas equipas, unindo-as em processos de melhoria dos cuidados, promovendo eventuais ganhos para os cuidados prestados após término do estágio.

1.3. Gestão dos cuidados: a liderança e o trabalho em equipa

Neste domínio, o papel *pivot* do EEER no contexto da comunidade encontra-se bastante evidente na medida em que este participa ativamente nos processos de avaliação da pessoa referenciada para cuidados de reabilitação. Paralelamente, intervém ativamente no processo de referenciação do utente proveniente do centro de saúde onde este está inserido, sendo evidente a procura dos restantes profissionais da equipa pela avaliação do EEER enquanto perito num domínio particular dos cuidados. Neste âmbito, Benner, P. (2001) diz-nos que o enfermeiro perito é aquele que apresenta uma experiência considerável, compreende intuitivamente as situações

e apreende o problema sem divergir por um conjunto de soluções ou diagnósticos inviáveis, atuando como ponto de partida na compreensão profunda das situações. Face a este conceito, pode-se dizer que o percurso construído ao longo do estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências que se iniciam neste ciclo de estudos continuando após término em projetos futuros, tendo em vista o estado de perito.

No âmbito do serviço de medicina, foi evidente o reconhecimento da diferenciação do EEER manifestado pela solicitação de pareceres deste e o encaminhamento de utentes com diferentes necessidades. Em ambos os contextos, verificou-se a multidisciplinaridade dos cuidados prestados onde o enfermeiro especialista exerce um importante papel de liderança e gestão em saúde. Por conseguinte, a liderança⁹ assume um papel preponderante na gestão das organizações sendo essencial o domínio de aspetos comportamentais (Teixeira, S., 2010) essenciais ao enfermeiro especialista na liderança e gestão de recursos do contexto da prática clínica tendo por vista a qualidade dos cuidados prestados. O desenvolvimento desta prática de liderança evidenciou-se nos dois contextos e foi essencial à aquisição de competências deste domínio.

No contexto da comunidade na ECCL, foi possível participar numa cultura de trabalho em articulação com uma equipa separada da anterior, de visita domiciliária inserida no mesmo centro de saúde que referenciava os utentes, o que constituiu uma experiência mais ampla na medida em que existia interação entre diferentes equipas. Com efeito, foi possível ter momentos de partilha com colegas de diferentes especialidades (enfermagem de saúde comunitária, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, enfermagem de saúde infantil e pediátrica e ER) o que gerou momentos de reflexão relativamente à importância da diferenciação dos cuidados de enfermagem, e ao papel destes na equipa multidisciplinar. A possibilidade de partilha informal de momentos de discussão com uma colega a frequentar o terceiro ciclo de estudos (doutoramento) permitiu adicionalmente refletir por um lado na diferenciação profissional dos enfermeiros e por outro na importante responsabilidade social do enfermeiro. Nesta perspetiva, é importante concluir que a sociedade espera do

⁹ Liderança é definida como um processo “de influenciar outros de modo a conseguir que eles façam o que o líder quer que seja feito, ou ainda, a capacidade para influenciar em grupo a atuar no sentido da prossecução dos objetivos do grupo” (Teixeira, S., 2010, p.163).

enfermeiro e do EEER, em particular, distintos níveis de competência, o que motiva a gestão eficiente dos cuidados em contextos de trabalho com equipas estruturalmente bem consolidadas.

1.4. Desenvolvimento de aprendizagens profissionais na procura do autoconceito de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Neste domínio, as diferentes atividades desenvolvidas foram importantes na sua globalidade e em particular a abordagem a utentes com diferentes alterações na funcionalidade, para melhorar o autoconhecimento essencial ao desempenho de intervenções específicas do EEER. Este âmbito permite por sua vez adequar a comunicação a uma diversidade considerável de situações de utentes com problemas sensíveis à ER. Conforme refere Phaneuf, M. (2005) o enfermeiro para bem comunicar desenvolve “o estilo de comunicação, o autoconceito, e os sentimentos que podem animar quando está em interação com pessoas doentes” (p.164). Aliado a esta conceção, o autoconhecimento e o desempenho profissional, permitiu construir o autoconceito enquanto futuro EEER inserido numa equipa multidisciplinar. Adicionalmente, desenvolveram-se habilidades instrumentais inerentes ao processo de ER (da apreciação, à tomada de decisão cientificamente fundamentada, intervenção e reavaliação) e novas aptidões de comunicação na prática de cuidados de ER.

Um pouco no sentido desenvolvido na secção anterior na perspetiva da liderança para a gestão de cuidados foi também importante, para alcançar este objetivo, desenvolver o autoconhecimento. Goleman, D. (2015) diz-nos que os melhores líderes desenvolvem um grau elevado de inteligência emocional. Este autor refere-se a “autoconsciência” como sendo o primeiro elemento da inteligência emocional e que esta implica “(...) um profundo conhecimento das suas próprias emoções, pontos fortes, fraquezas, necessidades e motivações” (Goleman, D., 2015, p. 16). Deste modo, o autoconhecimento na prática de cuidados especializados permitiu desenvolver competências enquanto futuro líder na gestão dos cuidados especializados em ER.

A existência de um contexto de comunidade e hospitalar permitiu igualmente criar momentos de análise crítica com os orientadores clínicos dos contextos de estágio e

outros elementos da equipa que estruturaram o lugar dos cuidados especializados em enfermagem numa equipa multidisciplinar, fomentando a aprendizagem profissional, e por conseguinte o juízo clínico em ER.

2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

Relativamente a este subcapítulo são desenvolvidas as competências do EEER, optando-se pela apresentação das atividades que contribuem para a aquisição de competências. As secções deste subcapítulo dão resposta ao percurso desenvolvido através do agrupamento de atividades. Contudo, trata-se de um processo que não é estático, existindo competências que são desenvolvidas com o contributo de atividades de diferentes secções.

A análise crítica das atividades pretende, desta forma, descrever um percurso de aquisição de competências do EEER conforme consta do regulamento n.º 392/2019 (2019): J1 — cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; J2 — capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; J3 — maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

2.1. A enfermagem de reabilitação - da avaliação à implementação de um programa de treino motor e de divulgação científica

No decorrer do estágio, como produto da implementação do projeto e percebida a dimensão de aplicação deste, foi realizada conforme atividade planeada, a concretização de um poster (conforme apêndice 2) intitulado “Estudo de caso: Reabilitação da Pessoa em Risco de Úlcera por Pressão”. A análise deste caso¹⁰ teve por base todas as dimensões sensíveis ao cuidado de ER (designadamente: avaliação da funcionalidade – função cardíaca e respiratória, sensoriomotora, cognitiva,

¹⁰ Estudo de caso em apêndice 3, com detalhe de todas as dimensões avaliadas e plano de cuidados detalhado.

alimentação, eliminação e sexualidade, independência funcional; avaliação psicossocial; aplicação ao modelo do autocuidado de Orem; plano de cuidados) e divulgado no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2019 da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação, na perspetiva do tema em estudo através da apresentação das dimensões mais sensíveis à promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa em risco de UPP.

Ressalva-se ainda, que o estudo sistematizado das várias dimensões sensíveis aos cuidados de ER, conforme se apresenta no presente estudo de caso, foi patente em todos os cuidados planeados ao longo do estágio e pretende dar resposta ao objetivo de desenvolver competências no âmbito de intervenções do EEER relativamente à função motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, alimentação, eliminação, sexualidade e desempenho das atividades de vida diária¹¹.

O caso supramencionado refere-se a uma utente admitida à ECCI para cuidados de reabilitação na sequência de uma fratura peritrocantérica à esquerda, após queda no domicílio, tendo sido submetida a correção cirúrgica com encavilhamento Gamma. Salienta-se ainda, que a utente apresentava a expectativa de sair do domicílio e deslocar-se na rua conforme realizava anteriormente à queda, algo que deste modo, constituiu um objetivo do programa de intervenção de ER. Neste seguimento, o presente estudo de caso incidiu no âmbito da pessoa submetida a artroplastia onde a intervenção do EEER é essencial, fomentando ganhos em saúde conforme padrões de qualidade dos cuidados especializados em ER, na promoção do bem-estar, qualidade de vida, funcionalidade, autocuidado, prevenção de complicações e maximização de capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A utente apresentava também artroses mais evidentes na articulação tibiotársica direita o que condicionava a amplitude articular, tendo-se agravado no pós-operatório com a imobilidade. Esta situação de saúde da utente, que além das limitações pré-existentes a nível motor (artrose) apresentou uma queda com fratura da anca constitui, segundo a OMS (2019), condições músculo-esqueléticas que não sendo limitadas ao envelhecimento contribuem para limitação da mobilidade, destreza, habilidade

¹¹ O termo atividades de vida diária segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), “refere-se, no contexto da reabilitação, ao conjunto de atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia” (p.1).

funcional, afastamento laboral, limitação da participação social, depressão e risco de desenvolvimento de outras condições de saúde crónicas.

Neste sentido, a avaliação da situação de saúde da utente contribuiu conforme a tabela 1, para a aquisição de competências do EEER no que concerne à apreciação recorrendo a instrumentos de colheita de dados para a documentação dos cuidados especializados de ER, que pretendem caracterizar a condição de saúde da pessoa assegurando a continuidade de cuidados através da uniformização de instrumentos de avaliação (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Tabela 1 – Sistematização das competências específicas do EEER com a avaliação de um programa de treino motor	
Avaliação realizada	Competências adquiridas:
Avaliação da funcionalidade e independência funcional (função cardíaca e respiratória, sensoriomotora, cognitiva, alimentação, eliminação e sexualidade)	J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.
Avaliação psicossocial;	

Neste sentido, pretende-se uma intervenção que visa recuperar a funcionalidade anterior à ocorrência do incidente através da intervenção cirúrgica, início de uma mobilização precoce, deambulação e um conjunto de intervenções multidisciplinares de reabilitação do utente (DGS, 2003).

Primeiramente, foi realizada uma avaliação inicial desta utente nas dimensões supracitadas. Destaca-se a avaliação por goniometria conforme instrumento de avaliação mobilizado no projeto realizado¹². Como exercício académico, procedeu-se à avaliação de todos os segmentos articulares o que permitiu, por um lado a aquisição de habilidades instrumentais sistematizadas da avaliação articular, e pelo outro, avaliar ganhos importantes de uma forma objetiva da melhoria da amplitude articular designadamente de articulações essenciais à deambulação. Esta melhoria verificada

¹² Em apêndice 4 encontra-se documento adaptado de Cole, Theodore M., Tobis, Jerome S. (1986) do “Krusen: tratado de medicina física e reabilitação”, através de uma tabela que sintetiza os procedimentos técnicos de avaliação por goniometria de cada segmento articular e um espaço dedicado ao resultado da avaliação.

por este método de avaliação objetivo traduziu-se na independência funcional e diminuição do risco de UPP, o que validou a pesquisa realizada em contexto de revisão da literatura, relativamente à importância da intervenção na promoção da mobilidade. A avaliação da força muscular através da “*Medical Research Council*”, mostrou-se também um instrumento essencial à verificação dos ganhos produzidos pela intervenção do EEER no treino muscular essencial à independência funcional e consequente aumento da atividade.

Neste sentido, o recurso a instrumentos de avaliação permitiu a identificação de ganhos em saúde que foram essenciais para a construção de um poster de aplicação do objeto de estudo. Tendo este sido utilizado para divulgação científica e validação da temática por pares conforme preconizado para as competências de mestre em enfermagem no que concerne ao desenvolvimento da capacidade de comunicação de forma clara a especialistas (European Consortium for Accreditation in Higher Education, 2016).

No presente estudo de caso procurou-se relacionar um desvio de saúde que comprometeu a independência da pessoa, com o risco de UPP que foi acrescido devido a este facto, tendo-se justificado a importância da intervenção de ER. Conforme refere Chiari, P., Forni, C., Guberti, M., Gazineo, D., Ronzoni, S., D’Alessandro, F. (2017) no seu estudo prospetivo em três hospitais públicos italianos com utentes que apresentaram fratura da anca por fragilidade, com mais de 65 anos, concluíram que o risco de desenvolvimento de UPP foi superior em pessoas com 80 ou mais anos, independentemente de outros fatores, tendo-se constatado que as intervenções mais eficazes na prevenção foram: início precoce da reabilitação, reposicionamento frequente no pós-operatório, superfície de apoio (designadamente, colchão de pressão alterna), remoção precoce de cateteres vesicais e gestão efetiva da incontinência fecal evitando o uso de fraldas.

O programa de reabilitação implementado permitiu a aquisição de competências do EEER, conforme tabela 2, apoiado pela literatura¹³ através de intervenções realizadas em domicílio durante três semanas, três vezes por semana que incluíram: mobilização

¹³ Partindo da importância da reabilitação na prevenção de UPP à pessoa com fratura da anca conforme refere a literatura foram aplicadas intervenções conforme descritas no subcapítulo “2. Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção do autocuidado a pessoa em risco de úlcera por pressão” e detalhadas no projeto em apêndice 1.

ativa e passiva, prescrição de produtos de apoio¹⁴ (andarrilho e canadianas), treino muscular (com exercícios resistidos com bandas elásticas, contração isométrica de grupos musculares dos membros inferiores conforme compromisso), reposicionamento (sentada e deitada) e proprioceção (levante, equilíbrio e marcha com recurso a auxiliar de marcha).

Tabela 2 – Sistematização de competências específicas do EEER com a intervenção num programa de treino motor	
Intervenções planeadas	Competências adquiridas:
Promoção do autocuidado estruturada segundo o modelo teórico de Orem (2001), na sequência de desvio de saúde (queda) que motivou incapacidade decorrente da imobilidade no pós-operatório com aumento do risco de UPP e diminuição da independência funcional	J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade .
Implementação de um programa de treino sensoriomotor para maximização da funcionalidade com enfoque: <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização ativa e passiva • Treino muscular • Promoção do reposicionamento de forma independente como forma de manutenção da atividade • Proprioceção 	J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo , cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade. J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor , cardíaco e respiratório.
Adaptação às limitações motoras com a prescrição de produtos de apoio (andarrilho e canadianas)	J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

Como resultados da intervenção, com impacto na independência funcional, diminuição do risco de UPP e promoção do autocuidado perante défices encontrados (diagnosticados segundo a filosofia de cuidados de Orem (2001)) destacam-se:

¹⁴ Relativamente à legislação nacional o despacho n.º 7197/2016 de 1 de junho de 2016, refere a lista de produtos de apoio onde o EEER poderá fazer parte da equipa multidisciplinar para a sua prescrição. O desenvolvimento de competências de prescrição de ajudas técnicas/produtos de apoio e dispositivos de compensação encontra-se também enquadrado no percurso formativo para o EEER preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2015).

melhoria da amplitude articular das articulações mais comprometidas devido a artroses preexistente e agravadas pela imobilidade decorrente da queda (joelho esquerdo e articulação tibiotársica direita); melhoria da força muscular dos grupos musculares envolvidos no movimento dos joelhos bilateralmente e articulação tibiotársica direita; manutenção da independência no reposicionamento sentada e deitada; capacidade de subir e descer escadas e de se deslocar com auxiliar de marcha em segurança na rua conforme expectativa da utente. Estes resultados identificados contribuíram para o desenvolvimento de competências de avaliação conforme tabela 3.

Tabela 3 – Sistematização das competências do EEER com a avaliação dos resultados num programa de treino motor	
Avaliação realizada	Competências adquiridas:
Avaliação dos resultados da intervenção	J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas.
Reformulação da intervenção adequando à evolução da utente	J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

Foi também sugerido numa intervenção de um dos peritos de uma das mesas, numa avaliação de uma comunicação livre de um estudo de caso uma forma de comunicar este tipo de evidência científica, através da estruturação com base em protocolos da EQUATOR - *Enhancing the Quality and Transparency Of health Research*¹⁵. Neste sentido, por forma a adquirir competências na divulgação científica foi realizada uma pesquisa autónoma que visou a aplicação futura deste instrumento para estudos de caso futuros, e desta forma, aquisição de competências de divulgação científica estruturada e de metodologia científica essenciais ao grau de mestre em enfermagem.

Estas *guidelines* designadas “CARE” foram desenvolvidas por este grupo de peritos internacionais visando a precisão, transparência e utilidade dos estudos de caso, devendo incluir os seguintes tópicos segundo EQUATOR (2013): título que traduz o diagnóstico ou a intervenção seguido das palavras - estudo de caso; palavras-chave,

¹⁵ EQUATOR - Enhancing the Quality and Transparency Of health Research, representa uma iniciativa internacional com o objetivo de procurar a melhoria da confiança e valor da literatura publicada nas pesquisas realizadas em saúde, promovendo relatórios transparentes, precisos, partindo do uso de *guidelines* (EQUATOR, 2019).

com 2 a 5 palavras que identifiquem os diagnósticos e intervenções; resumo estruturado; introdução, reveladora da singularidade do caso em estudo podendo incluir referências a literatura científica; informação do utente; observações clínicas que descrevam os aspetos encontrados mais significativos; histórico e informação do episódio de cuidados atual organizado temporalmente (figura ou tabela); avaliação diagnóstica; intervenção terapêutica; seguimento e avaliação de resultados; discussão, devendo incluir aspetos fortes e limitações do estudo de caso, com mobilização da literatura científica, justificação das conclusões e aprendizagens principais retiradas do estudo num parágrafo para conclusão; perspectivas do utente com a intervenção realizada; consentimento informado do utente. O estudo de caso elaborado em alguns aspetos deu resposta a estes tópicos, contudo considera-se que esta ferramenta adquirida no congresso supramencionado traduz-se numa mais-valia para estruturar estudos de caso futuros.

Em suma, a realização deste estudo de caso contribuiu para a aquisição de competências do EEER e para competências necessárias ao grau de mestre na perspectiva da aquisição de metodologia científica, através da divulgação num congresso, que validou a temática em estudo por pares, bem como a aquisição de ferramentas úteis na estruturação de novos estudos de caso (*guidelines CARE*) conforme figura 2 que sintetiza o contributo deste percurso.

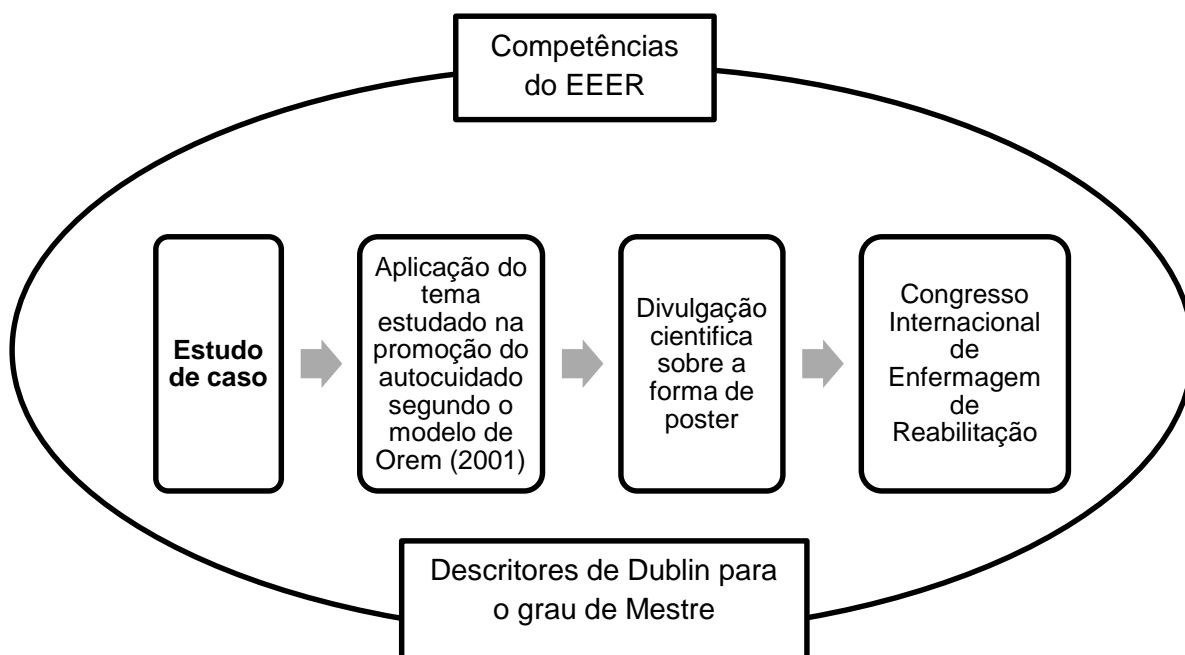


Figura 2 – Diagrama da síntese do contributo de um estudo de caso no âmbito da promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa em risco de UPP para o desenvolvimento de competências

2.2. Maximizar a funcionalidade da pessoa com compromisso no autocuidado

Ainda no seguimento da experiência de participação no congresso foi possível participar num *workshop* intitulado – “auscultação pulmonar e interpretação radiográfica do tórax”, que permitiu consolidar conhecimentos teóricos adquiridos nos semestres anteriores deste ciclo de estudos a aplicar em contexto de estágio, mobilizando-se estes conhecimentos e partilhando o produto deste momento formativo com o orientador de estágio do serviço de medicina. A participação nesta sessão formativa permitiu contribuir com ferramentas para uma melhor avaliação da pessoa com alterações da função cardiorrespiratória.

Ainda com a realização do referido congresso foram identificadas áreas sensíveis aos cuidados de ER em expansão e que devem motivar o investimento dos EEER, designadamente no âmbito do exercício físico na reabilitação respiratória, conforme se encontra patente na orientação nº014/2019 de 07/08/2019 da DGS relativamente a “programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários”, amplamente falada neste congresso, incluindo num dos *Workshops* frequentado. Esta norma da DGS refere que a RFR aplica-se a diversas situações clínicas¹⁶, considerando essencial o “treino de exercício estruturado e supervisionado e um módulo de educação e de apoio psicossocial” (DGS, 2019, p.3) com o objetivo de promover a atividade física, adoção de comportamentos que promovem a saúde e na sua manutenção (DGS, 2019). Este princípio, foi encontrado na pesquisa autónoma da literatura partilhada com o orientador clínico, conforme refere a *Lung Foundation Australia* (2019) a reabilitação respiratória e o aumento do nível de atividade física contribuem para a redução da dificuldade respiratória, fadiga, depressão/ansiedade, hospitalização, bem como promovem a capacidade física essencial às atividades de vida diária, qualidade de vida e sensação de controlo da condição pulmonar.

Estes conhecimentos sistematizados no congresso foram transpostos para o contexto de estágio no serviço de medicina no cuidado ao utente com compromisso da função respiratória, pelo que em complemento ao estudo de caso realizado na ECCI, procedeu-se à realização de um estudo de caso a um utente com compromisso

¹⁶ Situações clínicas designadamente: “asma brônquica; bronquiectasias; fibrose quística; doença intersticial pulmonar; doenças neuromusculares com impacto respiratório; deformidades da parede torácica; síndrome de obesidade-hipoventilação; cancro do pulmão; hipertensão arterial pulmonar” (DGS, 2019, p.2)

da função respiratória decorrente de agudização de DPOC¹⁷. No seguimento desta experiência, foram prestados cuidados de ER ao utente Sr. E.S.¹⁸ no âmbito da promoção da função respiratória, numa situação que se manifestou singular na medida em que se tratou da primeira exacerbação da doença. Este facto representou uma importante fase de intervenção, designadamente em dimensões como: cessação tabágica, otimização de inaladores e RFR, com o objetivo de reduzir a tensão psíquica e muscular, corrigir defeitos ventilatórios, promover a permeabilidade das vias aéreas e reeducar na gestão do esforço (Cordeiro, M., Menoita, E., 2012) tendo o utente adquirido ganhos em independência nas atividades de autocuidado no final do programa de reabilitação.

No que diz respeito à intervenção, a *Lung Foundation Australia* (2016), define a reabilitação respiratória, como um programa constituído por um conjunto de exercícios e de educação, que ensinam o utente relativamente ao sistema pulmonar, como se exercitar, como realizar atividades com maior controlo respiratório, como viver melhor com a sua condição de saúde, envolvendo a avaliação do utente, educação, nutrição, apoio psicossocial numa equipa multidisciplinar (designadamente: médicos, enfermeiros de cuidados respiratórios, fisioterapeutas e outros profissionais). Com esta experiência foi possível aplicar instrumentos de avaliação à pessoa com alteração da função respiratória, designadamente: *COPD Assessment Test – CAT*; *Modified MRC Dyspnea Questionnaire*; escala de *Borg* modificada; escala de ansiedade e depressão.

Neste sentido, embora a temática da promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa em risco de UPP, desenvolvida no presente estágio, não se tenha focado na pessoa com alteração da função respiratória, foi observado possível campo de

¹⁷ Segundo Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2019) a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) consiste numa patologia comum, prevenível, tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar com etiologia nas vias aéreas ou anormalidades alveolares, causadas pela inalação de partículas nocivas ou gases. Existem outras comorbilidade frequentemente presentes na pessoa com DPOC que agravam a morbilidade e mortalidade. Os sintomas respiratórios mais predominantes são: dispneia, tosse e/ou produção de expetoração. Constituem fatores de risco: hábitos tabágicos, exposição ambiental (tais como: biomassa, poluição do ar), alterações genéticas, alterações do desenvolvimento pulmonar, envelhecimento.

¹⁸ Estudo de caso detalhado encontra-se em apêndice 5.

atuação. Designadamente, através de medidas que promovem a gestão do esforço e promoção da atividade que conforme refere a *Lung Foundation Australia* (2016) no que concerne ao exercício, reduz a hospitalização, benefício cardiovascular, força muscular, promove a limpeza eficaz das vias aéreas, diminui a dificuldade respiratória nas AVD e aumento do número de atividades que o utente consegue executar, melhora o equilíbrio, melhora o humor, maior independência, controlo do peso e melhoria da densidade óssea. O cuidado à pessoa com alteração da função respiratória foi também identificado na literatura como tendo impacto na pessoa em risco de UPP na perspetiva da melhoria da oxigenação, uma vez que este se traduz num fator de risco para UPP (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019).

Esta ideia é também apoiada por Jaul, E., Barron, J., Rosenzweig, J., Menczel, J. (2018) referindo que o declínio funcional respiratório com a idade, a diminuição da capacidade vital, associado a doença respiratória, obesidade, hábitos tabágicos reduzem a função pulmonar aumentando a hipoxia, associando-se à inflamação, esforço respiratório, necessidade de glucocorticoides, perda de apetite, diminuindo a atividade física e comprometendo a capacidade muscular, pelo que a intervenção na prevenção de UPP é essencial otimizando a nutrição, gestão do edema, diminuição dos períodos de repouso no leito, otimizando a atividade e a endurance.

Além do caso de intervenção à pessoa com alterações da funcionalidade respiratória identificado, foram implementados outros programas que sistematizaram os conhecimentos nesta funcionalidade e permitiram o desenvolvimento de habilidades instrumentais, nomeadamente, auscultação e interpretação de telerradiografias do tórax (que constituía uma necessidade de desenvolvimento sentida) partindo dos conhecimentos adquiridos no presente ciclo de estudos e sistematizado no congresso anteriormente referido.

No serviço de medicina, foi possível prestar cuidados ao utente Sr. A. S.¹⁹, com doença neurodegenerativa (Esclerose Lateral Amiotrófica²⁰), que se encontrava com uma pneumonia, apresentando gasometria arterial compatível com hipoxemia, a realizar VNI desde a urgência, auscultação pulmonar durante aporte ventilatório com murmúrio vesicular globalmente mantido e roncos dispersos nas bases. Utente comunicativo e sem compromisso da deglutição que foi avaliada pelo instrumento para apreciação da deglutição, GUSS - *Gugging Swallowing Screen*, que representa uma ferramenta para analisar a disfagia e o risco de aspiração (Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., Brainin, M., 2007). Sem alterações da integridade cutânea e com sobre-colchão de pressão alterna aplicado devido ao elevado risco de UPP. Apresentava tosse ineficaz pelo que o utente usava dispositivo de *cough assist*, diminuição da *compliance* pulmonar, força nos membros superiores bilateralmente na flexão/extensão do cotovelo de três e zero nos membros inferiores pela “*Medical Research Council*” e diminuição da amplitude articular na flexão/extensão dos dedos bilateralmente.

No seguimento dos cuidados prestados a este utente com patologia neurodegenerativa foi também possível realizar uma intervenção a nível motor com mobilização articular passiva/ativa, bem como RFR. A literatura sugere como intervenção, dependendo do grau de dependência: exercícios aeróbios leves e de baixo impacto numa fase inicial de progressão da doença (caminhar, nadar, andar de bicicleta), com benefício no fortalecimento de músculos não afetados, na melhoria da saúde cardiovascular, diminuindo a fadiga/depressão; exercícios de amplitude do movimento e alongamentos que evitem a espasticidade e encurtamento muscular; recurso a produtos de apoio que tornam o utente mais independente (NINDS – *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, 2013). É ainda de destacar a

¹⁹ Descrição do utente: Sr. A., 62 anos, antecedentes pessoais: Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e pneumonias de repetição. Sem outras co-morbilidades.

²⁰ Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) segundo NINDS – *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (2013), designa-se por uma patologia que faz parte de um grupo raro de doenças raras que afeta células nervosas (neurónios) responsáveis pelo controlo muscular voluntário (essencial para andar, falar e mastigar). Esta doença é progressiva pelo que a pessoa sofre uma deterioração ao longo do tempo ocorrendo uma diminuição da estimulação devido à morte dos neurónios motores, pelo que verifica-se uma atrofia muscular, causando sintomas de fraqueza ou rigidez muscular. Verifica-se que a maioria das pessoas com esta patologia morre com insuficiência respiratória em três a cinco anos após início dos sintomas e dez por cento sobrevive por dez ou mais anos.

avaliação da deglutição tendo em vista a identificação de sinais precoces de compromisso (acumulação de saliva que este é incapaz de deglutir) e suporte ventilatório não invasivo, quando a musculatura respiratória ficar afetada inicialmente durante o período noturno, bem como intervir com técnicas de tosse e recurso a dispositivo de *cough assist* (NINDS – *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, 2013).

Segundo Chen, J., Wu, S., Chen, H., Kao, C., Tseng, C., Tsai, C.. (2018), a ELA encontra-se correlacionada com maior risco de UPP, pelo que, também neste caso está demonstrada a necessidade de uma intervenção com foco nesta situação de saúde, pelo que adicionalmente às intervenções já enunciadas (que se traduzem também em estratégias importantes na prevenção de UPP através da atuação na dimensão motora), recomenda-se a prescrição de superfície de apoio adequada nomeadamente ao nível de imobilidade/inatividade (exemplo: colchão de pressão alterna) e conforme *guidelines* da EPUAP, NPIAP, PPPIA (2019) inspeção periódica da pele. No que concerne à alternância de decúbitos esta deve ser estabelecida com frequência individualizada (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019). A manutenção de decúbitos a 30º ainda que recomendado (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019 e Moore, Z., Cowman, S., 2012), lança a discussão conforme referência realizada no projeto elaborado relativamente à hipótese deste possibilitar a diminuição da amplitude articular pela manutenção do mesmo posicionamento, pelo que será importante a existência de estudos que avaliem esta intervenção, as suas desvantagens a nível motor e impacto no autocuidado relacionado com défices induzidos por estas alterações funcionais conforme modelo teórico de Orem.

Foi possível prestar cuidados a utentes com AVC (isquémico e hemorrágico)²¹ que possibilitaram sistematizar os conhecimentos inerentes à avaliação da pessoa com esta situação de saúde, designadamente, através de exame neurológico (avaliação de estado mental, pares cranianos, motricidade, sensibilidade, equilíbrio e marcha) e intervenção nos problemas identificados, nomeadamente nas alterações da mobilidade (atividades terapêuticas, treino de atividades de vida diária, assegurar a

²¹ AVC (acidente vascular cerebral), ocorre quando existe suprimento de sangue para parte do cérebro por obstrução (isquémico) ou quando se dá a rotura de um determinado vaso sanguíneo (hemorrágico), ocorrendo uma lise de células cerebrais por ausência de nutrientes e oxigénio (NINDS – *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*, 2019).

acessibilidade), motricidade facial, alteração da linguagem, funções cognitivas, deglutição, padrão de eliminação intestinal/vesical, sexualidade e emocionais/sociais (Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C., 2012).

Posto isto, no que se refere ao risco de UPP nos utentes com AVC importa referir que a imobilidade que decorre desta situação de saúde, em adição a processos de arteriosclerose, efeitos secundários da terapêutica e por conseguinte má perfusão aumentam desta forma o risco (Jaul, E., Barron, J., Rosenzweig, J., Menczel, J., 2018)

Em particular na perspetiva de intervenção sensoriomotora, Carr, J. e Shepherd, R. (2010), enunciam exercícios de mobilização com treino muscular precoce, posicionamento, onde o utente deve ser encorajado a ser participante ativo no processo de otimização da funcionalidade motora, com promoção do desempenho de atividades (marcha, sentar e levantar, treino de equilíbrio estático e dinâmico) num programa de reabilitação multidisciplinar numa parceria com utente e família. A intervenção dos EEER é manifestada pelo NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2014) no âmbito do treino de atividades de vida diária, na educação para a saúde ao utente e cuidadores (gestão de terapêutica, cuidados de integridade cutânea, procedimento de levante), gestão de fatores de risco e gestão de eventuais situações de incontinência vesical (treino fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico e treino de hábitos).

Paralelamente, pese embora a intervenção não se tenha restringido ao posicionamento em padrão anti-espástico, destaca-se a presente intervenção visto que esta assume particularidades nesta situação de saúde e correlaciona-se fortemente com a temática em estudo. Homan (2011) refere relativamente ao posicionamento terapêutico que este apresenta uma forte importância para a pessoa com alteração da mobilidade, envolvendo a necessidade de avaliação da mecânica corporal, necessidade de reposicionamento, mobilidade e a necessidade de adequação dos posicionamentos às diferentes necessidades da pessoa. A adequação do posicionamento envolve desta forma vários fatores, tais como “estado físico e mental geral, conforto, fadiga, perda de sensibilidade, sintomas como edema, fatores de doença” (Homan, 2011, p.233). No que concerne à pessoa com AVC o posicionamento em decúbito lateral para o lado mais lesado apresenta vantagens no âmbito do neurodesenvolvimento com potencial benefício para o tónus muscular (Homan, 2011), pelo que é necessário conciliar a indicação patente nas *guidelines*

internacionais na prevenção de UPP que recomendam posicionamentos a 30º (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019 e Moore, Z., Cowman, S., 2012) com a necessidade de conciliar os benefícios na prevenção da instalação de um padrão espástico e melhoria da mobilidade na pessoa após AVC. Desta forma, é necessária uma avaliação sistemática do utente relativamente à sua mobilidade e integridade cutânea (EPUAP, NPIAP, PPPIA, 2019) e com base nesta apreciação, decidir a partir de um juízo clínico que envolva a família/cuidadores no processo de tomada de decisão.

Na tabela 4 pretende-se sistematizar o percurso desenvolvido na aquisição de competências específicas do EEER nas unidades de competência enunciadas, que através de atividades desenvolvidas no âmbito da avaliação, intervenção e reavaliação com ênfase na maximização da funcionalidade, capacitando a pessoa com limitação no autocuidado e com diferentes necessidades²².

Tabela 4 – Sistematização das competências específicas do EEER no âmbito da maximização da funcionalidade, capacitando a pessoa para o autocuidado	
Atividades desenvolvidas	Competências adquiridas:
Avaliação da pessoa com alteração da funcionalidade com aplicação de instrumentos de avaliação; Avaliação do impacto das limitações da função no autocuidado;	J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.
Intervenção na otimização, reeducação e treino nas alterações da funcionalidade	J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade. J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.
Avaliação dos resultados adquiridos com a implementação de cuidados que otimizam a funcionalidade	J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas. J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

²² Todavia, é importante reforçar que o percurso aqui enunciado não se cinge apenas a esta dimensão.

2.3. Capacitar a pessoa com dependência no autocuidado - promover a reinserção social e exercício da cidadania

No decurso do estágio na ECCI, foi possível prestar cuidados a um utente²³ que apresentava entre outras comorbilidades, doença de Parkinson²⁴ e em consequência um conjunto de limitações na dimensão motora que motivaram um plano de intervenção estruturado e multidisciplinar com ER, fisioterapia, médica fisiatra, assistente social e médica de família. Nesta situação foi possível constatar que o percurso de saúde do utente era complexo, com agravamento progressivo da mobilidade com diminuição da amplitude articular das articulações tibiotársica bilateralmente, dedos bilateralmente em flexão, tremor e episódios pontuais de pneumonias. Estas consequências da patologia em causa encontram-se patentes na literatura, na medida em que: A imobilidade e as alterações posturais contribuem para compromisso ventilatório e descondicionamento (Carr, J. e Shepherd, R., 2010); podem ocorrer sinais de depressão que comprometem o desempenho das atividades, tremor que afeta o processo de alimentar-se, fala, expressões faciais, sialorreia causando ao individuo a sensação de que não é aceite socialmente (Carr, J. e Shepherd, R., 2010).

Estas manifestações condicionaram a independência funcional, o que se traduziu durante um percurso longo até integração na ECCI em períodos de imobilidade no leito, pelo que, quando este foi integrado na RNCCI houve a necessidade inicial de internamento numa unidade de cuidados continuados integrados de média duração e

²³ Caracterização sumária do utente: Sr. A. S., 68 anos, consciente e orientado, sem défices cognitivos pela *avaliação "Mini Mental State Examination"*. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, doença de Parkinson, pneumonias de repetição, retenção urinária encontrando-se com cistocatereter.

É de ressaltar que não se pretende uma descrição detalhada da intervenção pelo que apenas se irão mobilizar as intervenções que nesta experiência se consideraram mais relevantes na aquisição de competências específicas do EEER.

²⁴ Segundo o NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2015), a doença de Parkinson pertence a um conjunto de doenças designados distúrbios do sistema motor como resultado da perda de células cerebrais produtoras de dopamina. Destacam-se os sintomas mais comuns: tremor das mãos, braços, pernas, mandíbula e face; rigidez dos membros e tronco; bradicinesia com lentidão de movimento; instabilidade postural, equilíbrio, alterações da coordenação motora. A progressão desta doença pode dificultar a marcha, fala, depressão, dificuldade de deglutição/mastigação, problemas urinários, obstipação, alterações cutâneas e perturbações do sono. Afeta indivíduos geralmente com mais de 60 anos apresentando uma progressão rápida.

reabilitação tendo em vista a recuperação da funcionalidade. Contudo, as limitações com que o utente ficou aquando da alta da unidade encontravam-se agravadas, tendo-se estruturado um plano de intervenção quando este regressou à ECCI. Adicionalmente, o utente apresentava um humor deprimido motivado pela sua história de saúde/doença e pelo afastamento da família, tendo apenas uma irmã que pretendia um envolvimento mínimo na situação de saúde do utente, bem como afastamento da sua profissão.

Aquando do início do estágio na ECCI foi possível constatar que o utente era independente na realização de levante e transferência²⁵ com a cuidadora da Santa Casa da Misericórdia, EEER e fisioterapeuta. Neste caso, o utente encontrava-se em programa de reabilitação com cuidados de manutenção da amplitude articular, fortalecimento muscular, levante, treino de equilíbrio, promoção da independência funcional, gestão do regime terapêutico, cuidados de RFR e articulação com cuidados hospitalares na gestão das comorbilidades em consultas especializadas (nomeadamente: fisioterapia).

Estas intervenções encontram-se corroboradas na literatura, dependendo do estado de evolução da doença: estado inicial – promoção da atividade física, flexibilidade músculo-esquelética, treino cardiorrespiratório, fortalecimento muscular e equilíbrio; estado médio da doença – estratégias cognitivas devem ser utilizadas para otimizar as atividades de vida diária e eventuais produtos de apoio; estado tardio da doença – sugestões e estratégias cognitivas para o desempenho de atividades, intervenções que minimizem contraturas que limitam a atividade e prevenção de UPP (Carr, J. e Shepherd, R., 2010). Este último ponto constitui um importante âmbito de atuação, conforme desenvolvimento da temática em estudo, tendo-se promovido junto do utente intervenções conforme a literatura sugere que visam a promoção da mobilidade prevenindo UPP.

É também importante referir que era uma expectativa do utente, a necessidade de sair do domicílio. Todavia, ainda que residindo no quarto andar de um prédio com elevador, este apresentava um lance de escadas até chegar à porta de entrada do prédio e um degrau para o exterior. Adicionalmente, as limitações do utente

²⁵ “Capacidade para transferir-se” segundo CIPE (2015) corresponde à “ capacidade para deslocar-se e mudar o corpo de um local para o outro” (p.44).

impossibilitavam o levante e a marcha de forma independente e sustentável durante o tempo suficiente para se deslocar a um determinado local, bem como as limitações da amplitude articular dos dedos (flexão constante) impediam o uso de uma cadeira de rodas sem adaptação. Conforme modelo teórico de Orem (2001) estes défices de autocuidado manifestados pelo desempenho ineficaz das atividades de autocuidado motivaram a intervenção com enfoque nestas necessidades.

Neste contexto, foi possível em articulação com orientadora clínica e fisioterapeuta, encontrar estratégias de adaptação, tendo-se atuando em articulação com a assistente social do centro de saúde na elaboração de um processo para concorrer a verbas da junta de freguesia do utente, tendo em vista a candidatura à aquisição de uma cadeira de rodas elétrica numa fase inicial e a adaptações do prédio para colocação de rampa numa fase seguinte. Este processo (embora aqui resumido) foi extremamente complexo, tendo apresentado um conjunto de dificuldades legais e administrativas no que concerne à procura de documentação para elaboração da candidatura, bem como reuniões onde pude participar com a assistente social da junta de freguesia, necessidade de contactos com outros recursos da comunidade (Santa Casa da Misericórdia e lojas de ortopedia para a aquisição de orçamentos) e assistente social do centro de saúde a que pertencia a ECCI. À data do término do estágio o processo ficou parcialmente elaborado para ser entregue até ao fim do ano à junta de freguesia, sendo que, se previa a candidatura a verbas no ano civil seguinte para adaptação do prédio.

Neste sentido, importa reconhecer que a promoção da acessibilidade tratando-se de um utente com compromisso da participação, manifesta-se premente na abordagem a este e um imperativo em termos de competências específicas do EEER na promoção da reinserção e exercício da cidadania. Assim, é importante destacar que o carácter imperativo desta intervenção tem enquadramento nos princípios gerais consagrados na “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, designadamente no que concerne à “acessibilidade”, “igualdade de oportunidade”, “participação e inclusão plena e efetiva na sociedade”, “não discriminação”, “o respeito pela dignidade inerente, autonomia individual, incluindo a liberdade de fazerem as suas próprias escolhas, e independência das pessoas” (Ministério Público Portugal, 2007, p.3).

É ainda de referir a importância da atuação do EEER na compreensão do princípio da igualdade consagrado na Constituição da República Portuguesa (2005), que prevê que “todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei” e que deste modo, “ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual” (Constituição da República Portuguesa, artigo 13º, 2005). Por último, salienta-se que a legislação no que se refere à promoção da acessibilidade diz-nos que esta “(...) constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos que são conferidos a qualquer membro de uma sociedade democrática” (Decreto-Lei n. 163/2006, p.5670), sendo decisiva para “(...) um maior reforço dos laços sociais, para uma maior participação cívica de todos aqueles que a integram e, conseqüentemente, para um crescente aprofundamento da solidariedade no Estado social de direito” (Decreto-Lei n. 163/2006, p.5670).

Esta experiência implicou também uma reflexão relativamente aos recursos da comunidade e às dificuldades na complexa articulação destes, tendo-se constatado que este facto não se encontra exclusivamente associado a esta situação, sendo frequente encontrar-se na comunidade uma complexa interação entre instituições e profissionais. Neste sentido, conforme refere a Ordem dos Enfermeiros no padrão de qualidade dos cuidados de ER, o ambiente onde as pessoas se inserem influencia não somente as funções corporais, mas também a sua interação com a sociedade, pelo que esta dimensão é premente para os cuidados de ER (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Esta compreensão do conceito de ambiente em associação com o dever deontológico patente no artigo 105º - “Do dever à informação” de “informar sobre recursos a que a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (Lei n.º 156/2015, p.8103) e o artigo 104º - relativo à importância de “orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência” (Lei n.º 156/2015, p.8103) remete-nos para a importância identificada durante o estágio na ECCI para a utilidade da existência de algoritmos de encaminhamento que sistematizem recursos na comunidade e competências dos vários profissionais que atuam neste contexto, onde o EEER teria o seu espaço de atuação. Neste sentido, a concretização formal de um documento que responda a esta proposta de algoritmo, constitui um desafio futuro a

considerar. Verificou-se assim a importância desta abordagem no contexto dos cuidados na comunidade, tendo-se durante o estágio participado com a orientadora clínica na identificação e no encaminhamento dos utentes dentro dos recursos disponíveis, o que permitiu a aquisição de competências de gestão dos cuidados²⁶ e mobilização de meios importantes no âmbito da ER.

Ainda do ponto de vista do tema em estudo, pode-se constatar em análise crítica, que programas de intervenção promotores da mobilidade e participação social associados conforme preconizado pelas *guidelines* EPUAP, NPIAP, PPPIA, (2019) à inspeção da pele em pessoas em risco, podem potenciar resultados na prevenção de UPP, através da minimização do fator de risco imobilidade promovendo a participação do utente nas atividades de autocuidado.²⁷

Adicionalmente, foi possível realizar vários momentos de análise de situações clínicas com a orientadora da ECCI relativamente ao processo de cuidados de ER na comunidade e das limitações sentidas neste contexto, designadamente: limitações financeiras; fraca rede de apoio, verificando-se frequentemente que os utentes idosos com limitações funcionais apresentam como único apoio o cônjuge, também idoso com limitações físicas e/ou cognitivas; existência de défices cognitivos que dificultam o processo de aprendizagem do utente. Foi possível compreender que em contexto comunitário o enfermeiro depende fortemente da rede de apoio do utente, designadamente da família que apoia e mantém os cuidados entre visitas domiciliárias. Neste sentido, foi claramente constatada a complexidade do processo de conciliação dos fatores: promoção da reinserção social, expectativas do utente, acessibilidades, recursos da comunidade e programa de capacitação da pessoa com limitação da atividade. O EEER neste contexto de comunidade apresenta um papel fulcral enquanto perito, tendo sido possível desenvolver capacidades argumentativas com base em conhecimentos científicos e legais, essenciais no estabelecimento de

²⁶ Dando resposta também às competências comuns do Enfermeiro Especialista no que concerne ao domínio da gestão dos cuidados, competência “C1.1 – otimiza o processo de cuidados a nível da tomada de decisão” no que concerne ao reconhecimento “quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748)

²⁷ O Projeto de melhoria contínua dos cuidados, realizado na medicina que será explanado adiante, pretende de futuro verificar esta realidade relativamente aos ganhos da aplicação de um protocolo de promoção da mobilidade na prevenção de UPP. Esta atividade encontra-se desenvolvida na secção: “2.4. Das competências do EEER às competências de Mestre”.

pareceres perceptíveis a todos os intervenientes independentemente da área do conhecimento. Esta atividade contribuiu para a aquisição de competências inerentes ao grau de mestre, no que concerne à capacidade de comunicação clara e objetiva de conhecimentos e raciocínios a especialistas e não especialistas (European Consortium for Accreditation in Higher Education, 2016).

Conforme referido anteriormente, no domínio dos cuidados no domicílio na ECCI importa ressaltar que parte significativa ou total dos cuidados ficam geralmente da responsabilidade do familiar cuidador (Sequeira, C., 2010) o que para a ER e em particular a temática em estudo, representa uma forte componente de intervenção na capacitação do utente e prestador de cuidados/familiar. Esta ideia é apoiada por Sequeira, C. (2010) que refere relativamente à pessoa idosa que é necessário “otimizar o papel do cuidador informal como via para preservação do sujeito, para melhoria do seu desempenho e para promoção/manutenção da qualidade de vida do cuidador”. Esta conceção, remete-nos para a importância de cuidar do utente e família que apresenta frequentemente limitações consideráveis (conforme foi possível constatar no estágio realizado em ECCI) que têm de ser tidas em conta na manutenção dos cuidados entre visitas domiciliárias, tendo em vista o sucesso da intervenção do EEER na capacitação da pessoa com dependência no autocuidado e igualmente em risco de UPP.

A tabela 5 apresentada faz referência às atividades que mais se salientam nesta secção para a aquisição de competências em destaque no âmbito da promoção social e exercício da cidadania.

Tabela 5 – Sistematização de competências específicas do EEER no âmbito da capacitação da pessoa com dependência no autocuidado, promoção da reinserção social e exercício da cidadania

Atividades desenvolvidas	Competências adquiridas:
Avaliação da pessoa com alteração da funcionalidade com aplicação de instrumentos de avaliação; Avaliação do impacto das limitações da função no autocuidado;	J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.
Intervenção na otimização, reeducação e treino da função cardiorrespiratória	J1.3 — Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardíaco, respiratório, da eliminação e da sexualidade. J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor, cardíaco e respiratório.
Intervir com programas de promoção de AVD's individualizados ao utente maximizando a sua autonomia	J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.
Atuar como perito na avaliação de acessibilidades com base em argumentos cientificamente e legalmente validos promovendo a reinserção social	J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.
Mobilizar recursos da comunidade atuando com a família/cuidadores	
Avaliação dos resultados adquiridos com a implementação de cuidados que otimizam a função cardiorrespiratória	J1.4 — Avalia os resultados das intervenções implementadas. J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor, cardíaco e respiratório em função dos resultados esperados.

2.4. Das competências do EEER às competências de Mestre

Como forma de aplicação da temática em estudo, numa perspetiva inovadora de procura de resultados da intervenção de ER e dando resposta aos objetivos de aquisição do grau de mestre em enfermagem foi elaborado com o orientador clínico do serviço de medicina um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem com base nas recomendações constantes no guião para a elaboração deste tipo de estudos da ordem dos enfermeiros.

Considerando a grande aplicabilidade da temática em estudo, o projeto supracitado emergiu no âmbito da promoção da mobilidade na prevenção de UPP. Neste sentido, segundo a ordem dos enfermeiros este guião representa uma base genérica de organização de projetos partindo dos contextos onde estes se aplicam seguindo o acrónimo PDCA – “*Plan*”, “*Do*”, “*Check*” e “*Act*” (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Este acrónimo adaptado às especificidades dos cuidados de enfermagem, segue a seguinte ordem sugerida neste guião: 1 – identificar e descrever o problema; 2 – perceber o problema; 3 – objetivos; 4 – perceber as causas; 5 – planejar e executar as tarefas; 6 – resultados; 7 – standartizar e treinar a equipa; 8 – reconhecer e partilhar o sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Face a esta metodologia, foi necessário partindo da revisão da literatura elaborada no projeto do segundo semestre conceber uma nova pesquisa complementar com o orientador clínico, por forma a enquadrar o estudo nas dimensões em análise e na identificação de novas intervenções sugeridas pela literatura na realização de um protocolo de atuação, numa abordagem que se pretendia inovadora, capaz de motivar as equipas envolvidas e que demonstre ganhos em saúde. A elaboração desta pesquisa permitiu a aplicação de metodologia científica necessária à aquisição do grau de mestre, *in loco* no contexto de estágio, com partilha de resultados com a equipa (através da discussão de artigos científicos encontrados) mesmo antes da finalização do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, numa visão integradora do funcionamento do curso de mestrado com a prática clínica, conforme se preconiza para estes ciclos de estudos.

Concomitantemente, justificada a temática (nomeadamente: relevância epidemiológica, afetar negativamente a pessoa/família e sistema de saúde, bem como constituir-se como enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de ER no que concerne à readaptação funcional e prevenção de complicações), foi descrita a população em análise cuja literatura sugere ser uma população de risco de UPP, apresentadas recomendações clínicas promotoras da mobilidade e organizadas as causas inerentes às UPP.

Seguidamente, foi criada uma lista com critérios de avaliação da qualidade para operacionalização do projeto onde consta, designadamente: “Identificação das dimensões em estudo”, “unidades de ensino”, “tipos de dados”, “fontes de dados”, “tipo de avaliação”, “critérios de avaliação”, “identificação de quem colhe os dados”,

“relação temporal”, “definição da população/seleção da mesma” e “medidas passíveis de serem usadas” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.5-6).

Por fim, foi realizado o planeamento de atividades em cronograma para a implementação do projeto, procedimento de verificação de resultados e criado um protocolo de atuação (com intervenções dirigidas a EEER e a enfermeiro generalista).

Neste sentido, a realização com o orientador clínico do projeto de melhoria contínua dos cuidados aqui resumidamente explorado, encontra-se, no seguimento de uma atividade de estágio e terá o objetivo de ser aplicado no serviço de medicina numa perspetiva de continuidade após término do presente ciclo de estudos e eventual aplicação deste no meu contexto laboral ou outros serviços como forma de manter o percurso iniciado com o mestrado. Pretende-se ainda, que os resultados da aplicação deste projeto sejam objeto de divulgação científica através de publicação de artigo e/ou participação em congresso com comunicação oral ou poster.

Com esta experiência foi possível dar resposta aos descritores de Dublin para este ciclo de estudos, através do desenvolvimento de metodologias científicas de planeamento de um projeto de investigação, contribuindo para a aquisição de competências de pesquisa relativamente a assuntos complexos. A mobilização da equipa do serviço de medicina, com a inovação da aplicação de um projeto a que estes se podem apropriar como intervenientes ativos contribui para a qualidade dos cuidados numa intervenção estruturada, que mobiliza enfermeiros de cuidados gerais e EEER inseridos numa equipa multidisciplinar.

CAPÍTULO III. AVALIAÇÃO

No decurso do estágio desenvolvido nos contextos da comunidade e hospitalar, foi possível aplicar o projeto formulado numa procura constante de correlação deste com os diferentes contextos de cuidados. Não obstante da necessidade da aquisição de competências inerentes ao EEER e académicas de Mestre em Enfermagem, o percurso aqui enunciado procurou implementar o referido projeto com enfoque na promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa em risco de UPP.

Foram assim, desenvolvidas competências nos dois contextos conforme objetivo do projeto elaborado no cuidado de ER à pessoa com necessidades de diferentes dimensões, nomeadamente: função motora, sensorial, cognitiva, cardiorrespiratória, alimentação, eliminação, sexualidade e desempenho de AVD's.

Foi possível através de uma ampla diversidade de experiências desenvolver competências especializadas em ER, partindo da apreciação à intervenção e reavaliação com base na evidência científica. Numa análise crítica das diferentes situações onde foi aplicado um juízo clínico orientado para resultados sensíveis à ER. Neste campo de ação, o enfermeiro atua como perito e líder na gestão de cuidados, numa intervenção centrada na pessoa. Esta prática foi conseguida com o percurso realizado e comprova os domínios da Enfermagem Avançada, que visa: educação, perícia clínica, liderança, compreensão das organizações, políticas de saúde e processo de tomada de decisão, desempenhando um importante contributo para o utente e para os resultados do sistema de saúde (Canadian Nurse Association, 2008).

A temática trabalhada constituiu um tema abrangente de intervenção com relevo histórico. Veja-se o papel do enfermeiro na história da reabilitação quando em 1944 Sir Ludwing Guttmann criou o Centro de traumatizados medulares de Stoke-Mandeville na Grã-Bretanha instituindo processos de reabilitação abrangentes (componente clínica e sócio-profissional) onde a partir deste momento “passa a evidenciar a importância da equipa de enfermagem no processo de reabilitação, mais

particularmente na prevenção e tratamento das escaras²⁸” (Hesbeen, W, 2003, p.28). Neste sentido, pode-se verificar uma forte relação histórica entre estas necessidades dos utentes e a intervenção do EEER, pese embora não se tenham encontrado trabalhos de mestrado em ER neste âmbito. Assim, a experiência de aplicação de um projeto desta natureza suscitou interesse pessoal, também sentido pelas equipas dos contextos de estágio encontrados.

Esta natureza desafiante da pesquisa e a sua correlação com o domínio específico de ER constituiu um aspeto forte da aplicação do projeto, com impacto na motivação das equipas e com ganhos para os utentes. Estes ganhos suscitaram ainda no serviço de medicina o interesse de desenvolver um projeto de investigação para melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, o que revelou objetivamente o resultado da aplicação da temática num projeto de implementação futura com o objetivo de aprofundar o impacto da mobilidade em concreto na prevenção de UPP, tratando-se também de um resultado positivo da aplicação do projeto que deu lugar ao presente percurso de estágio com relatório.

Pode-se ainda constatar, a importância da intervenção do EEER neste âmbito com intervenções específicas de importante relevo conforme foi explorado ao longo do relatório. Trata-se portanto, de uma situação de saúde correlacionada com diferentes situações de saúde do utente. Verificou-se neste sentido, que o EEER integrado numa equipa multidisciplinar apresenta um nível de competência diferenciado para a compreensão da situação de saúde-doença da pessoa, sendo capaz de relacionar o impacto do compromisso no autocuidado com o risco de UPP, tendo por base o modelo teórico de Orem, intervir com intencionalidade e estratégias distintas.

Deste modo foi possível, aplicar o projeto nos dois contextos de estágio, tendo-se verificado que intervenções promotoras da mobilidade e, por conseguinte do desempenho de atividades de autocuidado, foram consideradas pelas equipas determinantes e com impacto na diminuição do risco de UPP. Esta avaliação de resultados foi conseguida pela concretização da atividade planeada de divulgação

²⁸ O termo “escaras” não se trata de um termo utilizado na literatura atual, pelo que não foi utilizado no presente relatório referindo-se contudo à denominação de UPP. Foi aplicado na citação tratando-se de uma citação direta conforme normativo da APA (American Psychological Association).

científica, realizada através da elaboração de um poster, com evidência do resultado da intervenção e o seu impacto na prevenção de UPP com ganhos em saúde.

O trabalho desenvolvido numa dinâmica assente em metodologia científica, com partilha do produto da pesquisa rigorosa da evidência, aplicação aos cuidados praticados e partilha com as equipas, representou igualmente um ganho relevante da aplicação do projeto contribuindo para a sua motivação.

Considera-se uma dificuldade sentida na aplicação do projeto o planeamento para a alta, onde parece manter-se uma resistência dos serviços hospitalares e comunidade (constatada em momentos de partilha experienciados entre colegas de diferentes contextos de estágio e laborais) na manutenção efetiva dos cuidados. Esta temática careceu de maior desenvolvimento nos estágios realizados, atendendo à importância que é atribuída à manutenção de cuidados promotores do autocuidado na reabilitação da pessoa em risco de UPP inserida no seu contexto de domicílio (ou outro recurso da comunidade). Parece existir também um campo de intervenção para a implementação de projetos de melhoria da qualidade devidamente apoiados pelas organizações e que demonstrem a efetividade da continuidade dos cuidados na comunidade, com enfoque nos resultados positivos em domínios como: qualidade de vida, satisfação do utente, económico-financeiros e sociais.

Ainda na perspetiva dos cuidados na comunidade, a aplicação da temática desenvolvida ao contexto em expansão da Hospitalização Domiciliária²⁹, poderá traduzir também inovação com diminuição de internamentos e ganhos em saúde, pelo que, eventuais projetos que mobilizem este recurso poderão ser um interessante objeto de estudo para a ER.

Considera-se existir objeto de estudo para a manutenção de investigação, designadamente em terceiro ciclo de estudos (Doutoramento) no âmbito da ER, nomeadamente: avaliação do impacto de programas de mobilidade na prevenção de

²⁹ Hospitalização Domiciliária representa uma alternativa aos cuidados hospitalares, reduzindo a necessidade de internamento através de cuidados no domicílio com elevada satisfação para o utente e família, que caso contrário exigiriam internamento hospitalar em contexto agudo (Salazar, A., Estrada, C., Porta, R., Lolo, M., Tomas, S., Alvarez, M., 2009).

UPP; impacto do posicionamento no leito³⁰ para estruturas músculo-esqueléticas, suas consequências para a mobilidade e por conseguinte risco de UPP; impacto da atuação do EEER na intervenção com utentes e famílias com diferentes necessidades, designadamente respiratórias, na promoção da atividade e diminuição do risco de UPP.

Em suma, atendendo ao percurso evidenciado e aos resultados obtidos pode-se considerar que foram desenvolvidos os objetivos propostos no projeto que dão cabimento às competências de EEER e de mestre em Enfermagem. Tendo sido possível de uma forma estruturada alcançar resultados relevantes para a ER, para o processo de enfermagem (enquanto futuro EEER) e emergido novas abordagens que carecem de desenvolvimento e que aqui se identificam como resultado do processo de análise crítica do percurso de aprendizagem.

³⁰ Exemplificando, a manutenção de posicionamentos com inclinação a 30º conforme corroborado pelas *Guidelines* internacionais criando eventuais alterações de limitação articular influenciando negativamente a mobilidade e aumentando eventualmente o risco de UPP. Este problema encontra-se descrito no relatório e foi sentida a necessidade de aprofundamento em matéria de investigação.

CAPÍTULO IV. CONCLUSÕES

O presente relatório representa um culminar de um percurso de aprendizagem, iniciado no primeiro ano da componente curricular do curso de mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação, visando a aquisição de competências enquanto futuro EEER, tendo partido de uma área específica e sensível aos cuidados especializados de ER. Foi neste sentido, objetivada uma problemática que serviu de suporte à elaboração de um projeto de aprendizagem conceptualizado no segundo semestre, deste ciclo de estudos, com base em metodologias científicas. A seleção da temática estudada teve por base objetivos nas seguintes dimensões: académicos, de desenvolvimento em matéria de mestrado de um tema relevante; profissionais, de aquisição de competências inerentes ao EEER; pessoais, baseado no interesse individual de estudo e aperfeiçoamento da temática trabalhada. É ainda de ressaltar, que a seleção do tema estudado se constituiu relevante para o desenvolvimento da ciência de enfermagem em particular ER, na medida em que, trata-se de um problema estatisticamente relevante, com elevado prejuízo para o sistema de saúde e qualidade de vida dos utentes, onde os EEER podem assumir intervenções diferenciadas promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados nas instituições.

Neste sentido, foi selecionada a temática da promoção do autocuidado na reabilitação da pessoa em risco de UPP, procurando-se desenvolver um trabalho de relevância em dois contextos de estágio. A seleção destes permitiu intervir perante uma abrangência de necessidades sensíveis aos cuidados de ER, com contributos para o desenvolvimento da temática em estudo, alcançar o preconizado pelos descritores de Dublin para a atribuição de títulos académicos, competências específicas do EEER e comuns ao enfermeiro especialista. Nesta ótica, selecionaram-se os seguintes contextos: ECCI no contexto comunitário e serviço de medicina no contexto hospitalar.

O primeiro contexto foi a ECCI, tendo-se revelado um âmbito singular onde se destacou a intervenção com utentes que apresentam grande isolamento social, tornando imperativa a necessidade da intervenção do EEER para “capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção

e exercício da cidadania” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566) conjugando os objetivos específicos do utente, rede de suporte familiar/cuidadores e recursos da comunidade.

Foi possível a aplicação do projeto formulado na medida em que existem diversas situações de saúde que condicionam a independência e, que desta forma, aumentam o risco de UPP. Deste modo, o enfermeiro intervém maximizando e desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 392/2019, 2019) promovendo a funcionalidade e o autocuidado, diminuindo o risco de UPP em situações de mobilidade comprometida.

Ainda na ECCI foi possível desenvolver competências de gestão de cuidados em ER no que concerne especificamente à gestão de recursos da comunidade, que se destacam pela sua complexidade devido à existência de diferentes profissionais, instituições e procedimentos.

Na sequência da realização do estágio na ECCI, foi elaborado um estudo de caso com base num programa estruturado e devidamente fundamentado à luz da evidência científica. Este resultado da aplicação da temática trabalhada a uma situação de saúde concreta que agravou a dependência de uma utente (devido a artroplastia da anca) demonstrou: ganhos em saúde, resultados em consonância com as expectativas da utente numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa, promoção do autocuidado e diminuição do risco de UPP. Este estudo de caso foi adaptado na construção de um poster para divulgação científica dando resposta aos descritores de Dublin, no que respeita à capacidade de integrar conhecimentos em questões complexas, aplicação do conhecimento em situações novas e de comunicar (neste caso de forma escrita) as conclusões com clareza designadamente a peritos na área conforme preconizado pelo European Consortium for Accreditation in Higher Education (2016).

Relativamente ao segundo contexto de estágio, este desenvolveu-se no serviço de medicina, tendo-se aplicado o projeto a utentes com elevado grau de dependência, onde a exigência de uma prática especializada em ER é essencial devido ao elevado risco de UPP que estes apresentam. Neste contexto, foi possível partindo do tema em estudo mobilizar este conhecimento nos contextos de estágio, tendo-se encontrado novas perspetivas de abordagem do problema em estudo, o que inclusivamente motivou o desenvolvimento com o orientador clínico de um projeto de melhoria

contínua dos cuidados, com intervenções do EEER e enfermeiro de cuidados gerais. A estruturação deste projeto, a dar continuidade após conclusão do presente ciclo de estudos no contexto de estágio e eventualmente no meu contexto laboral, resultou de uma aplicação da temática em estudo com identificação de situações que carecem de maior aprofundamento o que revelou o percurso de aquisição de competências de mestre em enfermagem. Este resultado de aprendizagem, contribui conforme estabelecido nos descritores de Dublin para a capacidade de lidar com situações complexas emitindo juízos (na realização de julgamentos) e permitir uma oportunidade original de desenvolver ideias em contexto de investigação (desenvolvendo o conhecimento e a compreensão) (European Consortium for Accreditation in Higher Education, 2016).

Numa perspetiva de desenvolvimento do trabalho iniciado com este ciclo de estudos, procurar-se-á a implementação de cuidados de enfermagem especializados em ER no contexto laboral designadamente através da manutenção do percurso iniciado com este ciclo de estudos no desenvolvimento de uma prática especializada estruturada no serviço a que pertenço e aplicação eventual do projeto de melhoria contínua dos cuidados (que prevê a abrangência a outros serviços) elaborado com o orientador clínico do serviço de medicina conforme descrito anteriormente.

Ainda de referir que após término do estágio e sem se encontrar enquadrada numa atividade planeada foi realizado um estágio de observação³¹ (na instituição onde presto atualmente cuidados gerais) em serviços com EEER a desenvolverem uma prática especializada em ER, como forma de articular o percurso desenvolvido neste ciclo de estudos com o local de trabalho. A realização deste estágio de observação teve por base a necessidade sentida de conhecer a aplicação de competências específicas do EEER no âmbito dos cuidados à pessoa com doença oncológica (contexto onde desenvolvo a minha prática de cuidados gerais). Assim, a realização desta atividade dá cabimento ao que se pretende relativamente ao *continuum* de desenvolvimento iniciado neste ciclo de estudos e que se perspetiva implementar numa prática futura especializada em ER no contexto laboral.

³¹ Em apêndice 6 encontra-se a solicitação do estágio de observação à Direção de Enfermagem da instituição onde exerço funções como enfermeiro de cuidados gerais, com os objetivos específicos e objetivo geral, bem como enquadramento do pedido de estágio.

É de mencionar que se pretende manter o percurso de desenvolvimento aqui iniciado, procurando momentos formativos e de pesquisa de conhecimento cientificamente validado, fundamentando a necessidade de aprendizagem ao longo da vida, bem como a necessidade de fomentar projetos de investigação que contribuam para o desenvolvimento da ER³².

³² Prática que valida os descritores de Dublin no que concerne às capacidades de aprendizagem, bem como de conhecimento e compreensão (European Consortium for Accreditation in higher education, 2016)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central dos Serviços de Saúde (2018). Relatório de monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (rncci) – 1º semestre 2018. Acedido a 2/11/2019. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-1-semester-18-vFINAL-v2.pdf>
- Assembleia da República (2005). VII Revisão da Constituição da República Portuguesa. Acedido a 2/11/2019. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/paginas/constituicaoerepublicaportuguesa.aspx>
- Baharestani, M. et al (2010). Pressure Ulcer Prevention – Prevalence and incidence in context. *Wounds International*. Acedido a 6/12/2019. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/international-guidelines-pressure-ulcer-prevention-prevalence-and-incidence-in-context-a-consensus-document>
- Baranoski, S. e Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas: Princípios Práticos*. Loures: Lusodidacta
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra : Edições Quarteto
- Baharestani, M. et al (2010). Pressure ulcer prevention - pressure, shear, friction and microclimate in contexto - a consensus document. *Wounds International*. Acedido a 06/11/2019. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/international-review-pressure-ulcer-prevention-pressure-shear-friction-and-microclimate-context>
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 19 (3). P. 773-781. Acedido a 6/11/2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>
- Canário, R. (1999). *Educação de adultos: um campo e uma problemática (Vol. 7)*. Lisboa: Educa

- Carr, J., Shepherd, R. (2010). *Neurological Rehabilitation – Optimizing Motor Performance*. 2ª Ed. Columbia: Elsevier
- Carvalho, A., et al (2016). Rede de Referenciação Hospitalar – Medicina Interna. Acedido a: 30/03/2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/RRH-Medicina-Interna-Para-CP-21-12-2017.pdf>
- Chen, J., Wu, S., Chen, H., Kao, C., Tseng, C., Tsai, C.. (2018). Risk of developing pressure sore in amyotrophic lateral sclerosis patients – a nationwide cohort study. *Journal of European Academy of Dermatology and Venereology*. 32. P. 1589 – 1596. Acedido a 22/12/2019. Doi: 10.1111/jdv.14911
- Chiari, P., Forni, C., Guberti, M., Gazineo, D., Ronzoni, S., D'Alessandro, F. (2017). Predictive factors for pressure ulcers in an older adult population hospitalized for hip fractures: A prognostic cohort study. *PLoS one*. 12(1). Acedido a 03/02/2020. Doi: 10.1371/journal.pone.0169909
- CNA (2008). *Advanced Nursing Practice - A National Framework*. Canadian Nurses Association, Ottawa, 146
- Cole, Theodore M., Tobis, Jerome S. (1986). Medição da função musculoesquelética. In: Kottke, F.J., Stillwell, G.K., Lehmann, J.F. Krusen: tratado de medicina física e reabilitação. 3ª edição. São Paulo: Manole
- Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., Cuddigan, J. (2014). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of advanced nursing*. 70(10), 2222-2234. Acedido a 20/01/2020. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.1240>
- Colón-Emeric. C., Whitson, H., Pavon, J., Hoening, H. (2013). Functional decline in older adults. *American family physician*. 88(6). 388- 394. Acedido a 20/01/2020
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE 2015*. Loures: Lusodidacta
- Cordeiro, M., Menoita, E., (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência
- Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cardoso, C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH

Decreto-Lei n. 163/2006 (2006). Regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, revogando o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio. *Diário da República*. Série I (N. 163/2006). 5670-5689. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/163/2006/08/08/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*. Série I-A (N.205/1996). 2959 – 2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>

Demarré, L., et al (2015). The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 52 (11). 1754-1774. Acedido a 6/01/2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.006>

Despacho n.º 7197/2016 (2016). Lista de produtos de apoio. Assembleia da República. *Diário da República*. II Série (Nº105 de 01/06/2016). 17168-17185

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2020). Definição de utente. Acedido a 1/03/2020. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/utente>

Direção-Geral de Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Acedido a 08/12/2019. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da.../orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Direção-Geral de Saúde (2003). *Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/683/1/Fraturas%20da%20extremidade%20proximal%20do%20fémur%20no%20idoso.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2019). Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários. Acedido a 5/01/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142019-de-070820191.aspx>

European Consortium for Accreditation in higher education (2016). *Joint Quality Initiative – the origin of the Dublin Descriptors - short history*. Acedido a 1/11/2019. Disponível em: <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-the-origin-of-the-Dublin-descriptors-short-history.pdf>

- EQUATOR - Enhancing the Quality and Transparency Of health Research (2019). About us. Acedido a: 20/02/2020. Disponível em: <https://www.equator-network.org/about-us/>
- EQUATOR - Enhancing the Quality and Transparency Of health Research (2013). 2013 CARE Checklist. Acedido a 30/12/2019. Disponível em: <https://www.care-statement.org/checklist>
- Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden*. Loures: Lusodidacta
- Fremmelevholm, A. e Soegaard, K. (2019). Pressure ulcer prevention in hospitals: a successful nurse-led clinical quality improvement intervention. *British Journal of Nursing*, 28(6), S6–S11. Acedido a 6/12/2019. Doi: 10.12968/bjon.2019.28.6.S6
- GOLD (2019). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Acedido a 02/01/2020. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2015.htm>
- Goleman, D. (2015). *Como ser um Líder – A importância da inteligência emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores
- Gorecki, C. et al (2009). Impacto f Pressure Ulcers on Quality of life in Older Patients: A Systematic Review. *The American Geriatrics Society*. 57. P. 1175-1183. Acedido a 6/11/2019. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02307.x
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusodidacta
- Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação*. 4ªed., Loures: Lusodidacta
- Instituto Nacional de Estatística (2015). Designação de Dependência. Acedido em 14/01/2020. Disponível em: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/10066?modal=1>
- Jaul, E., Barron, J., Rosenzweig, J., Menczel, J. (2018). An overview of co morbidities and the development of pressure ulcers among older adults. *BMC Geriatrics*. 18 (1). p. 1- 11. Acedido a 10/01/2020. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0997-7>

- Kisner, C., Colby, L. (2007). *Therapeutic Exercise*. 5ª Ed. Filadelfia: Davis Company
- Lei n.º156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*. I Série (N.º181 de 16/09/2015). 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lindgren, M., Fredrikson, M., Unosson, M., Ek, A. (2004). Immobility – a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Nordic College of Caring Sciences*. 18 (1). P. 57-64. Acedido a 6/10/2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=11&sid=e73a2041-ee11-4323-8878-b9c892acacc7%40sdc-v-sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=15005664&db=mdc>
- Liu, Y. et al. (2019). The prevalence, incidence, and associated factors of pressure injuries among immobile inpatients: A multicentre, cross-sectional, exploratory descriptive study in China. *International Wound Journal*. 16(2). P. 1-8. Acedido a 6/12/2019. Doi: 10.1111/iwj.13054
- Lung Foundation Australia (2016). Better Living with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 3ªEd. Acedido em: 3/01/2020. Disponível em: <https://lungfoundation.com.au/wp-content/uploads/2018/09/Book-Better-Living-with-COPD-Dec2016.pdf>
- Lung Foundation Australia (2019). Better Living with exercise – your personal guide. Acedido em: 3/01/2020. Disponível em: https://pulmonaryrehab.com.au/~resources/04_Patient_education/04_Better_Living_with_Exercise-_Your_personal_guide.pdf
- Marques, R., Parreira, A. (2017). *Feridas – manual de boas práticas*. Lisboa: LIDEL
- Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta
- Matos, I. (2012). Custo-Efetividade de Intervenções na prevenção de Úlceras por Pressão. (Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde). Universidade do Minho (Escola de Economia e Gestão, Minho)

McCoulough, S. (2019). Changing Work routines to prevent pressure ulcers. *Nursing and Residential Care*. 21(3). P.129-134. Acedido a 6/12/2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.12968/nrec.2019.21.3.129>

Medical Research Council (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. Londres. Acedido em 01/12/2019. Disponível em: <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>

Menoita, E., Sousa, L., Alvo, I., Vieira, C. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC – Contributos Para Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusodidacta

Mestrinho, M., Serra, M., Nascimento, C., Ferrão, S., Félix, I., Mestrinho, G., Mègre, P., Lopes, V., Antunes, L. (2016). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. Loures: Lusodidata

Ministério Público Portugal (2007). *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Acedido em: 2/02/2020. Disponível em: http://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf

Moore, Z., Cowman, S. (2012). Using the 30° tilt to reduce pressure ulcers. *Nursing Times*. 4 (8). P. 22-24. Acedido a: 10/10/2019

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Pressure ulcers: prevention and management - Clinical guideline*. Acedido a 2/11/2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749>

National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/Injuries: quick reference guide*. Emily Haesler (Ed.). Acedido a 10/02/2020. Disponível em: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). *Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide*. Australia: Cambridge Media: Osborne Park. Acedido a 01/12/2019. Disponível em: <http://www.epuap.org/wp->

content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf

NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2013). Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Fact Sheet. Acedido em: 20/01/2020. Disponível em: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Fact-Sheets/Amyotrophic-Lateral-Sclerosis-ALS-Fact-Sheet>

NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2015). Parkinson's Disease: Challenges, Progress, and Promise. Acedido em: 20/01/2020. Disponível em: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Parkinsons-Disease-Challenges-Progress-and-Promise#about>

NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke e National Institutes of Health (2014). Post-Stroke Rehabilitation. Acedido em: 20/01/2020. Disponível em: https://www.stroke.nih.gov/documents/PostStroke_Rehabilitation_english_brochure_508C.pdf

NINDS – National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2019). Stroke Information Page. Acedido em: 09/12/2019. Disponível em: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Stroke-Information-Page>

North American Nursing Diagnosis Association – NANDA (2012). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell

Nunes, L. (2005). *Justiça, poder e responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusodidata

Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 2/12/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEE_R_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido em 15/12/2019.

Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guia_o%20para%20elaborac_ão%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em 2/12/2019. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Acedido a 2/12/2019. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Padrões de Qualidade dos cuidados Especializados Em Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 25/02/2020. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5682/ponto-4_regulamento-dos-padrões-qualidade-ceer.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer Nº 12/2011 sobre atividades de vida diária. Acedido a 30/03/2020. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Acedido a 2/12/2019. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Percurso_Programa_Formativo_EER.pdf

Orem, D. F. (2001). *Nursing Concepts of practice* (Sixth edition ed.). Missouri: Mosby

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusodidata

Posthauer, M., Banks, M., Dorner, B., Schols, J. (2015). The Role of Nutrition for Pressure Ulcer Management. *Wound Care Journal*. 28 (4). P.175-188. Acedido a 8/12/2019. Doi: 10.1097/01.ASW.0000461911.31139.62

- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. II Série (Nº26 de 06/02/2019). 4744-4750
- Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*. II Série (Nº85 de 03/05/2019). 13565-13568
- Rodrigues, Â., Nascimento, C., Antunes, L., Mestrinho, M., Serra, M., Madeira, R., Canário, R., Lopes, V. (2007). Processos de formação na e para a prática de cuidados. Loures: Lusodidata
- Salazar, A., Estrada, C., Porta, R., Lolo, M., Tomas, S., Alvarez, M. (2009). Home hospitalization unit: an alternative to standard inpatient hospitalization from the emergency department. *European Journal of Emergency Medicine*. 16(3). P.121 – 123. Acedido a: 30/03/2020. Doi: 10.1097/MEJ.0b013e32831cbae2
- Santos, N. (2005). *Home Care – A Enfermagem no Desafio do Atendimento Domiciliar*. São Paulo: Iátria
- Sebastião, T. (2010). *Gestão das Organizações*. 2ª Ed. Lisboa: Verlag Dashöfer
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke: a Journal of Cerebral Circulation*. 38(11). P. 2948–2952. Acedido a: 10/01/2020. Doi: <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
- VanGilder, C., Lachenbruch, C., Algrim-Boyel, C., Meyer, S. (2017). The International Pressure Ulcer Prevalence Survey: 2006-2015. *Journal Wound Ostomy Continence Nurses*. 1 (44). P.20-28. Acedido a 6/11/2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000292>
- Veiga, João (2006). *Ética em enfermagem: análise, problematização e [re]construção*. Lisboa : Climepsi
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – o processo de construção do conhecimento*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo

World Health Organization (2019). Musculoskeletal conditions. Acedido em 1/02/2020.
Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Projeto

10º Mestrado em Enfermagem

***Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação***

**Unidade Curricular: Opção II – Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Projeto

**Promoção do Autocuidado na Reabilitação da Pessoa em
Risco de Úlcera por Pressão**

João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia, nº 3366

Lisboa

2019

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble a stylized wave or a series of brushstrokes.

10º Mestrado em Enfermagem

***Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação***

**Unidade Curricular: Opção II – Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação**

Projeto

**Promoção do Autocuidado na Reabilitação da Pessoa em
Risco de Úlcera por Pressão**

João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia, nº 3366

Regente: Prof. Doutor Miguel Serra

Orientador: Prof^a Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa

2019



Lista de abreviaturas e Siglas

ACSS – Administração Central de Serviços de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção-Geral de Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

EPUAP - European Pressure Ulcer Advisory Panel

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel

PPPIA - Pan Pacific Pressure Injury Alliance

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UPP – Úlcera(s) por Pressão

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO I: METODOLOGIA	9
CAPÍTULO II: RESULTADOS	11
1. Úlcera por Pressão – Do Conceito à investigação	11
2. Dados epidemiológicos e pertinência da Intervenção	12
3. Prevenção de úlceras por pressão	15
4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado à Pessoa em risco de úlceras por pressão	16
4.1. Princípios inerentes ao treino motor	19
4.2. Posicionamento	20
4.3. Mobilização	21
4.4. Treino muscular	22
4.5. Levante, equilíbrio e marcha	24
4.6. Produtos de apoio relacionados com prevenção de úlceras por pressão	26
4.7. Nutrição	28
5. Escalas de avaliação da independência e funcionalidade	29
6. Autocuidado – Um conceito e um referencial teórico em enfermagem	30
CAPÍTULO III: CONCLUSÕES	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

APÊNDICES

Apêndice I – Categorias das UPP

Apêndice II – Definições dos conceitos de pressão, fricção e cisalhamento

Apêndice III – Quadro síntese da evidência relacionado com posicionamento, mobilidade e imobilidade como fator de risco

Apêndice IV – Guião das entrevistas e colheita de dados dos locais de ensino clínico

Apêndice V – Exemplos de superfícies de apoio

Apêndice VI – Planeamento de atividades

Apêndice VII – Cronograma

Apêndice VIII – Correio eletrónico enviado ao Instituto Nacional de Reabilitação e Ordem dos Enfermeiros (Colégio de Especialidade de ER)

ANEXOS

Anexo I – Imagem dos locais mais frequentes de UPP

Anexo II – Demonstração de *Push-up* e autoposicionamento – inclinação lateral

Anexo III – Risco de UPP por decúbitos

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

	Pág.
Tabela 1. Sistematização da aplicação do referencial teórico à problemática em estudo	32
Figura 1. Diagrama relativo à sistematização da intervenção do EEER na promoção do autocuidado à pessoa em risco de UPP	34

INTRODUÇÃO

O presente trabalho segue a metodologia de projeto e foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Opção II na área de especialização em ER, como forma de estudar um problema identificado sensível a estes cuidados especializados de Enfermagem definido como uma área emergente de investigação através das “intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p. 4) na perspetiva da promoção do autocuidado ao utente em risco de UPP. Neste sentido, o Título do presente projeto a desenvolver no terceiro semestre do presente ciclo de estudos será: Promoção do Autocuidado na Reabilitação da Pessoa em Risco de Úlcera por Pressão. Tendo como palavras-Chave: úlcera por pressão, autocuidado e Enfermagem de Reabilitação.

Pretende-se assim, com o presente trabalho iniciar um percurso de desenvolvimento académico e profissional por forma a dar resposta aos descritores de Dublin³³ que justificam a aquisição do grau de mestre e ao perfil de competências do EEER que permite a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.

Como forma de enquadrar o projeto no perfil de competências preconizado pela ordem dos enfermeiros pode-se afirmar que: “o enfermeiro cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566) – o presente percurso permite desenvolver uma área específica de cuidados que dá resposta a uma necessidade específica (pessoas em risco de alteração da função cutânea e com limitação do autocuidado), bem como a escolha de contextos de estágio abrangentes no âmbito hospitalar e comunidade permitirão desenvolver competências em outras dimensões da ER; “Capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566) – para esta competência o presente trabalho será desenvolvido no âmbito da limitação da funcionalidade de uma área específica com impacto social. “Maximizar

³³ Descritores desenvolvidos pela *Joint Quality Initiative Group* para o ensino superior nos diferentes ciclos de estudos como referência para assegurar a qualidade do ensino (*European Consortium for Accreditation in higher education*, 2016). Foram apresentados em 2003 e aplicados em 2005 como quadro de qualificações do espaço europeu de ensino superior, apresentando níveis de competência distintos entre os diferentes ciclos de estudos (*European Commission*, 2009). Os componentes dos descritores incluem: conhecimento e compreensão; aplicação do conhecimento e compreensão; Realização de julgamento; comunicação; Capacidade de aprendizagem ao longo da vida (*European Commission*, 2009). Tendo o Quadro Nacional de Qualificações adotado os princípios inerentes ao Quadro Europeu de qualificações no que concerne aos resultados de aprendizagem e descritores para os diferentes níveis de qualificação (Portaria n.º782/2009 de 23 de julho, 2009).

a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566), constitui uma competência com grande relevo para a temática em estudo visto que as intervenções aqui desenvolvidas relacionam-se com a promoção da funcionalidade para a minimização do risco de UPP à pessoa com mobilidade comprometida.

Em simultâneo é importante abordar o desenvolvimento de competências relacionadas com o grau académico de mestre, para tal o presente projeto tem em conta os descritores de Dublin para a atribuição de títulos académicos. Conforme consta dos descritores de Dublin, partindo dos conhecimentos adquiridos no 1º ciclo de estudos será desenvolvido um projeto no âmbito de uma área de interesse através de metodologias de trabalho estruturadas (European Consortium for Accreditation in higher education, 2016). O presente trabalho conjuga o conhecimento inerente à pessoa com UPP e articula com áreas do saber específicas da ER, designadamente a promoção do autocuidado, sendo este trabalho por si só uma reflexão original entre estes dois domínios, contribuindo assim este carácter inovador para os objetivos enunciados nos descritores de Dublin através da aplicação dos conhecimentos em situações novas (European Consortium for Accreditation in higher education, 2016).

Assim, espera-se que o presente projeto constitua um ponto de partida para novas competências que contribuem conforme apresentado nos descritores de Dublin para gerir questões complexas no domínio da ER. Por conseguinte, o desenvolvimento de capacidades de aprendizagem ao longo da vida recorrendo a ferramentas adquiridas durante o presente ciclo de estudos e aplicadas no processo de desenvolvimento iniciado neste projeto, irá culminar na elaboração de um relatório de estágio assente na aquisição de competências e discutido publicamente como forma de demonstrar a capacidade de comunicação precisa das conclusões do percurso formativo que atualmente se inicia. Compreendida a aplicação do projeto aos descritores de Dublin e perfil de competências do EEER importa referir que para a concretização deste trabalho estarão envolvidas as instituições: [REDACTED] (medicina [REDACTED]) e UCC de [REDACTED]³⁴.

Por forma a enquadrar o presente projeto numa filosofia de cuidados de enfermagem com relevância para os fenómenos em estudo recorreu-se ao modelo teórico de Dorothea Orem por se considerar um referencial teórico capaz de responder aos fenómenos/problemas trabalhados. É evidente a aplicabilidade deste modelo ao projeto, na medida em que segundo Orem, D. (1985) autocuidado refere-se ao resultado da produção de um conjunto de ações do “Eu” com

³⁴ A descrição das instituições envolvidas encontra-se no apêndice IV, em tabela com guião de entrevista e colheita de dados.

o ambiente tendo o objetivo de desenvolvimento e bem-estar. Desta forma, a dependência gerada pela imobilidade e sensível ao âmbito da prevenção de UPP constitui-se uma barreira ao desempenho do autocuidado.

Para desenvolvimento do enquadramento teórico do projeto foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Por forma a definir os objetivos e estruturar a revisão foi estabelecida a seguinte questão de investigação: Quais as intervenções relativas à prevenção de úlceras por pressão em particular intervenções de reabilitação na promoção do autocuidado?

Objetivo geral da revisão da literatura: Identificar a evidência científica relativa à prevenção de úlceras por pressão na promoção do autocuidado. **Objetivos específicos da revisão da literatura:** Descrever fatores de risco de úlceras por pressão e etiologia destas; Justificar a pertinência da prevenção de úlceras por pressão; Descrever intervenções preventivas de úlceras por pressão, com enfoque na Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado.

Relativamente aos objetivos do projeto foram definidos dando resposta à necessidade de desenvolvimento de competências específicas do EEER e aos descritores de Dublin conforme referenciado anteriormente.

Objetivos gerais: Desenvolver competências na promoção do autocuidado às pessoas em risco de UPP; Desenvolver competências no âmbito de intervenções do EEER relativamente à função motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, alimentação, eliminação, sexualidade e desempenho das atividades de vida diária. **Objetivos específicos:** Planear cuidados de ER na promoção do autocuidado a pessoas em risco de UPP com mobilidade comprometida; Intervir na promoção do autocuidado a pessoas em risco de UPP com mobilidade comprometida no recurso a produtos de apoio; Capacitar as pessoas com risco de UPP com mobilidade comprometida na promoção do autocuidado através do recurso ao treino de levante, equilíbrio e marcha; Promover o autocuidado às pessoas em risco de UPP com mobilidade comprometida no recurso ao fortalecimento muscular; Promover o autocuidado a pessoas com risco de UPP com mobilidade comprometida com recurso à mobilização. Implementar intervenções de ER no âmbito da função motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, alimentação, eliminação, sexualidade e desempenho das atividades de vida diária.

CAPÍTULO I: METODOLOGIA

Procedeu-se com base na tipologia de revisão narrativa da literatura³⁵ ao presente estudo a fim de dar resposta aos objetivos e questão de investigação, por forma a apresentar uma síntese do conhecimento científico existente relativamente à temática em estudo. Foram selecionados para a pesquisa inicial os seguintes idiomas: português, espanhol e inglês. Delimitou-se numa fase inicial do estudo os artigos no espaçamento cronológico entre 2009 -2019, tendo-se alargado o espaço temporal para incluir obras de referência e fontes primárias em temáticas amplamente estudadas, com validade científica, sem estudos recentes e referenciadas em literatura encontrada no espaço temporal mencionado.

Recorreu-se numa fase inicial à pesquisa bibliográfica de artigos indexados, recorrendo aos motores de busca: EBSCO, nursing reference center, PubMed e B-on. Não se procedeu à restrição de tipologias de estudo, tendo-se incluído designadamente, estudos qualitativos e quantitativos sem restrição do nível de evidência. Foi também consultado o motor de busca Google Scholar, bem como outras fontes designadamente: manuais, guidelines, teses de mestrado/doutoramento e pesquisa de artigos referenciados em outras obras.

Em complementaridade dos estudos encontrados e por forma a enquadrar a temática da prevenção de UPP no domínio científico da ER, foi necessário incluir bibliografia de referência desta área científica e documentação reguladora da profissão de Enfermagem (do âmbito da ordem dos enfermeiros) por forma a justificar a pertinência desta temática e o carácter inovador da pesquisa.

Os artigos foram selecionados tendo por base o recurso às seguintes palavras-chave: Úlcera por pressão (*pressure ulcer e pressure injury*), funcionalidade (*functionality*), imobilidade (*immobility*), prevenção (*prevention*), enfermagem de reabilitação (*rehabilitation nursing*),

³⁵ Revisão narrativa da literatura, é uma metodologia que visa a “aquisição e atualização do conhecimento sobre um determinado tema (...) para descrever o estado da arte” constituindo uma análise, interpretação da literatura e análise crítica e pessoal do investigador, sendo que a seleção bibliográfica está restrita às especificidades do interesse deste (Vilelas, J., 2017, p. 98). Segundo o mesmo autor esta tipologia de revisão “não possui metodologia capaz de responder quantitativamente a determinadas questões, por não viabilizar procedimentos e critérios usados na avaliação e seleção de trabalhos” (Vilelas, J., 2017, p. 98) pelo que a metodologia de revisão aplicada neste estudo será descrita neste capítulo por forma a compreender o objeto de estudo, todavia não serão apresentadas tabelas quantitativas de extração de dados por base de dados (fluxogramas) e a literatura encontrada será apresentada de forma narrativa ao longo do trabalho, tendo-se considerado conforme diz o autor que esta tipologia de revisão da literatura prevê apenas a descrição de evidência com a finalidade de clarificar o objeto de estudo. É ainda de referir que esta revisão “estabelece relações com produções anteriores (...) apontando novas perspetivas” (Vilelas, J., 2017, p. 98) algo que se pretende com a presente revisão no que diz respeito ao restabelecimento de ligações entre a temática da prevenção de UPP e intervenções específicas de ER a nível motor.

enfermagem (*nursing*) e autocuidado (*Self-Care*). As palavras-chave foram combinadas com recurso aos operadores booleanos “*and*” e “*or*”.

A inclusão das palavras-chave: funcionalidade (*functionality*), imobilidade (*immobility*) e enfermagem de reabilitação (*rehabilitation nursing*) e a sua respetiva combinação com as restantes palavras-chave pretende justificar a intervenção do EEER no domínio da prevenção de UPP e promoção do autocuidado.

A seleção da literatura teve por base uma leitura inicial dos resumos e títulos, seguida de uma leitura na íntegra da literatura selecionada.

Foram excluídos estudos de outras áreas que não a área da pessoa adulta e idosa, bem como estudos restritos ao cuidado local/tópico à pessoa com UPP.

Foram critérios de inclusão: literatura relacionada com pessoas em risco de UPP ou com UPP e que necessitam de prevenção de novas lesões, bem como literatura relacionados com a dimensão motora a pessoas com algum tipo de compromisso da mobilidade;

CAPÍTULO II: RESULTADOS

Face à pesquisa realizada serão apresentados os resultados de forma crítica segundo a metodologia anteriormente descrita. Os resultados darão resposta aos objetivos propostos e pretendem ser um enquadramento teórico relevante para o projeto a desenvolver.

1. Úlcera por pressão – Do Conceito à investigação

A fim de explorar a temática da prevenção de UPP na perspectiva da promoção do autocuidado da pessoa em risco, torna-se essencial enquadrar este conceito de onde parte toda a investigação.

Relativamente ao que se entende por úlcera independentemente da sua etiologia de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem constitui uma “ ferida aberta ou lesão; perda da camada mais profunda de tecido; lesão circunscrita semelhante a uma loca; diminuição do aporte sanguíneo; tecido de granulação vermelho; necrose ou tecido celular subcutâneo; odor da ferida; sensibilidade em redor da periferia, dor, crosta de tecido inflamado e necrótico associado a um processo inflamatório, infeccioso ou maligno”. UPP segundo a CIPE (2015) representa “dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”. Neste seguimento e de acordo com a perspectiva dos diagnósticos de Enfermagem NANDA (2012), compromisso da integridade cutânea envolve como características definidoras destruição de camadas da pele, perturbações da superfície da pele ou invasão das estruturas do corpo. A alteração da integridade cutânea pode relacionar-se designadamente com, idade, fatores mecânicos, ambiente húmido e imobilidade física (NANDA, 2012). Ou fatores internos nomeadamente: estado nutricional, défices imunológicos, alterações circulatórias, metabólicas, sensoriais ou proeminências esqueléticas (NANDA, 2012).

Neste sentido, o conceito de UPP pode ainda ser definido por uma lesão da pele e/ou tecido subjacente, em particular sobre uma proeminência óssea, em consequência da pressão ou por combinação desta com forças de torção, contudo existem fatores relacionados que ainda não se encontram totalmente clarificados (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014). Ainda de acordo com as *guidelines* da NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014), as UPP podem-se dividir em várias categorias que se encontram enumeradas no apêndice I.

Relativamente aos fatores etiológicos a tolerância do tecido para a pressão e cisalhamento poderá ser afetada pelo microclima (designadamente humidade e temperatura), nutrição, perfusão tecidual, co-morbilidades e condições do próprio tecido. (NPUAP, 2018). Neste sentido relativamente à causa da UPP os autores Baharestani, M. et al (2010), referem que os conceitos de pressão, cisalhamento, fricção³⁶ e microclima e a sua ação sinérgica é complexa.

2. Dados Epidemiológicos e pertinência da Intervenção

Segundo Baharestani, M. et al (2009), as UPP representam o maior desafio mundial de saúde afetando um grande número de pessoas e com despesas consideráveis para o sistema de saúde. Também o crescimento da população idosa constitui uma fator relevante, perspetivando-se para o ano 2050 em Portugal uma dimensão de 31,9% de idosos, com aumento das co-morbilidades com consequências no desenvolvimento de feridas crónicas contribuindo para a hospitalização, gastos económicos, institucionalização e impacto na qualidade de vida e funcionalidade (Menoita, E., et al, 2012).

Relativamente às consequências das UPP, segundo Gorecki, C. et al (2009) os utentes com UPP manifestam um forte impacto desta condição na sua qualidade de vida causando uma sobrecarga considerável. Estes mesmos autores na sua revisão da literatura identificaram vários estudos com referência à influência das UPP na restrição física, alterações do estilo de vida e necessidade de adaptação do ambiente (Gorecki, C. et al, 2009). Os utentes sentem também que uma UPP contribui para a perda de apetite, interesse em atividades físicas e insónia (Gorecki, C. et al, 2009). Os autores destacam ainda a perturbação induzida pelas UPP a nível social, psicológico, financeiro, desconforto relacionado com o tratamento e o impacto dos sintomas vivenciados (nomeadamente: dor, exsudado, odor e consequências nas atividades de vida diária) (Gorecki, C. et al, 2009). Segundo Matos (2012), as UPP implicam custos económicos significativos, sendo que a prevenção de UPP representam intervenções mais eficazes. Esta ideia é apoiada por Marques, R. e Parreira, A. (2017) que referem que as UPP são “um indicador de qualidade de cuidados e resulta num impacto negativo para individuo, família e sociedade, pois representa custos elevados (...) que consome muito tempo, recursos humanos e financeiros” (p.148), estando a prevenção associadas a medidas menos dispendiosas que o tratamento, promovendo a qualidade de vida do utente.

³⁶ Os conceitos de pressão, cisalhamento e fricção encontram-se descritos no apêndice II.

Destaca-se como exemplo da dimensão internacional da importância da prevenção de UPP, a *JCI - Joint Commission International*, uma organização internacional que acredita e certifica instituições de saúde para as melhores práticas em qualidade e segurança do utente, promovendo a educação e prestando serviços de assessoria baseados em evidência, que apresenta como meta a liderança hospitalar pela qualidade e segurança do utente (JCI, 2019). Esta mesma comissão internacional considera UPP de categoria 3 e 4 como um evento de segurança do utente (JCI, 2016).

Também no que concerne a políticas de saúde Nacionais podemos encontrar espelhada a importância da prevenção de UPP no Despacho n.1400-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, relativamente ao Plano Nacional de Saúde 2015-2020 que procura estabelecer métodos, objetivos e metas de melhoria na gestão de riscos associados à prestação de cuidados de saúde. O despacho citado remete para a importância da melhoria contínua da segurança do utente através da identificação de riscos, avaliação, hierarquização e identificação de ações de melhoria (Diário da República, 2ª série, N.º 28 – 10 de fevereiro de 2015). Um dos objetivos estratégicos deste plano relaciona-se com a prevenção da ocorrência de UPP uma vez que é assumido que esta problemática representa um problema de saúde pública a nível mundial e um indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados pretendendo-se como meta para 2020 que 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementem práticas na avaliação, prevenção e tratamento de UPP, bem como na redução em 50% face a 2014 o número de UPP adquiridas no Serviço Nacional de Saúde ou em instituição convencionada (Diário da República, 2ª série, N.º 28 – 10 de fevereiro de 2015)

VanGilder, C., Lachenbruch, C., Algrim-Boyle, C. e Meyer, S. (2017), no seu estudo de prevalência nos Estados Unidos com 918,621 utentes, referem que as UPP representam uma complicação clínica significativa para os utentes, com forte impacto financeiro e de qualidade, pelo que têm surgido várias iniciativas para a prevenção desta problemática. A preocupação das instituições de saúde tem sido evidente nos últimos anos, conforme referem os mesmos autores relativamente à prevalência global das UPP que diminuiu no período entre 2006 – 2015 (de 13,5% para 9,3%) com manutenção dos *scores* de Braden³⁷ o que revela a adoção de medidas preventivas.

Existem a nível nacional outros contextos que evidenciam a prevenção de UPP como objeto de preocupação, tal como cuidados continuados onde o relatório do primeiro semestre de 2018

³⁷ Escala de Braden será abordada no subcapítulo 3: Prevenção de úlceras por pressão

da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) a incidência de UPP foi 3,3% face a 2,3% no 1º Semestre de 2017 (ACSS, 2018). A prevalência de UPP na RNCCI foi de 15,1% e 78,1% destas eram prévias à admissão à rede (ACSS, 2018). Também em contexto nacional segundo Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007), na validação da escala de Braden para Portugal identificou em contexto hospitalar a prevalência média de 11,5%, e 17,5% em serviços de medicina. Segundo Hidalgo, P., Garvia-Fernández, F., Bou, J., Soriano, J., Soldevilla-Agreda, J (2014), em Espanha num estudo de prevalência de 2013, esta manteve-se estável entre 7% e 8% em contexto hospitalar. Segundo Liu, Y., et al (2019), no seu primeiro estudo multicêntrico para a identificação da incidência e prevalência de UPP na China revelou a prevalência de 3,38% e uma incidência de 1,23%. Segundo o mesmo estudo 84,03 % das UPP eram de categoria 1 ou 2. Tendo identificado como fatores com maior impacto na prevalência: idade, género, nível de imobilidade, tipo de hospital, score Braden, incontinência urinária, incontinência fecal, nível de albumina baixo, uso de fixação de dispositivos.

Fremmelevholm, A., & Soegaard, K. (2019), referem no seu estudo de implementação de um projeto de qualidade no Hospital Universitário de Odense em 2010 onde pretendiam reduzir as UPP em 50% e uma ausência de categoria igual ou superior a 3, que seis anos depois as UPP diminuíram para aproximadamente 2% tendo havido apenas 1 caso de categoria 3. Estes resultados foram atingidos através de um programa de qualidade na segurança do utente onde foram aplicadas Guidelines de prevenção de UPP estabelecidas pela EPUAP (2014), designadamente: avaliação do risco de dano por pressão, métodos de prevenção, documentação das observações e ações preventivas. Segundo Lindgren, M., Fredrikson, M., Unosson, M., Ek, A. (2004), num estudo para identificação de fatores de risco em doentes internados em contexto médico ou cirúrgico com 530 utentes adultos durante 12 semanas ou até a alta do utente revelou que 11,7% dos utentes desenvolveu UPP, sendo o fator de risco mais relevante a imobilidade.

3. Prevenção de Úlceras por Pressão

Segundo McCoulough, S. (2019), para a prevenção de UPP é necessário como requisito uma abordagem multifacetada e multidisciplinar, sendo um critério essencial da segurança do utente. A prevenção desta forma deve começar por uma correta avaliação do risco onde se incluem a identificação de fatores de risco e inspeção da pele. Na avaliação dos fatores de risco temos como exemplo: limitação da mobilidade, antecedentes de UPP ou UPP atual, défices nutricionais, dependência no posicionamento, alterações sensoriais, alteração cognitiva (NICE, 2014).

Segundo NPUAP, EPUAP, PPPIA (2014) podemos destacar nomeadamente as seguintes intervenções na prevenção de úlceras por pressão: Avaliação do risco estruturada e assente em juízo clínico a realizar no máximo até oito horas após a admissão na instituição, incluindo avaliação da pele, documentação das avaliações, aplicação de um plano de prevenção adequado ao risco; Incluir avaliação da atividade/mobilidade e condições cutâneas; Avaliação da pele e tecidos; Cuidados preventivos com a pele; Controlo microclimático (humidade e temperatura); Nutrição (avaliação nutricional e adequada ingestão nutricional); Reposicionamento e mobilização precoce; Superfície de apoio³⁸ adequada; Escolha do dispositivo médico adequado.

Também Gouveia, J. e Miguéns, C. (2009), destacam no acrónimo “IMPRESSÃO” as seguintes intervenções: implementação de uma escala de avaliação de risco; manutenção da pele limpa e hidratada; proteção das zonas de pressão e fricção; reposicionamentos com frequência adequada ao risco; ensinios ao utente e família; superfícies de alívio de pressão na cama e cadeira; sensibilidade afetada, atenção redobrada; avaliação nutricional; observação da pele.

Segundo a DGS (2011) e Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007), a avaliação recorrendo nomeadamente à escala de Braden é fundamental no planeamento de intervenções de prevenção e tratamento de UPP, com o objetivo de incrementar melhorias nos cuidados de saúde prestados aos utentes através da avaliação de risco envolvendo as seguintes dimensões: Perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção/forças de deslizamento. Segundo Bergstrom, N., Braden, B., Laguzza, A., Holman, V. (1987), a escala

³⁸ Superfície de apoio são dispositivos para a redistribuição da pressão que gerem cargas tecidulares, microclima e/ou outras funções terapêuticas (NPUAP, 2014). Este tipo de dispositivos será abordado na secção 4.6 - Produtos de apoio relacionados com prevenção de úlceras por pressão.

de braden como instrumento para previsão do risco para o desenvolvimento de UPP revelou uma sensibilidade e especificidade altamente satisfatório para ser utilizado na prática.

É ainda de referir que a intervenção em parceria com a família é essencial na abordagem à pessoa em risco de UPP, conforme refere Marques, R. e Parreira, A. (2017) que afirmam que para a prevenção é essencial formular um plano individualizado devendo-se ponderar recorrer a programas de educação disponíveis para profissionais de saúde, utentes e familiares/cuidadores. É exemplo de como a intervenção com a família/cuidadores é essencial o recurso ao acrónimo “RISE” para os cuidadores, que representa uma forma de ensino acessível que pretende estruturar a intervenção destes em quatro âmbitos: Reposicionamento, Inspeção da pele, Cuidados cutâneos e cuidados alimentares (EPUAP, 2014). Neste sentido, pode-se considerar que a família está inerente em toda a intervenção do EEER e desta forma no processo de promoção do autocuidado esta deve ser parceira dos cuidados.

4. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado à pessoa em risco de úlceras por pressão

Atendendo ao objeto de estudo da presente revisão será explorada com maior enfoque a temática do reposicionamento, produtos de apoio e mobilização, encontrando-se estas amplamente abordadas na literatura como intervenções essenciais na prevenção de UPP, bem como o compromisso da mobilidade se encontra fortemente presente como fator de risco e desta forma apresenta um claro interesse para a área do conhecimento de ER no âmbito do treino muscular, levante, equilíbrio e marcha.

Segundo Lourenço, M., Ferreira, Ó., Baixinho, C. (2016) diz-nos que é essencial prevenir complicações associadas à imobilidade visto que esta causa alterações em vários sistemas designadamente: cardiovascular, músculo-esquelético, urinário, tegumentar, psicossocial, metabólico e gastrointestinal, respiratório. Desta forma, tendo em conta este forte impacto da imobilidade nos vários sistemas que entre si também se encontram relacionados torna-se importante uma intervenção do EEER que pretende na aplicação da sua disciplina conforme refere Hesbeen, W. (2003), “trabalhar para a pessoa e populações atingidas por determinada deficiência ou incapacidade, se tornem o mais independentes possível” (Hesbeen, W. 2003 p.54).

É ainda importante referir que no contexto da reabilitação a prevenção de UPP além de se revelar uma temática com elevado interesse, também a existência de uma UPP representa uma diminuição de resultados em contexto de reabilitação e recuperação da independência funcional. Conforme refere DiVita, M., Granger, C., Goldstein, R., Niewczyk, P., Freudenheim, J., (2018) num estudo que analisou a associação entre resultados de reabilitação e a existência de UPP, o que no contexto da ER justifica igualmente as intervenções na prevenção, nomeadamente, no que concerne aos cuidados diretamente relacionados com esta área do conhecimento por se tratar a imobilidade de um dos principais fatores de risco conforme anteriormente mencionado. Existem também condições de saúde-doença de interesse para a ER e que colocam em risco o utente de desenvolver UPP, nomeadamente: paralisia de níveis de lesão altos, lesão medular completa, população com alterações ortopédicas (Hoeman, S., 2008) e pessoa com acidente vascular cerebral (Menoita, 2012). Deste modo, no apêndice III pode-se encontrar uma síntese da literatura existente relativamente a UPP em particular no domínio do reposicionamento e/ou mobilização e mobilidade como fator de risco.

Após apresentação e análise da evidência disponível relativamente à dimensão motora aplicada à pessoa em risco de UPP, serão apresentados os resultados da pesquisa paralela que pretende explorar a temática da reabilitação motora aplicada à pessoa com alteração da mobilidade que não surge na literatura como diretamente associada à pessoa em risco de UPP, todavia encontra-se relacionada com imobilidade, fator este onde se pretende intervir na prevenção das UPP.

Para melhor compreender esta temática descrevem-se alguns pressupostos inerentes:

Movimento: mecanismos neurológicos e músculo-esqueléticos que desencadeia um movimento intencional contribuindo nomeadamente para a prevenção de UPP e tratando-se de uma componente importante de interação do indivíduo com o ambiente. O movimento muscular depende da direção e estimulação neurológica e respetivos objetivos cognitivos, podendo ser uma ação involuntária (reflexa) ou consciente e deliberada que atua nas várias estruturas músculo-esqueléticas (Hoeman, 2012). Os tipos de movimento articular são variáveis dependendo da estrutura músculo-esquelética (Seeley, Stephens e Tate, 2003);

Funções dos músculos: movimento corporal, manutenção postural através da manutenção do tónus, respiração, produção de calor corporal, comunicação, constituição de órgãos e vasos, batimento cardíaco (Seeley, Stephens e Tate, 2003);

Contractilidade muscular: representa a capacidade de contração de um músculo resultando numa determinada força, que tem início no movimento das estruturas ligadas ao músculo ou aumento da pressão no interior de um órgão oco ou vaso (Seeley, Stephens e Tate, 2003);

Tónus muscular: designa a tensão constante produzida pelos músculos durante longos períodos de tempo, como resultado de contrações desfasadas no tempo de uma pequena percentagem das várias unidades motoras. Um músculo pode ser hipertofiado com aumento de força e resistência se for sujeito a exercício físico ou pode atrofiar se não for usado, nomeadamente nos idosos que se movem com dificuldade (Seeley, Stephens e Tate, 2003);

Autocuidado³⁹: segundo Orem, D. (1985) consiste num conjunto de atividades que os indivíduos iniciam e realizam por sua iniciativa para a manutenção da vida, saúde e bem-estar individual.

Funcionalidade: compreende uma “interação ou relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais (i.e. fatores ambientais e pessoais)” (p.20) representa um “termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividade e participação (...) indica os apertos positivos entre um individuo (...) e os seus fatores contextuais” (p186). Segundo Caldas, C. (2003) função é definida como “capacidade de um indivíduo se adaptar aos problemas quotidianos (...) incluindo a sua participação como indivíduo na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social” (p. 775). O desempenho da função é avaliado através da capacidade que o individuo apresenta para o a concretização de atividades de vida diária (Caldas, C., 2003).

Dependência: segundo Caldas, C. (2003) traduz-se na ajuda para a execução das atividades essenciais à vida num processo dinâmico onde é possível intervir alterando-a inclusivamente na sua prevenção ou redução. Segundo o mesmo autor não é apenas a incapacidade que se relaciona com a dependência mas sim o resultado do conjunto necessidade e incapacidade.

³⁹ O desenvolvimento deste conceito será realizado no subcapítulo 6. Autocuidado – Um conceito e um referencial teórico em Enfermagem

4.1 Princípios inerentes ao treino motor:

Pode-se verificar que a intervenção motora está designadamente evidente em três dos parâmetros de avaliação da escala de Braden para a avaliação de risco de UPP – Atividade, mobilidade e perceção sensorial (DGS, 2011) e desta forma é facilmente percebida a importância da atuação a este nível, conforme se vai desenvolver. Segundo Hoeman (2012), o enfermeiro de reabilitação desenvolve a sua prática promovendo no utente o seu potencial. Segundo o mesmo autor tanto exercícios aeróbios, como treino de força podem prevenir ou reverter alterações músculo-esqueléticas relacionadas com a idade, aumentar a resistência e melhorar o estado geral de saúde. Neste sentido, exercícios de carga melhoram nomeadamente: força, estabilidade/controlo postural, vigilância e capacidade de atenção, reduzindo quedas associadas à diminuição da massa óssea/muscular, amplitude de movimento, força, equilíbrio e fragilidade dos idosos (Hoeman, 2012).

Algumas intervenções tendo por objetivo manter a mobilidade segundo Hoeman (2012) podem ser designadamente: Exercício terapêutico, com o objetivo da prevenção de contracturas musculares, atrofia muscular, manutenção do tónus, força e funcionalidade; Exercícios de amplitude articular; Exercícios isométricos, através da contração de fibras musculares sem causar movimento aparente por iniciativa da pessoa; Posicionamento terapêutico. Esta ideia é também apoiada por Kneafsey, R. (2007), que refere que a perda da habilidade de se mobilizar encontra-se diretamente relacionada com perda de independência física para as atividades de vida diária e por conseguinte reduz a qualidade de vida. Deve-se promover a mobilidade e o movimento onde se inclui marcha, posicionamento, exercício físico, uso de equipamentos de suporte, técnicas de transferência do utente (Kneafsey, R. (2007).

Também segundo Resnick, B. e Boltz, M. (2019), relativamente à população idosa a atividade física definida como o movimento com dispêndio energético, incluindo mobilidade no leito, transferências, banho, vestir e marcha, apresentam um impacto positivo a nível físico e psicossocial, com resultados favoráveis durante o internamento e após a alta. Estes mesmos autores na sua revisão destacam como conclusão, os benefícios da atividade física na promoção da funcionalidade, resiliência, qualidade de vida e diminuição de reinternamentos.

Segundo Silva, D., Nascimento, C., Brito, E. (2013) num artigo de revisão da literatura relativamente a utentes após AVC cuja mobilização precoce apresenta-se vantajosa em termos de imobilidade, estes autores dizem-nos que o papel do ER deve ser enquadrado num processo contínuo onde a pessoa é um todo e não a soma das suas partes, numa abordagem multidisciplinar tendo em vista a sua alta, mediante orientações aos familiares relativas a

posicionamentos no leito e manipulação, com o objetivo da melhoria na recuperação e qualidade de vida. Silva, V., Pinto, J., Martinez, B., Camelier, F. (2014), na sua revisão relativa à mobilização precoce em unidades de terapia intensiva chegaram a conclusões semelhantes apontando igualmente para benefícios na minimização das perdas de funcionalidade, prevenção e tratamento de alterações neuromusculares, melhoria da capacidade funcional, qualidade de vida, força muscular periférica e redução do tempo de internamento.

4.2 Posicionamento⁴⁰:

É possível verificar que são várias as guidelines internacionais que defendem o posicionamento terapêutico como intervenção de enfermagem essencial na prevenção (conforme consta no apêndice III), controlo e cicatrização de UPP, bem como a manutenção da integridade cutânea constitui-se complexa sobretudo em pessoas sujeitas a períodos de imobilidade transitórios ou definitivos (Lourenço, M., Ferreira, O., Baixinho, C. et al, 2016).

Neste sentido, segundo Lourenço, M., Ferreira, O., Baixinho, C. et al, (2016), a “imobilidade prolongada e a incapacidade de alternar decúbitos são fatores majores para o desenvolvimento deste tipo de lesões” (p.291). Estes autores referem ainda a correlação entre o decúbito no posicionamento do utente e a UPP, podendo surgir localizações desta tipologia de lesão menos comuns associadas ao incorreto posicionamento e a sua relação com “superfícies de apoio, dispositivos médicos que provoquem pressão, anatomia, grau de deformação óssea ou anquilose” (Lourenço, M., Ferreira, O., Baixinho, C. et al, 2016, p. 292). Os mesmos autores referem ainda que a “manutenção da pessoa por períodos de maior ou menor duração, em decúbito dorsal, lateral e sentado, está associado ao aparecimento de UPP em regiões específicas (Lourenço, M., Ferreira, O., Baixinho, C. et al, 2016, p. 292).⁴¹ Este facto faz suscitar a dúvida relativamente às consequências (não só a nível cutâneo como musculoesquelético) da manutenção da mesma tipologia de decúbitos ainda que estes sejam recomendado por *guidelines* internacionais para prevenção de UPP, embora não se tenha identificado na literatura encontrada uma correlação entre as consequências a nível motor e a manutenção da mesma tipologia de posicionamento (ainda que recomendado para a prevenção de UPP e respeitando a frequência da alternância).

⁴⁰ Posicionamento da pessoa em risco de UPP abordado no quadro síntese da literatura apresentado no apêndice III

⁴¹ No anexo III encontram-se os locais em risco de UPP por decúbito e no anexo I imagem dos locais mais frequentes de UPP.

No que concerne aos objetivos do posicionamento é importante referir que este contribui para redução da duração e magnitude da pressão, promoção do conforto, higiene, dignidade e capacidade funcional do individuo (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014). Relativamente à frequência da alternância dos decúbitos segundo a NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014), deve ter em conta a superfície de apoio usada e requiere a avaliação constante do utente. Na literatura encontrada verificou-se pequenas divergências no que concerne à frequência da alternância de decúbitos conforme apêndice III. É ainda importante referir que o “alinhamento postural simétrico – favorece a distribuição regular de peso pelas regiões isquiáticas, trocântéricas e sagradas” (Lourenço, M., Ferreira, O., Baixinho, C. et al, 2016, p. 293), facto importante a ter em consideração nas intervenções que serão abordadas adiante designadamente no impacto musculoesquelético (nomeadamente na manutenção da amplitude articular). No que diz respeito ao posicionamento do utente sentado é necessário assegurar a estabilidade deste e as suas atividades, garantir o apoio dos pés e o alívio de pressão (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014) bem como a redistribuição do peso a cada 15 minutos por um período de 60 segundos com técnicas de push-up⁴² ou de autoposicionamento⁴³ com inclinações laterais (Menoita, E., 2015).

4.3 Mobilização

Para a normal manutenção do conjunto de movimentos é necessária a sua mobilização periódica, que pode estar comprometida em diferentes situações, tais como: causa sistémica, articulares, neurológicas, doença muscular, cirúrgicas, traumáticas ou imobilidade independentemente da causa (Kisner, C. e Colby, L., 2007). Os exercícios de amplitude de movimento são isotónicos e têm como objetivo “prevenir contraturas ou atrofia muscular, para manter o tónus muscular, a força, a função e para evitar muitos problemas que ocorrem com a mobilidade reduzida” (Homan, 2011, p.231). A importância da mobilização articular é também apoiada por Montgomery, P. e Connolly, B. (2003) que referem que esta intervenção é necessária a fim de prevenir défices secundários à imobilidade.

Neste sentido podem-se destacar quatro tipos de mobilizações: **Passivas** – movimento de um segmento corporal produzido por uma força externa. Este é usado no pós-operatório na região com inflamação tecidual ou quando o utente não é capaz de realizar movimento ativo (Kisner, C. e Colby, L., 2007); **Ativas** – resulta de movimento produzido por contrações ativas

⁴² Técnica demonstrada no anexo II.

⁴³ Técnica demonstrada no anexo II.

dos músculos da região articular envolvida. É usada quando o utente tem capacidade para contração muscular sem necessidade de assistência. Pode ser usada como parte integrante do treino para a realização de outras atividades, tais como, marcha. Mantém a elasticidade e contratilidade fisiológicas, dá feedback da contração muscular, estimula a integridade articular e óssea, promove a circulação sanguínea prevenindo acidentes trombóticos e desenvolve coordenação e habilidades funcionais (Kisner, C. e Colby, L., 2007); **Ativas-assistidas** – quando o movimento muscular primário necessita de assistência externa para completar o movimento (Kisner, C. e Colby, L., 2007).

Para a avaliação articular da mobilização pode-se recorrer à goniometria que deriva da palavra *gonia* que significa ângulo e *metria* que corresponde a medida, referindo-se esta à medição da amplitude articular (Marques, A. 2014). O instrumento amplamente utilizado é o goniómetro universal com dois braços (um móvel e outro fixo) que avaliam a amplitude entre 0° - 360° ou entre 0° - 180° (Marques, A. 2014). Este instrumento é facilmente acessível, pouco dispendioso e de utilização fácil, constituindo uma parte importante da avaliação articular e dos tecidos moles, podendo ser avaliadas amplitudes de movimento ativas (num movimento sem ajuda de quem avalia) e/ou passivas (num movimento realizado pelo examinador) (Marques, A. 2014). Numa avaliação com goniómetro podemos verificar se uma articulação apresenta movimento normal, diminuído ou aumentado, devendo-se registar o valor inicial e final do movimento e comparar os dois a fim de identificar diferentes limitações na amplitude (Marques, A. 2014)

4.4 Treino muscular

O fortalecimento muscular tem a capacidade de promover controlo motor para ações específicas através de um fenómeno neuromuscular que resulta de uma sinergia coordenada de ativação muscular, tendo em conta a premissa de que as pessoas aprendem o que querem e o que praticam (Carr, J. e Shepherd, R., 2010). Segundo Kisner, C. e Colby, L. (2007), o fortalecimento muscular tem como benefícios entre outros, o aumento massa muscular e diminuição da massa gorda, melhoria da densidade óssea, promoção da qualidade de vida e bem-estar, promoção do equilíbrio, reparação de tecidos moles, diminuição do risco de lesões durante as atividades de vida diária e melhoria da função muscular/articular. Estes benefícios enumerados representam uma vantagem à pessoa em risco de UPP na medida em que intervém em várias das dimensões essenciais à prevenção desta alteração de integridade da função cutânea.

Assim a realização de exercícios de fortalecimento muscular deverá segundo Kisner, C. e Colby, L. (2007), ter em conta algumas condicionantes, tais como: alinhamento dos segmentos corporais; estabilização proximal e distal das articulações; intensidade (nível de resistência); volume de repetições; ordem dos exercícios; frequência por dia e semana; intervalo de descanso entre exercícios e sessão; duração do programa de treino; tipo de exercício; velocidade; periodicidade na variação da intensidade e volume durante períodos específicos de treino; integração dos exercícios nas atividades funcionais.

Para a realização de treino de marcha conforme será apresentado adiante é essencial integrar precocemente no planeamento dos cuidados intervenções designadamente de contração isométrica promotoras de fortalecimento muscular dos membros superiores, inferiores, troco, região glútea e abdominais (Homan, 2011). Segundo Homan (2011), este tipo de intervenções são essenciais à capacitação do utente para o levante para posição vertical e marcha. Neste sentido, exercícios isométricos, são contrações musculares voluntárias sem movimento do segmento corporal (Homan, 2011). Nestes exercícios a contração é mantida por 10 segundos voltando posteriormente à posição inicial, podendo ser resistidos se apresentar uma resistência contra um determinado movimento (exemplo: empurrar a planta do pé contra uma superfície) (Homan, 2011).

Neste sentido é essencial avaliar a força muscular, para tal serão apresentados dois instrumentos: Dinamómetro e a escala *Medical Research Council*. O dinamómetro, é um dispositivo para avaliação da força muscular que consiste na contração de um grupo muscular (Bohannon, R., Andrews, W., 1987). Segundo Carr, J e Shepherd, R. (2010) existem autores que referem alguma correlação entre a força e função embora esta ideia não seja consensual. A avaliação por dinamometria implica nomeadamente a aplicação de protocolos específicos para os objetivos, eventual treino do utente antes do seu uso, posicionamento corporal prévio à avaliação e estabilidade postural (Ordem dos enfermeiros, 2016). Relativamente à escala de *Medical Research Council*, avalia a capacidade muscular face a um movimento ativo e aplicação de resistência, estando graduada em níveis – 0 (sem contração), 1 (contração palpável), 2 (movimento ativo sem vencer a gravidade), 3 (movimento ativo contra gravidade), 4 (movimento ativo contra a gravidade e resistência), 5 (força normal) (Medical Research Council, 1976).

4.5 Levante, equilíbrio e marcha:

No processo de levante o enfermeiro atua incentivando o utente, procede ao ensino da sequência das etapas, dá apoio, garante um ambiente e procedimento técnico seguro (Homan, 2011). Num utente dependente o processo de transferência requer eventualmente ajudas técnicas e pessoal treinado (Homan, 2011). Este procedimento assume relevância na prevenção de UPP por se tratar de uma atividade que se relaciona com outras ações de autocuidado (designadamente: banho, vestir-se e uso de sanitário) que pressupõem levante e cujo seu desempenho contribui para independência do utente, contrariando o fator de risco mobilidade comprometida. Esta ideia é confirmada por Carr, J. e Shepherd, R. (2010) que referem que o processo de levante e de sentar constitui uma das ações humanas mais realizadas e um pré-requisito ao desempenho de enumeras outras ações. Neste seguimento, para a concretização do procedimento de levante o utente coloca-se na extremidade do leito ou cadeira, mantendo os pés para trás, realiza pressão no sentido dos membros inferiores, seguindo-se inclinação para frente com o tronco e movimento para a posição ereta (Homan, 2011). Neste procedimento a passagem gradual da posição de decúbito para a posição ereta com o levante e a manutenção passiva nesta fase preparam o utente para as necessidades vasculares e início de marcha (Homan, 2011).

Desta forma a compreensão do equilíbrio e treino deste domínio assume importância no processo de treino motor que conduz ao treino de marcha e promoção do autocuidado, contribuindo para contrariar os fatores de risco de UPP. Conforme refere Kisner, C. e Colby, L. (2007), um individuo que experiencie um período prolongado de imobilidade no leito ou de inatividade após situação de doença pode exigir um programa de alongamentos dos membros inferiores e tronco, a fim de promover o alinhamento postural e mobilidade, exercícios de fortalecimento muscular (para promoção da performance muscular), atividades de equilíbrio funcional e dinâmico (com o objetivo de promover o desempenho das atividades de vida diária).

Para melhor compreender a temática do equilíbrio e marcha descrevem-se os seguintes pressupostos. **Centro de massa:** corresponde ao centro da totalidade da massa corporal e representa o ponto onde o corpo se encontra em perfeito equilíbrio (Kisner, C. e Colby, L., 2007). **Base de suporte:** constitui o perímetro da área de contacto entre o corpo e a superfície de apoio (Kisner, C. e Colby, L., 2007). **Equilíbrio:** ou estabilidade postural é um conceito que descreve o processo dinâmico que permite manter o corpo em equilíbrio que pode ser estático (quando o corpo está em repouso) ou dinâmico (quando se encontra em movimento) (Kisner, C. e Colby, L., 2007). Pode-se então afirmar que a estabilidade postural descreve a habilidade

para manter a posição do centro de massa corporal em resultado às interações sensoriomotoras dinâmicas com o ambiente (Carr, J. e Shepherd, R., 2010). Assim pode-se afirmar que o processo de levantar descrito anteriormente, representa uma passagem de uma base de suporte relativamente estável (pés e coxas) para uma base dinâmica instável (pés), com um movimento do corpo para a frente e para cima representando uma espécie de auto-distúrbio da estabilidade postural compensado por mecanismos neuromotores e músculo-esqueléticos (Carr, J. e Shepherd, R., 2010).

O desempenho de marcha exige desta forma uma adaptação postural, sendo que a realização desta atividade exige um controlo de equilíbrio para fazer face a estímulos inesperados (Carr, J. e Shepherd, R., 2010). Pode-se afirmar deste modo que o desafio da estabilidade durante a marcha é complexo em relação à manutenção de uma posição estática (Carr, J. e Shepherd, R., 2010). Segundo Kisner, C. e Colby, L. (2007) a manutenção de equilíbrio funcional essencial à marcha é possível através da musculatura do tronco, membros superiores/inferiores em conjunto com o apoio podal. Esta ideia é confirmada por Homan (2011) que acrescenta que para o desempenho de marcha, o treino de equilíbrio na posição de sentado no leito mobilizando os membros superiores para a frente, para cima, esquerda e direita, poderá ser uma forma de verificar a capacidade do utente para iniciar um programa de marcha.

Conforme refere Carr, J. e Shepherd, R. (2010), relativamente à pessoa idosa a inatividade conduz a alterações no sistema neuromuscular onde se inclui fraqueza muscular, diminuição do tempo de resposta colocando o equilíbrio em causa.⁴⁴ Este planeamento de cuidados contribui para o desempenho de atividades de vida diária (Kisner, C. e Colby, L., 2007), desta forma trata-se de uma abordagem promotora do autocuidado essencial à pessoa em risco de UPP, sendo evidente a necessidade de transpor este conhecimento com enfoque no utente com esta necessidade, onde parece existir um campo de ação dos enfermeiros de reabilitação pelos conhecimentos que detêm do âmbito da prevenção de UPP e do domínio da função motora capaz de promover o autocuidado.

Na avaliação do equilíbrio pode-se destacar o instrumento – *“Timed up and go test”*, que avalia o tempo decorrido entre o levantar de uma cadeira, marcha na distância de 3 metros e o regresso até à posição de sentado na cadeira, permitindo avaliar também o equilíbrio, a

⁴⁴ Não obstante das autoras se referirem em particular à pessoa idosa podemos verificar que a idade também constitui um fator de risco para as UPP em conjunto com o compromisso para a mobilização, fator este enunciado pelas autoras quando descrevem as alterações relacionadas com a inatividade.

funcionalidade e a predisposição para a queda em idosos (Podsialo, D. e Richardson, S., 1991).

4.6 Produtos de apoio relacionados com prevenção de UPP

O uso de superfícies de apoio na prevenção de UPP é uma intervenção apresentada em *guidelines* internacionais e contemplado no percurso formativo preconizado para o enfermeiro de reabilitação, onde se encontra descrito que este profissional deve desenvolver capacidades de “ intervenções de educação e treino do cliente, família e outras pessoas significativas relativamente às técnicas específicas e às ajudas técnicas/produtos de apoio e dispositivos de compensação” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.8). No que concerne à legislação nacional é de referir que o Despacho n.º 7197/2016 de 1 de junho de 2016, refere a lista de produtos de apoio onde o ER entre outros dispositivos poderá fazer parte da equipa multidisciplinar para a prescrição de “Almofadas para sentar e materiais de proteção para prevenir úlceras de pressão” (p.17170) e “Colchões e coberturas de colchões para prevenir úlceras de pressão” (p.17170)⁴⁵.

Segundo as *guidlines* da NPUAP, EPUAP e PPIIA (2014) as superfícies de apoio devem-se escolher de forma individualizada de acordo com as necessidades do utente em redistribuição da pressão e de outras funções terapêuticas, assegurando as indicações dos diferentes fabricantes (nomeadamente no que concerne aos cuidados e tempo de vida do dispositivo), devendo-se ter em conta as seguintes características relativamente ao colchão e leito: nível de mobilidade, controlo microclimático/cisalhamento (assegurando-se designadamente a adequação dos lençóis e roupa à superfície de apoio), altura e peso do utente, risco de UPP, e localização, número e gravidade de eventuais UPP preexistentes.

Neste sentido a seleção da superfície de apoio deve ter em atenção os seguintes parâmetros: Capacidade de imersão, permitindo distribuir a pressão exercida sobre uma proeminência óssea pela região circundante (Baranoski, S. e Ayello, E., 2006) evitando contudo o efeito de “*bottoming out*” ou seja afundamento sem redistribuição da pressão (Menoita, E., et al, 2012); Capacidade de envolvimento, contribuindo para a superfície de apoio se ajustar às áreas irregulares (nomeadamente causadas pela roupa) adaptando-se aos contornos do corpo sem aumento de pressão. Ainda relativamente às superfícies de apoio estas podem apresentar “*fatigue*” ou seja “ fissuras ou descamação na superfície e incapacidade para recuperar a forma

⁴⁵ Embora o referido Despacho do Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. mencione o facto do EEER poder ser prescriptor numa equipa multidisciplinar não são claras as condições de prescrição pelo que se remeteu por correio eletrónico, pedido de esclarecimento ao Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P (da qual se obteve resposta) e ao colégio de especialidade de ER da Ordem dos Enfermeiros (da qual não se obteve resposta até ao momento), conforme se pode ler no apêndice VIII.

originar” (Menoita, E. et al, 2012) e/ou *Hammock Effect*, causada pela tensão provocada pela superfície de revestimento (Menoita, E. et al, 2012). No que se refere aos tipos de superfícies de apoio estas podem ser designadamente: dinâmicas – que permitem variar de forma continua os níveis de pressão redistribuindo o seu conteúdo (designadamente ar) em ciclos de tempo, isto é em alternância; estáticas, onde a capacidade de redistribuição da pressão deve-se ao seu conteúdo e às suas respetivas propriedades, necessitando de mobilização externa para alternância de pressão (Palma, M., Casanova, P., Molina, P., Moncasi, P., 2011)⁴⁶.

No que se refere à seleção da almofada para a posição de sentado pode-se referir que esta deve: distribuir a pressão de forma uniforme, promover a postura e mobilidade, permitir a dissipação de calor, capacidade de se ajustar à superfície corporal (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014).

É ainda relevante afirmar no âmbito do recurso a produtos de apoio no procedimento de transferência a necessidade de evitar forças de fricção e cisalhamento, através do recurso a ajudas de transferência (nomeadamente: elevador elétrico), procurando não arrastar o utente (NPUAP, EPUAP e PPPIA, 2014).

⁴⁶ É possível observar exemplos de superfícies de apoio descritas no apêndice V

4.7 Nutrição

A nutrição, embora não seja o enfoque deste trabalho considerou-se importante realizar a ressalva da necessidade de inclusão desta dimensão no planeamento dos cuidados aos utentes em risco de UPP. Posthauer, M., Banks, M., Dorner, B., Schols, J. (2015), referem que a nutrição e hidratação desempenham um importante papel na manutenção da integridade cutânea/viabilidade tecidual, suportando a reparação tecidual no processo de cicatrização de UPP, devendo-se adotar uma abordagem em equipa multidisciplinar. Desta forma, pode-se inferir que para um EEER é importante saber avaliar esta dimensão e poder referenciar quando o âmbito de atuação não se encontra dentro do seu perfil de competências⁴⁷. Assim é importante compreender as possíveis causas da desnutrição que são apontadas por Volkert, D. et al (2018) numa revisão sistemática da literatura para constituição de guidelines da ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) relacionada com hidratação e nutrição no idoso: problemas de mastigação, disfagia, alteração da funcionalidade dos membros superiores, imobilidade, alterações cognitivas, depressão, isolamento social, pobreza social, doença aguda, dor crónica, reações adversas a terapêutica medicamentosa (exemplo: xerostomia) e restrições alimentares.

Na abordagem no âmbito da nutrição à pessoa em risco de UPP e/ou UPP segundo a NPUAP, EPUAP, PPPIA (2014) esta envolve diferentes intervenções, nomeadamente: Rastreio nutricional do utente em risco de UPP, que constitui a primeira etapa a ser realizada por um profissional qualificado no momento da admissão para identificar indivíduos em risco de desnutrição; Avaliação do estado nutricional, através da avaliação do peso e história deste (incluindo perdas significativas), avaliação da capacidade do indivíduo para se alimentar e o adequado aporte de nutrientes; Planeamento dos cuidados, em equipa multidisciplinar seguindo orientações fundamentadas na evidência científica no que concerne à nutrição e hidratação; Ingestão Energética, adequada ao risco de desnutrição (30 a 35 quilocalorias por quilo de peso de um indivíduo adulto em risco de desnutrição e de UPP); Ingestão proteica, adequada ao risco de desnutrição (1,25 a 1,5 gramas de proteína por quilo de peso de um adulto em risco de desnutrição e risco de UPP); Hidratação, promovendo a ingestão de líquidos adequada e avaliando sinais/sintomas de desidratação; Uma dieta equilibrada com boas fontes de vitaminas e minerais, suplementando quando se verificarem défices ou ingestão insuficiente.

⁴⁷ Conforme código deontológico do enfermeiro artigo 104º, ponto b – Do direito ao cuidado, onde o enfermeiro tem o dever de “orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência”

5. Escalas de Avaliação da independência e funcionalidade:

Além das escalas de avaliação do risco de UPP que nos permitem avaliar a pessoa e adequar os cuidados a esta avaliação, existem também escalas que avaliam a dimensão da mobilidade e independência, contudo não foi encontrado nenhum estudo a aplicar estas escalas com o objetivo de intervir e identificar pessoas com alterações da mobilidade, a fim de delinear um plano de cuidados que atua por esta via com o objetivo de prevenir UPP.

Seria interessante a existência de estudos com aplicação de escalas relacionadas com mobilidade e independência enquadrada no âmbito da prevenção de UPP. Contudo pode-se considerar que a existência de escalas de avaliação do risco de UPP (como é exemplo da escala de Braden) e de escalas de avaliação da independência e funcionalidade (designadamente, Índice de Barthel ou MIF - Medida de Independência Funcional) podem resultar no seu conjunto em instrumentos de avaliação da pessoa dando informação adicional ao planeamento dos cuidados à pessoa em risco de UPP.

O índice de Barthel permite a avaliação da funcionalidade do indivíduo permitindo inclusivamente avaliar os resultados ao nível da independência da pessoa sujeita a um programa de reabilitação (Barthel, D. e Mahoney, F., 1965). Avalia dez parâmetros: alimentação, mover-se entre cadeira de rodas e cama, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, mover-se, subir escadas, vestir, controlo intestinal e controlo vesical (Barthel, D. e Mahoney, F., 1965). Deste modo, podemos inferir que o uso desta escala pode ser útil na identificação de pessoas em risco de UPP na medida em que avalia a progressão da sua dependência – fator de risco para UPP e objeto de atuação para ER.

MIF - Medida de Independência Funcional, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2017), pretende diagnosticar o grau de capacidade/incapacidade funcional em adultos e idosos, através da avaliação do desempenho do indivíduo e da necessidade de cuidados para um conjunto de tarefas motoras e cognitivas, permitindo também avaliar a evolução da pessoa em programas de reabilitação permitindo à semelhança do índice de Barthel intervir na pessoa em risco de UPP pelos mesmos princípios identificados anteriormente. Avalia os seguintes itens: Autocuidado (Alimentação; Higiene Pessoal; Banho; Vestir metade superior do corpo; Vestir metade inferior do corpo; Utilização do sanitário); Controlo de esfíncteres (Controle de urina; Controle das fezes); Mobilidade/Transferências (Leito, cadeira, cadeira de rodas; Sanitário; Banheira, chuveiro); Locomoção (Marcha/cadeira de rodas; Escadas); Comunicação

(Compreensão; Expressão); Cognição Social (Interação social; Resolução de problemas; Memória) (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

6. Autocuidado – Um conceito e um referencial teórico em Enfermagem

Neste subcapítulo será explorado o conceito de autocuidado e o enquadramento no referencial teórico de Orem que sustenta o projeto. A aplicação deste modelo teórico dá resposta à intervenção que se explora neste projeto uma vez que se pretende estudar pessoas em risco de UPP e com mobilidade comprometida, logo desta forma com algum grau de dependência e compromisso do autocuidado. Na perspetiva definida pela CIPE (2015), autocuidado diz respeito a “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (p.41). Como forma de compreender o conceito de autocuidado na perspetiva de literatura em ER, Hoeman (2008) refere que os enfermeiros de reabilitação desempenham um papel preponderante com o objetivo de “compreender o potencial individual e melhora o autocuidado” (p.210) ajudar os utentes a “desenvolver as suas potencialidades, otimizar a função e aceitar a sua responsabilidade como parte da sua participação no processo (...)” (p.210).

Para melhor compreender este referencial teórico será apresentada segundo Orem, D. (1985), a estrutura conceptual da Enfermagem através do desenvolvimento dos seguintes conceitos: **Autocuidado** – produções de ações direcionadas ao “Eu” e ambiente com o objetivo do desenvolvimento e bem-estar; **Necessidade de autocuidado terapêutico**: medidas de cuidado exigidas para dar resposta às necessidades de manter a vida, promover a saúde, desenvolvimento e bem-estar; **Agente de autocuidado**: capacidade complexa para o desempenho das ações ou operações de autocuidado; **Défi ce de autocuidado**: relação entre agente de autocuidado e a necessidade de autocuidado terapêutico no qual o agente do autocuidado não é adequado à necessidade de autocuidado terapêutico; **Agente de Enfermagem**: Capacidade complexa para ação que é desencadeada por enfermeiros na determinação de necessidades e planeamento de intervenções à pessoa com diferentes défi ces de autocuidado; **Sistema de Enfermagem**: Ações produzidas pelos enfermeiros que se relacionam com diferentes formas de intervenção face a diferentes tipos de necessidades.

No plano da Enfermagem de Reabilitação esta teórica dá um importante contributo que ajuda a compreender a temática em estudo no presente projeto. Desta forma segundo Orem, D.

(1985) a teoria geral de enfermagem dá resposta aos fundamentos humanos e às ações de Enfermagem e é dividida em três partes que serão desenvolvidas seguidamente.

Teoria do déficit de autocuidado: esta teoria refere que as pessoas podem beneficiar da Enfermagem devido às limitações relacionadas com a saúde que as tornam incapazes para o continuum do autocuidado, dependentes de cuidado ou que resultam em cuidados ineficazes ou incompletos (Orem, D. 1985). **Teoria do autocuidado:** baseia-se na reflexão da justificação da razão pela qual as pessoas cuidam delas próprias e qual a forma como o concretizam (Queiros, P., Vidinha, T., Filho, A., 2014). Esta teoria diz-nos que o autocuidado e o cuidado de membros da família dependentes são comportamentos que regulam a integridade humana, funcionamento e desenvolvimento humano. Estando os requisitos de autocuidado inerentes ao ser humano e ao seu ambiente (Orem, D. 1985). **Teoria dos sistemas de Enfermagem:** Os sistemas de Enfermagem são formados quando os enfermeiros usam as suas habilidades para prescrever, planear e providenciar cuidados através de ações e sistemas de ações. Podendo ser considerados três sistemas de intervenção em consonância com as necessidades de autocuidado: Totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios e apoio-educação.

Segundo Orem, D. (1985), podemos agrupar os requisitos de autocuidado em três tipos: **universal** - inerentes ao ser humano para a manutenção da integridade e do funcionamento humano, designadamente, quantidade suficiente de ar, ingestão suficiente de água, ingestão de alimentar adequada, eliminação, equilíbrio entre a atividade/repouso, equilíbrio entre interação social/solidão, prevenção de perigos, desenvolvimento humano em grupos sociais de acordo com o potencial humano, conhecimento das limitações e o desejo de integração social; **Relacionado com o desenvolvimento** - associados ao ciclo de vida; **Desvios de saúde**, nomeadamente: alterações genéticas, desvios da normal estrutura, integridade funcional e bem-estar.

Neste sentido, atendendo ao facto do objeto de estudo deste trabalho ser a intervenção na pessoa em risco de UPP, pode-se deduzir que neste âmbito o autocuidado apresenta sempre algum grau de déficit onde o agente de autocuidado não é suficiente para as necessidades e desta forma o EEER recorre a um conjunto complexo de intervenções que visam promover o autocuidado através, designadamente da mobilização, posicionamento, treino muscular, prescrição de produtos de apoio, levante, equilíbrio e marcha (áreas sensíveis ao cuidado de ER) numa intervenção que irá variar em nível de ajuda por parte do enfermeiro, como exemplo: Totalmente compensatórios (recorrendo a mobilizações passivas quando o utente não é capaz de se mobilizar), parcialmente compensatórios (recorrendo a mobilização ativa assistida) e

apoio-educação (incentivando o utente a se posicionar). O quadro a baixo pretende sintetizar este parágrafo e sistematizar a aplicação do referencial teórico de Orem à problemática em estudo.

Tabela 1. Sistematização da aplicação do referencial teórico à problemática em estudo			
Défi	de	Requisitos de autocuidado (exemplos)	Intervenção
autocuidado Relacionado com imobilidade (fator inerente à pessoa em risco de UPP)	<i>Universal</i>	Equilíbrio entre a atividade/repouso	-Totalmente compensatório
	<i>Relacionado com o desenvolvimento</i>	Pessoa idosa com aumento do risco de UPP	-Parcialmente compensatório
	<i>Desvios de saúde</i>	AVC, lesão medular, cirurgia e outros desvios de saúde que causam imobilidade	-Apoio- educação

CAPÍTULO III: CONCLUSÕES:

A perda da integridade da pele representa enormes consequências para a vida da pessoa e família, bem como a nível institucional, económico pelo prolongamento dos tempos de internamento, influenciando a capacidade do indivíduo de autocuidado interferindo em papéis sociais podendo colocar em risco a vida da pessoa (Lourenço, M., Ferreira, O., Baixinho, C. et al, 2016).

Foi possível justificar a problemática da UPP por critérios de epidemiologia e impacto das UPP facto que é constatável pelo elevado número de literatura neste âmbito.

No documento da Organização Mundial de Saúde - OMS (2017) relativo a recomendações de reabilitação cujo objetivo é fornecer orientações baseadas na evidência científica para o desenvolvimento dos serviços de reabilitação, considera como princípios gerais da reabilitação: contribui para cuidados centrados na pessoa; Cuidados de reabilitação são importantes no continuum de cuidados; faz parte da cobertura universal de saúde, devendo-se realizar esforços tendo em vista a qualidade, equidade e acessibilidade; São necessárias políticas e intervenções para corresponder às necessidades de serviços de reabilitação de qualidade, equitativos e economicamente acessíveis. Neste sentido, a existência de cuidados de reabilitação parece ser transversal a todos os domínios onde segundo OMS (2017), representa um conjunto de intervenções com o objetivo de melhorar o funcionamento e reduzir a deficiência originada pela interação entre indivíduo com a sua condição de saúde e o ambiente. Este facto é observável na pessoa em risco de UPP onde a interação do indivíduo com o ambiente pode resultar num problema potencial de saúde, ou seja o surgimento de uma complicação – UPP.

Esta realidade encontra-se descrita nos documentos reguladores da ordem dos enfermeiros nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (2005),

ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (ordem dos enfermeiros, p.11, 2005).

A prevenção de complicações, a promoção do autocuidado e bem-estar, bem como a readaptação funcional (ordem dos enfermeiros, p.11, 2005) surgem como enunciados deste documento com forte impacto para a prevenção de UPP e em particular nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Conforme se encontra descrito na documentação do perfil de competências da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, a maximização da funcionalidade e capacitar a pessoa com limitação da atividade constituem competências específicas (Regulamento n.º 392/2019, 2019), que podemos facilmente relacionar com a prevenção de UPP atendendo ao fator de risco – imobilidade, que se encontra inerente às competências específicas do EEER.

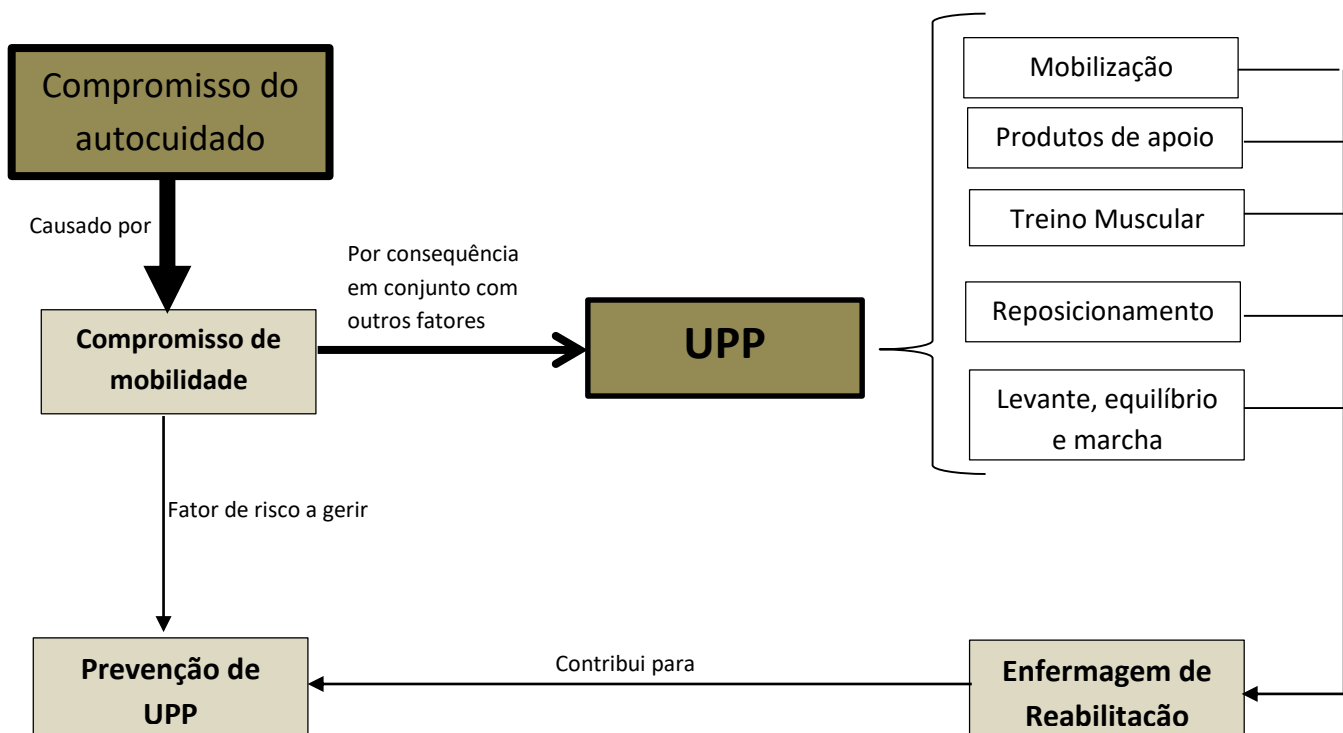


Figura 1. Diagrama relativo à sistematização da intervenção do EEER na promoção do autocuidado à pessoa em risco de UPP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central dos Serviços de Saúde (2018). Relatório de monitorização da rede nacional de cuidados continuados integrados (rncci) – 1º semestre 2018. Acedido a 2/04/2019. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-1-semester-18-vFINAL-v2.pdf>

Amir, Y., Lohrmann, C., Halfens, R., Schols, J. (2016). Pressure ulcers in four Indonesian hospitals: prevalence, patient characteristics, ulcer characteristics, prevention and treatment. *International Wound Journal*. 14 (1). P.184-193. Acedido em: 09/04/2019. Doi: 10.1111/iwj.12580

Baharestani, M. et al (2009). Pressure Ulcer Prevention – Prevalence and incidence in context. *Wounds International*. Acedido a 6/04/2019. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/international-guidelines-pressure-ulcer-prevention-prevalence-and-incidence-in-context-a-consensus-document>

Baharestani, M. et al (2010). Pressure ulcer prevention - pressure, shear, friction and microclimate in contexto - a consensus document. *Wounds International*. Acedido em 06/04/2019. Disponível em: <https://www.woundsinternational.com/resources/details/international-review-pressure-ulcer-prevention-pressure-shear-friction-and-microclimate-context>

Baranoski, S. e Ayello, E. (2006). *O essencial sobre o tratamento de feridas: Princípios Práticos*. Loures: Lusodidacta

Barthel, D. e Mahoney, F. (1965). Functional evaluation: the barthel index. *Maryland State Medical Journal*. 14, p.56-61. Acedido a 6/04/2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=e73a2041-ee11-4323-8878-b9c892acacc7%40sdc-v-sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=14258950&db=mdc>

Bergstrom, N., Braden, B., Laguzza, A., Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*. 36(4). 205-210. Acedido a 6/04/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3299278>

Bohannon, R., Andrews, W. (1987). Interrater Reliability of Hand-Held Dynamometry. *Physical Therapy*. 67 (6). P.931-933. Acedido a 6/04/2019. Doi: 10.1093/ptj/67.6.931

Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 19 (3). P. 773-781. Acedido a 6/04/2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>

Carr, J., Shepherd, R. (2010). *Neurological Rehabilitation – Optimizing Motor Performance*. 2ª Ed. Columbia: Elsevier

Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE 2015*. Loures: Lusodidacta

Despacho n.º1400-A/2015 (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Assembleia da República. *Diário da República*. II Série (Nº28 de 10/02/2015). 3882-(2)-3882-(10). ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/66463212>

Despacho n.º 7197/2016 (2016). Lista de produtos de apoio. Assembleia da República. *Diário da República*. II Série (Nº105 de 01/06/2016). 17168-17185

Direção-Geral de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Organização Mundial da Saúde*. Acedido em 02/04/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Acedido em 08/04/2019. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da.../orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

DiVita, M., Granger, C., Goldstein, R., Niewczyk, P., Freudenheim, J., (2018). Mandated Quality of Care Metrics for Medicare Patients: Examining New or Worsened Pressure Ulcers and Rehabilitation Outcomes in United States Inpatient Rehabilitation Facilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 99(8). P. 1514 – 1524. Acedido a 6/04/2019. Doi: 10.1016/j.apmr.2018.03.007

European Commission (2015). *ECTS Users' Guide*. Acedido em 3/07/2015. Disponível em: file:///C:/Users/Asus/Desktop/OPÇÃO%20%20-%202019/Descritores%20de%20Dublin/ects-users-guide_en.pdf

European Pressure Ulcer Advisory Panel (2014). *RISE – Preventing Pressure Ulcers*. Acedido em 10/06/2019. Disponível em: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2014/11/RISE-LEaflet-07.05.14-FInal-Version.pdf>

European Consortium for Accreditation in higher education (2016). *Joint Quality Initiative – the origin of the Dublin Descriptors - short history*. Acedido em 1/07/2019. Disponível em: <http://ecahe.eu/joitr-quality-initiative-a-short-history/>

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden*. Loures: Lusodidacta

Fremmelevholm, A. e Soegaard, K. (2019). Pressure ulcer prevention in hospitals: a successful nurse-led clinical quality improvement intervention. *British Journal of Nursing*, 28(6), S6–S11. Acedido a 6/04/2019. Doi: 10.12968/bjon.2019.28.6.S6

Gorecki, C. et al (2009). Impacto f Pressure Ulcers on Quality of life in Older Patients: A Systematic Review. *The American Geriatrics Society*. 57. P. 1175-1183. Acedido a 6/04/2019. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02307.x

Gouveia, J., Miguéis, C. (2009). Impressão: um instrumento para a prevenção de Úlceras por Pressão. *Nursing*. nº245. p.3-5

Hidalgo, P., Garcia-Fernández, F., Bou, J., Soriano, J., Soldevilla-Agreda, J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4.º Estudio Nacional de Prevalencia - GNEAUPP. *Gerokomos*. 25(4). P.162-170. Acedido a 6/08/2019. Disponível em: <https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2015/02/4º-Estudio-Nacional-de-Prevalencia-UPP-2013.pdf>

Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusodidacta

Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação*. 4ªed., Loures: Lusodidacta

Joint Commission International (2016). *Preventing pressure injuries – Quick Safety*. *The Joint Commission, Division of Health Care Improvement*. N°25. P.1-4. Acedido a 02/04/2019. Disponível em: https://www.jointcommission.org/assets/1/23/Quick_Safety_Issue_25_July_20161.PDF

Lei n.º156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*. I Série (N.º181 de 16/09/2015). 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

- Kisner, C., Colby, L. (2007). *Therapeutic Exercise*. 5ª Ed. Filadelfia: Davis Company
- Kneafsey, R. (2007). A systematic review of nursing contributions to mobility rehabilitation: examining the quality and content of the evidence. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*. 16 (11). P.325-340. Acedido a 6/04/2019. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02000.x
- Lindgren, M., Fredrikson, M., Unosson, M., Ek, A. (2004). Immobility – a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study. *Nordic College of Caring Sciences*. 18 (1). P. 57-64. Acedido a 6/04/2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=11&sid=e73a2041-ee11-4323-8878-b9c892acacc7%40sdc-v-sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=15005664&db=mdc>
- Liu, Y. et al. (2019). The prevalence, incidence, and associated factors of pressure injuries among immobile inpatients: A multicentre, cross-sectional, exploratory descriptive study in China. *International Wound Journal*. 16(2). P. 1-8. Acedido a 6/04/2019. Doi: 10.1111/iwj.13054
- Lourenço, M., Ferreira, Ó., Baixinho, C. (2016). *Terapêutica de posição: contributo para um cuidado de saúde seguro*. Loures: Lusodidacta
- Marques, A. (2014). *Manual de Goniometria*. 3ª Ed. São Paulo: Editora Manole
- Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta
- Marques, R., Parreira, A. (2017). *Feridas – manual de boas práticas*. Lisboa: LIDEL
- Matos, I. (2012). Custo-Efetividade de Intervenções na prevenção de Úlceras por Pressão. (Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde). Universidade do Minho (Escola de Economia e Gestão, Minho)
- McCoulough, S. (2019). Changing Work routines to prevent pressure ulcers. *Nursing and Residential Care*. 21(3). P.129-134. Acedido a 6/04/2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.12968/nrec.2019.21.3.129>
- Medical Research Council (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. Londres. Acedido em 01/07/2019. Disponível em: <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to->

[the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/](#)

Menoita, E. (2015). *Gestão de feridas complexas*. Loures : Lusodidacta

Menoita, E., et al (2012). Superfícies de apoio na prevenção das úlceras de pressão. *Journal of Aging and Innovation*. 1 (4). P. 34 -52. Acedido a 8/07/2019. Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5-Superfícies-de-Apoio.pdf>

Menoita. E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC – Contributos Para Envelhecer Resiliente*. Loures: Lusodidacta

Moore, Z., Cowman, S. (2012). Using the 30° tilt to reduce pressure ulcers. *Nursing Times*. 4 (8). P. 22-24

Moore, Z., Cowman, S. (2010). Systematic review of Repositioning for the Treatment of Pressure Ulcers. *EWMA Jornal*. 10(1). P.5-12. Acedido a 6/04/2019. Disponível em: [http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=e73a2041-ee11-4323-8878-b9c892acacc7%40sdc-v-
sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc210ZT1laG9zdC1saXZl#AN=105048977&db=ccm](http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=18&sid=e73a2041-ee11-4323-8878-b9c892acacc7%40sdc-v-
sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc210ZT1laG9zdC1saXZl#AN=105048977&db=ccm)

Montgomery, P., Connolly, B. (2003). *Clinical Applications for Motor Control*. New Jersey: SLACK Incorporated

National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Pressure ulcers: prevention and management - Clinical guideline*. Acedido a 2/04/2019. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg179/resources/pressure-ulcers-prevention-and-management-pdf-35109760631749>

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). *Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide*. Australia: Cambridge Media: Osborne Park. Acedido a 01/04/2019. Disponível em: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>

National Pressure Ulcer Advisor Panel (2016). *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change in terminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury*. Acedido a 2/04/2019. Disponível em: <https://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in->

[terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/](#)

National Pressure Ulcer Advisor Panel (2007). *Terms and Definitions Related of Support Surfaces*. Acedido em 20/05/2019. Disponível em: https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/NPUAP_S3I_TD.pdf

North American Nursing Diagnosis Association – NANDA (2012). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Áreas Investigação Prioritárias Para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 2/5/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido a 2/4/2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Percurso e Programa Formativo para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Acedido a 2/5/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Percurso_Programa_Formativo_EER.pdf

[Ordem dos Enfermeiros \(2017\). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em 2/04/2019. Disponível em:](#)

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Orem, D. (1985). *Nursing: concepts of practice*. 3ª ed. New York: McGraw-Hill Book Company

Palma, M., Casanova, P., Molina, P., Moncasi, P. (2011). *Superficies especiales para el manejo de la presión en prevención y tratamiento de las úlceras por presión*. Logroño: Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº XIII. Acedido em: 1/07/2019. Disponível em: https://gneaupp-1fb3.kxcdn.com/wp-content/uploads/2014/12/65_pdf1.pdf

Podsialo, D. e Richardson, S. (1991). *The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons*. J Am Geriatr Soc. 38(2). P.142-148. Acedido em: 08/07/2019. Doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x

Portaria n. 782/2009 (2009). Regula o Quadro Nacional de Qualificações e define os descritores para a caracterização dos níveis de qualificação nacionais. Assembleia da República. *Diário da República*. I Série (Nº141 de 23/07/2009). 4776-4778. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/782/2009/07/23/p/dre/pt/html>

Posthauer, M., Banks, M., Dorner, B., Schols, J. (2015). The Role of Nutrition for Pressure Ulcer Management. *Wound Care Journal*. 28 (4). P.175-188. Acedido a 8/04/2019. Doi: 10.1097/01.ASW.0000461911.31139.62

Queiros, P., Vidinha, T., Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista Referência*. 2. 157-164. Acedido a 2/04/2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

Resnick, B. e Boltz, M. (2019). Optimizing Function and Physical Activity in Hospitalized Older Adults to Prevent Functional Decline and Falls. *Clinics in Geriatric Medicine*. 35. P. 237-251. Acedido a 6/08/2019. Doi: 10.1016/j.cger.2019.01.003

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. II Série (Nº26 de 06/02/2019). 4744-4750

Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*. II Série (Nº85 de 03/05/2019). 13565-13568

Seeley, R., Stephens, T., Tate, P. (2003). *Anatomia e Fisiologia*. 6ª Ed. Loures: Lusodidacta

Silva, D., Nascimento, C., Brito, E. (2013). Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura. *Revista de Neurociências*. 21 (4). P.620-627. Acedido a 6/04/2019. Doi: 10.4181/RNC.2013.21.891.8p

Silva, V., Pinto, J., Martinez, B., Camelier, F. (2014). Mobilização na Unidade de Terapia Intensiva: revisão sistemática. *Fisioterapia e pesquisa*. 24 (4). P. 398-404. Acedido a 6/04/2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.590/1809-2950/11511921042014>

VanGilder, C., Lachenbruch, C., Algrim-Boyel, C., Meyer, S. (2017). The International Pressure Ulcer Prevalence Survey: 2006-2015. *Jornal Wound Ostomy Continence Nurses*. 1 (44). P.20-28. Acedido a 6/04/2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0000000000000292>

Vilelas, J. (2017). *Investigação – o processo de construção do conhecimento*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo

Volkert, D. et al (2018). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Elsevier*. P. 1- 38. Acedido a 8/07/2019. Doi: 10.1016/j.clnu.2018.05.024

World Health Organization (2017). *Rehabilitation in health systems*. Acedido em 20/04/2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf?sequence=8>

APÉNDICES

APÊNDICE I – Categorias das UPP

De acordo com as guidelines da NPUAP, EPUAP e PPIA (2014), as UPP podem-se dividir em várias categorias, designadamente:

Categoria I: Eritema não branqueável: em pele intacta com rubor não branqueável, geralmente sobre uma proeminência óssea. A área pode-se apresentar dolorosa, dura, mole com alteração da temperatura.

Categoria II: Perda parcial da espessura da pele: perda parcial da espessura da derme apresentando-se como lesão superficial sem tecido desvitalizado. Pode ser uma flictena fechada ou aberta com líquido seroso.

Categoria III: Perda total da espessura da pele: perda total da espessura tecidular. Pode-se observar tecido subcutâneo contudo não se observam tendões, ossos ou músculos. Pode existir alguma tecido desvitalizado contudo a profundidade na lesão não é ocultada por este. Esta categoria é variável consoante a região anatómica atingida (existem regiões anatómicas como asa do nariz onde feridas superficiais podem ser imediatamente classificados como categoria III devido à inexistência de tecido adiposo.

Categoria IV: Perda total da espessura dos tecidos: Existe exposição óssea, de tendões ou músculos. Pode conter tecido desvitalizado sendo frequentemente cavitadas ou fistulizadas.

Não graduáveis/inclassificáveis: profundidade indeterminada: verifica-se perda total da espessura dos tecidos com uma base de tecido desvitalizado ou necrótico que impossibilita a determinação da sua profundidade.

Suspeita de lesão de tecidos profundos: profundidade indeterminada: a coloração vermelha escura ou púrpura em pele intacta ou flictena com conteúdo hemático.

Segundo NPUAP (2018) as UPP podem estar relacionadas também com **dispositivos médicos**⁴⁸, bem como lesão por pressão na membrana mucosa relacionada com a pressão causada por dispositivos médicos nestes tecidos.

⁴⁸ Dispositivos médicos: são dispositivos utilizados para fins de diagnóstico ou tratamento e que estão em contacto com o utente.

**APÊNDICE II – Definição dos conceitos
de pressão, fricção e cisalhamento**

A fim de melhor compreender a fisiopatologia das UPP a baixo se descrevem alguns conceitos inerentes:

Pressão, é definida como a força aplicada perpendicularmente a uma superfície por unidade de área, deste modo uma força aplicada numa pequena área produz uma maior pressão do que a mesma força aplicada numa área maior (Baharestani, M. et al, 2010). Segundo Menoita (2012), os mecanismos fisiopatológicos da UPP relacionados com a pressão são os seguintes: oclusão do fluxo sanguíneo seguido de lesão por reperfusão do leito vascular isquémico num fenómeno de hiperémia reativa (que no caso do eritema branqueável corresponde a uma hiperémia reativa normal); Oclusão dos vasos sanguíneos causada por pressão prolongada sem alívio provocando a rutura membranas das células, libertação de substâncias tóxicas e consequente lise celular.

Fricção, corresponde à força produzida na mesma direção e sentido contrario ao movimento da superfície cutânea sobre a superfície onde o corpo se encontra assente (exemplo: leito ou cadeira) numa fricção que se entende por dinâmica ou numa força que se opõem ao início do movimento e que é perpendicular à superfície cutânea numa fricção estática (Marques-Vieira, C. e Sousa, L., 2016).

Se a força for aplicada paralelamente em relação à superfície corporal representam forças de **cisalhamento** também medidas em força por unidade de área (Takahashi, M., Black, J., Dealey, C., Gefen, A., 2010). Ocorre uma força de cisalhamento interno quando a força de fricção é estática, não existe movimento externo do corpo contudo verifica-se transição desta para planos profundos dos tecidos (Marques-Vieira, C. e Sousa, L., 2016).

**APÊNDICE III – Quadro síntese da
evidência relacionada com
posicionamento, mobilização e
imobilidade como fator de risco de UPP**

Síntese da literatura

Nome do artigo	Autor(s) e ano	Tipo de literatura	Síntese de ideias
Pressure ulcers: prevention and management	NICE (2014)	Guideline	<p>Avaliação do risco incluindo a mobilidade;</p> <p>Encorajar os utentes a modificarem a sua posição a cada 6 horas (no mínimo) e 4 horas para indivíduos com elevado risco, ajudando-os caso estes não sejam capazes a reposicionar-se com recurso aos dispositivos adequados;</p> <p>Não realizar massagem para prevenção de UPP;</p> <p>Utilização de superfícies de apoio para redistribuição da pressão.</p>
Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide	NPUAP, EPUAP, PPPIA (2014)	Guideline	<p>Reposicionamento tendo em conta a condição clínica do utente;</p> <p>Considerar superfícies de apoio de redistribuição de pressão;</p> <p>Alternância dos posicionamentos deve ter em conta vários fatores nomeadamente: tolerância tecidual, mobilidade, condição clínica, objetivos do tratamento, avaliação cutânea e conforto;</p> <p>Evitar posicionamentos sobre superfícies corporais com eritema não branqueável;</p> <p>Evitar forças de fricção e cisalhamento (não arrastar a</p>

		<p>superfície corporal, utilização de elevador de transferência);</p> <p>Não deixar objetos de baixo da superfície corporal (nomeadamente dispositivos médicos);</p> <p>Utilizar inclinações de 30° - 40° nas posições laterais ou na horizontal, evitando decúbitos laterais a 90°;</p> <p>Em decúbito ventral utilizar dispositivos de redistribuição da pressão e avaliar a presença de UPP nomeadamente na região facial, pés, genital, clavículas, mamaria, joelhos);</p> <p>Reposicionamento do utente sentado por forma a se manter estável evitando que este deslize na cadeira assegurando o apoio dos pés nomeadamente no chão. E restringir o tempo passado numa cadeira sem redistribuição da pressão;</p> <p>Desaconselha-se uso de dispositivos em anel ou argola, almofadas em pele de carneiro sintética, sacos de fluidos endovenosos, luvas com água;</p> <p>Poderá usar-se almofadas em pele de carneiro natural;</p> <p>Mobilização por forma a aumentar progressivamente a atividade dentro da tolerância do utente.</p>
--	--	---

Pressure ulcer prevention pressure, shear, friction and microclimate in context	Baharestani, M., et al (2010)	Revisão literatura	Identificação dos utentes em risco designadamente avaliando se este é capaz de se mover; Incentivar os utentes a se mobilizarem e se reposicionarem de forma independente sempre que possível;
Impacto f Pressure Ulcers on Quality of life in Older Patients	Gorecki, C., et al (2009)	Revisão da literatura	As UPP causam restrição física e diminuição da atividade
Immobility – a major risk factor for development of pressure ulcers among adult hospitalized patients: a prospective study	Lindgren, M., Fredrikson, M., Unosson, M., Ek, A. (2004),	Estudo prospectivo	A imobilidade representa o maior fator de risco para UPP; Permanecer no restrito ao leito e a imobilidade apresenta diversas consequências tais como: alterações cardiovasculares, perfusão tecidual, alterações respiratórias (tais como pneumonia, atelectasias e hipoxia), alterações músculo-esqueléticas.
Changing work routines to prevent ulcers	McCoulough (2019)	Artigo de revisão	Encorajar os utentes a mobilizarem-se de forma independente; Utentes com relutância em se mover, com dor ao movimento, com efeitos sedativos de terapêutica necessitam de apoio para se moverem; Reposicionar a cada 2/4 horas de dia e a cada 6 horas de noite; Reposicionamento a cada 2 horas como ponto de partida ajustável dependendo do grau de tolerância,

			nível de mobilidade, condição clínica geral e superfície de apoio usada;
The prevalence, incidence, and associated factors of pressure injuries among immobile inpatients: A multicentre, cross-sectional, exploratory descriptive study in China	Liu, X., et al (2019)	Multicentrico, corte, exploratório e descritivo	Desenvolvido a utentes com imobilidade hospitalizados na China; Segundo os autores a imobilidade no decorrer do internamento coloca os utentes com elevado risco de UPP.
Pressure ulcer prevention in hospitals: a successful, nurse-led clinical quality improvements interventions	Fremmelevholm, A., Soegaard, K. (2018)	Estudo de caso	Utentes em risco devem ser mobilizados e tanto quanto possível reposicionados, bem como uso de dispositivos de distribuição de pressão devem ser considerados; Foram contados os dias sem UPP com celebrações a cada 100 dias sem UPP e publicada no site do hospital uma fotografia alusiva à celebração para inspirar os colaboradores.
Pressure ulcers in four Indonesian hospitals: prevalence, patient characteristics, ulcer characteristics, prevention and treatment	Amir, Y., Lohrmann, C., Halfens, R., Schols, J. (2016)	Multicentrico, corte	Medidas mais frequentes de intervenção foram: reposicionamento, gestão humidade cutânea, educação e massagem.
Systematic review of Repositioning for the Treatment of Pressure Ulcers	Moore, Z., Cowman, S. (2010)	Revisão da literatura	O reposicionamento deve constituir um componente nas pessoas com UPP melhorando a oxigenação e o aporte de nutrientes essenciais à reparação tecidual.

Using the 30° tilt to reduce pressure ulcers	Moore, Z., Cowman, S. (2012)	Estudo randomizado	<p>O estudo foi realizado em 213 utentes em cuidados continuados entre 2005 e 2009;</p> <p>Incidência de UPP foi de 3% no grupo experimental e 11% no grupo de controlo, tendo-se concluído que os scores de mobilidade e atividade são um forte preditor do desenvolvimento de UPP;</p> <p>O reposicionamento a cada 3 horas mantendo um angulo de 30° reduz a incidência de UPP.</p>
--	------------------------------	--------------------	--

**APÊNDICE IV – Guião da entrevista e
colheita de dados aos locais de ensino
clínico**

Guião da Entrevista		Colheita de dados	
		Hospital ██████ ██████ – Serviço de Medicina ████	UCC ██████
Caracterização do serviço	Número de camas/ características físicas do serviço? Número de doentes?	22 Camas e até mais 10 macas adicionais. Apresenta uma taxa de ocupação entre 90-86% e no inverno este valor ascende entre 100 – 110%	70 Vagas
	Abrangência geográfica?	(não aplicável)	Divide-se em três áreas: São Domingos, Avenidas novas e Campolide
	Qual é o tempo de internamento?	7/8 Dias	(não aplicável)
	Caracterização do espaço físico?	5 Salas com 4 camas cada e 2 quartos de isolamento individuais.	Sala de tratamentos, sala da ECCI, Sala do projeto aparece (relativo a planeamento familiar na adolescência), gabinetes médicos, sala da Enfermeira chefe, sala de preparação para o parto, sala de saúde escolar, sala de vacinação, sala de saúde infantil, Sala de saúde materna, Saúde pública, Sala de RX, Gabinete da assistente social, sala de formação e área de atendimento personalizado (registo do utente)

	Materiais?	Pedaleira, almofada de estimulação sensorial, equipamentos de treino de atividades de vida diária, bastão, estetoscópio, espirómetro, bola e existência de 2 dispositivos de <i>cough assist</i> disponíveis no hospital	Sem recursos materiais específicos
Caracterização organizacional	Quem é que constitui a equipa multidisciplinar?	Enfermeiros especialistas, enfermeiros generalistas, dietista, médicos, auxiliares de ação médica, técnica de ECG, assistente social e fisioterapeutas	O Centro de saúde de ■■■■■ é constituídos pela: UCC que é composta pela ECCI e saúde escolar; UCSP; USF Tílias. A ECCI é composta por 3 EEER, 1 Enfermeiro de saúde comunitária, 2 Enfermeiros de cuidados gerais, 1 Assistente Social, 1 Fisioterapeuta;
	Número de enfermeiros especialistas? Número de ER?	1 Enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na vertente oncológica; 2 EEER (1 dos quais na gestão)	(Respondido na questão anterior)

	Como é realizada a referenciação de utentes)	(não aplicável)	A referenciação é hospitalar ou equipa do próprio centro de saúde
	Como é organizado o trabalho do EEER?	O EEER encontra-se escalado em turnos rotativos e desempenha as funções de enfermeiro generalista, realizando cuidados especializados quando a gestão de tempo o permite em articulação com a fisioterapia que se foca na componente funcional e o EEER na reeducação.	Os utentes são atribuídos por área geográfica estando sempre 1 EEER em equipa com outro enfermeiro.
Prestação de cuidados, equipa e projetos	Quais são as áreas de atuação mais predominantes no serviço?	Pessoa com AVC, pneumonia, idoso, imobilidade, patologia oncológica, cuidados paliativos, patologia cardíaca, nefrológica, demências e	Fratura da anca (frequentemente por queda), patologia respiratória (DPOC), consequências de desmame ventilatório em unidades intensivas, AVC.

		doença hematológica	
	Quais são as escalas de avaliação utilizadas?	Escala de Barthel modificada; Índice CAT modificado; Escala de Borg modificada; Questionário Respiratório Saint George's; Medical research council; Escala de Braden para risco de UPP	Aplicam a escala de Braden para risco de UPP.
	Como são feitos os registos do ER?	Informaticamente no programa de Glintt	Informaticamente no programa SClinico
	Existem projetos em curso no serviço relacionados com ER? E em particular com UPP e dimensão motora?	Sem projetos em curso no âmbito da ER e em particular das UPP. Todavia encontram-se a tentar implementar um projeto relativo à efetividade dos cuidados de ER.	Sem projetos em curso no âmbito da ER e em particular das UPP.

**APÊNDICE V – Exemplos de superfícies
de apoio**

Tipos de superfícies de apoio	
Dinâmicas/ativas	Colchões de pressão alterna
Estáticas/reativas	Ar
	Espuma de poliuretano
	Espuma de poliuretano viscoelástica (memory-foam)
	Microcânulas de silicone
	Gel solido
	Ar e gel
	Polimero de proteção

(Menoita, E., 2015)

**APÊNDICE VI – Planejamento de
atividades**

Descrição das Tarefas e resultados esperados

Serviço: Medicina ■ e UCC ■

Objetivos gerais: Desenvolver competências na promoção do autocuidado às pessoas em risco de úlceras por pressão; Desenvolver competências no âmbito de intervenções do EEER relativamente à função motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, alimentação, eliminação, sexualidade e desempenho das atividades de vida diária.

Domínios e competências	Objetivos específicos	Designação da atividade	Recursos		Critérios de avaliação
			Metodologias e modos de concretização	Papel da instituição/serviço	
A1 Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	Integrar na equipa do serviço de medicina ■ e UCC ■ nas suas especificidades	Observação do serviço com enfoque nos produtos de apoio usados, posicionamentos mais comuns, intervenções de treino motor em pessoas em risco de UPP mais aplicadas pelo EEER nomeadamente – levante, equilíbrio, marcha, fortalecimento muscular, mobilização;	Solicitar apoio da enfermeira chefe ou responsável pela orientação do ensino clínico; Procura da documentação necessária no serviço;	Facilitador do processo de integração no serviço; Apresentar as várias valências do serviço.	Conhece os circuitos internos do serviço; Conhece o serviço como contexto de cuidados inserido numa instituição.

<p>B3 Garante um ambiente terapêutico e seguro</p>		<p>Procura de normas de funcionamento e protocolos do serviço, designadamente no âmbito da prevenção de UPP e treino motor que possam ser enquadradas no âmbito da promoção da mobilidade;</p> <p>Participação em momentos informais de partilha com colegas do serviço;</p> <p>Participação em passagens de turno.</p>	<p>Interagir com os colegas por forma a conhecer o serviço.</p>		
<p>A1 Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas</p>	<p>Planear intervenções promotoras do autocuidado a pessoas em risco</p>	<p>Conhecimento das necessidades da população abrangida pela ECCI ■■■■</p> <p>Rios identificando eventuais áreas de atuação do domínio</p>	<p>Realizar pesquisa bibliográfica que fundamente a prática;</p>	<p>Orientação através do EEER orientador;</p> <p>Reuniões informais com feedback</p>	<p>Identifica lacunas que motivem a procura de formação;</p> <p>Demonstra conhecer a população abrangida pela UCC ■■■■;</p>

<p>legais, os princípios éticos e a deontologia profissional</p> <p>A2 Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B2 Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua</p>	<p>de úlceras por pressão;</p> <p>Implementar intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com compromisso da mobilidade e em risco de úlceras por pressão;</p> <p>Avaliar o impacto da intervenção do EEER;</p> <p>Promover a divulgação</p>	<p>do cuidado à pessoa em risco de UPP na comunidade;</p> <p>Observação dos cuidados dos EEER à pessoa com diminuição da mobilidade;</p> <p>Elaboração de planos de cuidados, implementar e reavaliar, ao nível das várias alterações da função motora que comprometem a função – integridade cutânea, identificando as necessidades dos utentes/família⁴⁹;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem centrados no cliente/família estabelecendo</p>	<p>Partilha contínua com o EEER e professor orientador;</p> <p>Prática reflexiva.</p>	<p>constante da evolução da aprendizagem</p>	<p>Realiza de planos de cuidados de Enfermagem de Reabilitação que respondam às necessidades do utente na prevenção de UPP;</p> <p>Intervém desde a apreciação à tomada de decisão de forma sustentada na evidência científica através da mobilização da literatura científica trabalhada anteriormente e do recurso a nova literatura por forma a dar resposta a problemas novos, demonstrando o recurso a esta evidência nos planos de cuidados elaborados;</p>
--	--	--	---	--	---

⁴⁹ Como forma de dar resposta ao preconizado pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo no que concerne à aplicação dos conhecimentos a situações novas através do desenvolvimento de ideias originais (European Consortium for Accreditation in higher education, 2016) de que é exemplo o presente projeto que correlaciona a prevenção de UPP com intervenções inerentes à enfermagem de reabilitação.

<p>B3 Garante um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>C1 Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>	<p>científica no âmbito dos cuidados especializados de enfermagem de Reabilitação na promoção do autocuidado à pessoa em risco de UPP.</p>	<p>relações terapêuticas de ajuda promotoras de ganhos em saúde no que se refere nomeadamente à enfermagem de reabilitação;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação em colaboração com o EEER orientador, identificando necessidades específicas da pessoa com imobilidade de diferentes etiologias e que se encontrem por conseguinte em risco de UPP – nomeadamente: posicionamento, mobilização, treino muscular, levante/equilíbrio/marcha e</p>		<p>Avalia e prescreve produtos de apoio designadamente no âmbito da prevenção de UPP;</p> <p>Promove a otimização da função, reeducação funcional e treino funcional no âmbito motor como forma de aumentar a atividade, promover o autocuidado e diminuir o risco de UPP;</p> <p>Dá resposta às necessidades dos utentes em particular no que concerne à função motora como forma de promover a mobilidade e prevenção de UPP estabelecendo parceria com utente e família;</p> <p>Recorre à avaliação do autocuidado segundo o modelo teórico de Orem;</p>
--	--	---	--	---

<p>J1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p>J3 Maximiza a funcionalidade</p>		<p>prescrição de ajudas técnicas;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação aplicando a evidência científica encontrada na revisão narrativa realizada no segundo semestre e resultado de novas pesquisas que venham a ser realizada na sequência de novas necessidades de procura de conhecimento científico⁵⁰;</p> <p>Concretização de uma prática em equipa multidisciplinar no contexto da intervenção à pessoa em risco de UPP, encaminhando para o profissional de saúde mais adequado;</p>		<p>Recorre a instrumentos de avaliação da funcionalidade/independência, força muscular, equilíbrio, amplitude articular, força muscular e de risco de UPP, trabalhados na revisão narrativa da literatura ou outros que possam ser enquadrados no objeto de estudo e que surjam na sequência de procura de nova evidência;</p> <p>Elabora uma prática reflexiva que demonstra a progressão na aquisição de novas competências especializadas;</p> <p>Realiza partilha da evolução com EEER orientador e professor, demonstrando nomeadamente</p>
---	--	---	--	--

⁵⁰ Como forma de dar resposta ao preconizado pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo no que concerne ao desenvolvimento de habilidades de aprendizagem ao longo da vida através da procura autónoma de novo conhecimento para dar resposta a problemas identificados (European Consortium for Accreditation in higher education, 2016)

<p>desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p>		<p>Avaliação das intervenções realizadas e reformular em função das necessidades do utente/família⁵¹.</p> <p>Gestão dos recursos disponíveis por forma a garantir cuidados de qualidade em ambiente seguro;</p> <p>Realização de um poster, artigo ou comunicação livre na área da temática em estudo.⁵²</p>			<p>capacidade para gerir recursos disponíveis e aquisição de competências;</p> <p>Efetiva pelo menos uma forma de divulgação do conhecimento científico na área em estudo.</p>
--	--	--	--	--	--

⁵¹ Como forma de dar resposta ao preconizado pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo no que concerne à realização de julgamento numa complexidade de questões (como é exemplo da prevenção de UPP) integrando os diferentes conhecimentos (inerentes às diferentes áreas do saber) na tomada de decisão na sequência da avaliação das intervenções realizadas tendo em vista a sua eventual reformulação (European Consortium for Accreditation in higher education, 2016)

⁵² Como forma de dar resposta ao preconizado pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo do ensino superior para a comunicação clara do conhecimento e dando base ao desenvolvimento em contexto de investigação, partindo da visão integradora do continuum entre a revisão narrativa da literatura realizada no segundo semestre (como estudo de investigação secundário, ou seja baseado nos estudos já desenvolvidos) e a aplicação destes conhecimentos e de outros que venham a ser procurados em evidência científica na resolução de novos problemas (European Consortium for Accreditation in higher education, 2016).

<p>A1 Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional</p> <p>A2 Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B2 Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em</p>	<p>Planear intervenções à pessoa com alteração da função motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, alimentação, eliminação, sexualidade e de desempenho das Atividades de Vida Diária;</p>	<p>Observação dos cuidados dos EEER à pessoa com diferentes necessidades do domínio da ER;</p> <p>Elaboração de planos de cuidados tendo em vista as necessidades da pessoa com diferentes necessidades do domínio da ER identificando necessidades específicas que afetem a função motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, alimentação, eliminação, sexualidade e de desempenho das Atividades de Vida Diária;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação</p>	<p>Realizar pesquisa bibliográfica que fundamente a prática;</p> <p>Partilha contínua com o EEER e professor orientador;</p> <p>Prática reflexiva.</p>	<p>Orientação através do EEER orientador;</p> <p>Reuniões informais com feedback constante da evolução da aprendizagem</p>	<p>Identifica as lacunas que motivem a procura de formação nos diferentes âmbitos de intervenção do EEER;</p> <p>Elabora uma prática reflexiva que demonstra a progressão na aquisição de novas competências especializadas;</p> <p>Aplica os conhecimentos sustentados em evidência científica na realização de planos de cuidados.</p> <p>Realiza partilha da evolução com EEER orientador e professor, demonstrando nomeadamente capacidade para gerir recursos disponíveis e aquisição de competências;</p>
--	---	---	--	--	---

<p>programas de melhoria contínua</p> <p>B3 Garante um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>C1 Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p> <p>D1 Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p>D2 Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>		<p>em colaboração com o EEER orientador;</p> <p>Desenvolvimento de uma prática em equipa multidisciplinar;</p> <p>Gestão dos recursos disponíveis por forma a garantir cuidados de qualidade em ambiente seguro;</p> <p>Atuação em complementaridade com outros profissionais de saúde estabelecendo comunicação eficaz com estes tendo em vista a qualidade dos cuidados;</p> <p>Elaboração de registos de cuidados prestados.</p>			<p>Presta cuidados (reeduca, maximiza a funcionalidade e promove o exercício da cidadania), planeia e avalia a pessoa com alteração da função motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, alimentação, eliminação, sexualidade e de desempenho das Atividades de Vida Diária;</p>
--	--	---	--	--	--

<p>J1 Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p>		<p>Participação em eventuais projetos promovidos pelo serviço contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e ganho em competências especializadas nos domínios da pessoa com alteração da função motora, sensorial, cognitiva, cardio-respiratória, alimentação, eliminação, sexualidade e de desempenho das Atividades de Vida Diária).</p>			
---	--	---	--	--	--

APÊNDICE VII – Cronograma

**APÊNDICE VIII – Correio eletrônico
enviado ao Instituto Nacional de
Reabilitação e Ordem dos Enfermeiros
(colégio de especialidade de ER)**

Prescrição de produtos de apoio

1 mensagem

JOÃO PAULO CABRITA GUERREIRO IN CORREIA <joao-correia@campus.esel.pt>
Para: produtosdeapoio@inr.mtsss.pt

2 de julho de 2019 às
14:56

Boa tarde,

Sou enfermeiro e estudante do curso de mestrado na área de especialidade de Enfermagem de Reabilitação e gostava de solicitar esclarecimento relativamente à prescrição de produtos de apoio.

1. Gostava de validar se a legislação mais atual relativamente à lista de produtos de apoio e procedimentos para atribuição de produtos de apoio é respetivamente: Despacho n.º 7197/2016 e Despacho n.º 7225/2015;
2. No artigo 5º do Despacho n.º 7225/201, consta que " os produtos de apoio prescritos por equipa multidisciplinar podem ser prescritos por equipa que tenha na sua composição pelo menos um dos profissionais sinalizados na lista homologada como prescritor habilitado". Gostava de saber a que equipas se refere este ponto. Verifiquei que no Despacho n.º 7197/2016, existem alguns produtos de apoio onde entendem como equipa multidisciplinar como sendo composta por " Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional ou Fisioterapeuta", neste sentido o Enfermeiro de reabilitação é um "prescritor habilitado"? Pode uma equipa multidisciplinar composta por: Enfermeiro de reabilitação, médico de medicina interna e nutricionista, prescrever produtos de apoio visto que tem na sua constituição um Enfº de Reabilitação? Em que contextos podemos ter estas equipas?
3. No contexto hospitalar é sempre prescrito por médico? No ponto 4 do artigo 5º do despacho nº 7225/201 o que se entende por: " os produtos de apoio prescritos pelos estabelecimentos de saúde são prescritos apenas por médico"?

Obrigado pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,

João Correia

Prescrição de produtos de apoio

ProdutosdeApoio <ProdutosdeApoio@inr.mtsss.pt>

15 de julho de 2019 às 11:24

Para: "joao-correia@campus.esel.pt" <joao-correia@campus.esel.pt>

5015/GID/2019

Exmo. Sr. João Paulo Cabrita Guerreiro Correia,

Na sequência da mensagem de correio eletrónico recebida no Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P., a qual mereceu a nossa melhor atenção, informa-se que, existe um Sistema de Atribuição dos Produtos de Apoio (SAPA), que é constituído por Entidades Financiadoras, nomeadamente a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., a Direção-Geral de Educação, o Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P. e o Instituto de Segurança Social, I.P. e por entidades prescritoras, que avaliam a necessidade do cidadão, identificando o produto de apoio adequado à situação concreta da pessoa, no contexto de vida do destinatário.

O Despacho 7197/2016, de 1 de junho, publicado no Diário da República, 2ª Série, nº 105, identifica os produtos de apoio abrangidos pelo referido financiamento, quer os que sejam prescritos por equipa multidisciplinar dos Centros Especializados ou de prescrição médica obrigatória por Unidades Hospitalares.

O financiamento dos produtos de apoio referidos podem ser prescritos por Centros Especializados, por Equipas Multidisciplinar com médico da especialidade quando exigido, sendo estes da competência dos Centros Distritais do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS, I.P.), da área de residência das pessoas com deficiência a quem se destinam.

Para informações mais detalhadas sobre a intervenção do ISS, I.P., neste âmbito, poderá consultar o “Guia Prático do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio” do Instituto da Segurança Social, I.P.” em: http://www.segsocial.pt/documents/10152/12207936/Sistema_Atribuicao_Produtos_Apoio_SAPA/ac2d7eac-1a73-4078-8a4c-31b37bc0c5a7, no qual consta a documentação necessária que deverá ser entregue nos Serviços, bem como a lista dos Centros Prescritores que prescrevem neste âmbito.

Mais se informa que os produtos de apoio também podem ser prescritos em unidades Hospitalares, pelas respetivas especialidades, sendo a própria entidade que financia o produto de apoio, após avaliação médico

funcional e sócio familiar do beneficiário. Para qualquer assunto relacionado com produtos de apoio no âmbito da saúde poderá colocar as suas questões para a caixa de correio eletrónica ajudastecnicas@acss.min-saude.pt.

No entanto, se o pedido de financiamento se enquadrar no âmbito do Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P., que financia os produtos de apoio que não constituam responsabilidade dos empregadores e que sejam indispensáveis para o efetivo acesso e frequência da formação profissional e/ou para o efetivo acesso, manutenção e/ou progressão no emprego, incluindo os trabalhadores por conta própria, devem ser prescritos pelos Serviços de Emprego dos Centros de Emprego e Formação Profissional ou Centros de Emprego do Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P., nos termos dos procedimentos gerais, publicados em anexo ao despacho nº 725/2015 do Presidente do Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P., publicado no Diário da Republica, 2ª série de 1 de julho, e no manual de procedimentos, aprovado pelo conselho diretivo do IEFP, I.P. (<https://www.iefp.pt/documents/10181/190915/Manual+de+Produtos+de+apoio+-+2.%C2%AA%20revis%C3%A3o+-+15+de+maio+de+2014/3d841d81-edbb-409f-b93b-6e1ccd987e00>), mediante apresentação de requerimento num serviço de emprego, disponível em <https://www.iefp.pt/formularios>.

Em todas as situações referidas a comparticipação do financiamento dos produtos de apoio é de cem por cento.

No tocante à legislação e respetiva regulamentação do Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio, a mesma encontra-se devidamente atualizada na página do INR, I.P., com o seguinte endereço eletrónico:

www.inr.pt

Com os melhores cumprimentos,

PA – Produtos de Apoio

GID – Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

[Av. Conde de Valbom, 63](#) | 1069-178 Lisboa

Tel: (+351) 217 929 500 | Fax: (+351) 217 929 596 | Website: www.inr.pt

Se recebeu esta mensagem por engano, por favor avise o remetente e elimine-a de imediato. Consulte [aqui](#) as limitações de acesso e utilização da informação incluída nesta mensagem.

Prescrição de produtos de apoio - pedido de esclarecimento

1 mensagem

JOÃO PAULO CABRITA GUERREIRO IN CORREIA <joao-correia@campus.esel.pt>

5 de julho de 2019 às
22:50

Para: colegio.reabilitacao@ordemenfermeiros.pt

Cc: Vanda Lopes Costa Marques Pinto <vpinto@esel.pt>

Exmo(a) Sr(a) Enf^o(a),

Eu, João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia, na qualidade de Enfermeiro e mestrando do curso de mestrado na área de especialidade de Enfermagem de Reabilitação na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e orientado pela Sr^a Professora Doutora Vanda Marques Pinto, para fins académicos gostava de solicitar esclarecimento relativamente à prescrição de produtos de apoio por Enfermeiros de Reabilitação.

1. Gostava de validar se a legislação mais atual relativamente à lista de produtos de apoio e procedimentos para atribuição de produtos de apoio é respetivamente: Despacho n.º 7197/2016 e Despacho n.º 7225/2015;
2. No artigo 5º do Despacho n.º 7225/201, consta que " os produtos de apoio prescritos por equipa multidisciplinar podem ser prescritos por equipa que tenha na sua composição pelo menos um dos profissionais sinalizados na lista homologada como prescritor habilitado". Gostava de saber a que equipas se refere este ponto. Verifiquei que no Despacho n.º 7197/2016, existem alguns produtos de apoio onde entendem como equipa multidisciplinar como sendo composta por " Fisiatra ou Enfermeiro de Reabilitação ou Terapeuta Ocupacional ou Fisioterapeuta", neste sentido o Enfermeiro de Reabilitação é um "prescritor habilitado"? Pode uma equipa multidisciplinar composta por: Enfermeiro de Reabilitação, médico de medicina interna e nutricionista, prescrever produtos de apoio visto que tem na sua constituição um Enf^o de Reabilitação? Em que contextos podemos ter estas equipas?
3. No contexto hospitalar é sempre prescrito por médico? No ponto 4 do artigo 5º do despacho nº 7225/201 o que se entende por: " os produtos de apoio prescritos pelos estabelecimentos de saúde são prescritos apenas por médico"?
4. Parece verificar-se enquadramento no âmbito da regulação profissional (no que concerne ao perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação) contudo este não está evidente nos decretos citados. Neste sentido em que situações o Enfermeiro de Reabilitação tem enquadramento legal para a prescrição de produtos de apoio?

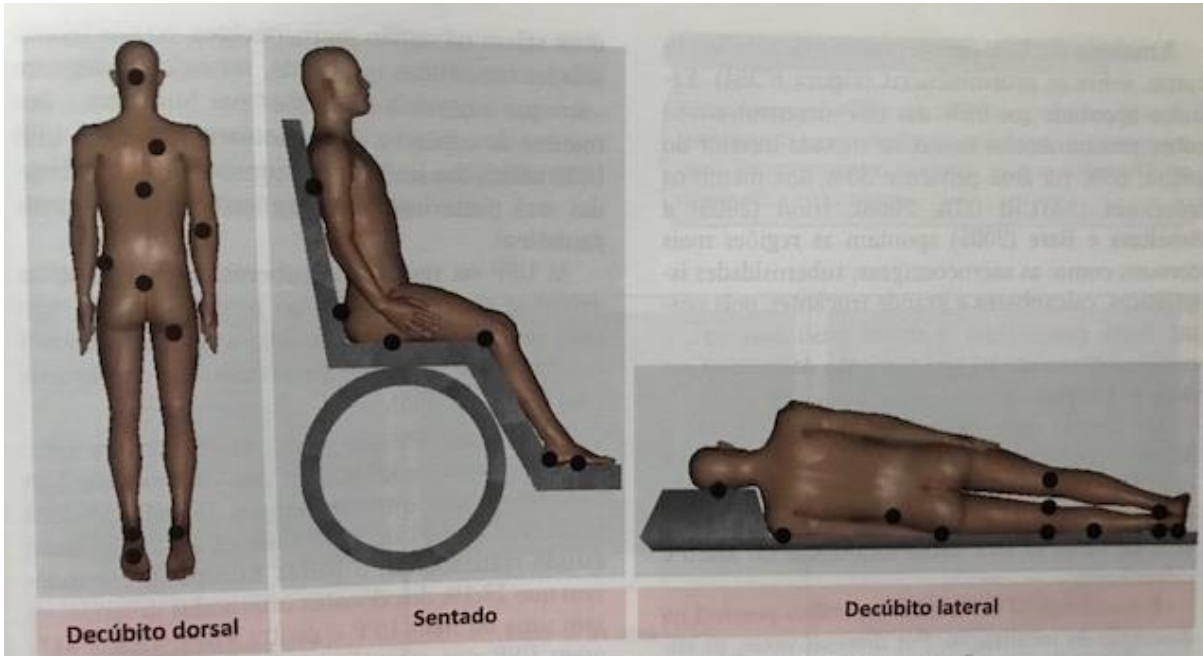
Obrigado pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,

João Correia

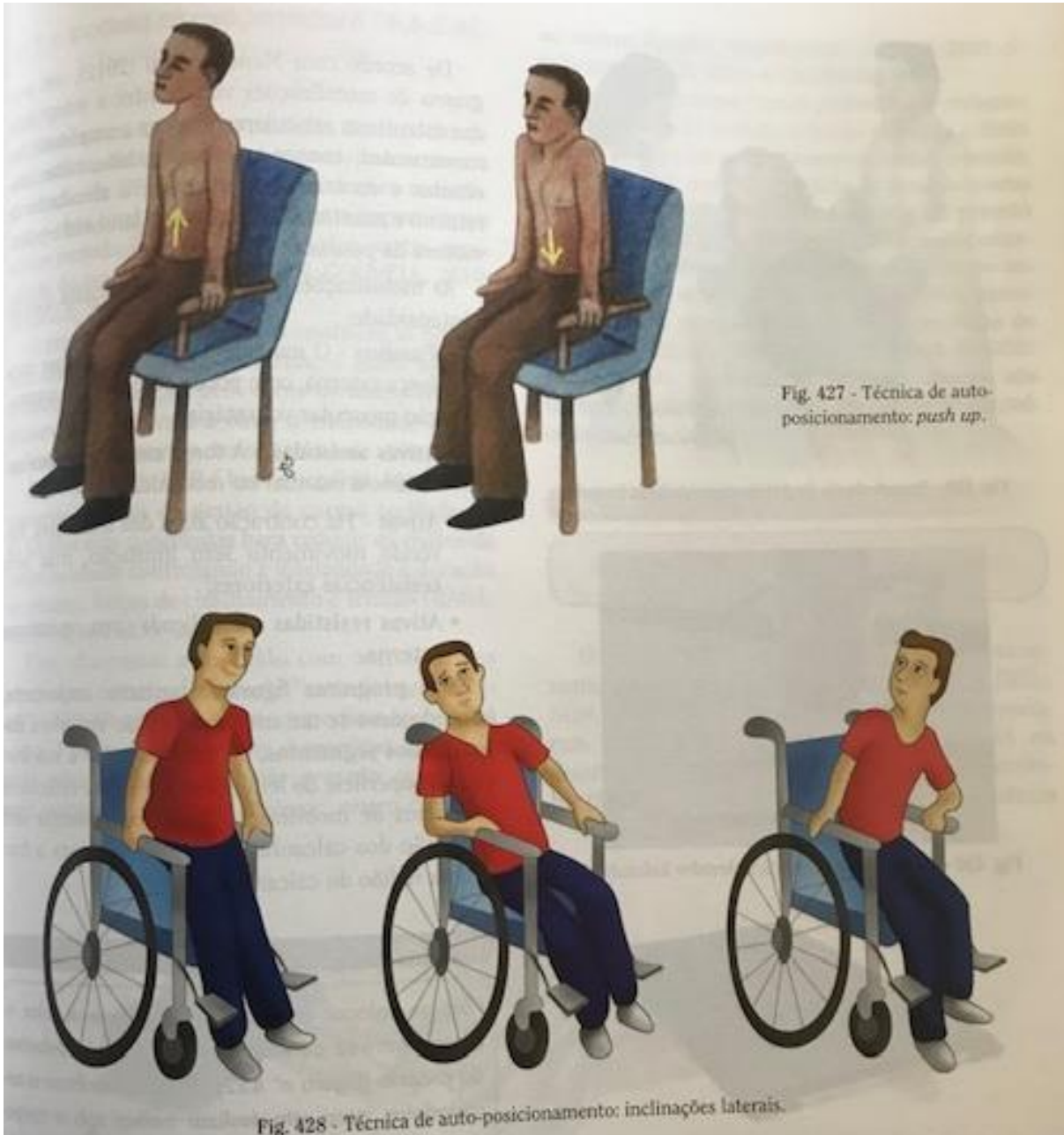
ANEXOS

ANEXO I – Imagem dos locais mais frequentes de UPP



Menoita, E., 2015

**ANEXO II – Demonstração de *Push-up*
e autoposicionamento – inclinações
laterais**



Menoita, E., 2015

**ANEXO III – Risco de UPP por
decúbitos**



Foto 1: Risco de UPP em decúbito dorsal.



Foto 2: Risco de UPP em decúbito ventral.



Foto 3: Risco de UPP em decúbito lateral.



Foto 4: Risco de UPP na posição de sentado.

Lourenço, M., Ferreira, Ó., Baixinho, C. (2016)

Apêndice 2 – Poster intitulado “Estudo de Caso: Reabilitação da Pessoa em Risco de Úlcera por Pressão”

Apêndice 3 – Estudo de caso no âmbito da ECCI

10º Mestrado em Enfermagem
*Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação*

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Estudo de Caso

ECCI 

João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia, nº 3366

Lisboa

2019

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble a stylized wave or a series of brushstrokes, in various shades of green.

10º Mestrado em Enfermagem
*Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação*

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Estudo de Caso

ECCI 

João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia, nº 3366

Regente: Prof^a Doutora Maria do Céu Sá

Orientador: Prof^a Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa

2019

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	4
CAPÍTULO I: AVALIAÇÃO INICIAL	6
7. Avaliação da Funcionalidade	8
7.1. Avaliação Função cardíaca e respiratória	8
7.2. Avaliação sensoriomotora e cognitiva	9
7.3. Avaliação da alimentação	16
7.4. Avaliação eliminação e sexualidade	16
7.5. Avaliação independência	17
8. Avaliação de risco de úlceras por pressão	18
9. Avaliação psicossocial	19
10. Avaliação segundo modelo autocuidado de Orem	19
CAPÍTULO III: PLANO DE CUIDADOS	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso incide no âmbito da pessoa submetido a artroplastia da anca decorrente de fratura peritrocantérica à esquerda, internada em ECCI e residente no domicílio, onde a intervenção do EEER é preponderante para ganhos em saúde no restabelecimento da capacidade funcional, minimização de incapacidade e dependência (Marques-Vieira, C. e Sousa, L., 2017).

As fraturas da extremidade superior do fémur consideram-se altamente frequentes no género feminino e em idades avançadas devido ao envelhecimento e quedas, com grande impacto na mobilidade (Salvador et al, 2002, Guerra et al, 2010 e Guimarães et al, 2011 citados por Marques-Vieira, C. e Sousa, L., 2017).

Neste sentido, podem-se distinguir três tipos de fratura do fémur (Marti, R., Jacobs, B., 1993, citados por DGS, 2003): Trocatericas, localizadas acima da linha intertrocanterica e abaixo pelo limite do pequeno trocanter; Do Colo, localizadas na cabeça do trocantérica podendo ser subcapitais, transcaptais ou basicervicais; Subtrocantéricas, localizadas entre o limite inferior do pequeno trocânter até 5 cm abaixo deste.

Assim, pretende-se a recuperação do utente à sua funcionalidade anterior ao incidente de saúde, neste sentido a intervenção cirúrgica contribui para a estabilização através dos materiais usados e o inicio precoce da mobilização e deambulação diminuindo complicações decorrentes da imobilidade para a máxima funcionalidade da pessoa numa abordagem multidisciplinar dando condições de reabilitação do utente (DGS, 2003).

Relativamente ao tipo de cirurgia podem-se identificar diferentes abordagens dependendo do tipo de fratura, designadamente (DGS, 2003): Fratura do colo do fémur subcapitais – podem-se recorrer a tratamento conservador com carga precoce para promoção da consolidação da fratura ou parafusos canulados; Fraturas do colo do fémur descoaptadas e transcervicais – substituição por artroplastia da cabeça do fémur (por artroplastia total ou parcial da anca, sendo que em idades mais avançadas e pouca mobilidade devem-se privilegiar as parciais tipo próteses de Moore e em doente com maior mobilidade próteses com cabeça fisiológica ou bipolar, devendo em casos de bom potencial funcional optar-se por artroplastia total da anca); Fraturas do colo do fémur basicervicais - se possível deve-se recorrer à conservação da cabeça do fémur e realizar osteossíntese com parafusos dinâmicos de deslizamento e placa; Fraturas

trocantéricas estáveis – recomenda-se a osteossíntese com parafuso dinâmico; Fraturas trocantiárias instáveis - osteossíntese com encavilhamento endomedular e parafuso dinâmico; Fraturas subtrocantéricas – osteossíntese com parafuso dinâmico, encavilhamento endomedular estático se a fratura se localizar na região diafisária ou osteossíntese com placa com ou sem parafuso dinâmico.

Neste caso a utente apresenta um encavilhamento com prótese Gamma que consiste no implante intramedular utilizado em casos de fraturas proximais realizado com técnicas menos invasivas, com menores riscos intraoperatórios, associada a menor morbidade, menor tempo operatório e menor hemorragia, dando ganhos em mobilidade do ponto de vista mecânico devido à aproximação do centro de rotação da anca (Kaufen, 1980 citado por Bridle, SH, Patel, AD, Bircher, M, Calvert, PT, 1991).

CAPÍTULO I: AVALIAÇÃO INICIAL

Nome: M.S.

Data de nascimento:30/12/1928

Idade: 91 anos

Morada: Residente na área de Lisboa

Naturalidade: Portuguesa

Escolaridade: 4ª Classe

Profissão: Encarregada de uma lavandaria

Situação profissional: Reformada

Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, hipercolestolemia, cataratas e osteoartrose.

Alergias: Desconhece

Consumos de substâncias aditivos: nega consumo etílico, tabágico ou outra adição

Terapêutica habitual:

- Losartan + hidroclorotiazida 50 mg+25mg, 1 comprimido ao almoço;
- Diazepam 5mg, em SOS;
- Amlodipina 5mg, 1 comprimido ao jantar;
- Bisoprolol + hidroclorotiazida 10mg + 25mg, meio comprimido ao jantar.
- Tramadol + paracetamol, 37,5 mg+325 mg, de 8/8 horas se dores

Resumo da situação atual de saúde:

Utente admitida pela ECCI para cuidados de reabilitação na sequência de fratura peritrocantérica à esquerda a 29/8/2019 tendo sido submetida a correção cirúrgica com encavilhamento Gamma. Atualmente com melhoria da sua independência refere se mobilizar no domicílio contudo tem como objetivo sair de casa e deslocar-se na rua.

Avaliação física e comportamental:

Geral: Consciente e orientada. Apresenta discurso fluente e coerente. No que concerne ao comportamento utente apresenta-se comunicativa com discurso aparentemente coerente, sem fuga de ideias, sem agitação, sem fuga de olhar, bloqueio ou defesa.

Sinais Vitais:

- Tensão arterial: 149/78 mmHg
- Pulso: cheio, rítmico, com frequência cardíaca de 80 bpm;
- Respiração: Frequência respiratória de 17 cpm, eupneica, toraco-abdominal;
- Temperatura: 36,5°C
- Dor: intensidade 5 (escala numérica) tipo pontada no joelho esquerdo, que agrava com a mobilização, alivia com repouso e terapêutica de resgate prescrita.

Sistematizado:

- Dados antropométricos – 50Kg (peso), 1,52 m (altura) e IMC 21,4 Kg/m². Aparente estado de higiene. Pele e mucosas coradas e hidratadas; Avaliação da cabeça, cervical e membros superiores sem alterações; Coluna cervical apresenta ligeira cifose e sem outras alterações; Membro inferior esquerdo com edema da articulação do joelho; Articulação tibiotársica direita com deformação; Utiliza meios de correção visual (óculos); Abdómen mole;

1. Avaliação da Funcionalidade

Consideraram-se para efeitos de avaliação inicial os descritos no perfil de competências do EEER, onde na avaliação da funcionalidade o enfermeiro “Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardíaca; respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade.” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566

1.1 Avaliação da Função cardíaca e respiratória

Avaliação subjetiva	Tosse		Sem presença de tosse	
	Expetoração		Sem secreções para mobilizar	
	Escala de Borg modificada		3 (moderada)	
Avaliação objetiva	Tórax	Inspeção estática	Sem alterações estruturais	
		Inspeção dinâmica	Frequência respiratória	17 Ciclos por minuto
			Ritmo respiratório	Normal (regulares e sem pausas)
			Padrão respiratório	Misto
			Amplitude	Tendencialmente superficial
			Simetria	Simétrico
			Palpação	Tórax
		Traqueia		Centrada na linha média
		Percussão	Som claro pulmonar sem pontos de hiperressonancia ou maciços.	
		Auscultação pulmonar	Murmúrio vesicular mantido bilateralmente. Sem ruídos adventícios.	
Radiografia do tórax			Sem radiologia do tórax	

1.2 Avaliação Sensoriomotora e cognitiva

Estado mental		
Estado de consciência		Score de Glasgow 15
Orientação	Autopsíquica	Orientada na pessoa
	Alopsíquica	Orientada no tempo e espaço
Atenção		Aparente capacidade de manutenção do foco de atenção em atividades propostas
Memória		Sem déficit cognitivo na avaliação com “ <i>MiniMentalState Examination</i> ”
Linguagem		Discurso, compreensão, nomeação, repetição, leitura mantidos. Alguma dificuldade na linguagem elaborada e escrita.
Capacidades práxicas		Capacidade para gestos simbólicos (sinal de cruz), icónicos transitivos (levar copo à boca) e intransitivos (dizer adeus)

Pares Cranianos		
I	Olfativo	Sem alterações do olfato
II	Ótico	Sem alteração da acuidade visual quando questionada relativamente à contagem do número de dedos do avaliador. Sem alterações do campo visual.
III	Oculomotor	Sem alterações fotopupilares (pupilas: isocóricas, reativas e simétricas). Com simetria dos movimentos oculares e sem ptose palpebral.
IV	Patético	
VI	Motor ocular externo	
V	Trigêmeo	Sem alterações da sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa a nível oftálmico, maxilar e mandibular.
VII	Facial	Simetria facial, sem apagamento do sulco nasogeniano.

VIII	Auditivo	Acuidade auditiva sem alterações. Sem alterações do equilíbrio estático na posição de sentado com apoio das mãos. Equilíbrio dinâmico na posição testado por indução de balanço no tronco na posição de sentado mantido.
IX	Glossofaríngeo	Sem alterações no reconhecimento de sabores do 1/3 posterior da língua.
X	Vago	Sem alterações do tom de voz. Reflexo de vômito mantido.
XI	Espinhal	Sem alterações na força muscular cervical.
XII	Grande hipoglosso	Sem alterações do movimento, sem desvios ou tremores da língua ou úvula.

Avaliação da marcha e equilíbrio (Escala de Tinetti)			
Equilíbrio / Marcha	Parâmetro avaliado	Descritivo selecionado na avaliação	Score
Equilíbrio	Equilíbrio sentado	Inclina – se ou desliza na cadeira	1
	Levantar –se	Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa	1
	Equilíbrio imediatos	Instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar- se)	0
	Equilíbrio em pé com os pés paralelos	Estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm ou mais) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio	1
	Pequenos desequilíbrios na mesma posição	Começa a cair	0

	Fechar os olhos na mesma posição	Instável	0
	Volta de 360°(2 vezes)	Instável (agarra – se, vacila)	0
	Apoio unipodal (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)	Não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto	0
	Sentar-se	Usa os braços ou movimento não harmonioso	1
Sub-Total do Score para o equilíbrio: 4/16			
Marcha	Início da marcha (imediatamente após o sinal de partida)	Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar	0
	Largura do passo (pé direito)	Não ultrapassa à frente do pé em apoio	0
	Altura do passo (pé direito)	O pé direito não perde completamente o contacto com o solo	0
	Largura do passo (pé esquerdo)	Ultrapassa o pé direito em apoio	1
	Altura do passo (pé esquerdo)	O pé esquerdo eleva-se totalmente do solo	1
	Simetria do passo	Comprimento do passo aparentemente assimétrico	0
	Continuidade do passo	Pára ou dá passos descontínuos	0

	Percurso de 3m (previamente marcado)	Desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha	1
	Estabilidade do tronco	Nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha	0
	Base de sustentação durante a marcha	Calcanhares muito afastados	0
Sub-Total do Score para o marcha: 3/12			
Score total: 7/28 (alto risco de queda)			

Avaliação da força muscular segundo Medical Research Council:

	Movimento	Classificação	
Cabeça e Pescoço	Flexão	5	
	Extensão	5	
	Flexão lateral esquerda	5	
	Flexão lateral direita	5	
	Rotação	5	
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Rotação Interna	5	5
	Rotação Externa	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Antebraço	Pronação	5	5
	Supinação	5	5
Punho	Flexão plantar	5	5

	Dorsi flexão	5	5
	Desvio cubital	5	5
	Desvio Radial	5	5
	Circundação	5	5
Dedos	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Circundação	5	5
	Oponência do Polgar	5	5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	4	4
	Extensão	4	4
	Adução	4	4
	Abdução	4	4
	Rotação Interna	4	4
	Rotação Externa	4	4
Joelho	Flexão	4	3
	Extensão	4	3
Tibiotársica	Flexão plantar	5	3
	Flexão dorsal	5	3
	Inversão	5	2
	Eversão	5	2
Dedos	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5

Avaliação do tónus muscular por palpação não revelou alterações pelo que não foram aplicados outros instrumentos. Sem alterações da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) e profunda (pressão digital).

Avaliação da amplitude articular por goniometria		
Articulação	Movimento	Amplitude avaliada / Juízo Clínico
Ombro	Flexão-extensão	Entre 10° - 240°. Bilateralmente sem alterações.
	Abdução-adução	Entre 10° - 180°. Bilateralmente sem alterações.
	Rotação externa e interna	Rotação externa 0°. Rotação interna 170°. Bilateralmente sem alterações.
Cotovelo	Flexão-extensão	Entre 30° - 180°. Bilateralmente sem alterações.
Radio-ulnar	Pronação e supinação	90° em cada movimento. Bilateralmente sem alterações.
Punho	Flexão-extensão	90° - 250° . Bilateralmente sem alterações.
	Desvio radioulnar	Desvio radial de 20° e cubital de 50°. Bilateralmente sem alterações.
Metacarpofalângicas	Flexão-extensão	90° - 180°. Bilateralmente sem alterações.
Interfalângicas	Flexão-extensão	Proximais entre 60° - 180° e distais dentre 110° - 180°. Bilateralmente sem alterações.
1ª Metacarpofalângica (polegar)	Adução e abdução do polegar	20° - 50°. Bilateralmente sem alterações.
	Oposição do polegar	0° - 35°. Bilateralmente sem alterações.
Quadril	Flexão - extensão	Sem alterações. Com joelho fletido, 50° - 170°; Com joelho estendido, 90° - 170°.
	Abdução e adução	Sem alterações. 135° - 195°

	Rotação externa e interna da coxo-femoral	Sem alterações. Rotação externa (quadril fletido), 40°; Rotação externa (quadril estendido), 45°; Rotação interna (quadril fletido), 45°; Rotação interna (quadril estendido), 40°.
Joelho	Flexão – extensão	À esquerda 50° - 150° À direita sem alterações com 45° - 180°
Tornozelo	Dorsiflexão – Flexão plantar (flexão – extensão)	À direita 100° - 120°. À esquerda sem alterações com 80° - 155°
	Inversão – eversão	À direita Inversão a 30° e eversão a 5°. À esquerda sem alterações com 30° na inversão e 15° na eversão.
Não foi procedida à avaliação da amplitude articular a nível cervical uma vez que tal como os autores referem este método não se trata do mais preciso para esta região.		

1.3 Avaliação da alimentação

Sem alterações da deglutição. Utente alimenta-se de refeições que o marido traz de um restaurante perto do domicílio. Apresenta um consumo de água reduzido (inferior a 1,5 litros/dia).

Avaliação com <i>Nutritional Risk Screening (NRS-2002)</i>	
Questões de rastreio inicial	Resposta
O IMC é < 20,5?	Não
O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?	Não
O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana	Não
O doente está gravemente doente? (p.e. em terapêutica intensiva)	Não
Na ausência de respostas positivas a presente escala preconiza a reavaliação em intervalos semanais.	

1.3 Avaliação da eliminação e sexualidade

Utente com continência de esfíncter anal e vesical. Vive com o marido e não identifica necessidades de intervenção quer na função eliminação quer sexualidade.

1.4 Avaliação da independência

Índice de Barthel	Score
Alimentação	Independente (10)
Transferências	Precisa de alguma ajuda (10)
Toalete	Independente (5)
Utilização do WC	Independente (10)
Banho	Dependente, necessita de ajuda (5)
Mobilidade	Caminha menos de 50 metros com pouca ajuda (10)
Subir e descer escadas	Precisa de ajuda (5)
Vestir	Independente (10)
Controlo intestinal	Controla perfeitamente (10)
Controlo urinário	Controla perfeitamente (10)
Score total	85
Score da Medida de Independência funcional: 56 (dependência modificada com assistência até 50% da tarefa)	

2. Avaliação do Risco de Úlcera por pressão

Escala de Braden		Score
Perceção sensorial	Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto	4
Humidade	Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	3
Atividade	Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	2
Mobilidade	Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	2
Nutrição	Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios).	3
Fricção e forças de deslizamento	Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	2
Score total		16 (alto risco de UPP)

3. Avaliação psicossocial

Utente vive com o marido, não tem filhos desta relação e não verbaliza qualquer apoio de outros elementos da sua família direta. O marido tem filhos de outra relação que embora prestem algum apoio não são muito presentes. Todos os dias o marido desloca-se à rua para tomar o pequeno-almoço e trazer o almoço e jantar para casa. O marido embora se denote que representa um suporte físico evidente este encontra-se com algum compromisso da memória que condiciona o suporte que este é capaz de dar à dona M.S. A dona M.S. tem apoio da Santa casa da Misericórdia de Lisboa para a prestação de cuidados de higiene.

4. Avaliação segundo o modelo do autocuidado de Orem

No presente estudo de caso são evidentes limitações designadamente a nível motor que condicionam o autocuidado e por conseguinte aumentam o risco de UPP tal como foi possível verificar pelo score na escala de braden. Neste sentido, serão enunciados adiante os problemas identificados segundo o modelo do autocuidado em estudo, bem como serão planeados cuidados de enfermagem totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios e de apoio-educação (Orem, D., 1985).

Segundo Orem, D. (1985), podemos agrupar os requisitos de autocuidado em três tipos que no presente estudo de caso são desta forma evidentes:

Universal - Ingestão suficiente de água; Equilíbrio entre a atividade/repouso na medida da necessidade de potenciar a funcionalidade que promova a independência da utente pela mobilização, fortalecimento muscular, treino de marcha e equilíbrio promovendo a prevenção de UPP; Equilíbrio entre interação social/solidão, conhecimento das limitações e o desejo de integração social, evidente na necessidade da utente em cumprir com o seu objetivo de ir à rua e interagir socialmente; Prevenção de perigos relacionada com a necessidade de potenciar o equilíbrio e marcha (parâmetros da escala de Tinetti) contribuindo para a prevenção de novas quedas.

Relacionado com o desenvolvimento - associados ao ciclo de vida decorrentes da perda de independência e necessidade de ajuda para compensar estas perdas.

Desvios de saúde - Integridade funcional e bem-estar, que neste estudo de caso é evidente nas alterações da força muscular e amplitude articular da utente que conduzem à perda de independência e ao aumento do risco de UPP.

CAPÍTULO III: PLANO DE CUIDADOS

Data do diagnóstico	Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Resultado esperado	Intervenções de Enfermagem	Data da avaliação	Avaliação
30/09/2019	Mobilidade comprometida R/C cirurgia ortopédica ao colo do fêmur, diminuição da amplitude articular da articulação tibiotársica direita e joelho esquerdo M/P diminuição do equilíbrio dinâmico, alteração da marcha, dificuldade em subir e descer escadas	Que a Sr ^a D ^a M.S. seja capaz de se mobilizar de forma independente na posição de sentado e deitado com melhoria da amplitude articular do joelho esquerdo e articulação tibiotársica direita até ao fim do mês de 14/10/2019; Que a Sr ^a D ^a M.S. seja capaz de se subir e descer escadas com	Realização de mobilizações passivas e ativas com incidência dos movimentos dos membros inferiores em particular joelho esquerdo e articulação tibiotársica direita em series de 8/10 repetições 4 vezes por dia; Avaliação da força muscular com Medical Research Council;	14/10/2019	-Utente mantém-se independente na posição de sentado e deitado; -Melhoria da amplitude articular do joelho esquerdo para 45° -170° na flexão e extensão; -Melhoria da amplitude articular da articulação tibiotársica direita para 80° - 140°

		<p>supervisão até 14/10/2019;</p> <p>Que a Sr^a D^a M.S. seja capaz de se deslocar até à rua até ao final do mês de Outubro/2019;</p>	<p>Avaliação da amplitude articular com goniometria nas articulações identificadas com limitação com maior impacto na marcha (joelho e articulação tibiotársica esquerda);</p> <p>Implementação de programa de treino e equilíbrio muscular, designadamente: apoio unipodal, realização de contracções isométricas do quadríceps e glúteos (empurrando uma almofada contra o leito</p>	<p>21/10/2019</p>	<p>na dorsiflexão/flexão plantar e 10° na eversão;</p> <p>-Utente capaz de subir e descer escadas em segurança de forma independente;</p> <p>-Utente capaz de se deslocar até à rua e caminhar em piso irregular de forma independente e em segurança com auxiliar de marcha.</p>
--	--	---	--	-------------------	---

			<p>na região poplítea) mantidos durante 10 segundos em series de 3, realização da ponte ou meia ponte com extensão lombo-pélvica para ativação da musculatura do tronco e sensibilidade postural.</p> <p>Treino de equilíbrio de pé em frente ao andarilho: flexão e extensão plantar, joelho, coxofemoral, elevação lateral da perna e levante sem apoio de mãos;</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>Treino de marcha com andarilho (deslocando-se o andarilho, seguido do membro inferior intervencionado depois do são);</p> <p>Treino de subir e descer escadas com bengala (para subir avançar o membro são seguido do membro intervencionado e para descer o inverso);</p>		
	Risco de UPP Elevado R/C imobilidade e consequente dependência moderada	Que a Sr ^a D ^a M.S. não desenvolva nenhuma UPP durante o internamento na ECCI	Avaliação do risco de UPP, num primeiro contacto e quando ocorrerem alterações;	21/10/2019	Utente sem desenvolvimento de alterações de integridade cutânea

			<p>Vigiar sinais de UPP em todos os contactos;</p> <p>Incentivar a pessoa a se mobilizar, realizar o programa de treino de equilíbrio, levante e marcha sugerido por forma a promover a capacidade funcional a nível sensoriomotor;</p> <p>Incentivar a utente a realizar alternância de posicionamento no leito e quando sentada (designadamente através de push-up e levantes periódicos para alívio de pressão);</p>		
--	--	--	---	--	--

			<p>Reavaliar o estado nutricional todas as semanas através do instrumento</p> <p><i>“Nutritional Risk Screening”</i>, por forma a identificar necessidade de planos de cuidados nutricionais específicos</p>		
	Défice no Autocuidado banho r/c diminuição da amplitude articular e força muscular M/P dependência moderada	Que a Sr ^a D ^a M.S. seja capaz de manter a sua capacidade funcional sem agravamento (manutenção dos scores de barthel e	Monitorização dos cuidados prestados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa a fim de avaliar a manutenção da	21/10/2019	Utente com ganhos em independência funcional para score 90 (índice Barthel) e independência com score 112 (MIF)

		MIF) durante todo o internamento na ECCL.	<p>capacidade funcional da utente em todos os contactos;</p> <p>Avaliar o autocuidado recorrendo à avaliação pela escala de Barthel e MIF;</p> <p>Incentivar a manutenção da participação da utente no autocuidado.</p>		
	Dor presente [joelho esquerdo] r/c osteoartrose do joelho esquerdo m/p diminuição da amplitude articular e dificuldade em fazer carga neste membro	Que a Sr ^a D ^a M.S. apresente diminuição da dor aquando da mobilização articular até ao fim do mês de outubro/2019.	<p>Avaliação da dor em todos os contactos;</p> <p>Gestão de algesia prescrita;</p>	21/10/2019	Dor controlada (zero na escala numérica).

			<p>Massagem de conforto na região proximal à articulação do joelho;</p> <p>Mobilização passiva dentro da amplitude articular em todos os contactos.</p>		
--	--	--	---	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barthel, D. e Mahoney, F. (1965). Functional evaluation: the barthel index. *Maryland State Medical Journal*. 14, p.56-61. Acedido a 6/04/2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=e73a2041-ee11-4323-8878-b9c892acacc7%40sdc-v-sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=14258950&db=mdc>
- Bergstrom, N., Braden, B., Laguzza, A., Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*. 36(4). 205-210. Acedido a 6/04/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3299278>
- Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 14(5) 377-381. Acedido a 10/10/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7154893>
- Bridle S., Patel A., Bircher M, Calvert P. (1991). Fixation of intertrochanteric fractures of the femur - A randomized prospective comparison of the gamma nail and the dynamic hip screw. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 73(2). 330-4. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://online.boneandjoint.org.uk/doi/pdf/10.1302/0301-620X.73B2.2005167>
- Carr, J., Shepherd, R. (2010). *Neurological Rehabilitation – Optimizing Motor Performance*. 2ª Ed. Columbia: Elsevier
- Cole, Theodore M., Tobis, Jerome S. (1986). Medição da função musculoesquelética. In: Kottke, F.J., Stillwell, G.K., Lehmann, J.F. Krusen: tratado de medicina física e reabilitação. 3ª edição. São Paulo: Manole
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE 2015*. Loures: Lusodidacta
- Direção-Geral de Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Acedido em 08/04/2019. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da.../orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Direção-Geral de Saúde (2003). *Fraturas da Extremidade Proximal do Fémur no Idoso Recomendações para Intervenção Terapêutica*. Acedido em 27/10/2019. Disponível em: <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/683/1/Fraturas%20da%20extremidade%20proximal%20do%20fémur%20no%20idoso.pdf>

Direção-Geral de Saúde (2019). *Rastreio nutricional - documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional*. Acedido em: 01/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/rastreio-nutricional--documento-de-apoio-a-implementacao-da-avaliacao-do-risco-nutricional.aspx>

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden*. Loures: Lusodidacta

Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação*. 4ªed., Loures: Lusodidacta

Kisner, C., Colby, L. (2007). *Therapeutic Exercise*. 5ª Ed. Filadelfia: Davis Company

Lourenço, M., Ferreira, Ó., Baixinho, C. (2016). *Terapêutica de posição: contributo para um cuidado de saúde seguro*. Loures: Lusodidacta

Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY, adaptado com permissão e citado por João Apóstolo (2012), disponível em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&src=s&source=web&cd=15&ved=2ahUKEwjtkOmsgavlAhUsx4UKHXmjDzkQFjAOegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fweb.esenfc.pt%2Fv02%2Finclude%2Fdownload.php%3Fid_ficheiro%3D20538%26codigo%3D688697509&u sg=AOvVaw3wpuOWHShdzt1Sn3o5RziG

Marques, A. (2014). *Manual de Goniometria*. 3ª Ed. São Paulo: Editora Manole

Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta

Medical Research Council (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. Londres. Acedido em 01/07/2019. Disponível em: <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em 2/04/2019. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Orem, D. (1985). *Nursing: concepts of practice*. 3ª ed. New York: McGraw-Hill Book Company

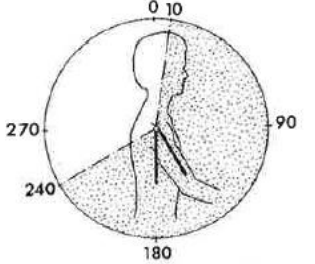
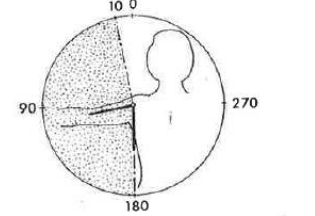
Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. II Série (Nº26 de 06/02/2019). 4744-4750

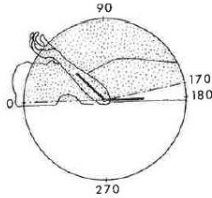
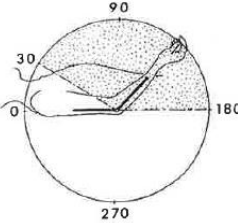
Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*. II Série (Nº85 de 03/05/2019). 13565-13568

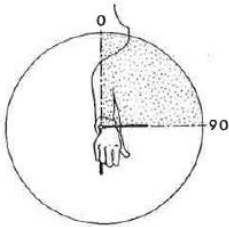
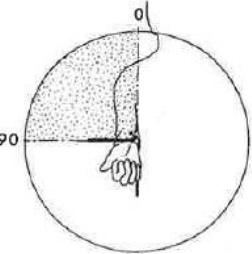
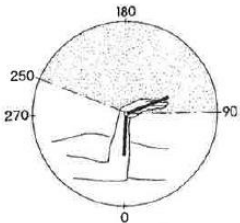
Teasdale, G., Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness - A practical scale. *The Lancet*. 13. Acedido a 1/10/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4136544>

**Apêndice 4 – Tabela para
colheita de dados da avaliação
por goniometria**

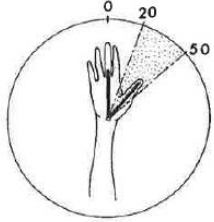
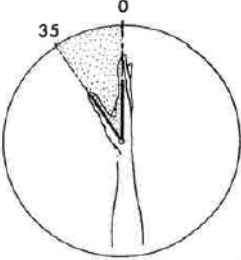
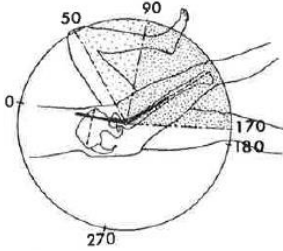
AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR – GONIOMETRIA

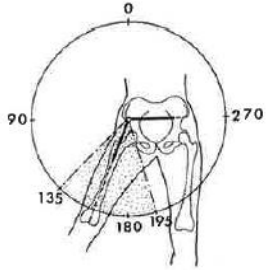
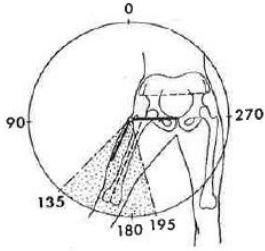
Articulação	Movimento	Plano do movimento	Posição do avaliado / Indicações	Limites e amplitudes normais	Imagem	Avaliação
Ombro	Flexão- extensão	Sagital	<ul style="list-style-type: none"> • Braço está ao lado do utente; • Goniómetro centrado no acrómio; • Uma haste na linha media axilar e outra paralela ao úmero ao longo da face lateral do braço do utente; • Braço move-se anteriormente na flexão e posteriormente na extensão e a medição é registada no fim do movimento. 	10° - 240°		
	Abdução- adução	Frontal	<ul style="list-style-type: none"> • Braço com palma voltada para o corpo é levantado no plano frontal; • Goniómetro centrado na face posterior do ombro abaixo do acrómio; • Uma haste é alinhada paralela à linha média da coluna vertebral e a outra alinhada ao eixo 	10° - 180°		

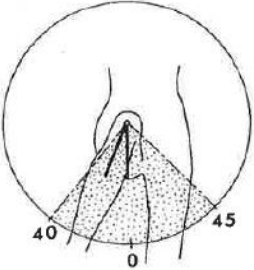
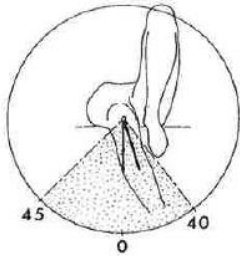
			longitudinal do úmero posteriormente depois do movimento do braço.			
	Rotação externa e interna	Sagital	<ul style="list-style-type: none"> • Úmero abduzido a 90° e cotovelo fletido a 90°. • Antebraço em pronação e palma da mão direcionada para os pés; • Goniómetro centrado no cotovelo com uma haste paralela à linha media axilar e outra alinhada com o antebraço; • Medição realizada nos extremos do movimento. 	Rotação externa 0°; Rotação interna 170°		
Cotovelo	Flexão-extensão	Sagital	<ul style="list-style-type: none"> • Braço em posição anatomia ao lado do utente • Goniómetro centrado no cotovelo lateralmente, antebraço em supinação, uma haste paralela ao úmero e outra paralela ao rádio; • Medições realizadas nos extremos do movimento. 	30° - 180°		

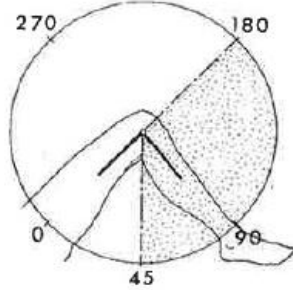
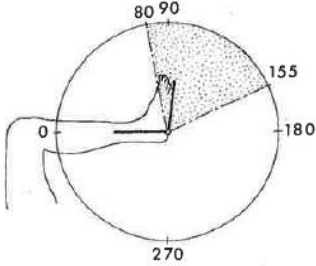
Radio-ulnar	Pronação e supinação	Frontal	<ul style="list-style-type: none"> • Úmero aduzido ao tórax, cotovelo fletidos a 90°, com face radial na direção da cabeça do utente (posição 0°); • Antebraço completamente pronado, goniómetro mantido contra a superfície dorsal do punho e centrado no processo estiloide da ulna (cúbito), uma haste paralela ao eixo longitudinal do úmero e outra atravessada sobre o dorso do punho; • Para a supinação o antebraço é completamente supinado, o goniómetro é mantido sobre a superfície palmar do punho e centrado no estilóide ulnar (cúbito), uma haste fica atravessada sobre a região plantar do punho e outra alinhada ao eixo longitudinal do úmero. 	90° em cada sentido (pronação e supinação) totalizando amplitude de 180°	 <p>Pronação</p>  <p>Supinação</p>	
Punho	Flexão-extensão	Sagital	<ul style="list-style-type: none"> • Antebraço e mão em pronação; • Goniómetro centrado no estiloide ulnar (apófise estiloideia do cúbito), uma haste paralela ao eixo longitudinal do antebraço (junto ao bordo do cúbito) e a outra paralela ao 5º metacárpico, sendo movida com este. 	90° - 250°		

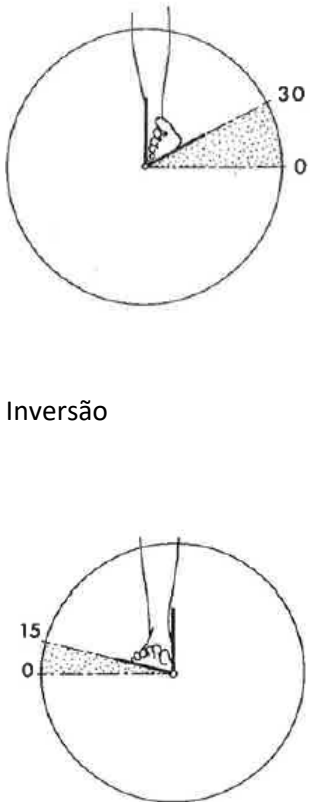
	Desvio radioulnar	horizontal	<ul style="list-style-type: none"> • Cotovelo a 90° de flexão-extensão, antebraço em pronação e punho em 180° de flexão-extensão; • Goniómetro centrado na porção proximal do 3° metacárpico, com uma haste na linha media do antebraço e outra paralela ao eixo longitudinal do 3° metacárpico. 	Desvio radial 20°; Desvio ulnar 30°. Totaliza 50°		
Metacarpofalângicas	Flexão-extensão	Sagital	<ul style="list-style-type: none"> • Polegar e dedos estendidos e mão em posição de conforto. Utente flexiona cada dedo da articulação metacarpofalângica; • Goniómetro centrado metacarpofalângica a ser medida, uma haste sobre o dorso da mão e outra sobre o dorso e paralela ao eixo longitudinal do dedo medido. 	90° - 180°		
Interfalângicas	Flexão-extensão	Sagital	<ul style="list-style-type: none"> • Mão em posição de repouso. Uma haste no dorso da falange proximal e outra na falange distal. 	Interfalângicas proximais, 60° - 180°; Interfalângicas distais, 110° - 180°		

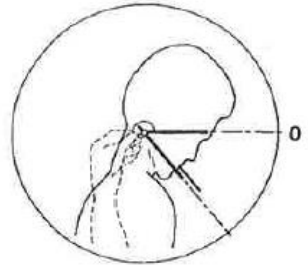
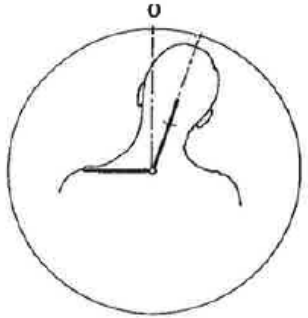
1ª Metacarpofalangica (polegar)	Adução e adução do polegar	Plano paralelo à palma da mão	<ul style="list-style-type: none"> Goniómetro centrado sobre a face palmar da 1ª articulação carpometacárpica, uma haste paralela ao 3º metacarpo e outra alinhada com o eixo longitudinal do 1º metacarpo. Leituras em abdução e adução máxima do polegar 	20° - 50°		
	Oposição do polegar	Perpendicular ao plano da palma	<ul style="list-style-type: none"> Goniómetro centrado sobre a face radial da 1ª carpometacárpica, uma haste na superfície radial da mão paralela ao 2º metacarpo e outra alinhada paralelamente ao 1º metacarpo; Leitura na aproximação e oposição máxima do polegar à palma; 	0° - 35°		
Quadril	Flexão - extensão	Sagital	<ul style="list-style-type: none"> Em decúbito dorsal ou em pé. Traçar linha na pele do utente desde a espinha ilíaca antero-superior até espinha ilíaca postero-superior. Tirar perpendicular dessa linha a um ponto na pele sobrejacente à face antero-superior do grande trocânter; Uma haste do goniómetro é colocada nessa linha com o centro deste na face antero-superior do grande trocânter. A outra haste é colocada paralela ao eixo longitudinal do fémur. 	Com joelho fletido, 50° - 170°; Com joelho estendido, 90° - 170°.		

	Abdução e adução	Frontal	<ul style="list-style-type: none"> • Em decúbito dorsal ou de pé; • Traçar linha na pele unindo as espinhas ilíacas antero-superiores. Colocar um haste do goniómetro nessa linha. A outra haste é colocada a cair sobre a linha paralela e sobrejacente à linha média da parte anterior da coxa. <p>ALTERNATIVA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesmas linhas de referência entre espinhas ilíacas antero-superiores contudo uma das hastes é colocada paralela e abaixo da linha de referência em vez de sobre esta. Goniómetro centrado sobre o trocânter e a outra haste sobre o eixo longitudinal da coxa. 	135° - 195°	 <p>1ª Opção</p>  <p>Alternativa</p>	
--	------------------	---------	--	-------------	--	--

	<p>Rotação externa e interna da coxo-femoral</p>	<p>Horizontal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito dorsal. • Na medição com quadril fletido, o quadril e o joelho são fletidos a 90°. Com quadril estendido, a coxa fica em repouso sobre a superfície, a perna fica pendente na extremidade da superfície com o joelho fletido a 90°. • Goniómetro centrado no joelho, ambas as hastes ficam paralelas ao eixo longitudinal da tíbia na superfície anterior. Uma haste é movida para a superfície anterior da tíbia e a outra fica no local onde está posicionada antes do movimento. 	<p>Rotação externa (quadril fletido), 40°;</p> <p>Rotação externa (quadril estendido), 45°;</p> <p>Rotação interna (quadril fletido), 45°;</p> <p>Rotação interna (quadril estendido), 40°.</p>	 <p>Posição fletida</p>  <p>Posição estendida</p>	
--	--	-------------------	--	---	---	--

Joelho	Flexão – extensão	Sagital	<ul style="list-style-type: none"> • Decúbito dorsal ou na ponta de uma cadeira. • Goniómetro é centrado no joelho, uma haste sobre o fémur na superfície lateral da coxa, a outra paralela ao eixo longitudinal da tíbia sobre a superfície lateral da perna apontado para o tornozelo 	45° - 180°		
Tornozelo	Dorsiflexão – Flexão plantar (flexão – extensão)	Sagital	<ul style="list-style-type: none"> • Sentado ou deitado com joelho fletido para permitir o movimento máximo do tornozelo. • Uma haste sobre o eixo longitudinal do perónio na face lateral da perna. • Goniómetro centrado na planta do pé alinhado como perónio. • A outra haste é alinhada ao eixo longitudinal do 5º metatarso. 	80° - 155°		

	<p>Inversão – eversão</p>	<p>Frontal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentado com joelho fletido ou em decúbito dorsal. • Se em decúbito dorsal a planta do pé deve estar perpendicular ao eixo longitudinal do tronco (coluna vertebral). • Goniómetro é colocado em 90° considerando-se 0°. • Uma haste paralela à perna e a outra paralela à superfície plantar. 	<p>Inversão, 30°; Eversão, 15°.</p>	 <p>Inversão</p> <p>Eversão</p>	
--	-------------------------------	----------------	--	---	--	--

Coluna cervical (mensuração o pouco precisa por este método)	Flexão - extensão	Sagital	<ul style="list-style-type: none"> Sentado ereto, cabeça vertical, olhos para diante em posição natural, cintura escapular relaxada e abaixador de língua preso entre os molares do lado do examinador. Goniómetro aplicado com abertura de 60° e centrado sobre o angulo da mandibula. Avaliador apoia o braço no ombro do utente. Uma haste paralela ao abaixador da língua em protusão. A outra haste apontada na direção do movimento a ser medido. A haste é ajustada para ficar paralela ao abaixador da língua. 	Sem valores de referência		
	Inclinação lateral	Frontal	<ul style="list-style-type: none"> Sentado ereto, cabeça vertical, olhos para diante em posição natural, cintura escapular relaxada. Goniómetro centrado no processo espinhoso da 7ª vertebra cervical. Uma haste paralela ao chão, a outra que se move é alinhada com a protuberância occipital externa. À medida que o pescoço se lateraliza para a esquerda e direita a haste móvel regista a inclinação. 	Sem valores de referência		

	Rotação	Horizontal	<ul style="list-style-type: none"> • O examinador deve estar atrás do utente sobre um banquinho baixo. • Goniómetro é ajustado na posição 90° e é centrado sobre o vértice da cabeça. • Uma haste é alinhada com o acrómio do lado testado a móvel é mantida alinhada com a ponta do nariz. • A haste móvel segue a ponta do nariz à medida que a cabeça roda realizando-se a medida na rotação máxima. 	Sem valores de referência		
--	---------	------------	---	---------------------------	--	--

Adaptado de: Cole, Theodore M., Tobis, Jerome S. (1986). Medição da função musculoesquelética. In: Kottke, F.J., Stillwell, G.K., Lehmann, J.F.

Krusen: tratado de medicina física e reabilitação

**Apêndice 5 – Estudo de caso no âmbito do
serviço de medicina**

10º Mestrado em Enfermagem

***Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação***

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Estudo de Caso

Medicina [REDACTED] – Hospital [REDACTED]

João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia, nº 3366

Lisboa

2020



10º Mestrado em Enfermagem

***Área de Especialização de Enfermagem de
Reabilitação***

Unidade Curricular: Estágio com relatório

Estudo de Caso

Medicina [REDACTED] – Hospital [REDACTED]

João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia, nº 3366

Regente: Prof^ª Doutora Maria do Céu Sá

Orientador: Prof^ª Doutora Vanda Marques Pinto

Lisboa

2020



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	4
CAPÍTULO I: AVALIAÇÃO INICIAL	5
11.Avaliação da Funcionalidade	7
11.1. Avaliação Função cardíaca e respiratória	7
11.2. Avaliação sensoriomotora e cognitiva	10
11.3. Avaliação da alimentação	15
11.4. Avaliação eliminação e sexualidade	15
11.5. Avaliação independência	16
12.Avaliação de risco de úlceras por pressão	17
13.Avaliação psicossocial	18
14.Avaliação segundo modelo autocuidado de Orem	18
CAPÍTULO III: PLANO DE CUIDADOS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso incide no âmbito da pessoa com primeiro episódio de agudização da doença pulmonar obstrutiva crónica, onde a intervenção do EEER é preponderante para ganhos em saúde no restabelecimento da capacidade funcional, minimização de incapacidade e dependência (Marques-Vieira, C. e Sousa, L., 2017).

Segundo Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2019) a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) consiste numa patologia comum, prevenível, tratável caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo de ar com etiologia nas vias aéreas ou anormalidades alveolares causadas pela inalação de partículas nocivas ou gases. Muitos dos doentes com DPOC apresentam também outras comorbilidades que aumentam a morbidade e mortalidade. Os sintomas respiratórios mais relevantes incluem: dispneia, tosse e/ou produção de expectoração. Constituem fatores de risco: hábitos tabágicos, exposição ambiental (tais como: biomassa, poluição do ar), alterações genéticas, alterações do desenvolvimento pulmonar, envelhecimento.

No que concerne a dados epidemiológicos a DPOC segundo o European Health Interview Survey num estudo realizado em 2014 com países da União Europeia, verificou-se que a prevalência desta patologia foi de 6%, apresentando Portugal 5,8% (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias, 2017).

A reabilitação respiratória constitui neste sentido uma intervenção com evidência científica como complemento ou alternativa à abordagem farmacológica com ganhos na tolerância ao esforço, melhoria da dispneia e por conseguinte potenciando a qualidade de vida do utente diminuindo exacerbações e internamentos (DGS, 2009). Numa intervenção multidisciplinar a reabilitação respiratória contribui segundo a DGS (2009) de forma segura, eficaz e barata para uma abordagem terapêutica com ganhos para o utente.

CAPÍTULO I: AVALIAÇÃO INICIAL

Nome: E. S.

Data de nascimento: 31/03/1960

Idade: 59 anos

Morada: Residente na área de Lisboa

Naturalidade: Portuguesa

Escolaridade: Secundário

Profissão: Guia turístico

Situação profissional: Empregado

Antecedentes pessoais: Hipertensão arterial, fumador (41 cigarros dia) e DPOC

Alergias: Desconhece

Consumos de substâncias aditivas: Consumo etílico em média 1 copo por dia. Fuma 41 cigarros por dia. Nega outros consumos

Terapêutica habitual:

- Olmesartan + hidroclorotiazida 20 mg+25mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço;
- Brometo de ipratrópio 20 µg/dose, 1 puff em SOS
- Salbutamol, 100 µg/dose, 1 puff em SOS
- Clobazam 20mg, meio comprimido ao deitar em caso de insónia.

Resumo da situação atual de saúde:

Utente recorre ao serviço de urgência dia 9/12/2019 pelas 3 horas com queixas desde há 3 dias de dispneia, com tosse produtiva com expectoração mucopurulenta esverdeada e espessa. Toracalgia que agrava com esforço moderado e inspiração profunda. Utente neste seguimento fica internado no serviço de medicina ■.

Avaliação física e comportamental:

Geral: Consciente e orientada. Apresenta discurso fluente e coerente. No que concerne ao comportamento utente apresenta-se comunicativa com discurso aparentemente coerente, sem fuga de ideias, sem agitação, sem fuga de olhar, bloqueio ou defesa.

Sinais Vitais:

- Tensão arterial: 146/86 mmHg
- Pulso: cheio, rítmico, com frequência cardíaca de 100 bpm;
- Respiração: Frequência respiratória de 22 cpm, predominantemente torácica com elevação da cintura escapular. Saturação periférica de oxigénio de 92%
- Temperatura: 36,6°C
- Dor: intensidade 0 (escala numérica).

Sistematizado:

- Dados antropométricos – 80 Kg (peso), 1,75 m (altura) e IMC 26,1 Kg/m².
Aparente estado de higiene. Pele e mucosas coradas e hidratadas; Avaliação da cabeça, cervical, membros superiores e inferiores sem alterações; Abdómen mole;

1. Avaliação da Funcionalidade

Consideraram-se para efeitos de avaliação inicial os descritos no perfil de competências do EEER, onde na avaliação da funcionalidade o enfermeiro “Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardíaca; respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade.” (Regulamento n.º 392/2019, 2019, p.13566

1.1 Avaliação da Função cardíaca e respiratória

Avaliação subjetiva	Tosse		Tosse produtiva
	Expetoração		Mucopurulenta esverdeada
	Escala de Borg modificada		7
	Modified MRC Dyspnea Questionnaire		Grau 4 (demasiado cansado ou sem folgo para sair de casa, vestir ou despir)
	COPD Assessment Test - CAT		<p> Nunca tenho tosse 0 1 2 3 <input checked="" type="radio"/> 5 Estou sempre a tossir 4 Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito 0 1 2 3 <input checked="" type="radio"/> 5 O meu peito está cheio de expectoração (catarro) 4 Não sinto nenhum aperto no peito 0 1 2 3 <input checked="" type="radio"/> 5 Sinto um grande aperto no peito 4 Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas 0 1 2 3 4 <input checked="" type="radio"/> 5 Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar 5 Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa 0 1 2 3 <input checked="" type="radio"/> 5 Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa 4 Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar 0 1 2 3 <input checked="" type="radio"/> 5 Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar 4 Durmo profundamente 0 1 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5 Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar 2 Tenho muita energia 0 1 2 3 <input checked="" type="radio"/> 5 Não tenho nenhuma energia 4 PONTUAÇÃO TOTAL 31 </p>
Avaliação objetiva	Tórax	Inspeção estática	Tórax com aparente aumento do diâmetro ântero-posterior. Sem outras alterações estruturais
		Inspeção dinâmica	Frequência respiratória 22 Ciclos por minuto

		Ritmo respiratório	Normal (regulares e sem pausas)
		Padrão respiratório	Tendencialmente torácico
		Amplitude	Tendencialmente superficial
		Simetria	Simétrico
	Palpação	Tórax	Aparente aumento de diâmetro resultante de eventual hiperinsuflação
		Traqueia	Centrada na linha média
	Percussão		Som timpanizado no 1/3 superior do hemitorax bilateral. Sem hiporesonância.
	Auscultação pulmonar		Murmúrio vesicular mantido bilateralmente, com sibilos bilaterais dispersos por ambos os campos pulmonares.
Radiografia do tórax			Qualidade da telerradiografia do tórax aceitável. Traqueia centrada. Sem alterações do mediastino. Hipertransparência do terço superior de ambos os campos pulmonares. Horizontalização dos arcos costais sobretudo nos 2/3 superiores do tórax bilateralmente. Índice cárdio-torácico sem alterações. Seios cardiofrenicos e costofrenicos permeáveis. Reforço hilar bilateralmente.



Gasometria arterial (9/12/2019)

pH 7,411

pCO₂ 45,5 mmHg

pO₂ 60,1 mmHg

sO₂ 91,7%

Lactatos 11 mg/dl

HCO₃ 27,3 mmol/L

1.2 Avaliação Sensoriomotora e cognitiva

Estado mental		
Estado de consciência		Score de Glasgow 15
Orientação	Autopsíquica	Orientada na pessoa
	Alopsíquica	Orientada no tempo e espaço
Atenção		Aparente capacidade de manutenção do foco de atenção em atividades propostas
Memória		Sem déficit cognitivo
Linguagem		Discurso, compreensão, nomeação, repetição, leitura mantidos.
Capacidades práticas		Capacidade para gestos simbólicos (sinal de cruz), icônicos transitivos (levar copo à boca) e intransitivos (dizer adeus)

Pares Cranianos		
I	Olfativo	Sem alterações do olfato
II	Ótico	Sem alteração da acuidade visual quando questionada relativamente à contagem do número de dedos do avaliador. Sem alterações do campo visual.
III	Oculomotor	Sem alterações fotopupilares (pupilas: isocóricas, reativas e simétricas). Com simetria dos movimentos oculares e sem ptose palpebral.
IV	Patético	
VI	Motor ocular externo	
V	Trigêmeo	Sem alterações da sensibilidade tátil, térmica ou dolorosa a nível oftálmico, maxilar e mandibular.
VII	Facial	Simetria facial, sem apagamento do sulco nasogeniano.
VIII	Auditivo	Acuidade auditiva sem alterações. Sem alterações do equilíbrio estático na posição de sentado com apoio das mãos. Equilíbrio dinâmico na posição testado por indução de balanço no tronco na posição de sentado mantido.
IX	Glossofaríngeo	Sem alterações no reconhecimento de sabores do 1/3 posterior da língua.
X	Vago	Sem alterações do tom de voz. Reflexo de vômito mantido.
XI	Espinal	Sem alterações na força muscular cervical.
XII	Grande hipoglosso	Sem alterações do movimento, sem desvios ou tremores da língua ou úvula.

Avaliação da força muscular segundo Medical Research Council:

	Movimento	Classificação	
Cabeça e Pescoço	Flexão	5	
	Extensão	5	
	Flexão lateral esquerda	5	
	Flexão lateral direita	5	
	Rotação	5	
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Rotação Interna	5	5
	Rotação Externa	5	5
Cotovelo	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Antebraço	Pronação	5	5
	Supinação	5	5
Punho	Flexão plantar	5	5
	Dorsi flexão	5	5
	Desvio cubital	5	5
	Desvio Radial	5	5
	Circundação	5	5
Dedos	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Circundação	5	5
	Oponência do Polgar	5	5
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão	5	5
	Extensão	5	5

	Adução	5	5
	Abdução	5	5
	Rotação Interna	5	5
	Rotação Externa	5	5
Joelho	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
Tibiotársica	Flexão plantar	5	5
	Flexão dorsal	5	5
	Inversão	5	5
	Eversão	5	5
Dedos	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Adução	5	5
	Abdução	5	5

Avaliação do tónus muscular por palpação não revelou alterações pelo que não foram aplicados outros instrumentos. Sem alterações da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa) e profunda (pressão digital). A avaliação do equilíbrio na posição de sentado e de pé sem alterações pelo que não foi aplicado outro instrumento de avaliação.

Avaliação da amplitude articular		
Articulação	Movimento	Amplitude avaliada / Juízo Clínico
Ombro	Flexão-extensão	Bilateralmente sem alterações.
	Abdução-adução	Bilateralmente sem alterações.
	Rotação externa e interna	Bilateralmente sem alterações.
Cotovelo	Flexão-extensão	Bilateralmente sem alterações.
Radio-ulnar	Pronação e supinação	Bilateralmente sem alterações.
Punho	Flexão-extensão	Bilateralmente sem alterações.
	Desvio radioulnar	Bilateralmente sem alterações.
Metacarpofalângicas	Flexão-extensão	Bilateralmente sem alterações.
Interfalângicas	Flexão-extensão	Bilateralmente sem alterações.
1^a Metacarpofalângica (polegar)	Adução e adução do polegar	Bilateralmente sem alterações.
	Oposição do polegar	Bilateralmente sem alterações.
Quadril	Flexão - extensão	Bilateralmente sem alterações.
	Abdução e adução	Bilateralmente sem alterações.
	Rotação externa e interna da coxo-femoral	Bilateralmente sem alterações.
Joelho	Flexão – extensão	Bilateralmente sem alterações.
Tornozelo	Dorsiflexão – Flexão plantar (flexão – extensão)	Bilateralmente sem alterações.
	Inversão – eversão	Bilateralmente sem alterações.
Não foi procedida à avaliação da amplitude articular a nível cervical uma vez que tal como os autores referem este método não se trata do mais preciso para esta região.		

1.3 Avaliação da alimentação

Sem alterações da deglutição. Apresenta um consumo de água adequado segundo o próprio (inferior a 1,5 litros/dia). Ingesta alimentar adequada às necessidades.

Avaliação com <i>Nutritional Risk Screening (NRS-2002)</i>	
Questões de rastreio inicial	Resposta
O IMC é < 20,5?	Não
O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?	Não
O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana	Não
O doente está gravemente doente? (p.e. em terapêutica intensiva)	Não
Na ausência de respostas positivas a presente escala preconiza a reavaliação em intervalos semanais.	

1.3 Avaliação da eliminação e sexualidade

Utente com continência de esfíncter anal e vesical. Vive com a esposa e não identifica necessidades de intervenção quer na função eliminação quer sexualidade neste momento.

1.4 Avaliação da independência

Índice de Barthel	Score
Alimentação	Independente (10)
Transferências	Independente (15)
Toaleta	Independente (5)
Utilização do WC	Independente (10)
Banho	Dependente, necessita de ajuda (5)
Mobilidade	Independente (15)
Subir e descer escadas	Independente (10)
Vestir	Independente (10)
Controlo intestinal	Controla perfeitamente (10)
Controlo urinário	Controla perfeitamente (10)
Score total	95

2. Avaliação do Risco de Úlcera por pressão

Escala de Braden		Score
Percepção sensorial	Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto	4
Humidade	Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	4
Atividade	Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	3
Mobilidade	Nenhuma limitação: Faz grandes e frequentes alterações de posição do sorpo sem ajuda	4
Nutrição	Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios).	3
Fricção e forças de deslizamento	Nenhum problema	3
Score total		21 (baixo risco de UPP)

3. Avaliação psicossocial

Utente vive com a esposa e tem uma filha com quem tem uma boa relação. A família está sensibilizada para a importância da mudança de hábitos do Sr. E. designadamente para o consumo tabágico. Desta forma utente apresenta uma boa rede de suporte. As condições de habitação são adequadas segundo o que o utente descreve.

5. Avaliação segundo o modelo do autocuidado de Orem

No presente estudo de caso são evidentes limitações no desempenho dos requisitos de autocuidado causado pelo cansaço do utente. Neste sentido, serão enunciados adiante os problemas identificados segundo o modelo do autocuidado em estudo, bem como serão planeados cuidados de enfermagem totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios e de apoio-educação (Orem, D., 1985).

Segundo Orem, D. (1985), podemos agrupar os requisitos de autocuidado em três tipos que no presente estudo de caso são desta forma evidentes:

Universal - Equilíbrio entre a atividade/repouso na medida da necessidade de potenciar a funcionalidade na função respiratória;

Desvios de saúde - Integridade funcional e bem-estar, que neste estudo de caso é evidente nas alterações induzidas pelo desvio de saúde causado pela DPOC.

CAPÍTULO III: PLANO DE CUIDADOS

Data do diagnóstico	Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Resultado esperado	Intervenções de Enfermagem	Data da avaliação	Avaliação
09/12/2019	Ventilação comprometida R/C limitação do fluxo aéreo do tipo obstrutivo agravado pelo consumo tabágico M/P dispneia de intensidade 7 na escala de borg modificada, Score 31 no instrumento CAT e grau 4 na Modified MRC Dyspnea Questionnaire	Que o Sr E. seja capaz de diminuir a dispneia segundo a escala de borg para intensidade 4 - 5, score do instrumento CAT em pelo menos 2 dos sintomas avaliados e Modified MRC Dyspnea Questionnaire para grau 3 até ao fim do internamento;	-Avaliar a função respiratória antes da realização de técnicas de reeducação funcional respiratória (avaliação do tórax, padrão respiratório, avaliação de sinais vitais, telerradiografia do tórax, auscultação pulmonar antes e após realização das intervenções);	10/12/2019	Murmúrio vesicular mantido bilateralmente, com sibilos bilaterais dispersos por ambos os campos pulmonares. Dispneia de intensidade 5 na escala de Borg Modificada; Score 25 no instrumento CAT;

			<p>- Técnicas de descanso e relaxamento na posição de sentado e deitado;</p> <p>-Consciencialização e controlo da respiração e respiração abdominodiafragmática com ênfase na fase expiratória, inspirando pelo nariz e expirando pela boca com lábios semi-cerrados, com recurso eventual de espirómetro de incentivo;</p> <p>-Reeducação diafragmática e das hemicuplas;</p>		<p>Grau 3 Modified MRC Dyspnea Questionnaire;</p> <p>Realizou exercícios com participação e menor elevação da cintura escapular;</p> <p>Utente independente em todos os parâmetros avaliados pelo índice de Barthel.</p>
--	--	--	--	--	--

			<p>-Reeducação costal global com bastão e costal seletiva.</p> <p>-Correção postural (elevação da cintura escapular)</p> <p>-Treino de atividades de vida diária na gestão do esforço.</p>		
	<p>Conhecimento [otimizar ventilação comprometida], potencial para melhorar R/C falta de informação relativamente à gestão</p>	<p>Que o Sr. E. seja capaz de verbalizar hábitos de vida saudáveis e estratégias de gestão da sua patologia respiratória até ao fim do internamento.</p>	<p>-Ensino de gestão do esforço;</p> <p>-Ensino relativos à importância da alimentação;</p>	<p>10/12/2019</p>	<p>Utente capaz de verbalizar quando questionado estratégias de gestão do esforço;</p>

	<p>da doença respiratória e uso correto de inaladores manifestado por desconhecimento quando questionado relativamente a estratégias de prevenção de exacerbações da doença e gestão desta</p>	<p>Que o Sr. E. seja capaz de enumerar fatores de risco de agravamento da doença respiratória (designadamente consumo tabágico) até ao fim do internamento;</p> <p>Que o Sr. E. seja capaz de verbalizar estratégias de gestão da energia até ao fim do internamento;</p> <p>Que o Sr. E. seja capaz de demonstrar a autoadministração de inaladores pressurizados</p>	<p>-Ensino relativos à importância da adesão vacinal;</p> <p>- Ensino relativo à importância da cessação tabágica e estratégias;</p> <p>-Ensino relativo à importância da manutenção da atividade física.</p>		<p>Utente reconhece a importância da alimentação, exercício, cessação tabágica e adesão vacinal como parte integrante na abordagem à sua doença respiratória.</p> <p>Realiza autoadministração de inaladores de pó seco e com camara expansora de inaladores pressurizados doseáveis de forma correta.</p> <p>Descreve de forma correta a</p>
--	--	--	---	--	---

		<p>doseáveis com camara expansora;</p> <p>Que o Sr. E. seja capaz de verbalizar a forma correta de administrar inaladores de pó seco conforme irá realizar no domicílio.</p>			autoadministração de inaladores de pó seco
	<p>Limpeza das vias aéreas comprometida</p> <p>R/C aumento das secreções brônquicas</p> <p>M/P dificuldade na mobilização das secreções</p>	<p>Que o Sr. E. seja capaz de realizar de mobilizar de forma eficaz as secreções até ao fim do internamento</p>	<p>Ensino da tosse dirigida e assistida;</p> <p>Manobras acessórias (Percussão, vibração e compressão);</p>	10/12/2019	<p>Utente capaz de mobilizar secreções de forma eficaz e de realizar técnica de tosse dirigida de forma independente e autónoma.</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barthel, D. e Mahoney, F. (1965). Functional evaluation: the barthel index. *Maryland State Medical Journal*. 14, p.56-61. Acedido a 6/04/2019. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=e73a2041-ee11-4323-8878-b9c892acacc7%40sdc-v-sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=14258950&db=mdc>

Bergstrom, N., Braden, B., Laguzza, A., Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*. 36(4). 205-210. Acedido a 6/04/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3299278>

Borg, G. (1982). Psychophysical bases of perceived exertion. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 14(5) 377-381. Acedido a 10/10/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7154893>

Bridle S., Patel A., Bircher M, Calvert P. (1991). Fixation of intertrochanteric fractures of the fémur - A randomized prospective comparison of the gamma nail and the dynamic hip screw. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 73(2). 330-4. Acedido a 27/10/2019. Disponível em: <https://online.boneandjoint.org.uk/doi/pdf/10.1302/0301-620X.73B2.2005167>

Cole, Theodore M., Tobis, Jerome S. (1986). Medição da função musculoesquelética. In: Kottke, F.J., Stillwell, G.K., Lehmann, J.F. Krusen: tratado de medicina física e reabilitação. 3ª edição. São Paulo: Manole

Cordeiro, M., Menoita, E., (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, Princípios e Técnicas*. Loures: Lusociência

Conselho Internacional de Enfermeiros (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE 2015*. Loures: Lusodidacta

Direção-Geral da Saúde (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Acedido em 02/01/2020. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.

Direção-Geral de Saúde (2011). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. Acedido em 08/04/2019. Disponível em: https://www.dgs.pt/departamento-da.../orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde (2019). Programas de Reabilitação Respiratória nos Cuidados de Saúde Primários. Acedido em 5/01/2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142019-de-070820191.aspx>

Direção-Geral de Saúde (2019). *Rastreio nutricional - documento de apoio à implementação da avaliação do risco nutricional*. Acedido em: 01/10/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/rastreio-nutricional--documento-de-apoio-a-implementacao-da-avaliacao-do-risco-nutricional.aspx>

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: implementação nacional da escala de braden*. Loures: Lusodidacta

GlaxoSmithKline Services Unlimited (2018). *COPD Assessment Test™- CAT*. Acedido em 5/01/2020. Disponível em: https://www.catestonline.org/patient-site-portuguese_portugal.html

GOLD (2019). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Acedido em:02/01/2020. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/global-strategy-diagnosis-management-prevention-copd-2015.htm>

Hoeman, S. (2008). *Enfermagem de Reabilitação*. 4ªed., Loures: Lusodidacta

Marques, A. (2014). *Manual de Goniometria*. 3ª Ed. São Paulo: Editora Manole

Marques-Vieira, C. e Sousa, L. (2016). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta

Medical Research Council (1976). *Aids to the examination of the peripheral nervous system*. Londres. Acedido em 01/07/2019. Disponível em: <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/aids-to-the-examination-of-the-peripheral-nervous-system-mrc-memorandum-no-45-superseding-war-memorandum-no-7/>

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2017). 12º Relatório: Prevenir as Doenças Respiratórias Acompanhar e Reabilitar os Doentes. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Acedido em 2/04/2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Guia Orientador de Boas Práticas - Reabilitação Respiratória. Acedido em 5/01/2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5441/gobp_reabilitação-respiratória_mceer_final-para-divulgação-site.pdf

Orem, D. (1985). *Nursing: concepts of practice*. 3ª ed. New York: McGraw-Hill Book Company

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*. II Série (Nº26 de 06/02/2019). 4744-4750

Regulamento n.º 392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário da República*. II Série (Nº85 de 03/05/2019). 13565-13568

Teasdale, G., Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness - A practical scale. *The Lancet*. 13. Acedido a 1/10/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4136544>

**Apêndice 6 – Solicitação de estágio de
observação**

De: João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia [REDACTED]

Enviado: terça-feira, fevereiro 11, 2020 10:12 PM

Para: [REDACTED]

Assunto: Pedido de estágio de observação de Enfermagem de Reabilitação

Exma Sr^a Enf^a Diretora [REDACTED]

Eu, João Paulo Cabrita Guerreiro Inácio Correia, na qualidade de enfermeiro de cuidados gerais desta instituição no serviço de Urologia, Ginecologia, Cirurgia Plástica e Pneumologia, e aluno do curso de Mestrado na área de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, orientado pela Sr^a Professora Doutora Vanda Marques Pinto, solicito um estágio de observação nos serviços onde se prestam cuidados de Enfermagem de Reabilitação em horário a articular com os diferentes serviços num período previsível de 15 dias sem necessidade de dispensa de serviço, designadamente: serviço Cabeça e pescoço, ORL e endocrinologia; serviço de oncologia médica [REDACTED].

O presente pedido tem por base a continuidade do projeto iniciado em contexto de mestrado e a sua articulação com o contexto laboral, permitindo contribuir através da observação para a aquisição de competências inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação que trarão ganhos na implementação de cuidados diferenciados de enfermagem de reabilitação no serviço a que pertenço quando concluído o presente ciclo de estudos.

É objetivo geral:

-Integrar a observação dos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados nos diferentes serviços da instituição a que pertenço no percurso iniciado no curso de mestrado supracitado com vista a aquisição de competências diferenciadas neste contexto de cuidados.

São objetivos específicos:

Observar os cuidados de enfermagem de reabilitação prestados;

Compreender a importância dos cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com doença oncológica;

Perceber a dinâmica dos serviços da instituição onde exerço funções na integração dos cuidados de enfermagem de reabilitação no planeamento dos cuidados aos utentes;

Perceber a articulação dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com os vários membros da equipa multidisciplinar;

Solicito também que o presente pedido de estágio de observação seja integrado como apêndice ao relatório de estágio do mestrado como forma de evidenciar este percurso de continuidade de desenvolvimento de uma prática avançada em enfermagem de reabilitação que se pretende manter na instituição a que pertenço aquando do término deste ciclo de estudos.

Pede deferimento,

João Correia

(Enfermeiro do [REDACTED]; Mestrando do curso de Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

ANEXOS

**Anexo 1 - Escala
Borg**

Permite avaliar o esforço sentido pelo avaliado perante uma determinada atividade (Borg, G., 1982)

0	Nenhum
0,5	Muito, muito leve
1	Muito leve
2	Leve
3	Moderado
4	Um pouco forte
5	Forte
6	
7	Muito Forte
8	
9	Muito, muito forte
10	Máximo

(Borg, G., 1982)

**Anexo 2 - Medical Research Council e
Tabela de avaliação da força muscular**

0	Sem contração
1	Contração palpável
2	Movimento ativo sem vencer a gravidade
3	Movimento ativo contra gravidade
4	Movimento ativo contra gravidade e resistência
5	Força normal

(Medical Research Council, 1976)

	Movimento	Classificação	
Cabeça e Pescoço	Flexão		
	Extensão		
	Flexão lateral esquerda		
	Flexão lateral direita		
	Rotação		
Membro superior		Direito	Esquerdo
Escapulo umeral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação Interna		
	Rotação Externa		
Cotovelo	Flexão		
	Extensão		
Antebraço	Pronação		
	Supinação		
Punho	Flexão plantar		

	Dorsi flexão		
	Desvio cubital		
	Desvio Radial		
	Circundação		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Circundação		
	Oponência do Polgar		
Membro Inferior		Direito	Esquerdo
Coxo femoral	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		
	Rotação Interna		
	Rotação Externa		
Joelho	Flexão		
	Extensão		
Tibiotársica	Flexão plantar		
	Flexão dorsal		
	Inversão		
	Eversão		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Adução		
	Abdução		

Anexo 3 - Escala de Tinetti

Equilíbrio:

(Instruções: Sujeito sentado numa cadeira rígida, sem braços)

1. Equilíbrio sentado

0 – Inclina – se ou desliza na cadeira

1 – Inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira

2 – Estável, seguro

2. Levantar –se

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

3. Equilíbrio imediato (primeiros 5 segundos)

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

4. Equilíbrio em pé com os pés paralelos

0 – instável

1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados 10 cm ou mais) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio

2 – pés próximos e sem ajudas

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)

0 – começa a cair

1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza

2 – estável

6. **Fechar os olhos na mesma posição**

0 – instável

1 – estável

7. **Volta de 360°**(2 vezes)

0 – instável (agarra – se, vacila)

1 – estável, mas dá passos descontínuos

2 – estável e passos contínuos

8. **Apoio unipodal** (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)

0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objeto

1 – aguenta 5 segundos de forma estável

9. **Sentar-se**

0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância

1 – usa os braços ou movimento não harmonioso

2 – seguro, movimento harmonioso

Pontuação: ___/ 16

Marcha

Instruções: O sujeito faz um percurso de 3m, na sua passada normal e volta com passos mais rápidos até à cadeira. Deverá utilizar os seus auxiliares de marcha habituais.

10. **Início da marcha** (imediatamente após o sinal de partida)

0 – hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar

1 – sem hesitação

11. Largura do passo (pé direito)

0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio

1 – ultrapassa o pé esquerdo em apoio

12. Altura do passo (pé direito)

0 – o pé direito não perde completamente o contacto com o solo

1 – o pé direito eleva-se completamente do solo

13. Largura do passo (pé esquerdo)

0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio

1 – ultrapassa o pé direito em apoio

14. Altura do passo (pé esquerdo)

0 – o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo

1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo

15. Simetria do passo

0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico

1 – comprimento do passo aparentemente simétrico

16. Continuidade do passo

0 – pára ou dá passos descontínuos

1 – passos contínuos

17. Percurso de 3m (previamente marcado)

0 – desvia-se da linha marcada

1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha

2 – sem desvios e sem ajudas

a. Estabilidade do tronco

0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha

1 – sem oscilação mas com flexão dos joelhos ou coluna ou afasta os braços do tronco enquanto caminha

2 – sem oscilação, sem flexão, não utiliza os braços, nem auxiliares de marcha

18. Base de sustentação durante a marcha

0 – calcanhares muito afastados

1 – calcanhares próximos, quase se tocam

Pontuação: ____/ 12

Pontuação total: ____/ 28

Indicadores de risco de quedas: ≤ 18 Alto 19-23 Moderado ≥ 24 Baixo

Mary E. Tinetti (2012)

Anexo 4 - Escala de Glasgow

Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão	3
	Extensão	2
	Nenhuma	1

(Teasdale, G., Jennett, B., 1974)

Anexo 5 - Escala de Braden

Nome do doente: _____

Nome do avaliador: _____

Data da avaliação: _____

Serviço: _____

Cama: _____

Idade: _____

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.				
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.				
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.				
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.				
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.				

	está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.		provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.				
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.				
				Pontuação total			

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989; Validada para Portugal por Margato, Carlos; Miguéns, Cristina; Ferreira, Pedro; Gouveia, João; Furtado, Kátia.(2001)

- Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≤ 16 ;
- Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final ≥ 17 ;
- Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final < 22
- Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão na criança - valor final ≥ 22 .

**Anexo 6 - Medida de Independência
Funcional**

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	SEM AJUDA						
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA						
		SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M		
		DATA	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
AUTO-CUIDADOS								
A. Alimentação								
B. Higiene pessoal								
C. Banho								
D. Vestir metade superior								
E. Vestir metade inferior								
F. Utilização da sanita								
CONTROLO DOS ESFINCTERES								
G. Bexiga								
H. Intestino								
MOBILIDADE								
TRANSFERÊNCIAS								
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas								
J. Sanita								
K. Banheira, Duche								
LOCOMOÇÃO								
L. Marcha/Cadeira de Rodas								
M. Escadas								
COMUNICAÇÃO								
N. Compreensão								
O. Expressão								
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR								
P. Interação social								
Q. Resolução dos problemas								
R. Memória								
TOTAL								

(Direção Geral de Saúde, 2011)

18 pontos (dependência completa);

19 – 60 pontos (dependência modificada com assistência até 50% da tarefa);

61 – 103 pontos (dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa);

104 – 126 pontos (independência completa)

(Ordem dos Enfermeiros, 2017)

Anexo 7 - Índice de Barthel

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

(Direção Geral de Saúde, 2011 e Barthel, D. e Mahoney, F., 1965)

Zero – Corresponde à máxima dependência nas atividades de vida diária

100 – Corresponde à máxima independência nas atividades de vida diária

(Barthel, D. e Mahoney, F., 1965)

**Anexo 8 - Mini Mental State Examination
(MMSE)**

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

- 1.1. Em que ano estamos?
- 1.2. Em que mês estamos?
- 1.3. Em que dia do mês estamos?
- 1.4. Em que dia da semana estamos?
- 1.5. Em que estação do ano estamos?
- 1.6. Em que país vive?
- 1.7. Em que distrito vive?
- 1.8. Em que terra vive?
- 1.9. Em que casa estamos?
- 1.10. Em que andar estamos?

Pontos:

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a

sabê-las de cor."

Pêra

Gato

Bola

Pontos:

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois, ao número encontrado, volte a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar."

27 24 21 18 15

Pontos:

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar."

Pêra

Gato

Bola

Pontos:

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto?" Mostrar os objectos:

Relógio

Lápis

Pontos:

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Pontos:

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa." (dar a folha segurando com as duas mãos)

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Pontos:

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz." Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS". Sendo analfabeto, lê-se a frase.

Fechou os olhos

Pontos:

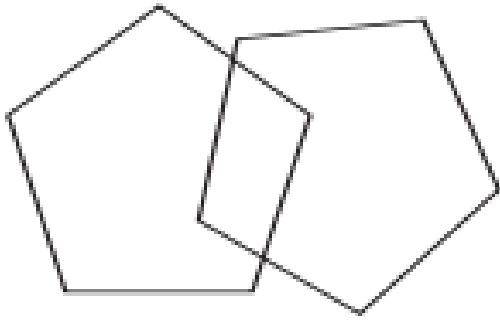
e. "Escreva uma frase inteira aqui." (Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação)

Pontos:

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos, cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

DESENHO:



CÓPIA:

Pontos:

TOTAL (Máximo 30 pontos):

Considera-se com défice cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 pontos
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27 pontos

Santana, I. (2016) disponível em:

https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=2ahUKEwiAxZSoj6vIAhUkA2MBHbDFDXIQFjAEegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Factamedicaportuguesa.com%2Frevista%2Findex.php%2Famp%2Farticle%2Fdownload%2F6889%2F4651&usg=AOvVaw3sUJtOw_VRrYnwr3SkWIoB

**Anexo 9 - Avaliação nutricional –
Nutritional Risk Screening**

Nutritional Risk Screening (NRS-2002)

Tabela 1* – Rastreio Inicial		
	Sim	Não
1	O IMC é < 20,5?	
2	O doente perdeu peso nos últimos 3 meses?	
3	O doente teve uma redução na sua ingestão alimentar na última semana?	
4	O doente está gravemente doente? (p.e. em terapêutica intensiva)	

SIM: Se a resposta for "Sim" em qualquer questão, efetuar o rastreio da Tabela 2.
NÃO: Se a resposta for "Não" para todas as questões, o doente é novamente rastreado em intervalos semanais. Se o doente p.e. tem uma cirurgia 'major' programada, é considerado preventivamente um plano de cuidados nutricionais que evite o risco associado.

*Nota do tradutor: de acordo com a publicação original (2003), a Tabela 1 poderá ser aplicada em serviços/unidades de internamento onde previsivelmente a prevalência de risco nutricional seja baixa.

Deterioração do estado nutricional		Gravidade de doença (≈ aumento das necessidades)	
Ausente pontuação 0	Estado nutricional normal	Ausente pontuação 0	Necessidades nutricionais normais
Ligeira pontuação 1	Perda de peso > 5% em 3 meses OU Ingestão alimentar abaixo de 50-75% das necessidades na semana anterior	Ligeira pontuação 1	Fratura da anca*, Doentes crónicos, em particular com complicações agudas: cirrose*, DPOC*, Hemodiálise crónica, diabetes, oncologia.
Moderada pontuação 2	Perda de peso > 5% em 2 meses OU IMC 18,5–20,5 + deterioração do estado geral OU Ingestão alimentar 25-60% das necessidades na semana anterior	Moderada pontuação 2	Cirurgia abdominal 'major'*, AVC*, Pneumonia grave, malignidade hematológica
Grave pontuação 3	Perda de peso > 5% em 1 mês (>15% em 3 meses) OU IMC < 18,5 + deterioração do estado geral OU Ingestão alimentar 0-25% das necessidades na semana anterior	Grave pontuação 3	Lesão craneoencefálica*, Transplante de medula óssea*, Doentes de cuidados intensivos (APACHE > 10)
Pontuação	+	Pontuação	= Pontuação total

Idade: Se ≥ 70 anos: adicionar 1 à pontuação total anterior = **pontuação ajustada para a Idade**

Pontuação ≥ 3: o doente está em **risco nutricional** e é iniciado um **plano de cuidados nutricionais**

Pontuação < 3: **repetir rastreio semanalmente**. Se o doente p.e. tem uma cirurgia 'major' programada, é considerado preventivamente um plano de cuidados nutricionais que evite o risco associado.

* Indica que um ensaio clínico suporta especificamente a inclusão da patologia nessa categoria de gravidade.

Os diagnósticos apresentados em *italico* são baseados nos protótipos de gravidade descritos abaixo.

O **NRS-2002** é baseado na interpretação de ensaios clínicos randomizados disponíveis. (Nota do tradutor: até à data de publicação do original, 2003)

Está indicado um plano de cuidados nutricionais para todos os doentes que estão com:
Desnutrição grave (pontuação = 3)

Doença grave (pontuação = 3)

Desnutrição moderada (pontuação = 2) e Doença ligeira (pontuação = 1)

Desnutrição ligeira (pontuação = 1) e Doença moderada (pontuação = 2)

(Direção-geral de Saúde, 2019)