



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

**Intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem  
de Reabilitação na Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa  
Institucionalizada**

**António João da Silva Soares Abrantes**

---

**Lisboa  
2021**



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

**Intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem  
de Reabilitação na Prevenção de Quedas na Pessoa Idosa  
Institucionalizada**

**António João da Silva Soares Abrantes**



Orientador: Professora Doutora Cristina Rosa Baixinho



**Lisboa  
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

***“Grandes conquistas são compostas de uma série de pequenas vitórias”***

**Vincent Van Gogh**

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Cristina Baixinho por, desde o primeiro minuto, me incentivar a alcançar os meus objetivos, pela sua orientação e por me fazer crescer enquanto profissional.

Aos enfermeiros orientadores que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, agradeço o apoio e a disponibilidade em receberem e me acompanharem nesta etapa da minha vida profissional.

A Ti, Elisa Páscoa, que sem o teu verdadeiro apoio naquelas horas mais complicadas, bem como constante motivação não teria sido possível alcançar esta etapa.

A vocês, Madalena, Gabriela, Tomás, pelas muitas horas ausentes, para poder concluir este objetivo.

À minha família que carregou com aqueles momentos menos positivos, mas que soube ouvir-me e apoiar-me.

A todos os meus amigos, ombro amigo ao longo desta jornada, mas em especial à Célia Domingos pela sua disponibilidade.

A todas as pessoas idosas e respetivas famílias, das estruturas residenciais para pessoas idosas onde desenvolvo a minha atividade profissional, pela compreensão face aos momentos de ausência.

A todos os profissionais das ERPI's, desde gerências/direção/Cuidadores/outros profissionais e colegas, obrigado pelo apoio.

À minha querida Avó Lucrecia, que ainda me viu iniciar este projeto, mas que, infelizmente, não o vê concluir.

À Dr.<sup>a</sup> Ilda Balsemão que foi fonte de inspiração para este tema em particular, que me deu sempre abertura para desenvolver este projeto e que partiu precocemente, sem que pudesse dar a sua opinião, que seria tão válida.

**A todos vós, os meus sinceros agradecimentos**

## **SIGLAS**

AAD – Ajudantes de Ação Direta

AC - Autocuidado

ACEER – Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

AVD – Atividades de Vida Diária

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PC – Prática Clínica

PF – Projeto de Formação

RFM - Reabilitação Funcional Motora

RFR - Reabilitação Funcional Respiratória

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

## RESUMO

A queda é um problema de saúde pública, com consequências nefastas na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa idosa. A revisão da literatura observa que nas pessoas residentes em Estruturas Residenciais para Idosos esta questão é ainda mais complexa, porque a população institucionalizada é mais dependente, plurimedicada, com risco acrescido de cair e com uma maior prevalência de acidentes. As lesões secundárias e/ou o medo de queda têm elevados custos individuais, sociais e para o sistema de saúde, com o conseqüente aumento da despesa.

É emergente a procura de soluções para a minimizar esta problemática. As instituições e os profissionais de saúde têm o dever de garantir a segurança destas pessoas com vulnerabilidade acrescida. A revisão da literatura observa a importância dos enfermeiros liderarem os programas de prevenção de quedas e a necessidade de uma prática de enfermagem avançada nas instituições que cuidam de pessoas idosas.

Este relatório pretende caracterizar a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação em programas de prevenção e quedas na pessoa idosa institucionalizada, simultaneamente, e, por se tratar de um relatório de estágio para obtenção do grau de mestre, entende, igualmente, descrever as atividades desenvolvidas no Ensino Clínico e a sua articulação com o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro, nesta área de especialização. Suportado pela Teoria do Autocuidado de Orem, e sempre orientado para o desenvolvimento de competências enunciadas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de ensino e pelos documentos reguladores da profissão, estruturou-se este relatório, com a apresentação dos resultados da revisão da literatura, a descrição e a análise das atividades efetuadas e das competências desenvolvidas nos vários domínios de atuação.

**Palavras-chaves:** Enfermagem de Reabilitação; Quedas; Prevenção de Acidentes; Pessoa Idosa; Institucionalização.

## **ABSTRACT**

Falls are a public health problem, with serious consequences on the functionality and quality of life of elderly people. The literature review shows us that for people living in Nursing Homes the question above it is even more complex, since those residents are more dependent, polimedicated, with higher risk of falling and with higher prevalence of accidents. The secondary injuries and/or the fear of falling has higher costs individually, social and for the health system, with a rise of expenses. It is urgent the search for solutions to minimize this problem, the institutions and the health professionals have the duty to maintain the safety of the people more vulnerable. The literature review recalls the importance of fall prevention programs being led by Nurses and the need to advanced nursing practice in the institutions that care for elderly people.

This internship report aims to characterize the intervention of the rehabilitation specialist nurse in fall prevention programs on elderly people institutionalized, simultaneously with the goal to obtain the degree of master's in nursing, it will be described the activities developed during the clinical teaching and it will be exposed the link between these activities and the consequent acquisition of common competences and specific competences of a Specialized Nurse.

The theoretical reference used was the Theory of Self-Care of Orem, and this report was based with the goal to develop the competences of the Dublin Descriptors to the 2<sup>nd</sup> cycle and the regulatory documents of Nursing. The structure of this report will be the presentation of the literature review results, the description and analyses of the activities developed, and the competences acquired.

**Keywords:** Rehabilitation Nursing, Falls, Accidents Prevention, Elderly people, Institutionalization

## Índice

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.    | INTRODUÇÃO.....  | 1  |
| 1.    | REVISÃO DA LITERATURA.....   | 3  |
| 1.1.  | Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação .....   | 5  |
| 2.    | TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM .....  | 9  |
| 3.    | DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS ...   | 12 |
| 3.1   | Competências comuns do Enfermeiro Especialista .....   | 12 |
| 3.1.1 | Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal .....  | 12 |
| 3.1.2 | Domínio da melhoria da qualidade .....   | 14 |
| 3.1.3 | Domínio da melhoria dos cuidados.....  | 17 |
| 3.1.4 | Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....  | 22 |
| 3.2   | Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação .....  | 24 |
| 3.2.1 | Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados .....               | 24 |
| 3.2.2 | Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania..... | 27 |
| 3.2.3 | Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa .....   | 31 |
| 4.    | AVALIAÇÃO.....   | 34 |
| 5.    | CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS DE FUTURO .....   | 37 |
|       | REFERÊNCIAS.....   | 39 |

APÊNDICE I – Projeto de Estágio

APÊNDICE II – Sessão “Prevenção de queda na pessoa idosa institucionalizada”

APÊNDICE III – Jornal de aprendizagem “**Uma problemática indiscutível**”

APÊNDICE IV - Jornal de aprendizagem “**Contra factos não há argumentos**”

APÊNDICE V - Instrumento de colheita de dados EEER

APÊNDICE VI – I Plano de cuidados

APÊNDICE VII – II Plano de cuidados

APÊNDICE VIII – A Queda no idoso institucionalizado Intervenção da Equipa Interdisciplinar nos Residentes

## ÍNDICE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão sistemática, elaborado a partir das recomendações PRISMA. Lisboa; 2020. .... | 3  |
| Figura 2 Modelo de autocuidado de Orem.....  | 11 |

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 11º curso do Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi elaborado o presente relatório de estágio que se intitula “*A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na prevenção da queda na pessoa idosa institucionalizada*”. A construção deste relatório teve como ponto de partida o projeto de estágio, com o mesmo nome (Apêndice I), e tem como objetivo a descrição e análise das aprendizagens e atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, com intuito de fundamentar o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (ER) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), articuladas com o desenvolvimento de competências previstas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (Decreto-Lei nº74/2006).

O relatório de estágio tem como finalidade a descrição sucinta e a análise das atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos e a resultante aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e comuns do Enfermeiro Especialista, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Assim como, o desenvolvimento de competências para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, referidas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo.

A área que foi selecionada foi a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, na prevenção de quedas na pessoa idosa institucionalizada.

A prevenção de quedas necessita de um envolvimento governamental, instituições de ensino, estruturas da comunidade, profissionais de saúde, clientes dos cuidados de saúde, investigadores, idosos e suas famílias e/ou cuidadores, dado ser pouco provável que os esforços de prevenção de quedas tenham sucesso se não forem mantidas ao nível do sistema/organizacional (Baixinho & Dixe, 2017). A identificação precoce de quais são os idosos com o maior risco de queda ajudará a projeção de um programa eficiente (Viswanathan, Kurup & Felix, 2015).

O modelo de Autocuidado de Orem suportou não só a elaboração deste relatório mas também a prática clínica. Analisando a teoria e as competências específicas do EEER, consideramos que esta teoria se adequa para a apreciação, intervenção e

avaliação dos resultados relativos aos cuidados especializados de Enfermagem de Reabilitação.

O ensino clínico foi realizado em dois contextos: o primeiro decorreu de 23 de novembro de 2020 a 05 de fevereiro de 2021, numa Estrutura Residencial para pessoas idosas (ERPI); o segundo contexto clínico sucedeu de 08 de fevereiro a 16 de abril de 2021, num Centro Hospitalar (CH), num serviço de ortopedia.

No que diz respeito à organização do relatório, inicia-se por esta introdução, segue-se com o enquadramento conceptual deste tema, onde salientamos os resultados da revisão integrativa da literatura (RIL), de forma a evidenciarmos a problemática das quedas, e quais as intervenções do EEER.

No segundo capítulo enunciamos o modelo teórico. Posteriormente, analisamos e refletimos acerca de como as múltiplas atividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos possibilitaram o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EEER. Efetuamos uma avaliação global do percurso, dando enfoque aos principais contributos decorrentes da implementação do projeto.

No último capítulo apresentamos as considerações finais e algumas projeções sobre o futuro, enquanto EEER, às quais se seguem, por fim, as referências bibliográficas que serviram de base para a construção deste relatório de estágio.

Desta forma, para a realização dos ensinamentos clínicos, bem como para a construção deste relatório delineamos os seguintes objetivos:

1. Caracterizar a intervenção do EEER, no âmbito da prevenção de quedas;
2. Planear, prestar e avaliar intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, quer no contexto de ensino clínico de comunidade;
3. Capacitar a pessoa idosa e a sua família para o programa de reabilitação;
4. Intervir junto da pessoa idosa, da sua família e equipa da ERPI para a gestão do risco de queda;
5. Promover uma adequada preparação e planeamento da alta (dos idosos que irão regressar à ERPI), incluindo o assegurar dos conhecimentos da pessoa idosa, familiares de referência e cuidadores formais;
6. Desenvolver uma prática reflexiva sobre a práxis das equipas de enfermagem, promovendo a atualização técnico-científica.

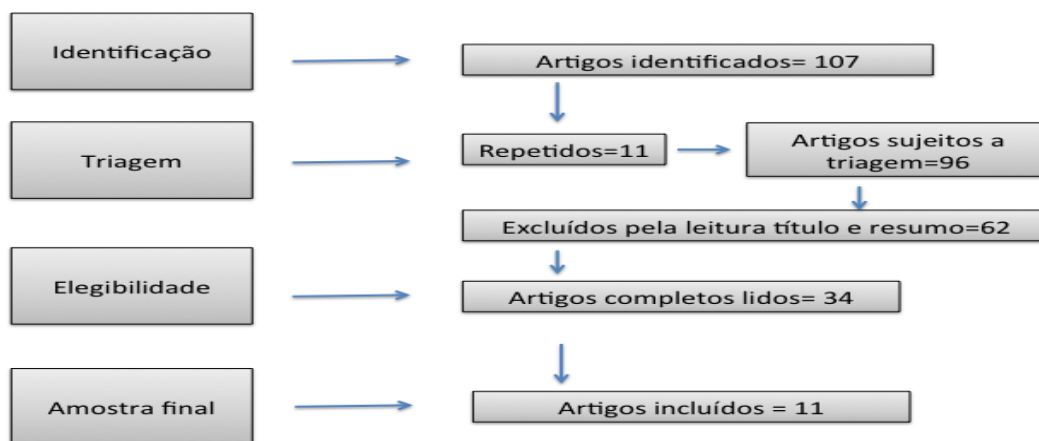
## 1. REVISÃO DA LITERATURA

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) foi orientada pela questão elaborada utilizando o acrónimo PI[C]O, “Quais são as intervenções para a prevenção de quedas da pessoa idosa institucionalizada?”. Recorreu-se a um protocolo, com seis etapas, para operacionalizar a pesquisa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

A questão de pesquisa determinou os critérios de inclusão dos estudos primários, com a finalidade de estreitar os intervalos de confiança, facilitar a comparação dos trabalhos, interpretação dos dados e aumentar a precisão dos resultados. Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: população com 65 ou mais anos de idade, institucionalizada, intervenções preventivas de quedas. Excluíram-se os estudos com pessoas com menos de 65 anos, hospitalizadas ou a residirem na comunidade.

A pesquisa foi realizada em dois idiomas (português e inglês), entre março e junho de 2020, nas bases de dados CINAHL e na MEDLINE. O limite temporal foi de 2015/2020.

Os descritores utilizados na pesquisa foram “Aged or elderly or older people or geriatric”; “fall risk assessment measures or fall risk assessment tool or risk of falling prevention” and “nursing home or institutionalization”.



*Figura 1 Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão sistemática, elaborado a partir das recomendações PRISMA. Lisboa; 2020.*

A potencial amostra ficou constituída por trinta e quatro estudos que respeitavam os critérios de inclusão. A leitura e análise do texto integral permitiu a identificação de onze artigos no período de 2015-2020 que respondem à questão de investigação.

As quedas são uma realidade mundial que atinge todo o ciclo de vida, mesmo com todas as estratégias de prevenção, a incidência na população idosa tem vindo a aumentar. No ano 2017, em Portugal, registaram-se oitocentas e quarenta e duas mortes devido a quedas. Destas mais de 82% foram em pessoas com sessenta e cinco ou mais anos (INE, 2019). A nível mundial, estima-se que sejam superiores a 646.000 episódios/ano (OMS, 2018). As quedas representam uma das maiores causas de morte no mundo, segundo a OMS (2018) trata-se mesmo da segunda causa de morte. Esta define queda como um evento não intencional resultando numa mudança de posição para um nível mais baixo em relação à posição inicial, excluindo as alterações intencionais com posição em móveis, paredes ou outros objetos (WHO, 2007).

A queda é um problema de saúde pública, a sua prevalência e as lesões associadas são causa de declínio da funcionalidade, hospitalização, institucionalização e morte. Abordar este assunto assume uma relevância especial nos idosos institucionalizados em que a prevalência da queda da pessoa idosa é cerca de três vezes superior (Muëller, et al., 2015) e as lesões mais graves, comparativamente com os idosos que caem na comunidade (Walker et al., 2016).

A queda é um acidente grave para a população idosa, com impacto negativo na funcionalidade, qualidade de vida e esperança média de vida (Walker et al., 2016). Sendo um problema transversal a todos os contextos de vida da população idosa, assume uma relevância especial nos idosos institucionalizados, onde a prevalência é cerca de três vezes superior (Muëller, et al., 2015) e as lesões mais graves, comparativamente com os idosos que caem na comunidade (Walker et al., 2016). Estudos indicam que, aproximadamente, 30 a 50% dos residentes com 65 anos ou mais de idade caem pelo menos uma vez por ano e 12 a 40% deles sofrem quedas recorrentes (Lee & Kim, 2017). Estimando-se que esta ocorrência origine seis a nove mil hospitalizações em idosos institucionalizados, com uma média de doze a vinte dias de hospitalização (Baixinho, Dixe, & Henriques, 2017).

Os fatores de risco de queda são multidimensionais e envolvem riscos biológicos, psicológicos, ambientais e comportamentais. No caso das ERPI a própria admissão do idoso pode ser considerada um risco acrescido, como referem Baixinho e Dixe (2017) uma em cada cinco pessoas idosas recém-admitidas tem uma elevada tendência em cair nos primeiros dias de institucionalização. Igualmente, num outro

estudo, as mesmas autoras relatam que a incidência estimada de queda em idosos nas instituições é de 34% a 67%, sendo um problema sério e global. A sua ocorrência é significativamente superior à da comunidade, já que, aproximadamente, 60% dos idosos caem anualmente, podendo um em dois idosos ter novas quedas em seis meses, levando à perda de autonomia e independência, e podendo modificar a necessidade de cuidados (Baixinho & Dixe, 2017). Estudos indicam que os idosos residentes em ERPI's que sofrem fratura do fêmur morrerão dentro de um ano. Para reduzir este risco, há que identificar os clientes com maior risco de queda e mais propensos a fraturas após uma queda (McArthur, Gonzalez, Eric, & Giangregorio, 2016).

A investigação destaca que o espaço físico e a própria presença dos funcionários tornam o ambiente das ERPI's diferente do domicílio e podem constituir um risco acrescido, por ser um espaço diferente, com regras diferentes e pessoas estranhas (Baixinho & Dixe, 2017). Sabe-se que a maioria das quedas ocorrem nos quartos dos clientes, em casas de banho, mas igualmente durante a caminhada e nas transferências.

Dos fatores de risco intrínsecos para a queda, os mais estudados em ERPI são os associados às alterações de marcha e equilíbrio, talvez porque os idosos institucionalizados com baixo equilíbrio ou força muscular diminuída também podem ser mais vulneráveis a cair durante a caminhada (Lee & Kim, 2017) ou na execução de outras atividades de vida diária. A avaliação da qualidade de marcha e o tempo de execução no *Timed Up and Go Test* pode fornecer dados importantes para a apreciação do risco e para a introdução de programas de exercício, com foco no desenvolvimento da força muscular (Ferreira, *et al.* 2019; McArthur, Gonzalez, Eric, & Giangregorio, 2016) e no equilíbrio dinâmico (McArthur, Gonzalez, Eric, & Giangregorio, 2016), mas estes devem ser combinados com outras intervenções combinadas e personalizadas a cada idoso ou a um grupo similar (Lee & Kim, 2017).

### **1.1. Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**

As quedas têm de ser prevenidas, através da determinação dos idosos que têm maior risco de queda e da individualização das medidas preventivas face ao risco (Lee & Kim, 2017).

Conforme descrito nos Padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2002), no ponto sobre a prevenção de complicações, deverá o enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, prevenir complicações para a saúde dos clientes. Considera-se primordial a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, de forma a prescrever intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados.

Os enfermeiros devem avaliar todas as pessoas ao longo do seu ciclo de vida, mas dar maior primazia aos clientes mais vulneráveis à queda e considerar os tipos de intervenções de exercícios em pessoas idosas. Incluir a avaliação dos fatores de risco de quedas e implementar intervenções combinadas e personalizadas a cada idoso ou a um grupo similar (Lee & Kim, 2017).

Com escalas devidamente validadas onde a discriminação de quem tem risco de cair ou não deve ser o pilar de qualquer programa de prevenção (Baixinho & Dixe, 2017).

Logo a criação de um programa de prevenção deverá olhar para a pessoa e/ou grupo como um todo e não apenas para a pessoa isolada do contexto onde se encontra inserida, bem como da vontade própria da participação nestes programas.

Para que isto possa acontecer, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve estar munido de estratégias e de ferramentas, para que consiga colocar em prática estes programas.

A World Health Organization (2018) refere que as estratégias na prevenção de quedas, por parte da instituição, deverá passar por:

- Educação;
- Treino Motor;
- Criação de ambientes seguros;
- Estabelecimento de políticas eficazes para reduzir os riscos.

A mesma organização refere que, ao existir programas de prevenção de quedas, devem passar por:

- Rastreamento em ambientes vivos (como são animais domésticos), quanto a riscos de quedas;

- Avaliação domiciliar e modificação ambiental para pessoas com fatores de risco conhecidos ou histórico de queda (incluímos aqui a avaliação do risco ambiental das ERPI);
- Intervenções clínicas para identificar fatores de risco, como revisão e modificação de medicamentos, tratamento da pressão arterial baixa, suplementação de vitamina D e cálcio, tratamento da deficiência visual corrigível;
- Prescrição de dispositivos auxiliares adequados para tratar deficiências físicas e sensoriais;
- Fortalecimento muscular e treino de equilíbrio, prescritos por um profissional de saúde treinado;
- Programas em grupo baseados na comunidade que podem incorporar educação para prevenção de quedas e exercícios do tipo Tai Chi ou equilíbrio dinâmico e treino de força;
- Uso de protetores da região do trocânter para pessoas em risco de fratura da anca devido a uma queda, dado que a prevenção de fraturas em cuidados de longo prazo continua a ser um desafio (Patrick, et al. 2018). ~

Um dos exercícios importantes para evitar quedas é o treino de equilíbrio que exige que os idosos fiquem com os pés mais próximos ou apoiados numa só perna e pratiquem movimentos controlados do centro de massa (Chan & Chan, 2019).

A educação/formação dos cuidadores, no que diz respeito à avaliação de fatores de risco que levam às quedas, é extremamente importante, logo é essencial adotar estas formações em contexto de trabalho (Chan & Chan, 2019).

A literatura reforça ainda a necessidade de existirem especialistas na área das quedas e na sua prevenção. Um profissional com uma prática de enfermagem avançada, nesta área, tem conhecimento da evidência sobre este fenómeno e simultaneamente competências centrais para a liderança da equipa (Baixinho, Dixe & Henriques, 2017). São outras atribuições dessa liderança:

1. Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização;
2. Liderar a comunicação;
3. Formação (Baixinho, Dixe & Henriques, 2017).

Uma boa estratégia para clientes com problemas do foro cognitivo, que podem esquecer-se das informações verbais, quando são informados sobre comportamentos de risco, é a utilização de videoclipes como ferramenta educacional.

Face ao exposto consideramos que compete ao EEER liderar, desenvolver e implementar programas de formação da equipa e de intervenção junto equipa, do idosos e da família, e atuar como agente de mudança em contexto de trabalho, de forma a melhorar a praxis, e avaliar o impacto que obteve com a sua ação.

## **2. TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM**

### **Modelo Conceptual - Teoria do Autocuidado de Orem**

As quedas nos idosos traduzem um enorme impacto nas suas vidas, logo podem conduzir a limitações físicas, e conseqüentemente provocar impacto a nível emocional e social. É esperado que o idoso seja capaz de assumir uma participação ativa na gestão da doença. A pessoa, enquanto cliente de enfermagem, é definida como tendo necessidades de autocuidado, mas também como um ser que tem ferramentas para se autocuidar, adquiridas através da sua experiência de vida (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Compete ao EEER a conceção de planos e programas de exercícios, seleção e prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a redução do risco de alteração da funcionalidade. Salienta-se o ensino, a instrução, e o treino do cliente e a pessoas significativas, sobre técnicas que promovam o autocuidado (OE, PQCER, pag. 9, 2015). Todavia, para que o enfermeiro seja capaz de avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, este deverá ter para si um modelo teórico que oriente a prática clínica, para atuar de forma planeada e centrada na pessoa (Queirós, et al., 2014).

Sendo o autocuidado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar, através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades, corroboramos a opinião de Santos, et al. (2017) ao advogar que os enfermeiros têm uma intervenção decisiva a este nível, enquanto agente terapêutico dado:

- Iniciar e manter a relação com a pessoa, a família ou um grupo até que a pessoa não necessite de cuidados de enfermagem;
- Determinar como e se a pessoa pode ser ajudada através dos cuidados de enfermagem;
- Responder às necessidades da pessoa relativamente ao contacto e à assistência do enfermeiro;
- Prescrever e proporcionar ajuda direta à pessoa e pessoas significativas;
- Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária da pessoa e/ou outra assistência de saúde necessária.

Como referido anteriormente, e, indo ao encontro das ideias dos autores supra enunciados, é ao enfermeiro que compete dar início à relação terapêutica, aquando dos cuidados necessários à pessoa, através do processo de enfermagem e com a utilização de escalas/ferramentas oportunas para avaliar o grau de dependência no que diz respeito ao autocuidado para, posteriormente, planear intervenções que visam satisfazer as necessidades afetadas.

Estas atividades, entre outras, são tomar banho, cuidar da higiene pessoal, vestir-se, despir-se, alimentar-se, auto lavar-se, transferir-se, usar o sanitário, usar cadeira de rodas, virar-se, lavar-se, gerir a terapêutica. Desta forma são todas as ações e atividades que a pessoa realiza em benefício da própria saúde (Pereira, 2011).

O modelo de autocuidado de Orem compreende três teorias inter-relacionadas:

1) Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias, em benefício próprio, com intenção da preservação da vida e funcionamento saudável;

2) Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem, associadas à subjetividade da maturidade e do amadurecimento das pessoas em relação às limitações da ação relacionada com os cuidados de saúde;

3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve a ação formada por enfermeiros para pessoas com limitações de autocuidado e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood; 2002).

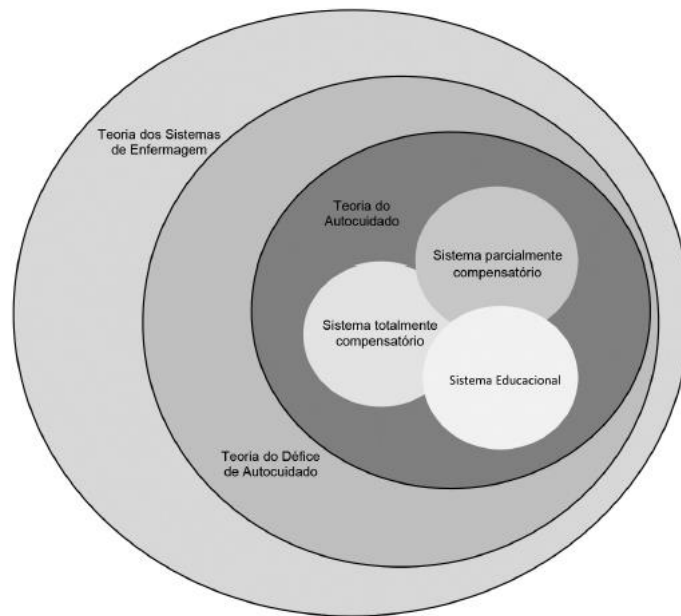


Figura 2 Modelo de autocuidado de Orem

Fonte: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

A pessoa idosa tem um risco acrescido de queda (Baixinho, Dixe & Henriques, 2017) o que implica que a intervenção de enfermagem seja direcionada para o grau de dependência e possa compreender os três sistemas de enfermagem, definidos por Orem:

- 1) Sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado;
- 2) Sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só;
- 3) Apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações (Queirós, et al. 2014).

No desenho e implementação de programas de ER para a prevenção de quedas é necessário a avaliação do autocuidado, dos requisitos universais, dos que decorrem de desvios de saúde e dos associados a esta etapa de desenvolvimento, para auxiliar na determinação do risco, mas também para selecionar as intervenções adequadas e individualizadas às necessidades de cada pessoa idosa institucionalizada e dos seus cuidadores.

### **3. DESCRIÇÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Neste capítulo iremos realizar uma descrição e análise das atividades desenvolvidas ao longo dos ensinos clínicos, cruzando os conhecimentos desenvolvidos, nas unidades curriculares do mestrado, as atividades realizadas e as competências adquiridas.

Para facilitar a descrição e a leitura, o capítulo que se segue está organizado de acordo com as competências comuns do EE e as competências específicas do EEER.

#### **3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

As competências designadas como competências Comuns do Enfermeiro Especialista subdividem-se em quatro domínios: da responsabilidade profissional ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e da gestão dos cuidados. Estas competências passam pela educação dos clientes e pessoas significativas, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Decreto de Lei n.º140/2019).

##### **3.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

De forma a planear e realizar as atividades do ensino clínico, baseámo-nos nos princípios implícitos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (OE, 2005), no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a) e Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2010b).

Com o intuito de desenvolver competências neste domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, delineámos como atividades:

- Decidir a prática clínica com recurso à evidência científica, refletindo no conhecimento e na experiência vivenciada pela pessoa, através da autonomia e do julgamento;
- Decidir nas situações avaliadas com recurso à tomada de decisão, guiados pelo código deontológico;

- Promover o respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação, privacidade e autodeterminação na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação e na equipa de enfermagem onde nos encontramos inseridos.

Assim, no decorrer dos ensinamentos clínicos, prestamos cuidados com base no respeito pela pessoa e a sua família, garantindo a sua unicidade, autonomia e direito a participar e a decidir sobre o seu processo de reabilitação. Respeitar o cliente é aceitar a sua realidade e que se trata de um ser único através das suas experiências, do seu potencial e dos seus sentimentos (Lazure, 1994).

Garantiu-se, em todos os momentos, o acesso à informação relativa aos cuidados, e a confidencialidade dentro da equipa de saúde, respeitando os seus valores, costumes e crenças e sem nunca esquecer a privacidade do cliente alvo de cuidados. Ao delinear o plano de cuidados de reabilitação de cada pessoa idosa e sua família, consideramos sempre a capacidade de cada um para definir o seu projeto de saúde de forma informada, bem como a definição dos objetivos que pretende alcançar.

Em ambos os campos de ensino clínico existiram clientes sem capacidade de exercer a sua autonomia, por apresentarem declínio cognitivo, demências ou doença do foro mental. Neste sentido, foi fundamental o contacto com a família e/ou cuidadores, bem como a consulta dos processos clínicos, de forma a permitir um maior conhecimento sobre as suas necessidades, hábitos e preferências, antecedentes clínicos e história de queda anterior, para planearmos intervenções ajustadas aos problemas identificados.

No ensino clínico realizado na ERPI, destacam-se os cuidados prestados ao Sr. J.A, um residente que estava institucionalizado há cerca de 20 anos. Nos primeiros dias de contacto, este apresentava-se frequentemente triste, pelas limitações físicas, decorrentes dos dois acidentes vascular-cerebrais (A.V.C), o que frequentemente o impedia de sair do quarto. O isolamento no quarto tem repercussões não só a nível da imobilidade e da participação social da pessoa na instituição, mas também é preditor do risco de queda. Para controlar este risco e com o intuito de motivar este residente, foi planeado e executado um plano de reabilitação funcional motora, analisando com o mesmo a melhor forma de voltar a frequentar o salão e conviver com os outros residentes da instituição, bem como participar em atividades socioculturais, uma vez que ele referia ter saudades de realizar atividades de grupo.

A parceria de cuidados estabelecida foi negociada com o utente para promover e garantir a participação ativa no processo de reabilitação e respeitar a autonomia do Sr. J.A. Com esta parceria de cuidados obtivemos ganhos em saúde, visto que, na segunda semana do plano de cuidados, o residente conseguiu praticar a marcha até ao salão, com recurso a canadianas, e posteriormente realizou atividades, bem como almoçou no refeitório. Como refere a OE (2013), a manutenção da mobilidade e autonomia dos indivíduos que são alvos de cuidados é um importante exercício da Enfermagem na prática.

É necessário referir que o estabelecimento da parceria de cuidados, tanto na ERPI, como no CH, nesta época de pandemia, foi um processo complexo. A estratégia que encontramos, com a finalidade de ultrapassar as limitações de não serem permitidas visitas, que nestas circunstâncias poderiam condicionar o envolvimento da família, na ERPI e no CH e a preparação para a alta no CH, foi a comunicação por videochamada, na presença da pessoa idosa. Desta forma, possibilitámos a interação com o familiar e também nos permitiu colher informação necessária para o planeamento de cuidados, e envolvemos a família na programação do regresso a casa do seu familiar.

Neste sentido consideramos ter alcançado as competências comuns:

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;

A2. Promove práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

### **3.1.2. Domínio da melhoria da qualidade**

Para o desenvolvimento de competências neste domínio delineamos como principais atividades:

- Colaboração com a equipa de enfermagem e multidisciplinar na realização de atividades na área de enfermagem de reabilitação existentes no serviço;

- Levantamento de necessidades relativas à promoção de um ambiente terapêutico seguro;
- Promoção de sessões de educação para a saúde recorrendo a *videoclipes* e informações verbais;
- Análise das práticas de cuidados de reabilitação à pessoa, relacionadas com os seus resultados, para a incorporação dos conhecimentos.

Com o intuito de desenvolver competências ao nível da melhoria da qualidade, revelou-se importante a apropriação de conhecimentos, pelo que foi realizada a consulta de normas, protocolos e projetos desenvolvidos previamente nos serviços. A revisão da literatura, na área da qualidade na prestação de cuidados, no âmbito da prevenção da queda na pessoa idosa institucionalizada, bem como na aplicação dos princípios de um ambiente seguro na prestação de cuidados também contribuiu para o aprofundamento do conhecimento sobre a temática em estudo e possibilitou a reflexão sobre as competências do EEER a este nível.

Posto isto destacamos como atividades realizadas, para o contributo da melhoria contínua da qualidade, no âmbito da prevenção de queda na pessoa idosa institucionalizada, uma sessão de formação em contexto de trabalho (Apêndice II). Devido às restrições vivenciadas pela pandemia, esta sessão, foi gravada no programa *OBS Studio* e colocada na plataforma digital *youtube*. Indo ao encontro das indicações de Chan e Chan (2019), que defendem que uma boa ferramenta para a prevenção de quedas é a utilização de *videoclipes*, por ser uma estratégia educacional adequada e dinâmica.

Esta apresentação foi disponibilizada ao enfermeiro orientador e discutida a sua aplicabilidade/implementação na ERPI e, posteriormente, difundida junto das cuidadoras da ERPI. Esta apresentação focou a prevalência, as consequências, as causas mais comuns, os locais com maior risco, as medidas preventivas e a documentação da queda, bem como a atuação após um episódio de queda e a informação a recolher para informar aquando do contacto de emergência, com o 112.

Houve o cuidado de, no vídeo, não identificar pessoas e instituições e centrarmos na mensagem a transmitir. O mesmo ficou em canal fechado de acesso restrito à equipa.

Face ao grupo a que se destinava a formação usou-se uma linguagem simples, clara e de fácil compreensão. Salientamos que a associação das causas e do mecanismo de queda aos diferentes locais da ERPI suscitou curiosidade, porque nem

sempre os profissionais refletem sobre esta questão. Sabe-se que a maioria das quedas ocorrem nos quartos dos clientes, em casas de banho, mas igualmente durante a caminhada e nas transferências (Baixinho & Dixe, 2017).

Em termos de prevenção, não só na formação, mas ao longo de todo o ensino clínico, trabalhou-se com a equipa a intervenção em três momentos distintos:

1. Vigilância dos fatores de risco (a sua etiologia é complexa, podendo ter causas intrínsecas ou extrínsecas), com enfoque na identificação precoce de alterações no estado de saúde, na marcha e/ou comportamento para informar os enfermeiros da ERPI, de forma a ter uma avaliação abrangente.

2. Informar o idoso sobre os fatores de risco e negociar as medidas preventivas a serem adotadas, até porque algumas envolvem a modificação do comportamento de risco que a pessoa possa ter;

3. Após a ocorrência de uma queda, com ou sem lesão, avaliar o medo de queda e a autolimitação da atividade, porque a pessoa idosa reage de diferentes maneiras, seja com ansiedade, com perda de confiança e medo de cair novamente, seja impondo limitações das atividades diárias, com consequente perda da independência e redução da atividade social e qualidade de vida.

Foi possível observar na ERPI que muitas vezes as pessoas, por sua opção, ficam no quarto (isoladas), para não serem mais um “peso” para os cuidadores, o que vai ao encontro do que foi dito anteriormente sobre a diminuição da mobilidade e da interação social, que torna a pessoa mais vulnerável a outros episódios de queda e à gravidade das lesões.

Com o intuito de desenvolver competências no domínio da melhoria da qualidade e da gestão de cuidados, sob a supervisão do enfermeiro orientador, foi feita a avaliação do risco de queda a todas as pessoas institucionalizadas. Para além da utilização da Escala de Morse, já usada na instituição, mas não de modo sistematizado, iniciou-se com a equipa de enfermagem a avaliação da velocidade e qualidade de marcha com o TUGT, de acordo com a orientação das *guidelines* de organismos internacionais tais como as Sociedades Britânica e Americanas de Gerontologia (American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, & American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2001). Para a participação, na aplicação das

escalas, foi fundamental o conhecimento adquirido acerca da prevenção de queda na pessoa idosa institucionalizada, aquando da realização do projeto de estágio.

Conforme descrito nos Padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001), no ponto sobre a prevenção de complicações, deverá o enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, prevenir complicações para a saúde dos clientes. Considera-se primordial a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, de forma a prescrever intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados.

Neste sentido, e pelo exposto, é possível afirmar o alcance das competências comuns:

B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;

B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

### **3.1.3. Domínio da melhoria dos cuidados**

Para o desenvolvimento de competências neste domínio, delineámos como atividades:

- Colabora com a equipa multiprofissional na tomada de decisão relativa aos cuidados da pessoa;
- Colabora na colheita e partilha de informação relativa à pessoa, junto da equipa multidisciplinar.

De forma a desenvolver competências neste domínio, foi efetuada uma análise exaustiva do funcionamento dos serviços onde decorreu o ensino clínico, para determinar como estava organizada a prestação de cuidados e compreender quais eram as intervenções comuns e específicas do EEER, na prestação direta de cuidados e na dinamização da equipa para a melhoria da prática de cuidados.

Outra atividade importante para a conceção dos objetivos de ensino clínico foi a avaliação das necessidades da pessoa alvo de cuidados e sua família, como a delegação de responsabilidades aos restantes elementos, de forma a atingirmos os objetivos dos planos de reabilitação. Assim como, referenciar para outros

profissionais, quando a situação saía da nossa área de competências. O enfermeiro que é membro da Ordem tem a responsabilidade e a obrigatoriedade de prestar contas pela prestação e gestão de cuidados que realiza (OE, 2007), bem como são os profissionais mais bem posicionados e qualificados para desenvolverem um programa de prevenção de quedas e suas complicações subjacentes (Baixinho & Dixe & Henriques, 2017).

Neste âmbito aborda-se a delegação de tarefas realizada junto das Ajudantes de Ação Direta (AAD) na ERPI, com a seguinte ilustração relativa à realização do levante para o cadeirão da Sr.<sup>a</sup> R.M, uma idosa residente dependente em grau elevado para a satisfação das AVD. Após as sessões de reabilitação funcional motora (RFM) e reabilitação funcional respiratória (RFR), para que houvesse sucesso no processo de reabilitação era essencial a gestão de recursos humanos, na coordenação de cuidados e a articulação com outros profissionais, de forma a gerir o tempo para a realização de intervenções específicas de ER a outros residentes. Foi necessário instruir, treinar e monitorizar as AAD para a realização da transferência da cama para o cadeirão. Esta tarefa, que foi realizada inicialmente sob a nossa supervisão, de forma a verificar se a conseguiam efetuar e garantir que a segurança da pessoa era mantida, promovendo a participação e não a substituição da pessoa na transferência, mas esta supervisão também se revelou importante para assegurar que as AAD utilizavam os princípios da biomecânica, prevenindo o aparecimento de Lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (Baixinho, Ferreira, Joaquim & Marques, 2016).

A delegação consiste na transferência, para um indivíduo competente, da autoridade para realizar uma determinada tarefa de enfermagem, escolhida numa situação concreta, e por supervisão, provisão de orientação, avaliação e acompanhamento, pelo enfermeiro, do desempenho da tarefa delegada (OE, 2007).

No processo de delegação, teve-se presente o artigo n.º 10 do REPE, onde fica claro que os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependentes quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem (OE, 2006).

A tomada de posição da OE (2007) em relação à delegação de tarefas em outros profissionais observa ainda a necessidade de seguir os seguintes passos/ algoritmo:

- A.** Verificação dos critérios para a delegação, relativos a quem delega, ao que é delegado e a quem;
- B.** Avaliação da situação, considerando as necessidades do cliente, o planeamento de cuidados, as circunstâncias e os recursos disponíveis;
- C.** Plano para a tarefa específica a delegar, especificando a natureza da tarefa, a preparação para a realizar adequadamente e as implicações;
- D.** Quem delega e em quem é delegado aceita a responsabilidade;
- E.** Fornecimento de orientações claras para a realização da tarefa, o que implica um adequado processo de comunicação;
- F.** Supervisão, acompanhamento e avaliação do desempenho da tarefa;
- G.** Assegurar apropriada documentação (registo) da tarefa;
- H.** Avaliar o processo global e prover *feedback*;
- I.** Reajustar o plano de cuidados conforme necessário.

No domínio da gestão dos cuidados referimos, igualmente, a elaboração de planos de cuidados individualizados aos clientes a que prestámos cuidados especializados em ER, estes foram elaborados em parceria e implementados em estreita colaboração com o enfermeiro orientador no contexto de ensino clínico, a equipa e a família, garantido a participação ativa da pessoa idosa. O pilar foi o respeito pela autonomia, direito de participação, e a sua adequação às necessidades, vontade e motivação e cada pessoa.

A documentação dos cuidados de ER na plataforma Mysenior® e no SClínico constituíram-se não só como atividades neste domínio, mas também como aprendizagens para a identificação dos resultados sensíveis aos cuidados do EEER.

Os registos de enfermagem tornam-se fulcrais para a transferência da informação a todos os profissionais de saúde prestadores de cuidados, bem como instituições prestadoras de cuidados, com o intuito de comunicar de uma forma eficaz, reduzindo o risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde e garantindo a continuidade de cuidados, nomeadamente nos de reabilitação. Nos momentos de transmissão/transferência de informação incutiu-se na equipa a utilização da mnemónica ISBAR (I: corresponde à Identificação, S: à Situação atual, B: aos Antecedentes, A: à Avaliação, R: às Recomendações) (DGS, 2017).

Com o intuito de desenvolver esta competência, pudemos igualmente, no decorrer do ensino CH, participar em reuniões multidisciplinares, que envolviam dois enfermeiros, uma destas EEER, a fisiatra, a fisioterapeuta, a assistente social e os ortopedistas escalados nesse dia para o serviço. Como descrevem Marques-Vieira e Sousa (2016), uma equipa é um grupo de pessoas que tem objetivos em comum, desta forma poderá ser variável, quer ao número de disciplinas, quer ao número de elementos, mas que não falte ao alvo principal destes objetivos, a pessoa e a sua família. E foi isso mesmo que constatei, um trabalho conjunto, em função dos objetivos para a cirurgia e evolução da funcionalidade da pessoa no pós-operatório, com a delimitação muito clara dos cuidados de reabilitação e das metas a alcançar para garantir a maximização do potencial da pessoa.

A reabilitação só faz sentido quando trabalhada em equipa com outras profissões, em interdisciplinaridade. O sucesso do processo de reabilitação não consiste em exclusividade na execução das múltiplas técnicas, mas sim através da continuidade de todo este pressuposto que envolve o trabalho de manutenção e seguimento das pessoas alvo de cuidados, desenvolvidas por toda esta equipa (Menoita, Sousa & Vieira, 2012).

No caso concreto do foco do projeto de estágio – a prevenção de quedas - estas reuniões possibilitaram aferir com a equipa a informação a ser transmitida à pessoa e família, e as estratégias a implementar no serviço para reduzir o risco, a prevalência e as lesões associadas à queda. No segundo contexto de EC, muitas foram as intervenções para garantir a segurança da pessoa. Destaca-se, face à área de especialização, os exercícios para aumento da força muscular, do equilíbrio e da capacidade funcional, bem como a redução da polifarmácia, a educação para o autocuidado e o treino das atividades de vida diária (Cameron et al., 2018).

De referir que muitas das pessoas internadas no serviço de ortopedia tinham sofrido uma queda da qual resultou uma fratura, o que só por si lhes aumenta o risco de novo episódio no ano seguinte (Christy et al., 2020). Por isso, a intervenção do EEER deve prever a probabilidade da recorrência da queda, e assim focar-se na articulação com a equipa de enfermagem da comunidade para que o programa de reabilitação possa ter continuidade.

Assim, todo o exposto permitiu-nos afirmar o alcance das competências comuns:

C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

### 3.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para o desenvolvimento de competências neste domínio delineámos como atividades:

- Realização de uma reflexão escrita de ocorrências de conflito na prática de cuidados ou relação com a equipa multidisciplinar, visando a sua reflexão;
- Pesquisa bibliográfica sobre os conteúdos necessários à prestação de cuidados de reabilitação nos diferentes contextos clínicos.

A prática baseada na evidência (PBE) permite integrar a melhor evidência científica na prática clínica do profissional, este deve aliar a intervenção à preferência do cliente alvo de cuidados (pessoa e ou família) (Apóstolo, 2017; Domenico & Ide, 2003). Para que a PBE seja um processo que integra conhecimento e competência clínica, com resultados na aprendizagem dos profissionais, e secundariamente na melhoria dos cuidados clínicos, importa sistematizar os resultados da investigação (Apóstolo, 2017).

A RIL efetuada antes do início do EC foi um exemplo da pesquisa e identificação dos estudos que respondiam à questão de pesquisa, que implicou a leitura de artigos científicos, a sua análise e extração de resultados, que suportassem o objetivo da pesquisa.

Pelo supracitado e na procura do desenvolvimento de competências de especialista, houve necessidade de, primeiro, efetuar um conjunto de aprendizagens que foram suportadas pela pesquisa nas diversas bases de dados, de artigos científicos e de normas de prática clínica (*guidelines*) que suportassem a intervenção.

É importante estimular a interação entre o conhecimento da experiência profissional e o conhecimento científico. Por exemplo, no serviço de ortopedia, há um protocolo cirúrgico que recomenda que, no caso dos clientes que fazem uma medicação anticoagulante, haja uma paragem da terapêutica antes da cirurgia. O protocolo é correto e está suportado na evidência, mas foi um desafio compreender como a intervenção do EEER pode auxiliar ou traduzir-se em ganhos para uma pessoa que, pára a terapêutica anticoagulante e pode ter um risco aumentado de fenómenos tromboembólicos. Este *input* levou à realização de pesquisa para identificar intervenções de ER no perioperatório que diminuam o risco.

Outra atividade interessante e que contribuiu para o desenvolvimento das aprendizagens foi a elaboração dos jornais de aprendizagem, sendo estes uma boa ferramenta para a reflexão crítica sobre as práticas. Realizaram-se dois jornais de aprendizagem, um em cada contexto: **“Uma problemática indiscutível”**, (Apêndice III), realizado no primeiro contexto e que remete para a necessidade de enfermeiros especialistas nas ERPI na prestação de cuidados especializados. O que se justifica amplamente pelo grau de dependência das pessoas institucionalizadas, com pluripatologia e vulnerabilidade acrescida, e com necessidade complexa de cuidados. No segundo jornal intitulado: **“Contra factos não há argumentos”**, (Apêndice IV) refletimos sobre a gestão do risco de queda.

A revisão da literatura estendeu-se também à elaboração dos estudos de caso, onde se aprofundou conhecimentos sobre os diagnósticos de ER, as intervenções e os resultados sensíveis a este tipo de cuidados especializados, o que implicou procurar a evidência não só sobre as intervenções que permitem resolver os problemas, mas também sobre os indicadores dos cuidados de ER.

Neste domínio ressalva-se também o contributo para o desenvolvimento do conhecimento na equipa, como referido anteriormente. A formação dada à equipa, apesar das condicionantes impostas pela Pandemia SARS- CoV-2, permitiu não só informar sobre riscos e medidas preventivas como também dinamizou a mesma equipa em torno do tema e motivou-a a saber mais sobre o mesmo. A troca de *emails* revelou-se interessante, porque permitiu perceber que a mensagem foi transmitida, isto porque as AAD enviaram *emails* a pedirem esclarecimentos, sobre algumas intervenções. A formação da equipa e o suporte à mesma são domínios de uma prática avançada para a gestão do risco de queda (Baixinho & Dixe & Henriques, 2017).

Tudo o exposto permitiu afirmar o alcance das competências comuns:

D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;

D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos.

## **3.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**

### **3.2.1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados**

Para o desenvolvimento das competências neste domínio, delineámos como atividades:

- Avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa para satisfazer a sua necessidade de vida diária.
- Identificação de fatores facilitadores e inibidores para a promoção da satisfação.
- Monitorização das intervenções implementadas, relativamente a prevenção de quedas.
- Uso de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, com o propósito de avaliar os ganhos em saúde ao nível pessoal, familiar e social.

O EEER tem competências para a conceção de planos de cuidados de enfermagem especializados que incluem a reabilitação funcional motora, a reabilitação respiratória, o treino de atividades de vida diária, a seleção e prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a redução do risco de alteração da funcionalidade, prevenindo assim complicações, entre outros.

Articulando o tema do projeto proposto para a realização do ensino clínico, com o conteúdo deste domínio, trabalhou-se em parceria com as pessoas idosas e seus cuidadores para a gestão do risco de queda. Otimizou-se a colaboração multiprofissional, para garantir que as intervenções de ER fossem combinadas com as intervenções de outros profissionais (por exemplo com o médico da ERPI para conciliação terapêutica), para se conseguir diminuir o risco e a prevalência do número de episódios de quedas. Para além da intervenção em termos de reabilitação motora (força muscular, equilíbrio, marcha, treino proprioceptivo) e de treino das atividades de vida diária em segurança (vestir/despir, higiene corporal, transferência em segurança),

intervimos na equipa para melhorar a comunicação interdisciplinar, com a finalidade de prevenir as quedas dos clientes (Baixinho & Dixe, 2017).

Desta forma os planos de cuidados de ER incluíram a atividade física que é frequentemente recomendada nas pessoas idosas, para que eles possam manter a mobilidade e a função motora (Cameron et al., 2018). Nas pessoas com dificuldades de marcha e equilíbrio, é recomendável incentivar e acompanhar caminhadas “seguras” e implementar programas de exercícios supervisionados (McArthur, Gonzalez, Eric, & Giangregorio, 2016; Cameron et al., 2018).

Na implementação dos planos de cuidados, e especialmente no aumento progressivo do programa de atividade física/exercício, houve sempre o cuidado de identificar precocemente a presença e/ou aumento da fadiga na pessoa idosa, bem como da monitorização do tempo de marcha (Ferreira, et al., 2019).

Os planos de cuidados centraram-se no autocuidado, com o intuito de avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, planeados e centrados na pessoa (Queirós, et al., 2014). Deste modo, e com o objetivo de construir uma colheita de dados abrangente sobre os nossos clientes de cuidados, foi elaborado um instrumento de colheita de dados (apêndice V). Este documento contempla indicadores de avaliação, entre eles a identificação da pessoa, história de vida, história de doença atual, antecedentes pessoais e avaliação neurológica, da motricidade, da sensibilidade, do equilíbrio e da marcha, bem como a avaliação da dispneia. Usaram-se testes funcionais e escalas de avaliação para a apreciação multidimensional da pessoa com recurso a múltiplas escalas e testes de avaliação funcional validados e recomendados pelo colégio de especialidade (OE, 2017).

A aplicação destes instrumentos possibilitou a identificação de necessidades e a construção de um plano de cuidados adequado a prática da enfermagem de reabilitação (apêndice VI e VII). Indo ao encontro do enunciado por Massano (2012), em que a ER se dirige essencialmente a pessoas com doenças crónicas, e é justamente neste grupo que os ganhos em saúde, associados aos cuidados de enfermagem especializados, se traduzem e se expressam tanto pelo êxito na adaptação, como na manutenção funcional.

Como é possível observar no plano de cuidados I (Apêndice VI), realizado no contexto da ERPI, aquando da prestação de cuidados ao Sr. J.A., houve a preocupação em ter um plano multidimensional e com impacto na funcionalidade do cliente. Por exemplo, em termos de reabilitação motora, foi implementado um

programa de exercícios com ênfase nas mobilizações passivas nos segmentos corporais para evitar aderências e contraturas. Na avaliação desta parte do programa observou-se uma melhoria significativa, na amplitude de movimentos. Destacamos a evolução do aumento dos graus no membro inferior direito que estava numa amplitude de 0-15 e, passado um mês, passou para 0-60, ainda longe do valor de referência, mas a possibilitar a demonstração de ganhos funcionais.

Não sendo comum a presença de EEER nas ERPI foi com agrado que constatámos o papel importante desempenhado pelo orientador desse contexto na promoção e potencialização da capacidade de reabilitação de cada pessoa idosa institucionalizada, assim como a ajudar a lidar com as incapacidades e desvantagens (APER, 2010).

No que concerne ao ensino clínico no CH destacam-se algumas intervenções. A população idosa, com o avançar da idade, tem alterações no padrão respiratório, devido a vários fatores como: imobilidade prolongada a aguardar cirurgia, pelo posicionamento que vai levar a uma diminuição da capacidade em ventilar eficazmente. As principais complicações pulmonares encontradas no pós-operatório são: atelectasia, broncoespasmo, infeção traqueobrônquica, pneumonia, exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), insuficiência respiratória. Sendo fundamental que todos os clientes devam ser submetidos à reabilitação respiratória e motora desde o primeiro dia de internamento, com objetivo de prevenir as complicações respiratórias que aumentam a mortalidade e prolongam as estadias nos hospitais (Leme, Sitta, Toledo & Henriques, 2011, p. 243).

Tendo o ensino clínico decorrido num serviço de ortopedia, a reabilitação funcional motora (RFM) é central para a prevenção de complicações perioperatórias e para garantir que a pessoa consegue recuperar os níveis de funcionalidade pré-fratura. As principais intervenções dos programas de RFM, passam por: mobilizações ativas, com exceção do membro com fratura, contrações isométricas dos abdominais, glúteos, quadríceps e o treino da elevação da bacia. Ao nível da RFR, as intervenções que destacamos são: a consciencialização da respiração; os exercícios abomino - diagramáticos; os exercícios de reeducação costal e o ensino da tosse.

No período pós-operatório, os programas de RFM centram-se na transferência da cama-cadeirão, cadeirão-cama e o treino de marcha, com recurso a auxiliares de marcha (selecionados em conjunto com a pessoa, adequando a necessidade de segurança à preferência da pessoa). Estas intervenções são fundamentais, pois

permitem ganhos em saúde, nomeadamente melhorar a capacidade funcional, o que permite reduzir o tempo de internamento e conseqüentemente motivar a pessoa para o seu processo de reabilitação (Marques-Vieira & Sousa, 2016). Os EEER devem encorajar a executar o máximo possível de autocuidado das pessoas idosas.

De salientar que todas as intervenções planeadas foram prontamente debatidas com os Srs. Enfermeiros orientadores. O debate de casos clínicos *on-line*, com os colegas do mestrado também foi uma oportunidade rica de aprendizagem sobre os cuidados de ER a pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

Todo o relato anterior permitiu dar resposta aos objetivos que visam as unidades de competência:

J1.1 “Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades”;

J1.4 “Avalia os resultados das intervenções implementadas”.

### **3.2.2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

Para o desenvolvimento das competências neste domínio, delineámos como atividades:

- Implementa programas de treino de AVD, maximizando a autonomia da pessoa idosa.
- Ensina sobre técnicas específicas de autocuidado, envolvendo família e cuidadores.
- Identifica barreiras arquitetónicas, para colaborar na sensibilização para a eliminação, de forma a promover a mobilidade, acessibilidade com intuito da pessoa ter uma vida socialmente ativa.

Como referido na revisão da literatura, as quedas são um problema complexo em qualquer faixa etária, mas é na população idosa que apresentam conseqüências mais nefastas, com alto risco de morbilidade e mortalidade, principalmente entre as pessoas idosas que se encontram institucionalizadas, devido à presença de vários riscos, maior fragilidade e maior declínio funcional nesse grupo vulnerável. As quedas entre os idosos são consideradas uma síndrome em geriatria devido às suas múltiplas causas e fatores de risco (Ferreira, *et al.* 2019).

Por isso não só a sua prevenção como as suas consequências (físicas e psicológicas, incluindo lesões, hospitalizações, perturbação da mobilidade, medo de cair novamente, restrição da atividade, declínio funcional e/ou institucionalização) devem ser uma preocupação para a clínica do EEER e deve ser integrada na construção de programas de reabilitação funcional motora e respiratória, através de uma rígida seleção e prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a minimização das alterações da funcionalidade, decorrentes das consequências secundárias a este acidente. Essas intervenções vão desde o ensino, o treino da execução das atividades de vida diária em segurança com a promoção do autocuidado, e envolvem também os cuidadores e a família que podem reforçar os ensinamentos, mas têm também um papel ativo no reforço da informação, na mudança de comportamentos de risco e nas modificações ambientais para gerir o risco físico e ambiental.

Em forma de exemplo, salienta-se a preparação do regresso a casa do Sr.º JM, cliente de 65 anos de idade, internado por coxartrose e submetido a uma artroplastia. Ilustramos com esta situação, até pela elevada prevalência nas pessoas com mais de 60 anos e que pode tornar-se numa doença incapacitante, dado o papel da articulação coxo-femural como articulação de carga, e pequenas limitações nesta articulação que irão significar perda da autonomia da pessoa (Giordano, Oliveira & Mesquita, 2003).

Neste caso concreto, o cliente tinha conhecimento prévio ao internamento sobre o procedimento e alterações no autocuidado, porque frequentou as consultas pré-operatórias, o que lhe permitiu ter conhecimento sobre a cirurgia e fazer alterações no domicílio, nomeadamente no quarto, para garantir que na pós-cirurgia conseguisse realizar as transferências em segurança e com menor risco de luxação da prótese. O Sr. JM, que tinha sido intervencionado à direita e habitualmente dormia do lado esquerdo da cama, e seguindo as indicações, nas consultas prévias à cirurgia, que indicaram como transferir-se da cama. Visto que a transferência devia realizar-se pelo lado operado (Marques-Vieira & Sousa, 2016), neste caso em concreto pelo lado direito, ele optou por trocar de lugar na cama com a esposa.

Para Hoemen (2008) é fundamental trabalhar com os clientes e suas famílias, e, desta forma, desenvolver estratégias, no sentido de se atingirem metas que levem à restauração da função e a viver com maior independência. Esta cooperação e empenho com a pessoa e família, no pré-operatório, é fulcral para a recuperação funcional e reintegração na comunidade. Os ER devem compreender as

preocupações das famílias e clientes sobre o regresso a casa, identificar as necessidades de cuidados e as ajudas técnicas necessárias para dar continuidade ao processo de reabilitação ou readaptação funcional. Os cuidadores e pessoas significativas deverão ser preparados para o regresso a casa dos seus familiares, através de exemplos práticos e para os problemas reais que podem ocorrer (Menoita, Sousa & Vieira, 2012). Desta forma, como salienta Ferreira, et al (2019), os familiares, desempenham um papel crucial para a continuidade dos cuidados aos doentes agudos e crónicos, através de uma qualidade significativa.

Ao planearmos as sessões de RFM englobámos o ensino à pessoa e família acerca do programa de reabilitação, quais os exercícios a realizar e, após verificar os conhecimentos relativos às contrações isométricas dos grupos musculares e mobilizações ativas bem como o número de séries e o número de repetições, o cliente realizou o levante com uma ajuda parcial para que pudesse iniciar o treino de marcha, e demonstrou competência para o executar. Quando inicialmente lhe colocamos o dispositivo auxiliar de marcha, andarilho, este questionou porque não seriam as muletas, foram então explicados os benefícios para, nas primeiras seis semanas, andar com o andarilho até alcançar a maior independência possível.

A utilização de um dispositivo de auxiliador de marcha, nesta fase inicial, não está colocada em causa, pois vai permitir o equilíbrio corporal, a realização da marcha correta e com menos gasto energético. Apologista desta ideia é Hoemen (2008, pag. 240) que salienta que, numa fase inicial da cirurgia à anca, deve-se prescrever este dispositivo com o intuito de os ER monitorizarem a postura, alinhamento corporal, resistência, segurança e técnica. Muito embora isto seja verdade, numa fase precoce do processo de reabilitação, a pessoa manifeste menor capacidade de equilíbrio, bem como força muscular e, por estes fatores, um auxiliador de quatro apoios tem benefício ao invés das canadianas. Ao realizar o treino de marcha, o Sr. J.M. manifestou igualmente o que descrevemos, bem como maior segurança para realizar marcha.

Neste treino foram validadas a capacidade para andar com o auxiliar de marcha e a marcha: comprimento do ciclo de marcha e passo, largura do passo, cadência, velocidade, tempo de apoio, duração do passo e passada, fase de apoio e balanço, postura, base apoio, mudanças de direção (sobre o lado são) e o equilíbrio. Tendo o cliente demonstrado a capacidade para usar adequadamente um auxiliar de marcha.

Este ensino não poderá ficar apenas centrado no cliente, é necessário envolver a família, neste caso em particular foi a sua esposa. Face à pandemia, foi realizado

um telefonema e a mesma foi instruída para este cuidado anteriormente descrito. Para Hoemen (2008) este processo deve incluir: cuidar do equipamento (como o caso das borrachas, que não devem apresentar desgaste, devido ao risco de queda), a forma como chegar à posição de pé, como realizar o treino de marcha, como subir e descer escadas, como voltar a estar na posição de sentado. Concluindo-se que, abordados os fatores de risco de queda e a forma de os evitar, assim se previne. Para isso, de novo, foi usado o vídeo que tinha produzido para as cuidadoras da ERPI e, deste modo, foi possível alertar para alguns riscos para o cliente e para a sua esposa que, nesta fase, será igualmente um elo de ligação bastante importante.

A atuação do EEER tem como objetivo a manutenção das capacidades funcionais e a prevenção de complicações, neste sentido, aborda-se o trabalho desenvolvido com uma residente na ERPI. A D. H.N é uma residente parcialmente independente na satisfação das AVD, mas com uma patologia respiratória, com algumas agudizações sazonais. Como vem no *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação* (2015) a prescrição de intervenções visa, entre muitas outras práticas, a prevenção das complicações e a redução de risco ao nível sexual, motor, sensorial, cognitivo e cardiorrespiratório.

A residente em questão apresentava-se orientada em todas as referências, mas tinha um défice de concentração nas instruções que lhe eram indicadas. Para melhorar o padrão respiratório da residente foi planeado um programa de RFR e exercício físico.

Na população idosa é fundamental, nestas primeiras abordagens, verificar as alterações respiratórias, de forma a adequar as práticas específicas do EEER. Nas primeiras três semanas executaram-se exclusivamente exercícios de RFR que podemos destacar: controle e dissociação dos tempos respiratórios, reeducação diafragmática, reeducação costal global com bastão. No início de cada sessão eram avaliados os cinco sinais vitais bem como a auscultação pulmonar e otimizado o posicionamento da cliente e relaxamento. Quando estavam garantidas estas condições, iniciávamos os exercícios anteriormente descritos. No início, com alguma dificuldade na compreensão para a realização dos exercícios, mas que foram ultrapassados com a utilização de instruções simples e dirigidas para a forma de executar corretamente a técnica, repetidas e com controlo do ambiente para evitar distrações.

Para o desenvolvimento destas competências salientamos a importância da componente teórica e teórico-prática lecionada durante o primeiro ano do curso de mestrado, na UC opção I - Cuidar a Pessoa com alterações osteoarticulares – A perspectiva da Enfermagem de Reabilitação, bem como a UC Enfermagem de Reabilitação I & II, mas também a realização de pesquisas de artigos em bases de dados científicos e leitura de obras de referência neste domínio, bem como, e não tão menos importantes, em todos os momentos de prestação de cuidados a estes clientes, com a partilha e aquisição de conhecimentos com os Srs. Enfermeiros orientadores e a Sra. Professora.

Concluo com o enunciado nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2018): a excelência do desenvolvimento da enfermagem de reabilitação traz ganhos em saúde nos diferentes contextos onde se apresentam os clientes com necessidades de cuidados especializados, destacando a prevenção de complicações e a recuperação das suas capacidades remanescentes, de forma a colocar a pessoa com maior independência possível.

Todo o exposto anteriormente permite afirmar o alcance dos objetivos que visam as unidades de competência:

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;

J1.3 Implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação, e da sexualidade.

### **3.2.3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa**

Para o desenvolvimento das competências neste domínio, delineámos como atividades:

- Planeamento de um programa de treino motor, adequado à população alvo, de reeducação funcional respiratória e motora da pessoa idosa institucionalizada, de acordo com os problemas de enfermagem diagnosticados.

- Avaliação contínua e monitorização conforme objetivos definidos com a pessoa, reformulando em função dos resultados obtidos.

Ilustrando com um exemplo relacionado com o tema do projeto, abordamos o medo de cair que pode levar a pessoa idosa a adotar uma atitude preventiva inadequada adotando comportamentos defensivos, reduzindo a atividade física e a realização das AVD por medo de cair na realização das mesmas. Esta questão que é explorada na literatura (Baixinho et al., 2021) e é um desafio em todos os contextos para a intervenção do enfermeiro no controlo desse medo. Nas ERPI, os enfermeiros devem optar por intervenções para diminuir o medo de cair dos idosos e as próprias quedas, controlar o humor depressivo e promover a mobilidade e a interação social (Huang, et al., 2016).

Alguns autores reforçam a importância de programas em grupo para atingir os objetivos supracitados (Cameron et al., 2018; Christy et al., 2020; Baixinho et al., 2021), todavia, no decorrer dos ensinamentos clínicos, não foi possível a criação de programas em grupos, devido ao contexto pandémico atual, por isso optámos por programas individualizados, de forma a maximizar as capacidades dos clientes a quem prestamos cuidados.

No EC realizado na ERPI aos clientes a quem prestamos cuidados de ER de forma individualizada, numa primeira fase, foram aplicadas escalas e teste de avaliação, para determinar o risco de queda: a escala de Morse; o Timed Up and Go; e o teste de equilíbrio de Berg para identificar o risco e planear as intervenções. Como exemplo, descreve-se a prestação de cuidados à D. J., uma senhora 75 anos, que, ao embater com o andorlho na mesa da cozinha, se desequilibrou e caiu no chão, resultando a queda, numa fratura sub-capital. Após o primeiro dia de pós-operatório, a cliente, por indicação médica, não pôde fazer levantar, mas podia fazer mobilizações ativas e ativas assistidas no membro operado. No primeiro contacto, senti que a cliente estava triste, e com dificuldades em exprimir as suas necessidades, evitando as tentativas terapêuticas iniciais na relação terapêutica e de reabilitação. No dia seguinte, manteve-se uma estratégia com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança e avaliar as necessidades sentidas da cliente. Esta referiu a sua preocupação com a sua recuperação, porque estava com receio de não conseguir voltar a andar e a conduzir o seu carro, pois era uma das suas paixões, bem como cuidar das flores do seu quintal.

A cliente mostrava-se preocupada no que diz respeito as consequências das quedas, estas seriam as físicas (como é a perturbação da mobilidade) e psicológicas (isolamento por não conseguir sair de casa e voltar a conduzir), novas hospitalizações, medo de cair novamente, restrição da atividade, declínio funcional e/ou institucionalização. Como referem Baixinho e Dixe (2017), as quedas fazem com que a pessoa idosa seja impossibilitada de envelhecer de forma ativa e saudável, expondo isto, as autoras indicam ainda a ideia de que, em cada ocorrência de queda, haverá custos altos na qualidade de vida e na vertente social.

Posto isto e, ao executar as mobilizações ativas e ativas-assistidas do membro, observou-se que a cliente estava a chorar, interromperam-se os exercícios, questionou-se sobre a presença de dor e criou-se uma oportunidade para a cliente manifestar as suas preocupações, através da escuta ativa. A cliente referiu que pensava que nunca mais iria mexer a perna. Este medo foi desconstruído, explicou-se que era um receio fundado e clarificaram-se as diferentes etapas do processo de reabilitação que iriam possibilitar a recuperação da marcha e da independência para o autocuidado.

O exemplo demonstra a dificuldade que pode existir na promoção da funcionalidade, porque implica o desenvolvimento de uma relação de confiança e terapêutica com a pessoa.

O exposto possibilita afirmar o alcance dos objetivos que visam as unidades de competência:

J3.1 Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório;

J3.2 Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados.

## 4. AVALIAÇÃO

Para a realização do atual capítulo, pretendemos abordar a análise das atividades desenvolvidas, identificando o percurso efetuado, os pontos fortes, as limitações vivenciadas e as dificuldades ao longo deste projeto.

No decorrer dos ensinamentos clínicos vivemos múltiplas oportunidades de aprendizagem e diversas experiências que permitiram enriquecer o percurso acadêmico, implementar e aprofundar o conhecimento adquirido e que contribuíram para o desenvolvimento das competências e que auxiliou também na construção de uma identidade própria como Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A elaboração deste relatório permitiu refletir sobre as atividades desenvolvidas e os processos formativos, identificando e analisando estas mesmas atividades e aprendizagens que conduziram ao desenvolvimento de competências.

Para facilitar o reporte desta autoavaliação, optamos pela análise do tipo SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) (Pereira & Rito, 2015).

### **Forças (*Strengths*)**

Quanto à maior força identificada neste percurso, consideramos ter sido a de aplicabilidade do projeto de estágio, visto este abordar uma área da intervenção de EEER muito pertinente nos contextos onde se realizou o ensino clínico.

As escolhas dos dois campos de ensino clínico com valências tão distintas possibilitaram a aquisição de conhecimentos, assumindo um papel importante na formação, permitindo desenvolver competências de EEER através da intervenção junto de pessoas nos diferentes contextos, com necessidades complexas, específicas e diversificadas, o que enriqueceu a aprendizagem.

A integração nas equipas multidisciplinares, mediada e facilitada pelos enfermeiros orientadores foi outra das forças.

### **Fraquezas (*Weaknesses*)**

A maior dificuldade identificada neste percurso foi a gestão do tempo e a conciliação da vida profissional com a vida académica, exigindo muitas horas para o estágio nos dois contextos do ensino clínico bem como todo o estudo subjacente necessário para concretizar as atividades.

A pandemia alterou a organização de todos os serviços de saúde e teve implicação no afastamento das famílias dos ambientes de prática clínica e, portanto, houve necessidade de desenvolver estratégias para ultrapassar esta limitação.

### **Oportunidades (*Opportunities*)**

Ao longo deste percurso composto por momentos “altos” e “baixos”, existiram dois momentos que foram fundamentais na criação de oportunidades para o desenvolvimento.

Uma oportunidade foi externa ao ensino clínico, e foi a elaboração de um projeto para o financiamento de um ginásio devidamente equipado para a atividade física e programas de reabilitação para a pessoa idosa, sendo que este financiamento foi solicitado para a instituição onde o mestrando exerce a sua atividade profissional.

O outro ponto, igualmente importante e motivante, foi o de ter sido convidado por colegas do Brasil para escrever um capítulo para o livro “Saúde do Idosos dependentes: Perspetivas e desafios” com os resultados da RIL elaborada no decurso deste projeto.

Além destas duas situações, os campos de ensino clínicos foram locais onde foi igualmente possível o desenvolvimento das competências necessárias para obter o título de EEER.

Este percurso formativo foi pautado por pessoas com um leque de conhecimentos capazes de estimular o ensino e a partilha de conhecimentos que decorreram durante dezoito semanas.

### **Ameaças (*Threats*)**

Não consideramos que houvesse um momento de ameaça ao longo deste percurso, porque não existiram aspetos que impediram o alcance dos objetivos delineados, muito pelo contrário, como já tivemos oportunidade de referir.

Concluindo com o desejo de que este projeto não fique por aqui, no papel, que se tenha valorizado o papel dos enfermeiros na gestão do risco de queda na

população idosa, e inicie a discussão da importância de haver ER em todas as ERPI em Portugal.

As oportunidades de aprendizagem nos ensinos clínicos permitiram o desenvolvimento das competências de EEER. As metas traçadas e as expectativas, enquanto estudante, foram sobejamente alcançadas. A possibilidade de transitar em dois campos de ensino clínico tão distintos, mas com um leque imenso de novas aprendizagens e experiências diversificadas, contribuíram para o alcance das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS DE FUTURO

O presente relatório teve como objetivo demonstrar o percurso formativo, as aprendizagens que daí surgiram e que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEER.

Sendo este processo o início de um percurso profissional que nos remete para uma constante aprendizagem, na melhoria dos cuidados prestados às pessoas e às suas famílias, através dos conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas, podemos referir que esta é uma primeira etapa de um longo percurso.

Através da revisão de literatura, pesquisa constante e análise da evidência foi-se aprendendo, analisando as práticas e crescendo enquanto profissional. Terminamos esta etapa com a crença de que, para melhorar significativamente as condições de saúde dos clientes, é insofismável a necessidade de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação nas estruturas residenciais para pessoas idosas, bem como nos variadíssimos contextos clínicos. Os EEER são preciosos para melhores cuidados de saúde em todo o ciclo de vida, perante a pessoa vulnerável, com maior fragilidade e exposta a eventos adversos, como é a causa da queda.

O interesse pelo tema justifica-se pelo envelhecimento da população e o aumento da esperança média de vida da população, originando problemas cada vez mais incapacitantes que aumentam o risco de queda e de fratura. O contacto diário com as pessoas idosas em risco de cair permitiu constatar que a institucionalização tem uma elevada carga emocional e física, levando à ausência de atividades de ocupação e à 'desresponsabilização' da pessoa face às AVD. É fundamental que, após a institucionalização, haja cuidados de reabilitação para com a pessoa idosa com défice de mobilidade e autocuidado. Isto implica a necessidade de uma mudança nas dinâmicas das ERPI centrando a prestação de cuidados em prol das necessidades de saúde da pessoa idosa e da sua família, com capacidade de resposta para as múltiplas situações de doença e problemas, e que assegure um *continuum* de cuidados organizados, integrados e articulados ente si.

O enfermeiro de reabilitação é um elemento central para a dinamização de programas de reabilitação e de integração dos cuidados de saúde. Consideramos igualmente que, neste processo de institucionalização, as competências deste especialista são cruciais na gestão de cuidados ao idoso com esta problemática e no

apoio aos cuidadores informais e a outros profissionais envolvidos nos cuidados ao idoso no seu contexto social.

Após o término desta formação acadêmica, pretendo iniciar a prestação de cuidados especializados na ERPI onde exerço funções, dinamizando a equipa na implementação de estratégias adaptativas que permitam à pessoa manter o autocuidado na realização das AVD, evitando a dependência e maximizando a funcionalidade e capacidade de autocuidado. Para que os mesmos sejam alcançados importa investir na contínua atualização de conhecimentos, baseada na melhor evidência disponível e no desenvolvimento de esforços demonstrativos dos conhecimentos adquiridos.

Consideramos adquiridas com sucesso as competências comuns e específicas enquanto EEER, muito embora o desafio comece agora, porque devemos olhar para o que ainda falta desenvolver e ir ao encontro de estratégias para colmatar as lacunas existentes.

## REFERÊNCIAS:

- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, & American Academy of Orthopaedic Surgeons (2001). Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*, Vol.49 No.5. pág. 664-672.
- Apóstolo, J. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Associação Portuguesa Dos Enfermeiros De Reabilitação (2010). Maximizar os ganhos em saúde da população: os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação como agentes na obtenção de ganhos em saúde. Acedido em 15.03.2021, disponível: <https://aper.pt/ficheiros/documentos/aper2.pdf>
- Baixinho C.L & Dixe, M.A. (2017). Práticas das equipas na prevenção de queda nos idosos institucionalizados: Construção e validação de escala. *Texto Contexto Enfermagem*. 2017; 26 (3). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002310016>.
- Baixinho, C.L., Dixe, M., & Henriques, M. (2017). Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 740-746. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>
- Baixinho, C.L., Ferreira, Ó, Joaquim, I. & Marques, C. (2016). Terapêutica de posição nas transições de vida in Lourenço, M. Ferreira, O., & Baixinho, C. (Coord.) *Terapêutica de Posição – Contributo para um cuidado de saúde seguro*. Portugal: Lusociência.
- Baixinho, C.L., Bernardes, R.A., Henriques, M.A. (2020). Como avaliar o risco de queda em idosos institucionalizados? *Revista baiana enfermagem*;34:e34861. <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v34.34861>
- Baixinho, C.L., Dixe, M.A., Henriques, M.A., Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2021). O medo de queda nos profissionais que cuidam de idosos institucionalizados. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 2021;42:e20200258. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200258>
- Cameron IDD, S.M. Panagoda, C.E. Murray, G.R., Hill, K.D., Cumming, R.G., & Kerse, N. (2018). Interventions for preventing falls in older people in care

facilities and hospitals. Cochrane Database of Systematic Reviews;CD005465(9) DOI: [10.1002/14651858.CD005465.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005465.pub4)

Christy, M., Adams, C.M., Tancredib, D.J., Bell, J.F., Cats, S.L., & Romanod, P.S. (2020). Associations between home injury falls and prior hospitalizations in community dwelling older adults. A population case-crossover study. *Injury*. 51(2):260-266. <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2019.11.035>

Chan, D.K.Y. & Chan, L.K.K. (2019). Falls in nursing homes: challenges from a nursing perspective. *British Journal of Community Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.1.6>

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República I Série –A*, N. º205 (04-09 - 1996) 2959-2962.

Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março. (2006). Procede à regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior. *Diário da República I série*, Nº60 (24-03-2006), 2242-2257

Decreto-Lei nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*.

Direção Geral da Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº 001/2017 de 08/02/2017.

Domenico, E.B.L.D. & Ide C.A.C. (2003). Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Rev Latino-am Enfermagem*; Vol11 n1:115-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000100017>

Ferreira, L.M.B.M.; et al. (2019). Recurrent falls and risk factors among institutionalized older people. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol 24 No.1. pag:67-75. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35472016>

Ferreira, D.C.O & Yoshitome, A.Y (2010). Prevalência e características de quedas de idosos institucionalizados. *Revista brasileira de enfermagem*, Vol 23 No.6, pag.991-997. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/19.pdf>

Fradinho, M. (1990). Educação Física Geriátrica – Fundamentos e técnicas. Oficinas. Braga. pág 19.

Giordano, M; Oliveira, L.P. & Mesquita, K.C (2003). Doença articular degenerativa do quadril: etiopatogénia e classificação. Programa de revisão e educação

- continua. ATO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA DO RIO DE JANEIRO. Ano 1 – Fascículo 2 – Julho 2003.
- Hoeman, S. (2008). Enfermagem de Reabilitação – Processo e aplicação. (2ª Edição). Loures: Lusociência.
- Huang T.; Meng-Ling C.; Fan-Ru C.; Yen-Fan C.; & Bi-Hwa W., (2016). Evaluation of a combined cognitive-behavioural and exercise intervention to manage fear of falling among elderly residents in nursing homes. *Aging & Mental Health*, Vol. 20, No 1. pág. 2-12. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1020411>
- Instituto Nacional de Estatística Portugal (2019). Causas de Morte 2017. Edição 2109. Pag 119-120. Lisboa.
- Lazure, H (1994). A relação de ajuda – abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira. Lisboa. Lusodidacta.
- Leme, L.; Sitta, M.C.; Toledo, M.; Henriques, S. (2011). Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos. *Revista Bras. Ortop.* Nº 46 (3).p.236- 246. <https://doi.org/10.1590/S0102-36162011000300002>
- Viswanathan, Kurup & Felix J.W. (2015) Balance Status of the Elderly People and Factors Associated with it. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy.* 9 (1) DOI:[10.5958/0973-5674.2015.00024.6](https://doi.org/10.5958/0973-5674.2015.00024.6)
- Lee, S.H. & Kim, H.S. (2017). Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*; 14(1), 74–80. DOI: [10.1111/wvn.12193](https://doi.org/10.1111/wvn.12193)
- Massano A.M.P.P (2012). Utilização de instrumentos de avaliação funcional pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no planeamento dos cuidados para a mobilidade. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de saúde de Santarém. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.15/1258>
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Loures: Lusodidacta.
- Mendes, K.D.S., Silveira, R.C.C.P., & Galvão, C.M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem.* 17(4):758-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

- McArthur, C., Gonzalez, D.A., & Giangregorio, L. (2016). What Are the Circumstances of Falls and Fractures in Long-Term Care? *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* Vol.35 No4. pág. 491 – 498. <https://doi.org/10.1017/S0714980816000556>[Opens in a new window]
- Menoita, E., Sousa, L.M.S., Alvo, I.B.P. & Vieira, C.M. (2012). *Reabilitação a pessoa idosa com AVC – Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Muëller, D., et al. (2015). Cost-effectiveness of a multifactorial fracture prevention program for elderly people admitted to nursing homes. *Eur J Health Econ* Vol.16 No.5 pág.517–527. Disponível: DOI: [10.1007/s10198-014-0605-5](https://doi.org/10.1007/s10198-014-0605-5)
- Neto, A.H.A; et al. (2017). Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(4):752-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0107>
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro. Dos Comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas Práticas cuidados À pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2015). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2016). *Instrumento Recolha Dados Documentacao Cuidados Enfermagem de Reabilitacao*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos enfermeiros (2020). Contributo para uma estratégia nacional para as estruturas residenciais para pessoas idosas. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Patrick R; Clemens B; Schulz C; Hans-Helmut K & Kilian R. (2018). Long-term evaluation of the implementation of a large fall and fracture prevention program in longterm care facilities. BMC Geriatrics 18:233. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0924-y>
- Pereira, I.C.B.F (2011). Do hospital para casa: estruturada da acção de enfermagem. Uma teoria de médio alcance. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Pereira, R. & Rito, M. (2015) II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Livro de Comunicações & Conferências. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Pág 270-275. ISBN: 978-989-98443-6-0. Disponível: [https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i\\_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf](https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/978-989-98443-6-0.pdf)
- Queirós, P.J.P., Vidinha, T. S.S., & Filho, A.J.A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência Série IV - No. 3. pág.157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
- Roigk, P., et al. (2018). Long-term evaluation of the implementation of a large fall and fracture prevention program in longterm care facilities. Roigk et al. BMC Geriatrics Vol18, No. 233. Pág 1-12 <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0924-Y>
- Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. Journal of Aging A+and Inovation, Vol. 6 No.1), 51-54. Disponível:<http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Walker, G. M., Armstrong, S., Gordon, A. L., et al. The Falls In Care Home study: a feasibility randomized controlled trial of the use of a risk assessment and decision support tool to prevent falls in care homes. Clínic Reab. 2016;30(10):972-83. doi: 10.1177/0269215515604672.

World Health Organization (2007). who global report on falls prevention in older age.

Acedido em: 18.06.2020: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls#.XueBjpJYwRw.email>

World Health Organization (2018). Falls. Acedido em: 18.06.2020:

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls#.XueBjpJYwRw.email>

# Apêndices

# Apêndices

I



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem  
de Reabilitação na Prevenção da Queda na Pessoa Idosa  
Institucionalizada**

**António João da Silva Soares Abrantes**

---

**Lisboa  
2020**



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem  
de Reabilitação na Prevenção da Queda na Pessoa Idosa  
Institucionalizada**

**António João da Silva Soares Abrantes**



Orientador: Cristina Rosa Baixinho



**Lisboa  
2020**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AC - Autocuidado

ACEER – Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ER – Enfermagem de Reabilitação

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Prática Clínica

PF – Projeto de Formação

## ÍNDICE

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>INTRODUÇÃO DO PROJETO</b>   | <b>6</b>    |
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO</b>                                     | <b>8</b>    |
| <b>2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS</b>                                      | <b>9</b>    |
| <b>3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA</b>                            | <b>12</b>   |
| <b>3.1 REVISÃO DA LITERATURA</b>                                       | <b>12</b>   |
| <b>3.2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA</b>                            | <b>21</b>   |
| <b>3.3 PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS</b>                                 | <b>24</b>   |
| <b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | <b>26</b>   |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>                                      | <b>27</b>   |
| <b>APÊNDICES</b>   |             |
| Apêndice I – Protocolo de Revisão Narrativa Literatura                 |             |
| Apêndice II – Tabela Resumo dos Textos da Revisão Narrativa Literatura |             |
| Apêndice III – Guião de Entrevista (caso aconteça)                     |             |
| Apêndice IV – Tabela competências comuns Enfermagem Especialista       |             |
| Apêndice V – Tabela competências específicas EEER                      |             |
| Apêndice VI Cronograma de Atividades                                   |             |
| Apêndice VII – PowerPoint Apresentação Intercalar                      |             |
| Apêndice VIII – PowerPoint Apresentação Final                          |             |
| <b>ANEXOS</b>  |             |
| Anexo I – Grelha de Avaliação do Projeto de Formação                   |             |
| Anexo II – Regulamento Competências específicas EEER                   |             |
| Anexo III – Regulamento Competências Comuns EE                         |             |

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080

Figura 2. Teoria do défice do autocuidado de enfermagem de D. Orem

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 11º curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, foi solicitada aos alunos de forma individual a realização de um projeto de formação. Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular Opção II - Projeto, como forma de planear o trabalho a desenvolver no 3º semestre do Mestrado na área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, com a finalidade de desenvolver competências requeridas para ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Desta forma este documento tem como objetivo geral definir a área de estudo que se tenciona aprofundar enquanto estudante, segundo os descritores de Dublin para o 2º ciclo (Decreto-Lei nº74/2006), para a atribuição do grau de mestre este deve possuir as seguintes competências: saber aplicar os seus conhecimentos, a sua compreensão e resolver problemas em situações novas e não familiares. Serem capazes de comunicar as suas ideias e que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida. O grau de mestre é atribuído nas especialidades que sejam estendidas em áreas de especialização. Assim sendo e com o cruzamento das mesmas ideias, segundo a OE, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem de:

Desenvolver competências éticas, científicas, relacionais e técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através do desenvolvimento de capacidades na área da prevenção das quedas da pessoa idosa institucionalizada.

Os objetivos específicos definidos para este projeto são:

1. Integrar as equipas dos vários contextos de ensino clínico;
2. Caracterizar a intervenção do EEER, no âmbito da prevenção de quedas;
3. Planear, prestar e avaliar intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, quer no contexto de ensino clínico de comunidade;
4. Capacitar a pessoa idosa e a sua família para o programa de reabilitação;
5. Intervir junto da pessoa idosa, da sua família e equipa da ERPI para a gestão do risco de queda;

6. Promover uma adequada preparação e planeamento da alta (dos idosos que irão regressar à ERPI), incluindo o assegurar dos conhecimentos da pessoa idosa, familiares de referência e cuidadores formais;
7. Desenvolver uma prática reflexiva sobre a práxis das equipas de enfermagem, promovendo a atualização técnico-científica.

O interesse pessoal sobre este tema deve-se à experiência profissional como enfermeiro de cuidados gerais numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) onde me deparo com quedas de idosos que se encontram institucionalizados.

Este projeto de estágio apresenta a seguinte organização:

- Enquadramento concetual do tema, em que será explicitado a problemática abordada, a justificação e pertinência do tema, e o estado da arte, utilizando a metodologia de revisão narrativa da literatura;
- Modelo concetual do Autocuidado de Orem que irá sustentar a prática de cuidados a desenvolver durante os estágios do 3º semestre;
- Os objetivos e atividades que proponho desenvolver ao longo dos estágios;
- Por último será o capítulo das considerações finais.

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

### 1.1 - TÍTULO

Intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na prevenção de queda da pessoa idosa institucionalizada

### 1.2 - PALAVRAS-CHAVE

- Idoso;
- Quedas/ quedas acidentais;
- Avaliação do risco;
- Prevenção;
- Estruturas Residenciais Para Idosos;
- Enfermagem de Reabilitação.

### 1.3 - DATA DE INÍCIO

- Novembro 2020

### 1.4 - DURAÇÃO

- 6 meses

## 2 - INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

### **Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras**

#### **- Serviço de ortopedia;**

O Centro Hospitalar do Oeste tem, aproximadamente, na sua área de influência, cerca de 292,546 pessoas de população “residentes” e está dividido pelos vários concelhos à sua volta.

A sua missão é a prestação de cuidados de saúde, através do rigor e excelência nas diferentes vertentes (técnica, científica e organizacional), mas sempre com ética profissional e justiça social, respeitando os pressupostos na Constituição da República Portuguesa e o compromisso do Serviço Nacional de Saúde.

A visibilidade do Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras deve-se ao seu reconhecimento como referência ao nível regional, nacional e internacional.

Todos os recursos humanos que abrangem o Centro Hospitalar do Oeste regem-se pelos seguintes valores e princípios:

Valores: serviço público; justiça e equidade; afeto.

Princípios: primado e centralidade no doente; respeito pela dignidade individual.

Privacidade dos cuidados em ambiente limpo e confortável; ética e responsabilidade social; qualidade e inovação nas práticas clínicas e organizativas; colaboração e promoção de parcerias com os diferentes *stakeholders* da Saúde.

A premissa, no que respeita os objetivos do Centro Hospitalar do Oeste-Hospital de Torres Vedras, é a de “Reforçar a Coesão e a Igualdade Social”, outros objetivos são promover o acesso da população ao SNS, reduzir os encargos para as famílias e garantir uma maior qualidade do SNS.

## **Unidade de Cuidados Comunidade**

Com a sua criação no ano de 2010, hoje, a UCC Mafra conta com catorze enfermeiros e sete outros profissionais que abrangem cerca de 99.988 utentes do concelho de Cascais, com, aproximadamente, 39% destes utentes a serem pessoas idosas.

A sua missão prende-se com a contribuição dos mesmos para a melhoria do estado de saúde da população do concelho, com a estreita colaboração e articulação com parcerias, recursos existentes na comunidade, garantindo uma correta prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social às pessoas, famílias e grupos vulneráveis, em situação de maior risco e/ou dependência, atuando ao nível da promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação.

Projetam-se como uma unidade de saúde de referência, assegurando um desempenho sustentado pela excelência da prestação de cuidados de saúde, orientada para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, através das diferentes intervenções anteriormente descritas.

Os valores que sustentam a forma de trabalhar, no sentido da excelência, são:

Humanização; Cooperação; Dedicção; Solidariedade e trabalho de equipa; Responsabilidade; Autonomia; Criatividade/Inovação; Satisfação dos profissionais e dos utentes; Gestão participativa.

### **Estrutura Residencial Pessoas Idosas – Santa Casa da Misericórdia de**

#### **Sobral de Monte Agraço**

A Santa Casa da Misericórdia de Sobral de Monte Agraço foi fundada em 1949, através da Associação de Fiéis e por iniciativa de um grupo de Sobralenses que tinham por objetivo dar soluções a carências sociais, nomeadamente o combate à situação de pobreza vivenciada na altura.

A sua atividade inicial era a atribuição de géneros alimentares, roupas e medicamentos. Contudo a cedência de um terreno por parte da Câmara Municipal possibilitou à Misericórdia construir um Hospital, passando, desde então, a desenvolver a sua atividade ao nível dos cuidados gerais de saúde. Esta atividade

terminou em virtude da expropriação do Hospital, levada a efeito após o 25 de Abril de 1974.

As principais valências e respostas sociais da Santa Casa da Misericórdia do Sobral de Monte Agraço são:

- Lar;
- Lar de Grandes Dependentes (com edifício próprio);
- Centro de Dia;
- Apoio Domiciliário;
- Cantina Social.

A resposta social do Lar abrange 57 clientes. Ao nível da resposta dada pelo Centro de Dia, a abrangência atual é de 100 pessoas.

Desde o início da fundação, mantem-se o objetivo da instituição que é a prevenção de carências sociais que afetam a população do concelho do Sobral de Monte Agraço. Neste âmbito, realizam-se atividades sociais no apoio às famílias e idosos, assegurando aos cidadãos locais a proteção na doença, na invalidez e na velhice, através das diferentes respostas sociais.

### 3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

Neste capítulo iremos justificar a importância do tema, assim como apresentaremos a revisão de literatura como metodologia para compreendermos a evidência científica existente sobre esta temática.

#### 3.1. REVISÃO DA LITERATURA

As quedas são uma realidade mundial que atinge todo o ciclo de vida, mesmo com todas as estratégias de prevenção, ainda não se conseguiu diminuir esta incidência na população que tem vindo a aumentar nos mais idosos.

As quedas representam uma das maiores causas de morte no mundo, segundo a OMS (2018) trata-se mesmo da segunda causa de morte. Esta define queda como um evento não intencional resultando numa mudança de posição para um nível mais baixo em relação à posição inicial, excluindo as alterações intencionais com posição em móveis, paredes ou outros objetos (WHO, 2007).

No ano 2017, em Portugal, registaram-se 842 mortes, devido a quedas. Destas mais de 82% foram em pessoas com 65 ou mais anos (INE, 2019). A OMS (2018) avança para números maiores ao nível global, 646.000, na sua totalidade.

No que diz respeito às causas das quedas, estas podem-se agrupar por fatores intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos são os que estão relacionados com as alterações fisiopatológicas que decorrem do processo de envelhecimento e consumo de medicamentos. Por sua vez os fatores extrínsecos são os “que estão intimamente ligados aos perigos ambientais, devido às barreiras arquitetónicas bem como o mobiliário da residência para os idosos” (Gomes, *et al.* 2014).

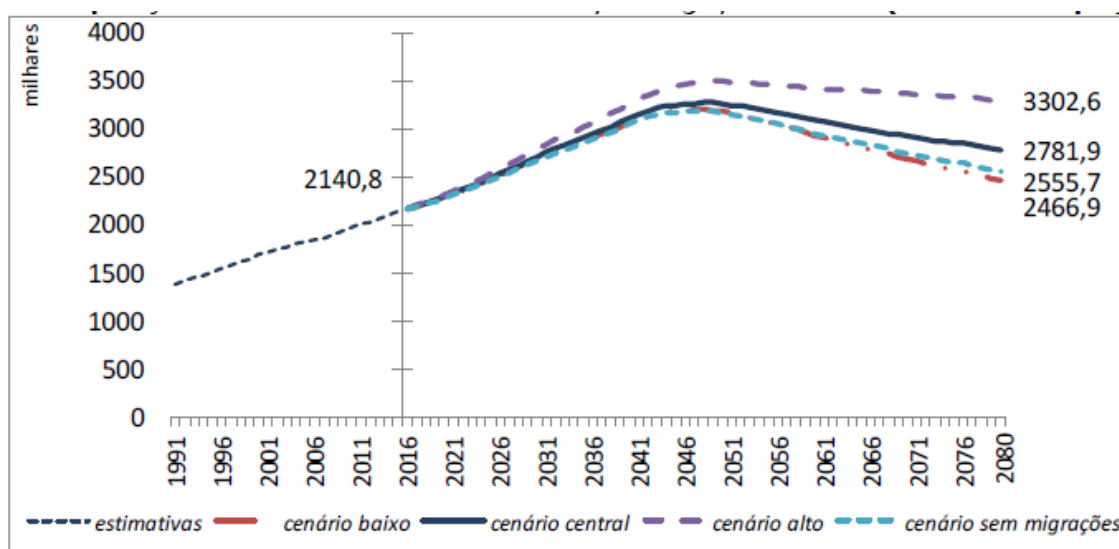
No que diz respeito as consequências das quedas, estas podem ser físicas e psicológicas, incluindo lesões, hospitalizações, perturbação da mobilidade, medo de cair novamente, restrição da atividade, declínio funcional e/ou institucionalização.

Como referem Baixinho e Dixe (2017), as quedas fazem com que a pessoa idosa seja impossibilitada de envelhecer de forma ativa e saudável, expondo isto, as autoras indicam ainda a ideia de que, em cada ocorrência de queda, haverá custos altos na qualidade de vida e na vertente social.

## ENVELHECIMENTO

A Direção Geral de Saúde (2004) definiu envelhecimento como: *processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida*, complementa esta ideia, referindo (Vieira, Amaral, & Sousa, 2016), *não é considerado um problema, mas sim como parte natural do ciclo de vida, influenciado por determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, mas simultaneamente relacionados com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais*.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), a população idosa em Portugal, passará de 2,1 milhões para 2,8 milhões, até 2080 (figura 1).



(Figura 1: População residente com 65 ou mais anos, Portugal, 1991-2080)

Salientando a ideia de que em Portugal, face aos resultados obtidos no cenário central, o índice de envelhecimento poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens.

Para Araújo, et al. (2017, p. 26), “O envelhecimento da população é visto como um grande triunfo da humanidade e ao mesmo tempo como um desafio quanto à qualidade de vida e ao bem-estar”. Devemos então arranjar estratégias/programas para que o envelhecimento se realize de uma forma saudável e não como a última etapa da vida.

## **INSTITUCIONALIZAÇÃO**

Deve-se à incapacidade das famílias para darem resposta às necessidades dos seus familiares. Não existe ao certo a indicação de um número de estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) em Portugal e de quantos idosos se encontram nesta situação.

As causas para a institucionalização são múltiplas, não existindo um único fator isolado. Mas a institucionalização, em muitos dos casos, não é consensual entre o idoso e a sua família.

Os idosos definem a ida para um lar como sendo um lugar em que é possível envelhecer, mas que é igualmente para morrer (Oliveira & Rozendo, 2014). A vida na ERPI é o tempo que resta até a morte chegar, manifestando que é algo que está próximo (Oliveira & Rozendo, 2014).

Muitas famílias referem que deixar o familiar numa ERPI é o seu último recurso, e são concludentes, explicando que a idade avançada bem como um aumento da dependência, ao nível físico e mental, leva aos processos de institucionalização, devido as múltiplas fragilidades da pessoa idosa. Assim, o défice cognitivo e a dependência para a satisfação das AVD's (Atividades de Vida Diária) estão fortemente ligados a esta situação de institucionalização. Outros fatores referidos são os idosos não terem companheiro, não terem filhos, não praticarem exercícios físicos, a necessidade de dispositivos auxiliares de marcha e serem analfabetos (Lini, Portella, & Doring 2016).

Desta forma os idosos e os seus familiares procuram as instituições, muitas vezes por não serem capazes de dar respostas saudáveis e eficazes às múltiplas situações patológicas que os clientes manifestam.

Mas a institucionalização traz às pessoas idosas algumas consequências, nomeadamente a existência de quedas. Estudos indicam que, aproximadamente, 30 a 50% dos residentes com 65 anos ou mais de idade caem pelo menos uma vez por ano e 12 a 40% deles sofrem quedas recorrentes (Lee & Kim, 2017). As quedas são comuns entre os idosos e os que se encontram institucionalizados têm esse risco mais presente, a sua incidência é cerca de três vezes maior que os idosos da comunidade (Muëller, et al., 2015). Estima-se que esta ocorrência origine seis a

nove mil hospitalizações em idosos institucionalizados, com uma média de doze a vinte dias de hospitalização (Baixinho, Dixe, & Henriques, 2017).

Como refere McArthur, Gonzalez, Eric, e Giangregorio (2016) estatísticas apontam para que a taxa de quedas em residentes de ERPI's seja de 1,5 quedas por ano, uma incidência três vezes superior à dos idosos que vivem na comunidade. Numa análise à literatura mais abrangente, indica, em média, a taxa de queda de 1,7 quedas por pessoa-ano (variação de 0,6 a 3,6) para aqueles que vivem em ERPI's, contra uma taxa de 0,65 (variação, 0,3-1,6) para aqueles que vivem na comunidade (Chan & Chan, 2019). Um dos principais fatores que contribui para o aumento do alto risco de queda é a alteração do equilíbrio, esta ocorre em até 75% das pessoas com 70 ou mais anos (Viswanathan & Felix, 2015).

## **PREVENÇÃO DE QUEDAS**

A importância desta temática prende-se com o que Baixinho e Dixe (2017, pág. 774) referem, *“um em cada cinco idosos recém-admitidos cai nos primeiros dias de institucionalização”*. Igualmente, num outro estudo, as mesmas autoras relatam que a incidência estimada de queda em idosos em ILPI é de 34% a 67%, sendo um problema sério e global. A sua ocorrência é significativamente superior à da comunidade, já que, aproximadamente, 60% dos idosos caem anualmente, podendo um em dois idosos ter novas quedas em seis meses, levando à perda de autonomia e independência, e podendo modificar a necessidade de cuidados (Baixinho & Dixe, 2017).

No seguimento do enunciado anteriormente, é, de facto, um problema conhecido e, sem dúvida, à escala global, devendo cada instituição criar uma equipa multidisciplinar, abrangendo todos os setores profissionais para a minimização desta problemática.

Deverá ser da responsabilidade da equipa de enfermagem receber e acolher o cliente na ERPI, embora, com base na minha própria experiência, muitas vezes, no momento da admissão, isso não seja possível, pela ausência de um enfermeiro em permanência.

A Organização Mundial de Saúde (2018), refere que as estratégias na prevenção de quedas, por parte da instituição, deverá passar por:

- Educação;
- Treino Motor;
- Criação de ambientes seguros;
- Estabelecimento de políticas eficazes para reduzir os riscos.

A mesma organização refere, que ao existir programas de prevenção de quedas, devem passar por:

- Rastreamento em ambientes vivos, quanto a riscos de quedas;
- Avaliação domiciliar e modificação ambiental para pessoas com fatores de risco conhecidos ou histórico de queda;
- Intervenções clínicas para identificar fatores de risco, como revisão e modificação de medicamentos, tratamento da pressão arterial baixa, suplementação de vitamina D e cálcio, tratamento da deficiência visual corrigível;
- Prescrição de dispositivos auxiliares adequados para tratar deficiências físicas e sensoriais;
- Fortalecimento muscular e treino de equilíbrio, prescritos por um profissional de saúde treinado;
- Programas em grupo baseados na comunidade que podem incorporar educação para prevenção de quedas e exercícios do tipo Tai Chi ou equilíbrio dinâmico e treinamento de força;
- Uso de protetores da região do trocânter para pessoas em risco de fratura da anca devido a uma queda.

Sherrington, C., et al. (2010) descrevem na mesma linha de pensamento, os programas de intervenções como vários tipos de exercícios (mais comuns exercícios de equilíbrio e funcionais mais exercícios de resistência), provavelmente, reduziu as quedas, envolvendo e o tai chi também pode reduzir as quedas.

Desta forma a reabilitação à pessoa idosa institucionalizada pode ser eficaz, reduzindo a incapacidade com poucos eventos adversos, mas os efeitos parecem bastante pequeno e pode não ser aplicável a todos os residentes (Crocker, T, et al. 2013).

Contudo os mesmo autores salientam que os programas de reabilitação deveram incluir: reabilitação física nas actividades da vida diária, força, flexibilidade, equilíbrio, humor, cognição (memória e pensamento), tolerância ao exercício, medo de cair, morte, doença e efeitos indesejáveis associados à intervenção, como lesões (Crocker, T, et al. 2013).

Logo a criação de um programa de prevenção deverá olhar para a pessoa e/ou grupo como um todo e não apenas para a pessoa isolada do contexto onde se encontra inserida, bem como da vontade própria da participação.

Para que isto possa acontecer, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve estar munido de estratégias e de ferramentas, para que consiga colocar em prática estes programas.

Conforme descrito nos Padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001), no ponto sobre a prevenção de complicações, deverá o enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional, prevenir complicações para a saúde dos clientes. Considera-se primordial a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, de forma a prescrever intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados.

As quedas traduzem-se na impossibilidade das pessoas idosas envelhecerem ativamente e com saúde, constituindo um problema de saúde pública, quer em termos de qualidade de vida, quer do ponto de vista social (Baixinho & Dixe, 2017). O envelhecimento da população, por um lado, é visto como um grande triunfo da humanidade, mas, ao mesmo tempo, como um desafio, quanto à qualidade de vida e ao bem-estar. Com o aumento expressivo da longevidade e o conseqüente crescimento da população idosa existe uma maior procura de ERPI's. Torna-se uma alternativa voluntária, e é esperado que seja assegurada uma boa qualidade de vida do idoso (Neto, et al. 2017).

A investigação destaca que o espaço físico e a própria presença dos funcionários tornam o ambiente das ERPI's diferente do domicílio e podem constituir um risco acrescido, por ser um espaço diferente, com regras diferentes e pessoas estranhas (Baixinho & Dixe, 2017). Sabe-se que a maioria das quedas ocorrem nos quartos dos clientes, em casas de banho, mas igualmente durante a caminhada e nas transferências.

Os problemas com os movimentos do próprio peso podem apontar para a necessidade do treino de equilíbrio com elementos de deslocamento de peso (McArthur, Gonzalez, Eric, & Giangregorio 2016). Nas quedas que ocorrem no quarto, perto da cama, provavelmente, deve-se ao ato de levantar/transferir-se, devido à perda de equilíbrio ou hipotensão postural. Outro fator poderá ser a incontinência urinária, aumentando a probabilidade de queda, principalmente à noite, quando a iluminação é mais precária e a visão é mais prejudicada (Ferreira, et al. 2019).

Destaca-se que existe igualmente uma correlação entre quedas associadas ao aumento do contacto com o médico, declínio funcional e o internamento em ERPI's (Viswanathan, Kurup, & Felix, 2015). A sua etiologia é complexa, podendo ter causas intrínsecas ou extrínsecas únicas como medicamentos de ação central, dor, acuidade visual diminuída, incapacidade ou, como na maioria dos casos, podem resultar de uma combinação desses e de outros fatores como iluminação inadequada, piso molhado ou sapatos inapropriados (Muëller, et al. 2015). Por outro lado, um dos fatores que pode levar ao risco elevado de quedas é a institucionalização, porque a pessoa idosa que muda do ambiente familiar para a ERPI pode sofrer alterações psicológicas, cognitivas e funcionais que podem estar associadas ao isolamento e conseqüentemente à falta de atividade física (Neto, et al. 2017).

Os idosos que sobrevivem a quedas podem sentir ansiedade, perda de confiança e medo de cair novamente, relacionando-se com as limitações das atividades diárias, com a perda da independência e a redução da atividade social ou qualidade de vida. Os idosos institucionalizados com baixo equilíbrio ou força muscular diminuída também podem ser mais vulneráveis a cair durante a caminhada (Lee & Kim, 2017).

A prevenção de fraturas em cuidados de longo prazo continua a ser um desafio (Patrick, et al. 2018). Deve, por isso, existir a presença física de especialistas na área das quedas, pois este profissional deverá ser capaz de abordar a comunicação como um elemento central de um programa de prevenção de quedas (Baixinho & Dixe & Henriques, 2017).

Outra das barreiras para o desenvolvimento de estratégias à prevenção de quedas são o conhecimento e habilidades limitados, por parte da equipa de cuidadores das ERPI's. A equipa dever-se-á preocupar em relação à capacidade de

controlar a gestão de quedas e a falta de comunicação entre as equipas, sendo que, como estratégia facilitadora, é referido a disponibilidade de equipamento adequado (Chan & Chan, 2019).

A prevenção é essencial para evitar o consumo dos recursos de saúde, evitando o potencial risco de epidemia, pois as quedas são um problema sério e global (Baixinho & Dixe, 2017). Na prevenção de quedas, é preciso entender estes fenómenos subjacentes que levam à queda da pessoa idosa institucionalizada (McArthur, Gonzalez, Eric, & Giangregorio, 2016).

Os enfermeiros devem avaliar quais são os clientes mais vulneráveis à queda e considerar os tipos de intervenções de exercícios em pessoas idosas. Incluir a avaliação dos fatores de risco de quedas e implementar intervenções combinadas e personalizadas a cada idoso ou a um grupo similar (Lee & Kim, 2017).

Com escalas devidamente validadas onde a discriminação de quem tem risco de cair ou não deve ser o pilar de qualquer programa de prevenção (Baixinho & Dixe, 2017).

Uma das intervenções na prevenção de quedas é a prática da atividade física, pois esta é frequentemente recomendada para pessoas idosas. Aulas de exercícios em grupo especializadas, com foco no desenvolvimento da força muscular e programas individualizados desafiam o equilíbrio dinâmico (McArthur, Gonzalez, Eric, & Giangregorio, 2016).

Em qualquer programa de intervenção deverá ser visto por todos os intervenientes como algo novo e que é colocado em prática para a melhoria dos cuidados prestados ao idoso. É então fulcral a preparação da instituição e da pessoa idosa institucionalizada, abarcando os seguintes pontos:

1. Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização;
2. Liderar a comunicação;
3. Formação (Baixinho, Dixe & Henriques, 2017).

Deverá existir apoio, informações e conselhos sobre os riscos de cair e consequências associadas às quedas e, também, estratégias de prevenção como, por exemplo, o fornecimento de material auxiliar de marcha e a promoção de exercícios globais de fortalecimento muscular (Ferreira, *et al.* 2019). As medidas preventivas deverão passar pelos ajustes na altura da cama; uso de meios antiderrapantes; pela iluminação adequada e pelo uso de protetores de anca (Neto, *et al.* 2017).

Uma boa estratégia para clientes com problemas do foro cognitivo, que podem esquecer-se das informações verbais quando são informados sobre comportamentos de risco, é a utilização de vídeos como ferramenta educacional. Um dos exercícios importantes para evitar quedas é o treino de equilíbrio que exige que os idosos fiquem com os pés mais próximos ou apoiados numa só perna e pratiquem movimentos controlados do centro de massa (Chan & Chan, 2019).

Outros exercícios devem incluir marcha e treino funcional com dispositivos mecânicos. Equilíbrio e treino funcional usando uma perna, e Tai Chi não diferem significativamente, mas tendem a reduzir a taxa de quedas nos idosos, em instituições (Lee & Kim, 2017). Em indivíduos com dificuldades de marcha e equilíbrio, pode ser aconselhável incentivar estratégias de caminhadas “seguras” e implementar programas de exercícios supervisionados (McArthur, Gonzalez, Eric, & Giangregorio, 2016).

Neste seguimento de ideias, também Huang, et al. (2016) referem que as técnicas/intervenções de exercícios devem incluir:

- Fortalecimento dos músculos do tornozelo e o treino de caminhada;
- Tai Chi;
- Exercícios de resistência usando uma plataforma de força computadorizada com feedback visual para treino de equilíbrio;
- Exercícios de equilíbrio.

Os programas de exercícios devem combinar:

- O treino de equilíbrio;
- Fortalecimento e alongamento dos membros inferiores (a força muscular adequada e a capacidade de equilíbrio são necessárias para um movimento seguro, evitando a queda);
- Aumento da flexibilidade;
- Exercícios de postura e atividades funcionais;
- O treino de equilíbrio / reequilíbrio e alterações de peso.

Para o exercício dos membros superiores, os idosos do grupo:

- Usam uma bola suíça de punho (5 segundos) em uma posição sentada e, em seguida, levantam garrafas de plástico cheias de água em cada mão (5 segundos).

Para o exercício dos membros inferiores, os participantes do grupo:

- Realizam exercícios de fortalecimento do tornozelo (dorsi-flexão da articulação do tornozelo (10 segundos) e flexor plantar;
- Exercícios de elevação do joelho (10 segundos);
- Exercício de movimento de levantar da cadeira enquanto seguravam barras paralelas.

A frequência dos programas de exercícios deverá ser de duas a três vezes por semana, durante 4 semanas, a duração de cada sessão contará, aproximadamente, 20 minutos (Huang, et al. 2016).

Os programas são multidisciplinares, incluindo estratégias gerais adaptadas à ERPI (ambiente seguro, conhecimento do espaço comum), e estratégias adaptadas especificamente aos residentes (Muëller, et al. 2015).

Segundo Patrick, et al. (2018), os programas com as seguintes intervenções para a prevenção de quedas são eficazes:

1. Aulas de exercícios físicos;
2. Documentação das quedas;
3. Adaptações ambientais;
4. Conciliação terapêutica;
5. Recomendação de uso de protetores de ancas;
6. Educação das equipas.

A educação/formação dos cuidadores, no que diz respeito à avaliação de fatores de risco que levam às quedas, é extremamente importante, logo é essencial adotar estas formações em contexto de trabalho (Chan & Chan , 2019).

Desta forma e salientando o que a OE refere enquanto competências comuns do enfermeiro especialista, compete ao EE tomar a iniciativa na formulação e implementação dos processos de formação, após um correto diagnóstico das necessidades de formação da equipa e atuar como formador em contexto de

trabalho de forma a melhorar a praxis e avaliando o impacto que obteve com a sua ação.

### 3.2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO TEMA

#### **Modelo Conceptual - Teoria do Autocuidado de Orem**

As quedas nos idosos traduzem um enorme impacto nas suas vidas, logo podem conduzir a limitações físicas e conseqüentemente provocar impacto a nível emocional e social. É esperado que o idoso seja capaz de assumir uma participação ativa na gestão da doença.

Compete ao EEER a conceção de planos e programas de exercícios, seleção e prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a redução do risco de alteração da funcionalidade. Salienta-se o ensino, a instrução e o treino do cliente e pessoas significativas, sobre técnicas que promovam o autocuidado (OE, PQCER, pag. 9, 2015).

Para que o enfermeiro seja capaz de avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, este deverá ter para si um modelo teórico que oriente a sua prática clínica, para atuar de forma planeada e centrada na pessoa. As teorias têm contribuído para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão (Queirós, et al., 2014).

Segundo Santos, et al. (2017) o papel do enfermeiro é fundamental, já que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar, através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, têm uma intervenção decisiva. Manifestando ainda que Orem identificou áreas em que o enfermeiro é o agente terapêutico e desenvolve as seguintes atividades:

- Iniciar e manter a relação com a pessoa, a família ou um grupo até que a pessoa não necessite de cuidados de enfermagem;
- Determinar como e se a pessoa pode ser ajudada através dos cuidados de enfermagem;

- Responder às necessidades da pessoa relativamente ao contacto e à assistência do enfermeiro;
- Prescrever e proporcionar ajuda direta à pessoa e pessoas significativas;
- Coordenar e integrar os cuidados de enfermagem na vida diária da pessoa e/ou outra assistência de saúde necessária.

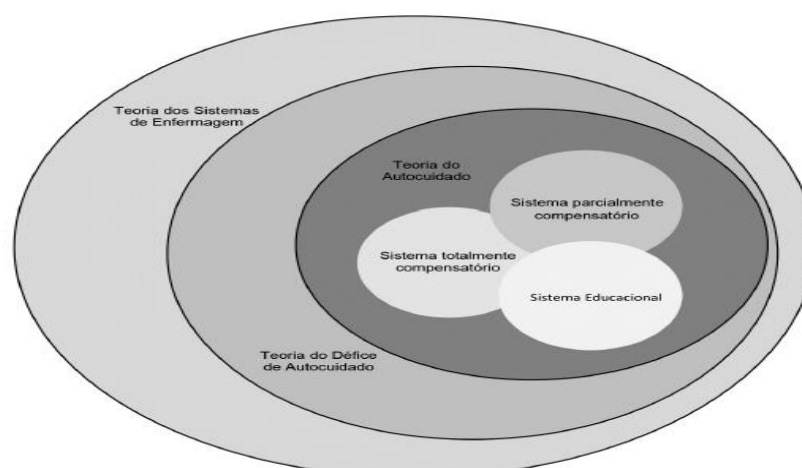
Como já foi referido anteriormente, e indo ao encontro das ideias dos autores supra enunciados, é ao enfermeiro que compete dar início à relação terapêutica, aquando dos cuidados necessários à pessoa, através do processo de enfermagem e com a utilização de escalas/ferramentas oportunas para avaliar o grau de dependência no que diz respeito ao autocuidado para, posteriormente, planear intervenções que visam satisfazer as necessidades afetadas.

Orem, considera a sua teoria TDAE como uma teoria composta por três teorias inter-relacionadas que são:

1) Teoria do Autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias, em benefício próprio, com intenção da preservação da vida e funcionamento saudável.

2) Teoria do Défice de Autocuidado, que descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem, associadas a subjetividade da maturidade e do amadurecimento das pessoas em relação às limitações da ação relacionada com os cuidados de saúde;

3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que descreve a ação formadas por enfermeiros para pessoas com limitações de autocuidado e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem (Tomey & Alligood. 2002, pag.211-234).



(Figura 2: Teória do défice do autocuidado de enfermagem de D. Orem)

Quando o déficit de autocuidado está presente no idoso que tem risco de queda, ou esta já ter ocorrido, “apesar de ser um conceito abstrato, quando expresso em termos de limitações de ação, ajuda a compreender o papel da pessoa no autocuidado e fornece orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o auxiliem” (Queirós, et al. 2014, pag.160).

Referindo ainda que Orem identificou os três tipos de prática da ciência de enfermagem nos sistemas de enfermagem, que são:

1) Sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado;

2) Sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo apenas precisa da enfermagem para ajudá-lo naquilo que ele não é capaz de realizar por si só;

3) Apoio-educativo, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações. (Queirós, et al. 2014, pag.160)

O apoio-educativo é também pertinente junto dos cuidadores informais.

Sendo a profissão de enfermagem uma ciência, e com conhecimento próprio, deveremos ter estratégias definidas para os nossos clientes, não podendo colocar todos no mesmo “barco”, mas sim criar programas sustentáveis, individualizados e exequíveis para cada idoso.

Compreender em qual o patamar de aprendizagem se encontra o cliente é fulcral para podermos ter sucesso nas nossas intervenções.

Ao criar um programa de reabilitação, não se pode juntar dois idosos que estão em distintos níveis de autocuidados, porque posso correr o risco de um ou os dois, não demonstrarem interesse e abandonarem os programas, por não corresponder às suas expectativas, ou acharem que são incapazes de alcançar os objetivos planeados.

### 3.3 OBJETIVOS E PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Para a construção deste projeto de formação (PF) teve por base, a minha área de interesse pessoal/profissional, mas igualmente dar resposta a uma área emergente de ser investigado preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Com o intuito de adquirir as competências que necessito desenvolver para atribuição do título de EEER, que são: Desenvolver competências éticas, científicas,

relacionais e técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através do desenvolvimento de capacidades na área da prevenção das quedas da pessoa idosa institucionalizada.

Projetamos objetivos específicos a atingir e respetivas atividades a desenvolver, de acordo com as competências específicas do EEER:

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. Assim como foram planeados objetivos específicos e respetivas atividades para cada domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista:

A. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

B. Domínio da melhoria da qualidade;

C. Domínio da gestão dos cuidados;

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais;

Os quadros dos objetivos, atividades e recursos definidos para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (Apêndice II) e competências comuns do enfermeiro especialista (Apêndice III), que tenciono adquirir durante os ensino clínico.

#### **4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A construção deste PF permitiu adquirir conhecimentos de ferramentas e instrumentos para trabalhar a temática das quedas, para a aquisição de competências especializadas na área da prevenção de queda da pessoa idosa institucionalizada.

O estudo do estado da arte permitiu a aquisição dos mais recentes e atualizados conhecimentos para desenvolver nos diversos ensinamentos clínicos com o recurso a instrumentos de avaliação, monitorização e registo para a prevenção de quedas, bem como quais as atividades a desenvolver para a criação de programas de prevenção de quedas.

A utilização das escalas de avaliação vai permitir demonstrar às equipas as fragilidades do idoso institucionalizado, os locais mais comuns, entre outros fatores associados às quedas da pessoa idosa institucionalizada, com o intuito de serem avaliados aspetos que se possam julgar insignificantes, mas que são importantes, de forma a construir programas de reabilitação motora, sensorial com ênfase na prevenção da ocorrência de quedas.

O objetivo maior que pretendo com este PF é permitir um maior crescimento profissional e pessoal, através do desenvolvimento de competências em ensino clínico que aliam as competências obtidas da minha prática clínica, aos conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo dos anteriores semestres. De ressaltar, que pode surgir a necessidade de reformulação deste projeto, pois o processo de aquisição de competências é ativo e em constante desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baixinho C.L & Dixe, M.A. (2017). *Práticas das equipas na prevenção de queda nos idosos institucionalizados: Construção e validação de escala*. Texto Contexto Enfermagem. 2017; 26 (3).
2. Baixinho C.L & Dixe, M.A. (2015). *Quedas em Instituições para idosos: caracterização dos episódios de quedas e fatores de risco associados*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2015 out./dez.;17(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31858>.
3. Baixinho C.R.S.L. & Dixe M.A.C.R.: Henriques, M.A.P. (2017). *Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation*. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing"] Rev Bras Enferm [Internet]; 70(4):740-6DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>.
4. Chan, D.K.Y. & Chan, L.K.K. (2019) *Falls in nursing homes: challenges from a nursing perspective*. British Journal of Community Nursing January 2019 Vol 24, No 1
5. Crocker, T, et al. (2013).Physical rehabilitation for older people in long-term care.*Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD004294.
6. Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de Março. (2006). *Procede à regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior*. Diário da República I série, Nº60(24-03-2006), 2242-2257
7. Direção Geral de Saúde - Ministério da saúde. (2004). *Programa nacional para as pessoas idosas*. Lisboa.
8. ESEL (2020). *Documento de Orientação da Unidade Curricular OPÇÃO II – PROJECTO*. (15-07-2020). Disponível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
9. Ferreira, L.M.B. M.; et al. (2019). *Recurrent falls and risk factors among institutionalized older people*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1):67-75.
10. Gomes, E.C.G; Et al. (2014). *Factors associated with the danger of accidental falls among institutionalized elderly individuals: an integrative review*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8):3543-3551.
11. Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e aplicação*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.

12. Instituto Nacional de Estatísticas statistics Portugal (2019). Causas de Morte 2017. Edição 2109. Pag 119-120. Lisboa.
13. Instituto Nacional de Estatísticas statistics Portugal (2019). Projeções de população residente 2015-2080. Lisboa.
14. Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers` Manual: 2015 Edition*. Acedido em 15/07/2018. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews 2015 v2.pdf>
15. Kurup. V. & Felix J.W. (2015) *Balance Status of the Elderly People and Factors Associated with it. Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy. January-March 2015, Vol. 9, No. 1*
16. Lee, S.H. & Kim, H.S. (2017). *Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*; 14:1, 74–80.
17. Lini, E.V, Portella, M. R., & Doring, M. (2016). *Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study*. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 1004-1014.
18. McArthur, C., Gonzalez, D.A., & Giangregorio, L. (2016). *What Are the Circumstances of Falls and Fractures in Long-Term Care?* *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* 35 (4) : 491 – 498.
19. Müller, D., et al. (2015). *Cost-effectiveness of a multifactorial fracture prevention program for elderly people admitted to nursing homes*. *Eur J Health Econ* 16:517–527.
20. Marques-Vieira, C., Amaral, T., & Pontífice-Sousa, P. (2016). *Contributos para um Envelhecimento Ativo Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (1ª ed., pp. 525-534) Loures. Lusodidacta.
21. Neto, A.H.A; et al (2017). *Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(4):752-8.
22. Ordem dos enfermeiros (2015). *Áreas de Investigação Prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
23. Ordem dos enfermeiros (2015). *Regulamento das Competências*

- Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.* Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
24. Ordem dos enfermeiros (2015). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação.* Porto. Ordem dos Enfermeiros.
  25. Oliveira, J.M, & Rozendo, C.A. (2014) *Long-stay institutions for the elderly: a place of care for those who have no choice.* Rev Bras Enferm. 2014 set-out;67(5):773-9.
  26. Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.* Lisboa.
  27. Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual enunciados descritivos.* Lisboa.
  28. Orem, D. F. (2001). *Nursing Concepts of practice* (Sixth edition ed.). Missouri: Mosby.
  29. Queirós, P.J.P., Vidinha, T. S.S., & Filho, A.J.A. (2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem.* Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 3 - nov./dez. 2014. pp.157-164.
  30. Roigk, P., et al. (2018). *Long-term evaluation of the implementation of a large fall and fracture prevention program in longterm care facilities.* Roigk et al. BMC Geriatrics (2018) 18:233.
  31. Santos, B., Ramos, A., & Fonseca, C. (2017). *Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados.* JOURNAL OF AGING AND INOVATION, 6 (1): 51.
  32. Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação in Vieira, C., Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp15-23). Portugal: Lusociência.
  33. Sherrington, C., et al. (2010) Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 1. Art. No.: CD012424.
  34. Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de enfermagem e a sua obra (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
  35. Tzu-Ting, H.T., et al. (2016). *Evaluation of a combined cognitive-behavioural and exercise intervention to manage fear of falling among elderly residents*

*in nursing homes*. Aging & Mental Health, Vol. 20, No. 1, 2\_12.

36. World Health Organization (2018). Falls. Acedido em: 18.06.2020:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls#.XueBjpJYwRw.email>

# Apêndices

# Apêndices

## I

# Protocolo da Revisão Narrativa da Literatura

**Autor:** António João da Silva Soares Abrantes

---

**Tema:**

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas da pessoa idosa institucionalizada

---

**Objetivo:**

Identificar quais são as intervenções do EEER, na prevenção de quedas das pessoas idosas institucionalizadas.

---

**Questão de partida:**

Quais são as intervenções para a prevenção de quedas da pessoa idosa institucionalizada?

---

**Critérios**

|                       | Inclusão   | Exclusão  |
|-----------------------|--|---|
| Tipo de Estudos       | Quantitativos, Qualitativos ou Mistos  |   |
| Tipo de Participantes | Pessoa idosa (> ou igual a 65 anos)  | Crianças;<br>Adultos;<br>Com défice cognitivo;<br>Dependência prévia; |
| Fenómeno de Interesse | Intervenções que promovam a independência e o treino de marcha para a prevenção de quedas. |   |
| Contexto              | ERPI   | Domicilio<br>Comunidade   |

---

**Descritores em inglês:**

- ▶ (Aged or Aged) and (Falls prevention) and (Acidental falls) and (Nursing Homes) and (rehabilitation)

**Outros descritores:**

- ▶ Enfermagem de reabilitação
- ▶ ERPI (estrutura residencial para pessoas idosas)

---

**Motores de Busca:**

EBSCO (CINAHL Complete e na MEDLINE Complete)

---

**Bases de dados a pesquisar:**

Pesquisa realizada nas bases de dados disponíveis nos motores de busca da EBSCO.

---

**Limite temporal dos artigos a aceitar: 2015-2020**

**Restrições:** Para além das restrições temporais foram introduzidos outros filtros: *Full Text*, Idiomas Português e Inglês.

# Apêndices

II

## Apêndice – Tabela de apresentação de resultados

| TABELA - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS                       |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Autor(es) e Ano de Publicação                             | Título do Artigo   | Metodologia / métodos                    | Principais conclusões que se relacionam com a questão  |
| Cristina Lavareda Baixinho,<br>Maria dos Anjos Dixe, 2017 | Práticas das<br>equipas na<br>prevenção de<br>queda nos idosos<br>Institucionalizados:<br>construção e<br>validação de<br>escala | Revisão da<br>literatura e<br>observação | <ul style="list-style-type: none"> <li>• que deve-se apostar na avaliação do risco de queda em todos os idosos institucionalizados, com escalas devidamente validadas, onde a discriminação de quem tem risco de cair ou não deve ser o pilar de qualquer programa de prevenção.</li> <li>• A prevenção é essencial para evitar o consumo dos recursos de saúde, evitando o potencial risco de epidemia, pois as quedas são um problema sério e global.</li> <li>• O envolvimento dos idosos nos programas de prevenção é imperativo para a diminuição de quedas, destes em instituições.</li> </ul> |
| Seon Heui Lee, Hee Sun<br>Kim,2017                        | Exercise<br>Interventions for<br>Preventing Falls<br>Among Older<br>People in Care   | Meta análise/<br>ERC                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• As quedas tem de ser prevenidas, através de uma avaliação abrangente, das causas comuns, seja força muscular reduzida, equilíbrio e marcha prejudicada. De forma a construir intervenções apropriadas, como é o treino de equilíbrio ou educação ou fornecimento de ajudas à marcha adequadas.</li> </ul>   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   | <p>Facilities: A<br/>Meta-Analysis</p>                                      |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os exercícios devem incluir marcha, equilíbrio e treinamento funcional com dispositivos mecânicos e equilíbrio e força, reduziram a taxa de quedas.</li> <li>• Os idosos que caíram ou estão em alto risco de queda devem receber intervenções personalizadas para prevenir novas quedas.</li> <li>• As evidências indicam a importância do treino de equilíbrio para prevenção de quedas e a necessidade de combinar programas de exercícios com outras intervenções em quedas.</li> </ul>   |
| <p>Caitlin McArthur, David A. Gonzalez, Eric Roy, e Lora Giangregorio, 2016</p> | <p>What Are the Circumstances of Falls and Fractures in Long-Term Care?</p> | <p>Estudo observacional transversal</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para encontrar estratégias adequadas a prevenção de quedas, precisa-se de entender estes fenômenos subjacentes que levam à queda na pessoa idosa institucionalizada.</li> <li>• Os programas de prevenção de quedas nas ERPI, aulas de exercícios em grupo especializadas, com foco no desenvolvimento da força e programas individualizados que desafiavam o equilíbrio dinâmico.</li> <li>• A utilização de escalas eram usadas para avaliar o medo de cair das pessoas idosos institucionalizadas, foram igualmente usadas as escalas de Berg Balance Scale, e teste Timed Up and Go (TUG).</li> <li>• Programas de prevenção que incluem a atividade física é frequentemente recomendada para adultos mais velhos.</li> </ul> |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <p>Viswanathan, Mohandas Kurup, John William Felix, 2015</p>   | <p>Balance Status of the Elderly People and Factors Associated with it</p>         | <p>Estudo transversal</p>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar a avaliação de equilíbrio a todos os idosos institucionalizados, ajuda na identificação precoce de idosos com maior risco de quedas.</li> <li>• A identificação de idosos com maior risco de queda ajuda a projetar um programa eficaz de prevenção de quedas.</li> </ul>  |
| <p>Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira, Karyna Myrelly Oliveira Bezerra de Figueiredo Ribeiro, Javier Jerez-Roig, José Rodolfo Torres Araújo, Kênio Costa de Lima, 2019</p> | <p>Recurrent falls and risk factors among institutionalized older people</p>       | <p>Estudo de corte longitudinal</p>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• As quedas entre os idosos são consideradas uma síndrome em geriatria devido às suas múltiplas causas e fatores de risco.</li> <li>• Intervenções aos idosos que sofreram uma ou mais quedas, deverá passar, apoio, informações e conselhos sobre os riscos de cair e consequências associadas as quedas e estratégias de prevenção como é o fornecimento de material auxiliar de marcha e promoção de exercícios globais de fortalecimento muscular.</li> <li>• A presença de fadiga deve ser prontamente identificada e tratada usando exercícios de reabilitação para evitar quedas recorrentes</li> </ul> |
| <p>Tzu-Ting Huang; Meng-Ling Chung; Fan-Ru Chen; Yen-Fan Chin; e Bi-Hwa Wang, 2016</p>   | <p>Evaluation of a combined cognitive-behavioural and exercise intervention to</p> | <p>Estudo prospectivo de controlo randomizado</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de intervenção com uma componente de tratamento por exercício foram desenvolvidos para pessoas idosos em instituições de longa permanência e avaliados quanto a seus efeitos na diminuição do mede de cair.</li> <li>• O objetivo das intervenções é melhorar a força e resistência dos</li> </ul>   |

|   |  |                            |   |
|---|--|----------------------------|---|
|   | manage fear of falling among elderly residents in nursing homes  |                            | <p>membros superiores e inferiores dos participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A mobilidade (marcha e equilíbrio) foi avaliada usando a Escala de Mobilidade Tinetti.</li> </ul>  |
| Dirk Müller; Lisa Borsi; Claudia Stracke; Stephanie Stock; Bjoörn Stollenwerk, 2015 | <p>Cost-effectiveness of a multifactorial fracture prevention program for elderly people admitted to nursing homes</p> | Análise de custo-utilidade | <ul style="list-style-type: none"> <li>• As estratégias de prevenção de quedas, demonstram lacunas, pois nem todas elas mostraram evidências promissoras de sucesso, mesmo as que possam ser oferecidas isoladamente ou com vários componentes.</li> <li>• intervenções multifacetadas, equilíbrio, treino de resistência e fornecimento de protetores de anca.</li> <li>• Deve-se observar que intervenções para evitar quedas nem sempre reduzem a taxa de quedas.</li> </ul> |
| Daniel Kam Yin Chan, Luke Kar Kar Chan, 2019  | Falls in nursing homes: challenges from a nursing perspective  |                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quedas em casas de repouso continuam sendo um desafio.</li> <li>• O déficit cognitivo é um dos altos fatores ao risco, associado a uma taxa de 4 quedas por pessoa durante um ano.</li> <li>• A educação/formação dos cuidadores no que concerne a avaliação de fatores de risco que levam as quedas.</li> <li>• são informados sobre comportamentos de risco é a utilização de vídeos como ferramenta educacional.</li> </ul>         |

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| <p>Patrick Roigk, Clemens Becker, Claudia Schulz, Hans-Helmut König e Kilian Rapp, 2018</p>   | <p>Long-term evaluation of the implementation of a large fall and fracture prevention program in longterm care facilities</p> |                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• As intervenções para a prevenção de quedas passaram pelas seguintes componentes:<br/>Aulas de exercícios físicos, Documentação das quedas, Adaptações ambientais, Revisões de medicamentos, Recomendação de uso de protetores de ancas e Educação do pessoal.</li> <li>• O programa também recomendou protetores de anca para os idosos com alto risco de queda, mas forneceu apenas um kit de teste de cinco protetores de quadril para cada.</li> <li>• A promoção da atividade física deve ser uma das prioridades nos cuidados de longa duração.</li> <li>• Aumento da intensidade, quantidade e repetição da intervenção por um período mais longo.</li> </ul> |
| <p>Antonio Herculano de Araujo Neto, Anna Claudia Freire de Araujo PatricioII, Milenna Azevedo Minhaqui Ferreiral, Brenda Feitosa Lopes RodriguesI, Thayna Dias dos Santos, Thays Domingos de Brito Rodrigues, Richardson</p> | <p>Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes</p>   | <p>Estudo transversal</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• implementadas imediatamente após a institucionalização, porque o risco de fraturas é maior durante os primeiros meses. Medidas preventivas deve passar por: ajuste na altura da cama; uso de meios antiderrapantes; iluminação adequada; protetores de anca;</li> <li>• O enfermeiro que atua nesse ambiente de cuidados, deverá realizar sessões de educação para a saúde educativas com os idosos bem como com os funcionários, referindo quais os locais com maior incidências dos eventos adversos, demonstrando como evita-los,</li> </ul>   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| Augusto Rosendo da Silva, 2017  |   |   | conscientizando-os com foco na prevenção.  |
| Cristina Rosa Soares<br>Lavareda Baixinho, Maria<br>dos Anjos Coelho Rodrigues<br>Dixel, Maria Adriana Pereira<br>Henriques, 2017 | Falls in long-term<br>care institutions for<br>elderly people:<br>protocol validation | Estudo<br>metodológico, de<br>abordagem<br>quantitativa | <ul style="list-style-type: none"> <li>• É fulcral a preparação da institucionalização da pessoa idosa, embora esta seja pouco discutida na literatura, devera-se iniciar por três pilares: Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização; Liderar a comunicação; Formação.</li> <li>• Deve existir a presença física de especialistas na área das quedas</li> <li>• . Este profissional, deverá ser capaz de abordar a comunicação como um elemento central de um programa de prevenção de quedas.</li> <li>• Deve-se implementar estratégias para controlar as consequências da queda e prevenir o declínio de funcionalidade na pós-queda.</li> <li>• Os enfermeiros devem estar presentes numa reunião com o idoso e/ou família antes da entrada.</li> <li>• Devendo incluir informação sobre as “normas de boas práticas” da instituição para a prevenção da queda.</li> </ul> |

# Apêndices

## III

## **Guião da entrevista Centro Hospitalar**

### **1. Conhecer aspetos organizacionais do serviço e público-alvo:**

- Qual a lotação do serviço?
- Qual a tipologia dos utentes (idades, tipo de diagnóstico, grau de dependência?)
- Existe uma evidente prevalência de internamentos em determinado grupo etário?
- Qual a composição da equipa de enfermagem (especialistas e cuidados gerais)?
- Na gestão de recursos humanos, tem em consideração a existência de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação em cada turno?
- O enfermeiro de reabilitação desempenha exclusivamente cuidados especializados?
- Qual a metodologia de trabalho e modelo teórico de enfermagem utilizado no serviço?

### **2. Descrever qual a fisiologia de cuidados, presta na intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:**

- Aquando da admissão da pessoa idosa, o que mais valoriza na avaliação inicial de enfermagem?
- Como integra a família/cuidadores nos cuidados de enfermagem de reabilitação?
- Como planifica os cuidados de enfermagem de reabilitação?
- O que tem em consideração na tomada de decisão com vista à intervenção?
- Como são avaliados os resultados das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação?
- Que escalas e instrumentos são utilizados na prática de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação dados à pessoa idosa?
- Existem programas de reabilitação no serviço?

**3. Descrever a articulação de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com outros profissionais.**

- Coordena os cuidados de reabilitação com outros enfermeiros do serviço?
- Como são articulados os cuidados com outros profissionais da equipa multidisciplinar? E Outros serviços?
- E, especificamente, ao enfermeiro especialista em reabilitação, como se articula o EEEER com a comunidade?

**4. Compreender a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na preparação da alta.**

- Existe algum procedimento para a preparação da alta?
- Existe articulação com a comunidade ou ERPI na preparação para a alta?
- Na comunidade existe continuidade dos programas de reabilitação? E na ERPI?

## **Guião da entrevista UCC**

### **1. Conhecer aspetos organizacionais da UCC e população-alvo:**

- Qual é a área de influência do serviço/ UCC?
- Como são sinalizados os utentes?
- Intervêm junto de quantos utentes/famílias?
- Qual a tipologia dos utentes (idades, tipos de diagnóstico, grau de dependência)?
- Qual é a composição da equipa multidisciplinar da UCC?
- A EEER desempenha exclusivamente cuidados especializados?

### **2. Descrever a intervenção da EEER:**

- Quais os cuidados que a EEER realiza (RFR, treino AVD, Reabilitação motora, treino de eliminação)?
- A família é integrada nos cuidados de enfermagem de reabilitação? Como planifica os cuidados de enfermagem de reabilitação?
- O que considera importante para uma boa intervenção?
- Como são avaliados os resultados das intervenções da EEER?
- Existem dispositivos que auxiliem/complementem os cuidados de reabilitação? Para treino motor, respiratório, eliminação? Se sim, quais?
- Quais são as escalas e os instrumentos que são utilizados na prática de cuidados da EEER a uma pessoa idosa?

### **3. Compreender qual a intervenção da EEER:**

- Existe alguma intervenção na população idosa que não se encontra institucionalizada, ou seja, na comunidade?
- Existe alguma intervenção/programa de sensibilização para o risco de quedas nas ERPI's?

## **Guião da entrevista ERPI**

### **1. Conhecer aspetos organizacionais do serviço e público-alvo:**

- Qual a lotação da ERPI?
- Qual a tipologia dos utentes (idades, tipo de diagnóstico, grau de dependência?)
- Qual a composição da equipa de enfermagem (especialistas e cuidados gerais)? E outros recursos humanos?
- O enfermeiro de reabilitação desempenha exclusivamente cuidados especializados?

### **2. Descrever a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação:**

- Aquando da admissão da pessoa idosa, o que mais valoriza na avaliação inicial de enfermagem?
- Como integra a família/cuidadores nos cuidados de enfermagem de reabilitação?
- Como planifica os cuidados de enfermagem de reabilitação?
- O que tem em consideração na tomada de decisão com vista à intervenção?
- Como são avaliados os resultados das intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação?
- Que escalas e instrumentos são utilizados na prática de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação dados à pessoa idosa?
- Existem programas de reabilitação na ERPI?

### **3. Descrever a articulação de cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação com outros profissionais.**

- Coordena os cuidados de reabilitação com outros enfermeiros da ERPI?

- Como são articulados os cuidados com outros profissionais da equipa multidisciplinar?

# Apêndices

## IV

**1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.**

| <b>Objetivos Específicos</b>  | <b>Atividades a desenvolver</b>  | <b>Indicadores de Avaliação</b>  |
|---|--|--|
| Desenvolver competências no âmbito da avaliação da prevenção de quedas das pessoas idosas e diagnosticar situações de risco de queda.   | Avalia a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem alterações das atividades de vida diária.<br>Avalia da capacidade funcional da pessoa idosa para satisfazer a sua necessidade de vida diária;<br>Identifica de fatores facilitadores e inibidores para a promoção da satisfação;        | Que eu seja capaz de: demonstrar capacidade de avaliar a capacidade funcional e diagnosticar alterações ao nível motor, sensorial e cardiorrespiratório.   |
| Planear e implementar planos de intervenção com o intuito de promover a capacidade com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial cognitivo, cardiorrespiratório nas prevenções de quedas. | Elaborar planos de intervenção de enfermagem que incluam a prevenção de quedas;<br>Selecionar e prescrever de produtos de apoio em colaboração com a equipa de enfermagem;<br>Avalia as habilidades cognitivas, comportamentais e motoras da pessoa idosa, para a adesão de um programa de reabilitação. | Que eu seja capaz de: ter planeado e implementado o processo de enfermagem de reabilitação a pelo menos 2 pessoas idosas.<br>Que eu seja capaz de: ter avaliado o equilíbrio, força muscular, sensibilidade, tónus muscular a pelo menos 2 pessoas idosas institucionalizadas, com recurso a escalas e instrumentos validados e adequando a prática especializada em enfermagem de reabilitação. |
| Avaliar através de instrumentos validados para a prática do EEER, os resultados das intervenções implementadas.   | Monitoriza as intervenções implementadas, relativamente a prevenção de quedas.<br>Uso de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação, com o propósito de avaliar os ganhos em saúde ao nível pessoal, familiar e social.  | Que eu seja capaz de: Através de instrumentos validados ter avaliado o plano de intervenção implementado na área de especialização.  |

**Recursos:**

Humanos: Docente orientador da ESEL; Orientador clínico; Enf.º Chefe de serviço; Pessoa/família/Cuidadores; Equipa multidisciplinar.

Técnicos e materiais: Instrumentos de avaliação e de registo de enfermagem de reabilitação; Código deontológico; Processo clínico; Autores de referência; Computador.

**Físicos:** Centro Hospitalar do Oeste – Hospital de Torres Vedras – Serviço de ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Mafra e Estrutura Residencial Pessoas Idosas – Santa Casa da Misericórdia de Sobral de Monte Agraço.

**Critérios de Avaliação:**

De que forma se reflete nas atividades e nas estratégias desenvolvidas, assim como na sua importância para atingir os objetivos; De que forma foram identificados problemas reais ou potenciais a serem intervencionados pelo EEER. E as atividades desenvolvidas permitem contribuir para a existência de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. O plano de cuidados contribui para a melhoria da funcionalidade, da qualidade de vida diária. De que forma a minha intervenção enquanto futuro EEER, foi promotora do desenvolvimento de intervenções dirigidas a prevenção do risco de quedas da pessoa.

**2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania**

| <b>Objetivos Específicos</b>   | <b>Atividades a desenvolver</b>   | <b>Indicadores de Avaliação</b>  |
|--|---|--|
| Elaborar e implementar um programa individual de treino de AVD's, visando a adaptação às limitações da mobilidade da pessoa idosa institucionalizada para a melhoria da qualidade de vida. | Implementa programas de treino de AVD, maximizando a autonomia da pessoa idosa.<br>Ensina sobre técnicas específicas de autocuidado, envolvendo família e cuidadores.<br>Realiza de treinos específicos de AVD, com uso de dispositivos de apoio ao longo do ciclo de vida; | Que eu seja capaz de: avaliar as necessidades da pessoa em todo o seu ciclo de vida.<br>Que eu seja capaz de: ter realizado um programa de treino de AVD's, com pelo menos 2 clientes. |
| Promover a mobilidade e a participação social, bem como a acessibilidade.  | Identifica barreiras arquitetónicas, para colaborar na sensibilização para a eliminação, deforma a promover a mobilidade, acessibilidade com intuito da pessoa ter uma vida socialmente ativa.  | Que eu seja capaz de: conseguir identificar barreiras arquitetónicas, prejudiciais a pessoa com limitação da mobilidade.   |

**Recursos:**

**Humanos:** Docente orientador da ESEL; Orientador clínico; Enf.º Chefe de serviço; Pessoa/família/Cuidadores; Equipa multidisciplinar.

**Técnicos e materiais:** Legislação e normas e normas técnicas Portuguesas, sobre a temática da barreiras arquitetónicas; Instrumentos de avaliação e de registo de enfermagem de reabilitação; Código deontológico; Processo clínico; Autores de referência; Computador.

**Físicos:** Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras - Serviço de ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Mafra e Estrutura Residencial Pessoas Idosas – Santa Casa da Misericórdia de Sobral de Monte Agraço.

**Critérios de Avaliação:**

De que forma se reflete nas atividades e nas estratégias desenvolvidas, assim como na sua importância para atingir os objetivos;

De que forma o meu conhecimento sobre as barreiras arquitetónicas, foi eficaz de forma as eliminar.

De que forma a minha intervenção enquanto futuro EEER, foi promotora do desenvolvimento de intervenções dirigidas a pessoa com limitação da mobilidade, acessibilidade e interação social.

**3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoas**

| <b>Objetivos Específicos</b>   | <b>Atividades a desenvolver</b>  | <b>Indicadores de Avaliação</b>  |
|--|--|--|
| Elaborar e implementar um programa de treino motor e cardiorrespiratório da pessoa idosa institucionalizada                                | Planeia de um programa de treino motor, adequado a população alvo, de reeducação funcional respiratória e motora da pessoa idosa institucionalizada, de acordo com os problemas de enfermagem diagnosticados.<br>Ensina/Instrui e treina sobre intervenções a utilizar, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa. | Que eu seja capaz de: Elaborado e implementada intervenções na área de especialidade EER, de reeducação funcional respiratória, sensoriomotora, a pelo menos 2 pessoas idosas, nos problemas de enfermagem diagnosticados. |
| Avaliar e reformular programas de treino motor e cardiorrespiratório da pessoa idosa institucionalizada em função dos resultados esperados | Mobiliza os programas concebidos, adequados a população alvo.<br>Avalia contínua e monitorização, conforme objetivos definidos com a pessoa, reformulando em função dos resultados obtidos.  | Que eu seja capaz de: Ter avaliado os resultados alcançados com as intervenções de EEER e reformulado o plano de cuidados em correspondência   |

Recursos:

**Humanos:** Docente orientador da ESEL; Orientador clínico; Enf.º Chefe de serviço; Pessoa/família/Cuidadores; Equipa multidisciplinar.

**Técnicos e materiais:** Instrumentos de avaliação e de registo de enfermagem de reabilitação; Código deontológico; Processo clínico; Autores de referência; Computador.

**Físicos:** Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras - Serviço de ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Mafra e Estrutura Residencial Pessoas Idosas – Santa Casa da Misericórdia de Sobral de Monte Agraço.

**Critérios de Avaliação:**

De que forma se reflete nas atividades e nas estratégias desenvolvidas, assim como na sua importância para atingir os objetivos;

De que forma o ensino/instrução e treino de técnicas, no âmbito da intervenção do EEER, na reeducação funcional (respiratória e motora), contribuíram para uma melhoria significativa da qualidade de vida da pessoa, tendo em conta os seus objetivos e preferências.

De que forma a minha intervenção enquanto futuro EEER, foi promotora do desenvolvimento de intervenções dirigidas a pessoa/família e cuidadores.



Apêndices

v

**A. Domínio da responsabilidade Profissional, Ética E Legal**

| <b>Objetivos Específicos</b>  | <b>Atividades a desenvolver</b>  | <b>Indicadores de Avaliação</b>   |
|---|--|---|
| Demonstrar habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, na prática especializada de enfermagem de reabilitação.             | Decide refletindo a pratica clinica, refletindo no conhecimento e na experiencia vivenciada pela pessoa, com recurso a evidencia cientifica, através da autonomia e julgamento.<br>Cria parceria de cuidados com o cliente/família, para a resolução de problemas, a partir de um leque de opções disponíveis.<br>Integração na equipa, para participar na tomada de decisão | Que eu seja capaz de: ter envolvido a pessoa/família na procura e implementação de estratégias de resolução de problemas;<br>Que seja capaz de: Integrar-me e participar na equipa na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, bem como na tomada de decisão clínica.  |
| Demonstrar conhecimentos nas decisões nos princípios, valores e normas deontológicas.   | Promove o exercício profissional de acordo com o código deontológico.<br>Decidi as situações avaliadas com recurso a tomada de decisão, guiadas pelo código deontológico.  | Que eu seja capaz de: Promover o respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação, privacidade e autodeterminação na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação.<br>Que eu seja capaz de: Colaborar com a equipa de enfermagem na promoção do respeito pelos valores, costumes, crenças e práticas específicas da pessoa na prática de cuidados de enfermagem;<br>Que eu seja capaz de: Recolher e analisar informação pertinente relativa à pessoa, com a finalidade de aumentar a segurança de práticas que respeitem as dimensões éticas e deontológicas; |
| Promover a proteção dos direitos da pessoa, gerindo as práticas que podem comprometer a segurança, privacidade ou dignidade da pessoa | Promove o respeito pelo direito da pessoa no acesso à informação, privacidade e autodeterminação na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação e na equipa de enfermagem onde estou inserido;   | Que eu seja capaz de: respeitar os direitos da pessoa humana, bem como os seus valores, crenças e costumes.<br>Que eu seja capaz de: de assumir a defesa dos direitos humanos conforme descrito no código   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>Colabora com a equipa de enfermagem na promoção do respeito pelos direitos humanos, na prática de cuidados de enfermagem de reabilitação;</p> <p>Identifica e análise da informação pertinente relativa à pessoa, com a finalidade de aumentar a segurança de práticas que respeitem as dimensões éticas e deontológicas;</p> | <p>deontológico e na carta universal dos direitos humanos da UNESCO</p>   |
| <p>Recursos:</p> <p><b>Humanos:</b> Docente orientador da ESEL; Orientador clínico; Enf.º Chefe de serviço; Pessoa/família/Cuidadores; Equipa multidisciplinar.</p> <p><b>Técnicos e materiais:</b> Código deontológico; Processo clínico; Autores de referência; Computador.</p> <p><b>Físicos:</b> Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras - Serviço de ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Maфра e Estrutura Residencial Pessoas Idosas – Santa Casa da Misericórdia de Sobral de Monte Agraço.</p>   |  |   |
| <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <p>De que forma se reflete nas atividades e nas estratégias desenvolvidas, assim como na sua importância para atingir os objetivos, tendo em conta os princípios éticos deontológicos; De que forma a minha postura profissional demonstrar conseguir trabalhar em equipa e permitiu adquirir mais e melhores competências na prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação.</p> <p>De que forma a minha intervenção enquanto futuro EEER, foi promotora do desenvolvimento de intervenções dirigidas a pessoa/família e cuidadores.</p> |  |   |
| <p><b>B. Domínio da melhoria da qualidade</b></p>  |  |   |
| <p><b>Objetivos Específicos</b></p>  | <p><b>Atividades a desenvolver</b></p>   | <p><b>Indicadores de Avaliação</b></p>  |
| <p>Participação em projetos institucionais de melhoria da qualidade na prática, na área da enfermagem de reabilitação.</p>   | <p>Consulta as diretivas institucionais, na prestação de cuidados.</p> <p>Colabora com a equipa de enfermagem e multidisciplinar na realização de atividades na área de enfermagem de reabilitação existentes no serviço.</p>  | <p>Que eu seja capaz de: ter consultado as normas institucionais, existentes a prestação de cuidados especializados.</p> <p>Que eu seja capaz de: ter colaborado com a equipa de enfermagem e multidisciplinar, para a melhoria dos cuidados.</p> |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Participar em programas de reabilitação na melhoria contínua dos cuidados prestados.   | Analisa as práticas de cuidados de reabilitação à pessoa relacionadas com os seus resultados, para a incorporação dos conhecimentos;<br>Colabora com a equipa de enfermagem na divulgação de experiências anteriores avaliadas como de sucesso. | Que seja capaz de ter colaborado com a equipa multidisciplinar na participação de programas de enfermagem de reabilitação.<br>Que seja capaz de divulgar experiências anteriores de sucesso, junto do EEER e quipá multidisciplinar, com propósito da melhoria dos cuidados.       |
| Promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança da pessoa, gerindo o risco institucional ou unidades funcionais   | Levantamento de necessidades relativas a promoção de um ambiente terapêutico seguro.<br>Promoção da sessões de educação para a saúde recorrendo a a vídeo clipes e informações verbais.   | Que seja capaz de identificar os ambientes menos seguros e ter sido capaz de os alterar para melhorar o serviço.<br>Que seja capaz de promover a segurança da pessoa, na identificação de riscos.  |
| <p>Recursos:</p> <p><b>Humanos:</b> Docente orientador da ESEL; Orientador clínico; Enf.º Chefe de serviço; Pessoa/família/Cuidadores; Equipa multidisciplinar.</p> <p><b>Técnicos e materiais:</b> Código deontológico; Processo clínico; Autores de referência; Computador.</p> <p><b>Físicos:</b> Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras - Serviço de ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Mafra e Estrutura Residencial Pessoas Idosas – Santa Casa da Misericórdia de Sobral de Monte Agraço.</p> |   |  |
| <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <p>De que forma se reflete nas atividades e nas estratégias desenvolvidas, assim como na sua importância para atingir os objetivos.</p> <p>De que forma garanti a segurança do cliente, relacionado com a promoção de um ambiente seguro</p> <p>De que forma a minha intervenção enquanto futuro EEER, foi promotora do desenvolvimento de intervenções dirigidas a pessoa/família e cuidadores.</p>   |   |  |
| <b>C. Domínio da gestão dos cuidados</b>   |   |  |
| <b>Objetivos Específicos</b>   | <b>Atividades a desenvolver</b>   | <b>Indicadores de Avaliação</b>  |
| Reconhecer de forma a garantir a segurança e a qualidade, com a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão   | Colabora com a equipa multiprofissional na tomada de decisão relativa aos cuidados a pessoa;<br>Colabora na colheita e partilha de informação relativa à pessoa, junto da equipa multidisciplinar   | Que seja capaz de disponibilizar assessoria a enfermeiros e equipa multidisciplinar.<br>Que seja capaz de colaborar com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão clínica.<br>Que seja capaz de reconhecer situações passíveis de serem revolidas por outros profissionais na |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Identifica de situações em que é necessário reencaminhar a pessoa para outros profissionais de saúde<br>Elabora cartas de alta e/ou transferência de enfermagem;   | prática clínica e encaminhar, elaborando cartas de alta e/ou transferência de enfermagem, expondo os problemas reais.  |
| Desenvolver competências no âmbito do trabalho em equipa ajustando os recursos às necessidades de cuidados, com a finalidade de melhor resposta do grupo e dos indivíduos.   | Descreve como é feita a gestão de cuidados nos diferentes campos de ensino clínico.<br>Discute/debate com o orientador clínico sobre os recursos existentes no serviço, bem como na comunidade e sua adequação à prestação de cuidados de qualidade; | Que seja capaz de ter reconhecido qual o método de trabalho, usado nos diferentes campos de estágio.<br>Que seja capaz de adquirir conhecimento dos vários recursos existente para a melhorar a prática clínica, nos vários contextos de ensino clínico. |
| <p>Recursos:</p> <p><b>Humanos:</b> Docente orientador da ESEL; Orientador clínico; Enf.º Chefe de serviço; Pessoa/família/Cuidadores; Equipa multidisciplinar.</p> <p><b>Técnicos e materiais:</b> Código deontológico; Processo clínico; Autores de referência; Computador.</p> <p><b>Físicos:</b> Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras - Serviço de ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Mafra e Estrutura Residencial Pessoas Idosas – Santa Casa da Misericórdia de Sobral de Monte Agraço.</p>   |  |  |
| <p><b>Critérios de Avaliação:</b></p> <p>De que forma se reflete nas atividades e nas estratégias desenvolvidas, assim como na sua importância para atingir os objetivos.</p> <p>De que forma se demonstrou a referência para outros profissionais de saúde da pessoa, com recurso as notas de enfermagem (carta de alta e ou transferência).</p> <p>De que forma se reflete a minha aquisição de conhecimentos dos recursos existentes, para a melhoria da prática clínica.</p> <p>De que forma a minha intervenção enquanto futuro EEER, foi promotora do desenvolvimento de intervenções dirigidas a pessoa/família e cuidadores.</p> |  |  |
| <b>D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>   |  |  |
| <b>Objetivos Específicos</b>   | <b>Atividades a desenvolver</b>  | <b>Indicadores de Avaliação</b>  |
| Demonstrar a capacidade de autoconhecimento, reconhecendo a sua capacidade, na prestação de cuidados de qualidade.   | Partilha semanalmente com a professora orientadora e com orientador clínico para avaliar o desempenho na prática de cuidados e a relação   | Que seja capaz de reconhecer os meus limites formativos em torno da equipa.<br>Que seja capaz de refletir a minha prática clínica, com a construção de um jornal de aprendizagem,  |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | <p>com a equipa multidisciplinar, bem como as dificuldades sentidas;<br/> Realiza uma reflexão escritas de ocorrências de conflito na prática de cuidados ou relação com a equipa multidisciplinar, visando a sua reflexão;<br/> Reflete de formal sobre o próprio desempenho, nos momentos de avaliação;</p> | <p>usando o ciclo reflexivo de gibbs.<br/> Que seja capaz de verbalizar as minhas dificuldades sentidas, bem como a minha auto percepção do meu desempenho.</p>   |
| <p>Ser facilitador da aprendizagem e na prática clínica na investigação e no conhecimento na enfermagem de reabilitação</p>  | <p>Pesquisa bibliográfica sobre os conteúdos necessários à prestação de cuidados de reabilitação nos diferentes contextos clínicos;</p>   | <p>Que seja capaz de ter identificados necessidades de formação nos diferentes campos de estágio.<br/> Que seja capaz de ter favorecido a aprendizagem e novos conhecimentos junto dos enfermeiros.<br/> Que seja capaz, com o meu projeto transmitir conhecimentos, de forma a contribuir para o desenvolvimento de um novo conhecimento, na área da enfermagem de reabilitação.</p> |
| <p>Recursos:<br/> <b>Humanos:</b> Docente orientador da ESEL; Orientador clínico; Enf.º Chefe de serviço; Pessoa/família/Cuidadores; Equipa multidisciplinar.<br/> <b>Técnicos e materiais:</b> Código deontológico; Anotações de eventos passíveis de serem refletidos; Autores de referência; Computador.<br/> <b>Físicos:</b> Centro Hospitalar do Oeste - Hospital de Torres Vedras - Serviço de ortopedia; Unidade de Cuidados Continuados Mafra e Estrutura Residencial Pessoas Idosas – Santa Casa da Misericórdia de Sobral de Monte Agraço.</p>   |   |   |
| <p><b>Crítérios de Avaliação:</b><br/> De que forma se reflete nas atividades e nas estratégias desenvolvidas, assim como na sua importância para atingir os objetivos.<br/> De que forma conseguir evidenciar através da reflexão da minha prática e de ocorrências de conflito ou relação com a equipa multidisciplinar.<br/> De que forma consegui identificar as necessidades formativas dos diferentes campos de ensino clínico. E estas ações de formação foram facilitadoras da aprendizagem dos elementos da equipa de enfermagem.<br/> De que forma a minha intervenção enquanto futuro EEER, foi promotora do desenvolvimento de intervenções dirigidas a pessoa/família e cuidadores.</p> |   |   |

# Apêndices

## VI

## Cronograma de Atividades

| Ano  | 2020 |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 2021 |     |     |     |
|--|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|
| Mês  | MAR  | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | JAN  | FEV | MAR | ABR |
| Revisão da literatura                              |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| Elaboração do projeto de estágio                   |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| Entrevistas aos locais de ensino clínico           |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| Centro Hospitalar – Serviço Ortopedia              |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| Elaboração estudo de caso                          |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| ERPI Sobral Monte Agraço                           |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| UCC  |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| Elaboração estudo de caso                          |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| Elaboração do relatório                            |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| Desenvolvimento de – competências comuns EE        |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |
| Desenvolvimento de – competências específicas EEER |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |

# Apêndices

## VII

# Intervenções do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação na prevenção de quedas na pessoa idosa institucionalizada

## Projeto de Estágio – Apresentação final

11º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Opção II

Regente: Prof. Miguel Serra

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Cristina Baixinho

Discente: António João Abrantes

# SUMÁRIO:

- Justificação da problemática;
- Instituições envolvidas;
- Descrição das atividades e resultados esperados;
- Cronograma;
- Referências Bibliográficas;

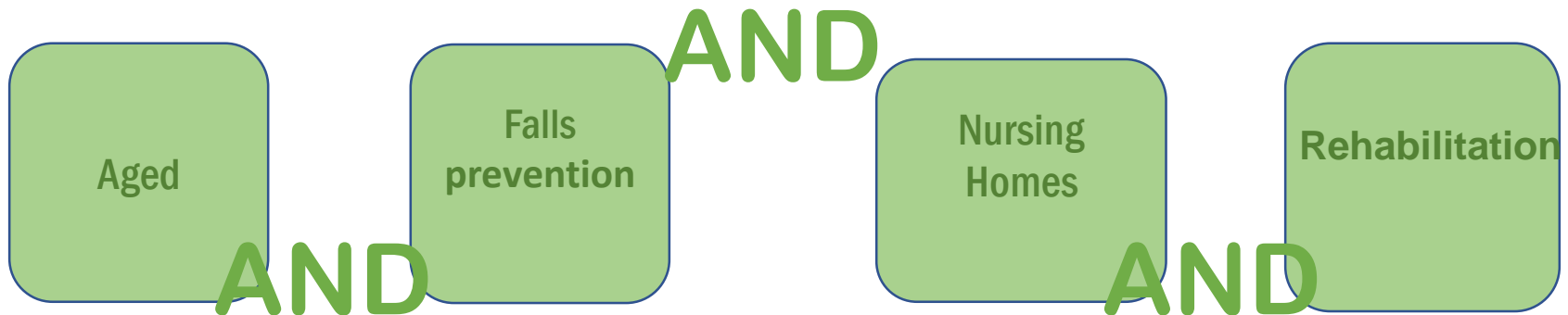
# Justificação da problemática

As quedas representam uma das maiores causas de morte no mundo, segundo a OMS (2018) trata-se mesmo da segunda causa de morte.

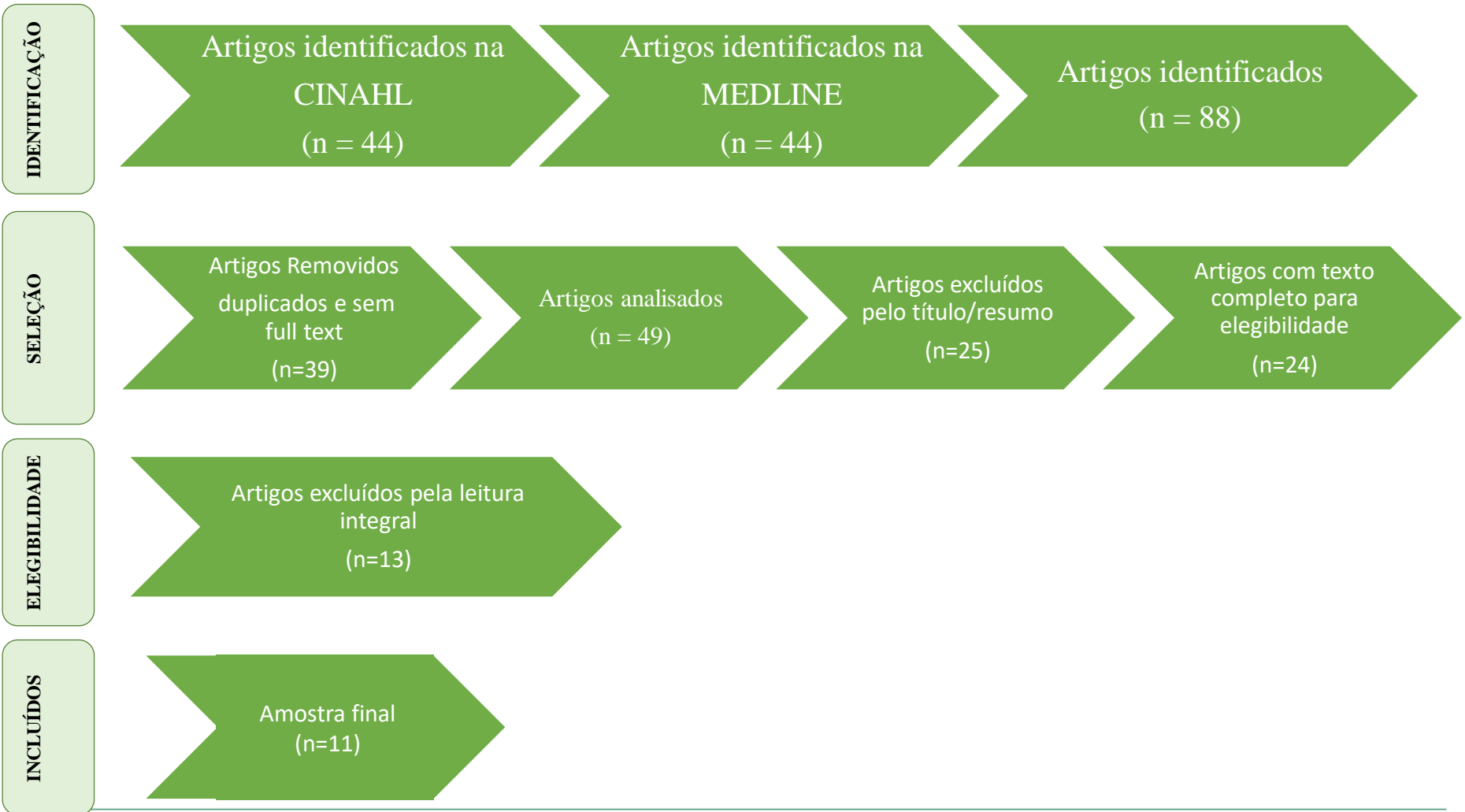
Estudos indicam que, aproximadamente, 30 a 50% dos residentes institucionalizados com 65 anos ou mais de idade caem pelo menos uma vez por ano e 12 a 40% deles sofrem quedas recorrentes (Lee & Kim, 2017).

# Questão de partida:

Quais são as intervenções para a prevenção de quedas da pessoa idosa institucionalizada?



# Fluxograma Prisma:



# Os Programas de reabilitação na prevenção de quedas deveram incluir:

- Reabilitação física nas actividades da vida diária;
- Força, flexibilidade, equilíbrio;
- Humor, cognição (memória e pensamento);
- Tolerância ao exercício, medo de cair, morte, doença e efeitos indesejáveis associado à intervenção, como lesões;

(Crocker, et al. 2013)

# Instituições envolvidas

- Centro Hospitalar - Serviço de ortopedia;
- UCC;
- ERPI;

# Objetivo Geral:

Desenvolver competências éticas, científicas, relacionais e técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através do desenvolvimento de capacidades na área da prevenção das quedas da pessoa idosa institucionalizada.

# *Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*

## **Objetivo específico:**

**Desenvolver competências no âmbito da avaliação da prevenção de quedas das pessoas idosas e diagnosticar situações de risco de queda.**

## **Atividades a desenvolver:**

Avalia a funcionalidade e diagnosticar alterações que determinem alterações das atividades de vida diária.

Avalia da capacidade funcional da pessoa idosa para satisfazer a sua necessidade de vida diária;

Identifica de fatores facilitadores e inibidores para a promoção da satisfação;

## **Indicadores de Avaliação:**

Que eu seja capaz de: demonstrar capacidade de avaliar a capacidade funcional e diagnosticar alterações ao nível motor, sensorial e cardiorrespiratório.

# Cont.

## **Objetivo específico:**

Elaborar e implementar um programa individual de treino de AVD's, visando a adaptação às limitações da mobilidade da pessoa idosa institucionalizada para a melhoria da qualidade de vida.

## **Atividades a desenvolver:**

Implementa programas de treino de AVD, maximizando a autonomia da pessoa idosa.

Ensina sobre técnicas específicas de autocuidado, envolvendo família e cuidadores.

Realiza de treinos específicos de AVD, com uso de dispositivos de apoio ao longo do ciclo de vida;

## **Indicadores de Avaliação:**

Que eu seja capaz de: avaliar as necessidades da pessoa em todo o seu ciclo de vida.

Que eu seja capaz de: ter realizado um programa de treino de AVD's, com pelo menos 2 clientes.

# Cont.

## **Objetivo específico:**

**Elaborar e implementar um programa de treino motor e cardiorrespiratório da pessoa idosa institucionalizada**

## **Atividades a desenvolver:**

Planeia de um programa de treino motor, adequado a população alvo, de reeducação funcional respiratória e motora da pessoa idosa institucionalizada, de acordo com os problemas de enfermagem diagnosticados.

Ensina/Instrui e treina sobre intervenções a utilizar, tendo em conta os objetivos individuais da pessoa.

## **Indicadores de Avaliação:**

Que eu seja capaz de: Elaborado e implementada intervenções na área de especialidade EER, de reeducação funcional respiratória, sensoriomotora, a pelo menos 2 pessoas idosas, nos problemas de enfermagem diagnosticados.

# Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

## Objetivo específico:

Demonstrar habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, na prática especializada de enfermagem de reabilitação

## Atividades a desenvolver:

Decide refletindo a prática clínica, refletindo no conhecimento e na experiência vivenciada pela pessoa, com recurso a evidência científica, através da autonomia e julgamento.

Criação de parceria de cuidados com o cliente/família, para a resolução de problemas, a partir de um leque de opções disponíveis.

Integra a equipa, para participar na tomada de decisão

## Indicadores de Avaliação:

Que eu seja capaz de: ter envolvido a pessoa/família na procura e implementação de estratégias de resolução de problemas;

Que seja capaz de: Integrar-me e participar na equipa na prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação, bem como na tomada de decisão clínica.

# Cont.

## **Objetivo específico:**

**Participação em projetos institucionais de melhoria da qualidade na prática, na área da enfermagem de reabilitação.**

## **Atividades a desenvolver:**

Consulta as diretivas institucionais, na prestação de cuidados.

Colabora com a equipa de enfermagem e multidisciplinar na realização de atividades na área de enfermagem de reabilitação existentes no serviço.

## **Indicadores de Avaliação:**

Que eu seja capaz de: ter consultado as normas institucionais, existentes a prestação de cuidados especializados.

Que eu seja capaz de: ter colaborado com a equipa de enfermagem e multidisciplinar, para a melhoria dos cuidados.

# Cont.

## **Objetivo específico:**

**Reconhecer de forma a garantir a segurança e a qualidade, com a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão**

## **Atividades a desenvolver:**

Colabora com a equipa multiprofissional na tomada de decisão relativa aos cuidados a pessoa;

Colabora na colheita e partilha de informação relativa à pessoa, junto da equipa multidisciplinar

Identifica de situações em que é necessário reencaminhar a pessoa para outros profissionais de saúde

Elabora cartas de alta e/ou transferência de enfermagem;

## **Indicadores de Avaliação:**

Que seja capaz de disponibilizar assessoria a enfermeiros e equipa multidisciplinar.

Que seja capaz de colaborar com a equipa multidisciplinar na tomada de decisão clínica. Que seja capaz de reconhecer situações passíveis de serem revolidas por outros profissionais na prática clínica e encaminhar, elaborando cartas de alta e/ou transferência de enfermagem, expondo os problemas reais.

# Cont.

## **Objetivo específico:**

**Demonstrar a capacidade de autoconhecimento, reconhecendo a sua capacidade, na prestação de cuidados de qualidade.**

## **Atividades a desenvolver:**

Partilha semanalmente com a professora orientadora e com orientador clínico para avaliar o desempenho na prática de cuidados e a relação com a equipa multidisciplinar, bem como as dificuldades sentidas;

Realiza uma reflexão escritas de ocorrências de conflito na prática de cuidados ou relação com a equipa multidisciplinar, visando a sua reflexão;

Reflete formal sobre o próprio desempenho, nos momentos de avaliação;

## **Indicadores de Avaliação:**

Que seja capaz de reconhecer os meus limites formativos em torno da equipa.

Que seja capaz de refletir a minha prática clínica, com a construção de um jornal de aprendizagem, usando o ciclo reflexivo de gibbs.

Que seja capaz de verbalizar as minhas dificuldades sentidas, bem como a minha auto percepção do meu desempenho.

# Cronograma das atividades

| Ano   | 2020 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 2021 |  |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|--|
|   | MAR  | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | JAN | FEV | MAR | ABR  |  |
| Revisão da literatura                             |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
| Elaboração do projeto de estágio                  |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
| Entrevistas aos locais de ensino clínico          |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
| Centro Hospitalar – Serviço Ortopedia             |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
| Elaboração estudo de caso                         |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
| ERPI Sobral Monte Agraço                          |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
| UCC   |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
| Elaboração estudo de caso                         |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
| Elaboração do relatório                           |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
| Desenvolvimento de –competências comuns EE        |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |
| Desenvolvimento de –competências específicas EEER |      |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |  |

# Referências bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Ordem dos enfermeiros (2015). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- World Health Organization (2018). Falls. Acedido em: 18.06.2020: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls#.XueBjpJYwRw.email>
- Lee, S.H. & Kim, H.S. (2017). *Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis*. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*; 14:1, 74–80.
- Crocker, T, et al. (2013). Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD004294.

# Intervenções do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa institucionalizada

## Projeto de Estágio – Apresentação final

11º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Opção II

Regente: Prof. Miguel Serra

Orientador: Profª. Cristina Baixinho

Discente: António João Abrantes

# Apêndices

## VIII

# Intervenções do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa institucionalizada

## Projeto de Estágio – Apresentação intercalar

11º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Opção II

Regente: Prof. Miguel Serra

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Cristina Baixinho

Discente: António João Abrantes

# SUMÁRIO:

- Justificação do tema do projeto;
- Protocolo Revisão Narrativa da Literatura;
- Teórica de Enfermagem;
- Objetivos:
  - Geral;
  - Específico;
- Instituições envolvidas;
- Referências Bibliográficas;

# IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO



# Justificação:

## Académica

Considerando a literatura atual que refere a importância da componente do treino motor na prevenção de quedas, considero de extrema relevância a elaboração deste projeto de forma a mapear as intervenções documentadas assim como enaltecer a importância do EEER nesta área.

**QUADRO 1: ÁREAS CONSIDERADAS EMERGENTES**

| ÁREAS CONSIDERADAS MUITO PRIORITÁRIAS                                       | Σ    |
|---|------|
| Intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função motora       | 1846 |
| Intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função respiratória | 1791 |
| Dependência no Autocuidado em contexto domiciliário                         | 1624 |
| Efetividade das intervenções de enfermagem de reabilitação                  | 1387 |

# Justificação:

## Pessoal/Profissional

- Trabalho em ERPI e constato que a prevalência de quedas é elevada, há dificuldades na avaliação do risco, na notificação de quedas por parte da equipa.
- Após um episódio de queda os idosos ficam com medo e há declínio da funcionalidade.

# Justificação:

## Social

As quedas, traduzem-se em consequências graves para os clientes, tanto ao nível pessoal, como ao nível socioeconómico, com custos elevados, após a sua ocorrência.

# PROPOSTA DE TEMA:

A intervenção do Enfermeiro

Especialista de Enfermagem de Reabilitação

na prevenção de quedas na pessoa idosa institucionalizada

Lee e Kim (2017), salientam que aproximadamente 30 a 50% dos residentes com 65 ou mais anos de idade caem, pelo menos uma vez, por ano e 12 a 40% deles sofrem quedas recorrentes .

As quedas podem ser prevenidas, através da avaliação do risco, multifatorial, salientando-se a avaliação da força muscular, equilíbrio e marcha.

As guidelines internacionais recomendam intervenções como o treino de equilíbrio, a marcha e a utilização adequada de auxiliares de marcha.

# Protocolo de revisão narrativa da literatura

Questão de partida:

Quais são as intervenções para a prevenção de quedas da pessoa idosa institucionalizada?

# Palavras-Chave

- Palavras-chave:
  - Idoso;
  - Quedas/ quedas acidentais;
  - Avaliação do risco
  - Prevenção;
  - Estruturas Residenciais para Idosos (Nursing Homes);
  - Enfermagem de Reabilitação

# Critérios

|                       | Inclusão   | Exclusão  |
|-----------------------|--|---|
| Tipo de Estudos       | Quantitativos, Qualitativos ou Mistos  |   |
| Tipo de Participantes | Pessoa idosa (> ou igual a 65 anos)  | Crianças;<br><br>Adultos;<br><br>Com défice cognitivo;<br><br>Dependência prévia; |
| Fenómeno de Interesse | Intervenções que promovam a independência e o treino de marcha para a prevenção de quedas. |   |
| Contexto              | ERPI   | Domicílio<br><br>Comunidade   |

Descritores em inglês:

- (Aged or Aged) and (Falls prevention) and (Accidental falls) and (Nursing Homes) and (rehabilitation)

Outros descritores:

- Enfermagem de reabilitação
- ERPI (estrutura residencial para pessoas idosas)

Motores de Busca:

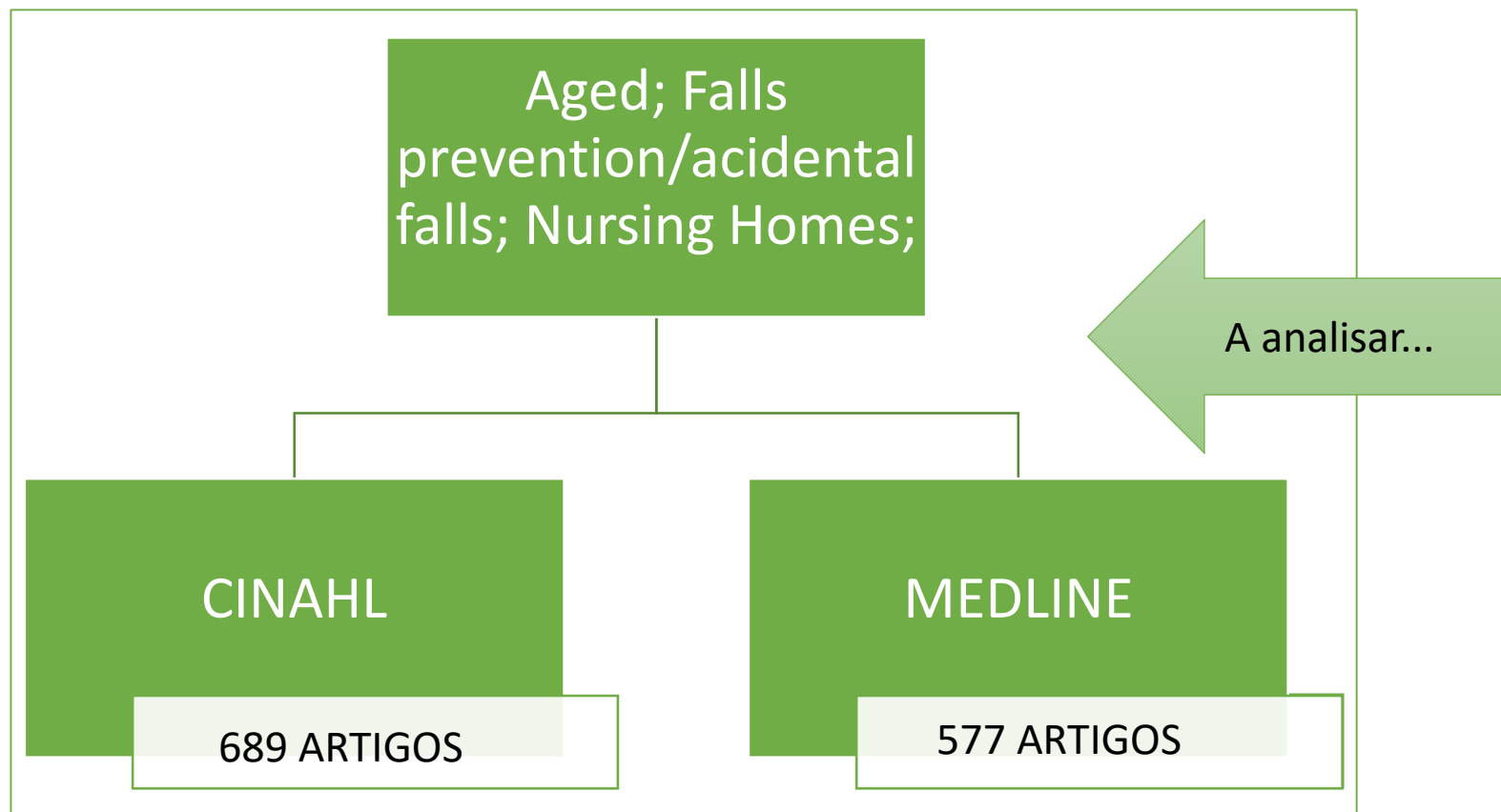
EBSCO (CINAHL Complete e na MEDLINE Complete)

Bases de dados a pesquisar:

Pesquisa realizada nas bases de dados disponíveis nos motores de busca da EBSCO.

Limite temporal dos artigos a aceitar: 2015-2020

# Protocolo de revisão narrativa da literatura



# TEÓRICA DE ENFERMAGEM

Compete ao EEER a conceção de planos e programas de exercícios, seleção e prescrição de intervenções de Enfermagem de Reabilitação para a redução do risco de alteração da funcionalidade. O ensino, instrução e treino do cliente e pessoas significativas, sobre técnicas que promovam o autocuidado. (OE, PQCER, pag. 9, 2015).

O autocuidado é o conceito central, para a teórica “este pode ser definido como a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal”.

Teoria do Défice de Autocuidado - Dorothea Orem

# Objetivo Geral:

Desenvolver competências éticas, científicas, relacionais e técnicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através do desenvolvimento de capacidades na área da prevenção das quedas da pessoa idosa institucionalizada.

# Objetivos específicos:

Integrar as equipas, dos vários contextos de ensino clínico;

Caracterizar a intervenção do EEER no âmbito da prevenção de quedas;

Planear, prestar e avaliar intervenções de enfermagem, relativas aos programas de reabilitação respiratória e motora, quer em estágio hospitalar, como no contexto de ensino clínico de comunidade.

Capacitar a pessoa idosa e a sua família, para o programa de reabilitação

Intervir junto da pessoa idosa, da sua família e equipa das ERPI para a gestão do risco de queda.

Desenvolver uma prática reflexiva sobre a práxis das equipas de enfermagem, promovendo a atualização técnico-científica.

Promover uma adequada preparação e planeamento da alta (dos idosos que irão regressar a ERPI), incluindo o assegurar dos conhecimentos da pessoa idosa, familiares de referência e cuidadores formais.

# Instituições envolvidas

- Centro Hospitalar do Oeste- Hospital de Torres Vedras - Serviço de ortopedia;
- UCC Mafra;
- ERPI – Santa Casa da Misericórdia do Sobral;

# Referências bibliográficas

Santos, B., Ramos, A., Fonseca, C. (2017). *Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados*. JOURNAL OF AGING AND INOVATION, 6 (1): 51.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação *Areas de Investigação Prioritária para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Porto.

Ordem dos Enfermeiros (2014). Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação*. Porto.

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

Lee, S.H. e Kim, S.H. (2017). *Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis*. Worldviews on Evidence-Based Nursing; 14:1, 74–80.

# Intervenções do EEER na prevenção de quedas na pessoa idosa institucionalizada

## Projeto de Estágio – Apresentação intercalar

11º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular: Opção II

Regente: Prof. Miguel Serra

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Cristina Baixinho

Discente: António João Abrantes

# Anexos

# Anexos

## I



# **REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO**

**APROVADO POR UNANIMIDADE EM  
ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA DE 20 DE NOVEMBRO DE 2010**

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de  
Enfermagem de Reabilitação em 18/09/2010

Lisboa, 20 de Outubro de 2010



## REGULAMENTO

# COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

### Preâmbulo

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto-estima.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e acções preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas actividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

Nos termos da alínea c) do nº 4 do artigo 31º-A do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, aprova a presente proposta de regulamento, a propor ao Conselho Directivo para dar seguimento ao processo regulamentar.



**Artigo 1.º**

**Objecto**

O presente regulamento define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

**Artigo 2.º**

**Âmbito e Finalidade**

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

**Artigo 3.º**

**Conceitos**

Os termos utilizados no presente Regulamento regem-se pelas definições previstas no artigo 3.º do Regulamento que estabelece as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

**Artigo 4.º**

**Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**

1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação são as seguintes:
  - a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
  - b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
  - c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.
2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Aprovado Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação realizada no dia 18 de Setembro de 2010

A Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação  
Enf.ª Margarida Oliveira e Sousa



## ANEXO I

### 1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

#### *Descritivo:*

Identifica as necessidades de intervenção especializada no domínio da enfermagem de reabilitação em pessoas, de todas as idades, que estão impossibilitadas de executar actividades básicas, de forma independente, em resultado da sua condição de saúde, deficiência, limitação da actividade e restrição de participação, de natureza permanente ou temporária. Concebe, implementa e avalia planos e programas especializados tendo em vista a qualidade de vida, a reintegração e a participação na sociedade.

| <i>Unidades de competência</i>  | <i>Crterios de avaliação</i>   |
|---|--|
| J1.1. Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades  | J1.1.1. Avalia o risco de alteração da funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, da eliminação e da sexualidade.<br>J1.1.2. Recolhe informação pertinente e utiliza escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardio-respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade.<br>J1.1.3. Avalia a capacidade funcional da pessoa para realizar as Actividades de Vida Diárias (AVD's) de forma independente.<br>J1.1.4. Identifica factores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.<br>J1.1.5. Avalia os aspectos psicossociais que interferem nos processos adaptativos e de transição saúde/doença e ou incapacidade.<br>J1.1.6. Faz o diagnóstico das respostas humanas desadequadas a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's.<br>J1.1.7. Identifica as necessidades de intervenção para otimizar e/ou reeducar a função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação, da sexualidade e da realização das AVD's. |
| J1.2. Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade                 | J1.2.1. Discute as práticas de risco com pessoa, concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para a redução do risco de alteração da funcionalidade a nível: motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.<br>J1.2.2. Discute as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador e define com ela quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.<br>J1.2.3. Concebe planos, selecciona e prescreve as intervenções para otimizar e/ou reeducar a função e elabora programas de reeducação funcional: motora; sensorial; cognitiva; cardio-respiratório; da alimentação; da eliminação (vesical e intestinal) e da sexualidade.<br>J1.2.4. Selecciona e prescreve produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).  |
| J1.3. Implementa as intervenções planeadas com o objectivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade | J1.3.1. Implementa planos de intervenção para a redução do risco de alterações aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.<br>J1.3.2. Implementa programas de: reeducação funcional cardio-respiratória; reeducação funcional motora, sensorial e cognitiva; optimização e/ou reeducação da sexualidade; reeducação da função de alimentação e de eliminação (vesical e intestinal).<br>J1.3.3. Ensina, demonstra e treina técnicas no âmbito dos programas definidos com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicilio/comunidade).  |
| J1.4. Avalia os resultados das intervenções implementadas   | J1.4.1. Monitoriza a implementação e os resultados dos programas de: redução do risco; optimização da função; reeducação funcional; treino.<br>J1.4.2. Usa indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação para avaliar ganhos em saúde, a nível pessoal, familiar e social (capacitação, autonomia, qualidade de vida).  |



2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

*Descritivo:*

Analisa a problemática da deficiência, limitação da actividade e da restrição da participação na sociedade actual, tendo em vista o desenvolvimento e implementação de acções autónomas e/ou pluridisciplinares de acordo com o enquadramento social, político e económico que visem a uma consciência social inclusiva.

| <i>Unidades de competência</i>   | <i>Critérios de avaliação</i>   |
|--|---|
| 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 | J2.1.1. Ensina a pessoa e/ou cuidador técnicas específicas de auto cuidado.<br>J2.1.2. Realiza treinos específicos de AVD's, nomeadamente utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação).<br>J2.1.3. Ensina e supervisa a utilização de produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de compensação) tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa.   |
| J2.2. Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social   | J2.2.1. Demonstra conhecimentos sobre legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica.<br>J2.2.2. Sensibiliza a comunidade para a importância de adopção de práticas inclusivas.<br>J2.2.3. Identifica barreiras arquitectónicas.<br>J2.2.4. Orienta para a eliminação das barreiras arquitectónicas no contexto de vida da pessoa.<br>J2.2.5. Emite pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade. |

3. Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

*Descritivo:*

Interage com a pessoa no sentido de desenvolver actividades que permitam maximizar as suas capacidades funcionais e assim permitir um melhor desempenho motor e cardio-respiratório, potenciando o rendimento e o desenvolvimento pessoal.

| <i>Unidades de competência</i>  | <i>Critérios de avaliação</i>  |
|---|--|
| J3.1. Concebe e implementa programas de treino motor e cardio-respiratório                                  | J3.1.1. Demonstra conhecimento aprofundado acerca das funções cardio-respiratória e motora.<br>J3.1.2. Ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho a nível motor e cardio-respiratório, tendo em conta os objectivos individuais da pessoa.<br>J3.1.3. Concebe sessões de treino com vista à promoção da saúde, à prevenção de lesões e à sua reabilitação. |
| J3.2. Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados | J3.2.1. Monitoriza a implementação dos programas concebidos.<br>J3.2.2. Monitoriza os resultados obtidos em função dos objectivos definidos com a pessoa.  |

Anexos

II

4 — Os requerentes relativamente aos quais subsistam dúvidas fundamentadas nos termos do previsto n.º 4 do artigo 6.º, serão submetidos a uma prova oral e escrita, pessoal e presencial nos termos previstos no presente Regulamento.

#### Artigo 9.º

##### Organização

1 — A organização e coordenação da prova de procedimento de controlo linguístico compete ao Conselho de Enfermagem, o qual pode, sempre que se justifique, ser coadjuvado pelos Colégios das Especialidades em Enfermagem.

2 — Nos termos do número anterior, compete ao Conselho de Enfermagem estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdos programáticos e critérios de avaliação no âmbito da atribuição do título de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

3 — Quando esteja em causa a realização de procedimento de controlo linguístico para atribuição do título de Enfermeiro Especialista, compete ao Conselho de Enfermagem, em colaboração com os Colégios das Especialidades, estabelecer as normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova.

4 — A prova será realizada por júri composto por três membros efetivos e três suplentes, indicados pelo Conselho de Enfermagem de entre os seus membros e, ou peritos e nomeados pelo Conselho Diretivo, que designa o presidente.

#### Artigo 10.º

##### Natureza

1 — A prova é obrigatoriamente constituída por uma componente escrita e uma componente oral, as quais têm natureza técnico-científica, incidindo sobre áreas do conhecimento relevantes para o acesso e exercício da profissão de Enfermeiro em Portugal.

2 — A classificação é de “Apto” e “Não apto”, sendo a decisão tomada por maioria.

3 — Serão considerados aptos os requerentes que obtenham aprovação na componente escrita e na componente oral.

4 — Os requerentes que vierem a obter classificação de “não apto”, poderão repetir a prova seis meses depois.

#### Artigo 11.º

##### Realização da Prova

1 — As provas que integram o procedimento de controlo linguístico terão lugar em data e local a indicar pelo Conselho de Enfermagem através da página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

2 — As normas orientadoras, matrizes, conteúdo programático e critérios de avaliação da prova a realizar serão disponibilizados na página oficial da Ordem dos Enfermeiros.

## CAPÍTULO IV

### Disposições Finais

#### Artigo 12.º

##### Casos omissos

As dúvidas e omissões suscitadas pelo presente Regulamento serão apreciadas e decididas pelo Conselho Diretivo, ouvida a Comissão de Atribuição de Títulos e o Conselho de Enfermagem, quando necessário, tendo por base o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a Diretiva 2005/36/CE, a Lei n.º 9/2009, nas suas redações atuais, o Código do Procedimento Administrativo e a demais legislação aplicável.

#### Artigo 13.º

##### Norma revogatória

Com a entrada em vigor do presente Regulamento é revogado o Regulamento da Prova de Comunicação Linguística, publicado pelo Regulamento n.º 339/2017, em *Diário da República*, 2.ª série, n.º 120, de 23 de junho de 2017.

#### Artigo 14.º

##### Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte à sua publicação no *Diário da República*.

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária da Ordem dos Enfermeiros, *Ana Rita Pedroso Cavaco*.

311997376

## Regulamento n.º 140/2019

### Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

#### Preâmbulo

A entrada em vigor da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro veio introduzir alterações ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que aprovou o regime jurídico da criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais.

A mencionada alteração originou um desfazamento entre o Estatuto agora em vigor e regulamentos previamente existentes, em particular quanto à atribuição de títulos bem como aos critérios desenvolvidos para a atribuição de título de enfermeiro especialista.

A necessidade de conformar o atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros em vigor, e ainda com a realidade da prestação de cuidados de enfermagem, justificam a alteração agora proposta, através da qual se pretende consolidar e uniformizar procedimentos em vigor, conferindo maior objetividade e transparência aos processos subjacentes.

Os cuidados de saúde e, consequentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros acompanha esta exigência, através da atribuição de título de enfermeiro especialista, em seis especialidades: a) Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; b) Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; c) Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; d) Enfermagem de Reabilitação; e) Enfermagem Médico-Cirúrgica, e f) Enfermagem Comunitária.

Neste sentido, enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, que define a Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, e que constituem o objeto do presente Regulamento.

As designadas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que aqui se regulam de acordo com as disposições do Estatuto agora em vigor, envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Considera-se o presente projeto de Regulamento dispensado de audiência dos interessados, nos termos do artigo 100.º do CPA, uma vez que as suas disposições não afetam, de modo direto e imediato, direitos ou interesses legalmente protegidos dos cidadãos, uma vez que não é provocada na ordem jurídica qualquer alteração significativa merecedora de tutela ou proteção jurídica.

Assim,

A Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros, reunida em sessão extraordinária de 18 de janeiro de 2019 ao abrigo do disposto na alínea i) do artigo 19.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, deliberou aprovar o presente Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, apresentado e aprovado pelo Conselho Diretivo em reunião de 21 de novembro de 2018 sob proposta do Conselho de Enfermagem, nos termos do disposto nas alíneas h) e o) do n.º 1 do artigo 27.º, após parecer do Conselho Jurisdicional, em cumprimento do vertido na alínea h) do n.º 1 do artigo 32.º, todos do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com a seguinte redação:

## CAPÍTULO I

### Disposições Gerais

#### SECÇÃO I

##### Disposições gerais

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

## Artigo 2.º

**Âmbito e finalidade**

1 — O conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade.

2 — O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos cuidados de enfermagem especializados.

3 — A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção.

## SECÇÃO II

**Conceitos**

## Artigo 3.º

**Conceitos**

Para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, entende-se por:

a) “Competências comuns”: são as 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 ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;

b) “Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

c) “Competência Acrescida”: os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que permitem o exercício profissional a um nível de progressiva complexidade nos diversos domínios de intervenção do enfermeiro e ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

d) “Certificação de competências”: o ato formal que permite reconhecer, validar e certificar o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, nos diversos domínios de intervenção, direcionado a atestar a formação, experiência ou qualificação do enfermeiro numa área diferenciada, avançada e ou especializada, bem como a verificação de outras condições exigidas para o exercício da Enfermagem;

e) “Reconhecimento”: o processo de avaliação e verificação de conformidade, de competências e aprendizagens demonstráveis, aos critérios estabelecidos na Matriz de Reconhecimento das áreas de competência acrescida, conforme anexo ao Regulamento n.º 556/2017, de 17 de outubro;

f) “Domínio de competência”: uma esfera de ação, compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.

g) “Descritivo de competência”: a competência, em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

h) “Unidade de competência”: é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.

i) “Critérios de avaliação”: compreendem a lista integrada dos elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício, expressando as características dos resultados e relacionando-se com o alcance descrito.

## CAPÍTULO II

**Das Competências**

## Artigo 4.º

**Domínios das competências comuns**

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme os anexos I a IV ao presente Regulamento, e que dele fazem parte integrante, são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal (A);
- b) Melhoria contínua da qualidade (B);
- c) Gestão dos cuidados (C);
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D).

## Artigo 5.º

**Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

1 — As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- a) 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 (A1);
- b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

## Artigo 6.º

**Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo II).

## Artigo 7.º

**Competências do domínio da gestão dos cuidados**

1 — As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:

- a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo III).

## Artigo 8.º

**Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

1 — As competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1);
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo IV).

## CAPÍTULO III

**Da Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista**

## Artigo 9.º

**Atribuição do Título de Enfermeiro Especialista**

A atribuição do título de enfermeiro especialista faz-se nos termos do Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, conjugado com as disposições

específicas dos Regulamentos em vigor para cada uma das Especialidades em Enfermagem, conforme previsto no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

## CAPÍTULO IV

### Disposições finais

Artigo 10.º

#### Revogação e entrada em vigor

1 — O presente Regulamento revoga o Regulamento n.º 122/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 35 de 18 de fevereiro, que definia o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e estabelecia o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

2 — O presente Regulamento entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação no *Diário da República*.

## ANEXO I

### A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

#### Competência

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

#### Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

| Unidades de competência  | Critérios de avaliação  |
|--|---|
| A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.           | A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente.<br>A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência.<br>A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa.<br>A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções.<br>A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional.<br>A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.<br>A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido. |
| A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. | A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade.<br>A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão.<br>A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.<br>A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.   |
| A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.                                       | A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.<br>A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.  |

#### Competência

A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

#### Descritivo

O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

| Unidades de competência   | Critérios de avaliação  |
|---|---|
| A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos. . . . .   | A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional.<br>A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação.<br>A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional.<br>A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade.<br>A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.<br>A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos. |
| A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. | A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.<br>A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.<br>A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.<br>A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.   |

## ANEXO II

**B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade****Competência**

B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

| Unidades de competência   | CrITÉrios de avaliação  |
|---|---|
| B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. | B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua.<br>B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso.<br>B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.  |
| B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade . . . .                       | B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.<br>B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.<br>B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.<br>B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores. |

**Competência**

B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

| Unidades de competência                                   | CrITÉrios de avaliação   |
|---|--|
| B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas . . . . . | B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade.<br>B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas.<br>B2.1.3 — Integra auditorias clínicas.<br>B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.                   |
| B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua . . . . .   | B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria.<br>B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria.<br>B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria.<br>B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática.<br>B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade. |
| B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua. . . . .     | B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade.<br>B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.  |

**Competência**

B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proativamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

| Unidades de competência  | CrITÉrios de avaliação   |
|--|--|
| B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. | B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo. |

| Unidades de competência   | Critérios de avaliação   |
|---|--|
|   | <p>B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.</p> <p>B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.</p> <p>B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.</p> <p>B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional.</p> <p>B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.</p>  |
| B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais. | <p>B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</p> <p>B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.</p> <p>B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.</p> <p>B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.</p> <p>B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</p> <p>B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.</p> <p>B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.</p> <p>B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.</p> <p>B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.</p> |

## ANEXO III

**C — Domínio da gestão dos cuidados****Competência**

C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

| Unidades de competência   | Critérios de avaliação  |
|---|---|
| C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.            | <p>C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa.</p> <p>C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde.</p> <p>C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.</p> <p>C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.</p> |
| C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade. | <p>C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.</p>  |

**Competência**

C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

| Unidades de competência  | Critérios de avaliação   |
|--|--|
| C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. | <p>C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.</p> <p>C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados.</p> <p>C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados.</p> <p>C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.</p> <p>C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.</p> |

| Unidades de competência   | Critérios de avaliação   |
|---|--|
| C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. | C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa.<br>C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática.<br>C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.<br>C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências.<br>C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada. |

## ANEXO IV

**D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais****Competência**

D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

| Unidades de competência  | Critérios de avaliação  |
|--|---|
| D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.         | D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar.<br>D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda.<br>D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.<br>D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional. |
| D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional. | D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção.<br>D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.<br>D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão.<br>D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade.<br>D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.  |

**Competência**

D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

**Descritivo**

O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

| Unidades de competência  | Critérios de avaliação   |
|--|--|
| D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. | D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho.<br>D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas.<br>D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos.<br>D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.<br>D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.   |
| D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. . . .                        | D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos.<br>D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.<br>D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação.<br>D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.<br>D2.2.5 — Discute as implicações da investigação.<br>D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. |

| Unidades de competência  | Critérios de avaliação  |
|--|---|
| D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. | D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada.<br>D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.<br>D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.<br>D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.<br>D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica. |

18 de janeiro de 2019. — A Bastonária, *Ana Rita Pedrosa Cavaco*.

311997392

## UNIVERSIDADE DO ALGARVE

### Regulamento n.º 141/2019

No âmbito do Despacho RT.010/2019 de 21 de janeiro, publica-se o Regulamento da Comissão Ética da Universidade do Algarve.

21 de janeiro de 2019. — O Reitor, *Paulo Águas*.

### Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve

Considerando que:

Na prossecução da sua missão, a Universidade do Algarve, enquanto centro de criação, transmissão e difusão da cultura e do conhecimento humanístico, artístico, científico e tecnológico, incumbe fomentar a investigação científica de alto nível e o desenvolvimento experimental;

Os membros da comunidade académica desta Universidade devem pautar a sua atividade em estrita observância de elevados padrões de integridade, de ética e de profissionalismo;

Aos membros da comunidade académica é exigida uma elevada responsabilidade profissional e social;

Com frequência, em determinadas candidaturas a projetos de I&D, carecem de ser validadas metodologias específicas por uma Comissão de Ética;

Em conformidade com o disposto no n.º 7 do artigo do artigo 9.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, as instituições de ensino superior podem definir códigos de boas práticas em matéria pedagógica e de boa governação e gestão.

Nos termos conjugados do disposto na alínea *o*) e *q*) do n.º 1 do artigo 92.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, da alínea *w*) do n.º 1 do artigo 33.º e ouvido o Senado Académico, nos termos do disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de setembro, aprovo o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

Em cumprimento do disposto no n.º 3 do artigo 113.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, o projeto que esteve na génese do presente Regulamento foi objeto de discussão pública, tendo sido para o efeito amplamente divulgado através da sua publicação no *Diário da República* n.º 199 de 16 de outubro de 2018 e no sítio da Internet <https://www.ualg.pt/content/documentos-ualg>, durante o prazo de 30 (trinta) dias, e audição do Senado Académico, em conformidade com o disposto na alínea *a*) do n.º 3 do artigo 38.º dos Estatutos da Universidade do Algarve, homologados pelo Despacho Normativo n.º 65/2008, publicados no *Diário da República* n.º 246 de 22 de dezembro, findo os quais, foi em definitivo aprovado o Regulamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve.

### I — Disposições Gerais

#### Artigo 1.º

##### Objeto

O presente regulamento estabelece as regras de composição e funcionamento da Comissão de Ética da Universidade do Algarve, doravante designada por CE-UALG.

#### Artigo 2.º

##### Natureza e Atribuições

1 — A CE-UALG é um órgão colegial, multidisciplinar e independente, de natureza consultiva, que tem por missão promover a reflexão e contribuir para a definição de orientações, visando a consolidação de uma política de salvaguarda de princípios éticos, bioéticos e deontológicos nas áreas da investigação científica, do ensino, da interação com a sociedade e no funcionamento geral da Universidade.

2 — A CE-UALG zela pela observância e promoção de padrões de qualidade ética, nomeadamente de integridade e honestidade, bem como dos princípios deontológicos na atividade das unidades que integram a Universidade do Algarve e na conduta dos seus membros nas áreas referidas no número anterior.

### II — Composição e Competências

#### Artigo 3.º

##### Composição

1 — A CE-UALG é constituída por 7 (sete) a 9 (nove) membros, designados e empossados pelo Reitor, ouvidos os Diretores das Unidades Orgânicas, devendo ser cumprido um critério de interdisciplinaridade.

2 — Dos membros a que se refere o número anterior, 2 (dois) a 3 (três) membros da CE-UALG são personalidades externas à Universidade, de forma a garantir os valores culturais e morais da comunidade, devendo o órgão funcionar com um número ímpar de membros.

3 — A designação de membros internos deve garantir um representante dos estudantes e um trabalhador não docente.

4 — A CE-UALG pode constituir comissões especializadas e solicitar a colaboração de outros técnicos ou peritos, sempre que o considere necessário.

5 — Os membros dos órgãos de direção ou gestão da Universidade não podem fazer parte da CE-UALG.

6 — O Presidente, o Vice-presidente e o Secretário da CE-UALG são eleitos de entre os seus membros.

7 — O Vice-presidente substitui o Presidente nas suas faltas e impedimentos.

#### Artigo 4.º

##### Mandato

1 — A duração do mandato dos membros da CE-UALG é de 4 (quatro) anos, a contar da data da sua nomeação, podendo ser renovado uma única vez, por idêntico período, devendo, para o efeito, ser obtida a anuência dos mesmos até 60 (sessenta) dias antes do respetivo termo.

2 — Qualquer membro poderá renunciar ao seu mandato desde que declare por escrito ao Reitor da Universidade do Algarve, mantendo-se, porém, em funções até à designação do novo membro, mas nunca por período superior a 60 (sessenta) dias.

3 — A renúncia considera-se tácita quando o membro faltar injustificadamente mais do que três vezes consecutivas às reuniões da Comissão.

4 — Os membros da CE-UALG podem ser destituídos pelo Reitor, após audição da própria Comissão, verificando-se situação de justa causa, nomeadamente o incumprimento dos seus deveres.

Anexos

III

ESTUDANTE \_\_\_\_\_ - N.º \_\_\_\_\_

TEMA DE PROJECTO \_\_\_\_\_

DATA : 07/2020

|            |  | ITENS DE AVALIAÇÃO  | AVALIAÇÃO | OBSERVAÇÕES |
|------------|--|---|-----------|-------------|
| 2 Valores  | INTRODUÇÃO                               | 0,5<br>1<br>0,5<br><br>○ Define Objectivos do Documento;<br>○ Define claramente o âmbito do Trabalho;<br>○ Apresenta estrutura do trabalho.   |           |             |
| 16 Valores | DESENVOLVIMENTO                          | 7<br><br><b>Enquadramento Conceptual do Tema / Revisão Crítica da Literatura:</b><br>○ Justificação da pertinência da escolha do Problema / Área Temática e da sua clarificação, em função do Impacto na Pessoa, Família e Sociedade, da Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação e explicitando a forma de utilização do Quadro de Referência Teórico de Enfermagem escolhido;<br>1,5 ○ Justifica a Metodologia utilizada na revisão da literatura.<br>1,5 ○ Descrição dos contextos de estágio<br>3 ○ Definição dos Objectivos de Estágio<br>3 ○ Planeamento de Actividades de acordo com os Objectivos e Recursos |           |             |
| 2 Valores  | CONCLUSÃO/<br>CONSIDERAÇÃO<br>ESSENCIAIS | 2<br><br>○ Síntese e expectativas.  |           |             |
|            |  | <b>TOTAL</b>  |           |             |

OBSERVAÇÕES: Os itens contidos na rubrica “desenvolvimento”, dizem respeito não só o documento escrito formalmente entregue nos serviços académicos, mas também à capacidade de comunicar oral e cientificamente o presente projeto de desenvolvimento nos momentos designados como “apresentação intercalar” e “apresentação final”.

# Apêndices

II



# Prevenção de Quedas na pessoa idosa institucionalizada

ENF.º ANTÓNIO JOÃO ABRANTES

# SUMÁRIO:

- ▶ Objetivos da sessão;
- ▶ Queda! Qual o seu significado;
- ▶ Causas mais comuns de queda na pessoa idosa institucionalizada;
- ▶ Medidas preventivas nos vários locais;
- ▶ Importância da prevenção;

# OBJETIVOS:

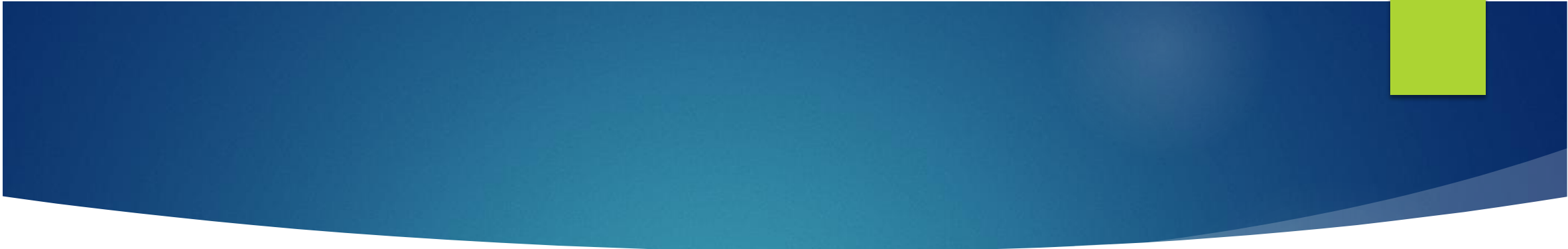
- ▶ Enunciar a prevalência das quedas;
- ▶ Salientar as consequências das quedas;
- ▶ Enumerar as causas mais comuns e os locais;
- ▶ Instruir para a prevenção, nos diferentes locais;
- ▶ Instruir para a documentação / Registo da queda;
- ▶ Ensinar sobre o que vigiar, após o episódio de queda
- ▶ Ensinar sobre o que dizer, em caso de emergência, ligando 112

# QUEDA:

- ▶ A queda é um evento não intencional resultando numa mudança de posição para um nível mais baixo em relação à posição inicial, excluindo as alterações intencionais com posição em móveis, paredes ou outros objetos (WHO, 2007).

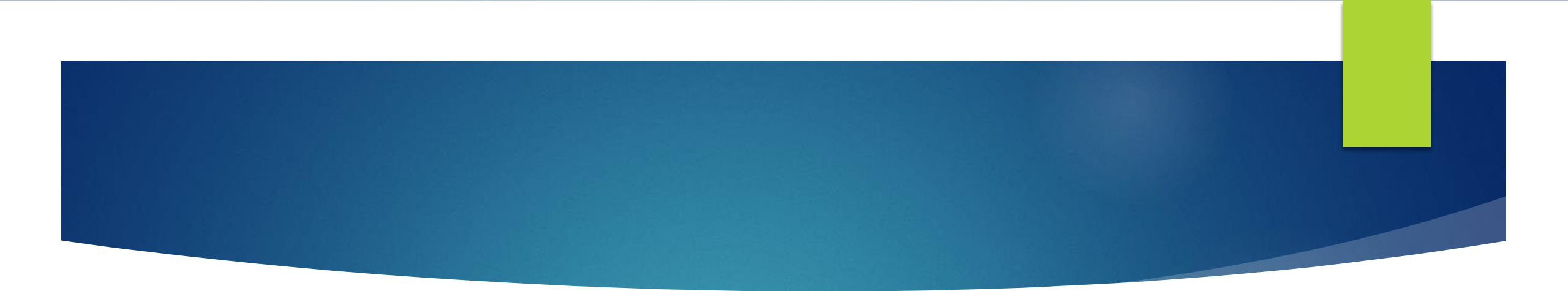
# INDICADORES:

- ▶ Estudos indicam que, aproximadamente, 30 a 50% dos residentes com 65 anos ou mais de idade caem pelo menos uma vez por ano e 12 a 40% deles sofrem quedas recorrentes (Lee & Kim, 2017).

- 
- ▶ As quedas são comuns entre os idosos e os que se encontram institucionalizados têm esse risco mais presente, a sua incidência é cerca de três vezes maior que os idosos da comunidade (Muëller, et al., 2015).

# CONSEQUÊNCIAS DAS QUEDAS

- ▶ No que diz respeito as consequências das quedas, estas podem ser físicas e psicológicas, incluindo lesões, hospitalizações, perturbação da mobilidade, medo de cair novamente, restrição da atividade, declínio funcional e/ou institucionalização.

- 
- ▶ Um dos fatores que pode levar ao risco elevado de quedas é a institucionalização, porque a pessoa idosa que muda do ambiente familiar para a ERPI pode sofrer alterações psicológicas, cognitivas e funcionais que podem estar associadas ao isolamento e conseqüentemente à falta de atividade física (Neto, et al. 2017).

## CAUSAS MAIS COMUNS:

- ▶ O espaço físico e a própria presença dos funcionários tornam o ambiente das ERPI's diferente do domicílio e podem constituir um risco acrescido, por ser um espaço diferente, com regras diferentes e pessoas estranhas (Baixinho & Dixe, 2017).

# LOCAIS DE MAIOR PREVALÊNCIA DA QUEDA:

- ▶ A maioria das quedas ocorrem nos quartos dos clientes, em casas de banho, mas igualmente durante a caminhada e nas transferências.
- ▶ Nas quedas que ocorrem no quarto, perto da cama, provavelmente, deve-se ao ato de levantar/transferir-se, devido à perda de equilíbrio ou hipotensão postural.
- ▶ Outro fator poderá ser a incontinência urinária, aumentando a probabilidade de queda, principalmente à noite, quando a iluminação é mais precária e a visão é mais prejudicada (Ferreira, et al. 2019).

# MEDIDAS PREVENTIVAS:

## ▶ Quarto do residente:

- ▶ Ajuste na altura da cama;
- ▶ Pela iluminação adequada (Luz de presença no período noturno);
- ▶ Remover os tapetes e arrumar o caminho até a casa de banho;
- ▶ Ajudar a pessoa idosa a levantar-se da cama;

# Transferências Camas/Cadeira – Cadeira/Cama

## ▶ **Não realizar a transferência:**

- ▶ Se não existir condições ergonômicas, peça ajuda;
- ▶ Verificar se o residente tem os pés assentes no chão, de forma a apoiá-los no momento da transferência;
- ▶ Não efetuar, sem que tenha um meio antiderrapantes, não transfira o residente somente de meias;

# MEDIDAS PREVENTIVAS:

## ▶ Casa de banho:

- ▶ Iluminação adequada;
- ▶ O chão deve estar seco;
- ▶ Uso de tapetes antiderrapantes;
- ▶ Uso de cadeira para o residente se sentar durante este autocuidado;



▶ **Sala de convívio / Salão:**

- ▶ Espaço organizado e arrumado;
- ▶ As limpezas devem ser efetuados a noites, sem residentes;
- ▶ Identificação de zonas húmidas, por derrame de líquidos acidentalmente;

# DOCUMENTAÇÃO DAS QUEDAS

A importância da documentação/registo do invento, passa por dar conhecimento a toda a equipa multidisciplinar (cuidadores/enfermeiros/ médicos/fisioterapeutas/etc.), de forma a ficarem mais desperto a novas ocorrências, bem como ir ao encontro de novas estratégias para a prevenção da queda.

# IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO

- ▶ As quedas fazem com que a pessoa idosa seja impossibilitada de envelhecer de forma ativa e saudável haverá custos altos na qualidade de vida e na vertente social.
- ▶ A prevenção é essencial para evitar o consumo dos recursos de saúde, evitando o potencial risco de epidemia, pois as quedas são um problema sério e global (Baixinho & Dixe, 2017).

# O QUE VIGIAR APÓS UMA QUEDA:

- ▶ Em caso de queda, devemos ficar especialmente atentos:
  - ▶ Hemorragia
  - ▶ Alteração do segmento do corpo;
  - ▶ Alteração do estado de consciência;
  - ▶ Náuseas, vômitos;
    - ▶ Nestes caso - encaminhar ao Serviço de Urgência, **ligando 112**

# O QUE INFORMAR QUANDO LIGAMOS 112:

- ▶ Quem sou (Enf.º António João Abrantes);
- ▶ Que tipo de emergência médica (Queda);
- ▶ Alterações visíveis (hemorragia/alteração do estado de consciência);
- ▶ Quem (pessoa x, com y idade);
- ▶ Onde estou (sempre possível com pontos de referência);
- ▶ Contacto telefónico (941234567);



## **DUVIDAS?**

▶ [antonio.abrantes@campus.esel.pt](mailto:antonio.abrantes@campus.esel.pt)

# Referências bibliográfica

- ▶ Baixinho C.L & Dixe, M.A. (2017). *Práticas das equipas na prevenção de queda nos idosos institucionalizados: Construção e validação de escala*. Texto Contexto Enfermagem. 2017; 26 (3).
- ▶ Ferreira, L.M.B. M.; et al. (2019). *Recurrent falls and risk factors among institutionalized older people*. Ciência & Saúde Coletiva, 24(1):67-75.
- ▶ Lee, S.H. & Kim, H.S. (2017). *Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis*. Worldviews on Evidence-Based Nursing; 14:1, 74–80.
- ▶ Müller, D., et al. (2015). *Cost-effectiveness of a multifactorial fracture prevention program for elderly people admitted to nursing homes*. Eur J Health Econ 16:517–527.
- ▶ Neto, A.H.A; et al (2017). *Quedas em idosos institucionalizados: riscos, consequências e antecedentes*. Revista Brasileira de Enfermagem. 70(4):752-8.
- ▶ World Health Organization (2018). Falls. Acedido em: 18.06.2020: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls#.XueBjpJYwRw.email>



# Prevenção de Quedas na pessoa idosa institucionalizada

ENF.º ANTÓNIO JOÃO ABRANTES

# Apêndices

## III



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

**I JORNAL DE APRENDIGAZEM**

**[UMA PROBLEMÁTICA INDISCUTÍVEL]**

**[António João Abrantes, nº 3493]**

Orientador: [Cristina Baixinho]

---

**[Lisboa]**

**[2020]**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVD – Atividades de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UPP – Úlceras por pressão

É insofismável a necessidade de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação nas estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI).

Ideia da qual a “nossa” bastonária também é apologista e defende desde o início do mandato, prendendo-se pelas características e a natureza das necessidades em saúde e dos cuidados prestados na ERPI. Recomenda-se a integração, na equipa, de um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação (...) (OE, pag.5, 2020).

Se, inicialmente, o desafio em realizar o mestrado em enfermagem, na vertente da enfermagem de reabilitação, era para dar resposta a uma necessidade vivenciada na anterior prática clínica, dentro de um centro hospitalar, este projeto de formação é ainda mais desafiante. Idealizar e, posteriormente, colocar em forma de projeto uma temática/área muito pouco desenvolvida em Portugal, é muito mais exigente.

Ao longo de seis anos de prática, fui observando muitas lacunas a necessitar de serem corrigidas. A realização deste projeto, numa temática para mim desconhecida, serviu para eu sair da minha área de conforto, bem como para ver a enfermagem avançada com um olhar mais crítico; com a perspetiva de ir ao encontro de intervenções autónomas, prescritas após uma boa avaliação de enfermeiros para enfermeiros e os cuidados centrados na pessoa idosa.

Os enfermeiros são um bem precioso para os melhores cuidados de saúde em todo o ciclo de vida, perante a pessoa vulnerável, com maior fragilidade e exposta a eventos adversos, de múltiplas causas. Os enfermeiros não deverão estar apenas nos hospitais e ou centros de saúde. As ERPI, vulgarmente conhecidas como lares/casa de repouso, deverão ter no seu quadro de pessoal estes profissionais.

Desde o término da licenciatura, um grande número de enfermeiros recebem convites para integrar estas equipas de vários lares, para prestação de serviços em meio horário ou até mesmo a tempo inteiro. Provavelmente, porque “fica bem” ter um enfermeiro para avaliar as pressões arteriais, fazer uns pensos ou dar umas injeções e, por fim, porque a lei assim o exige. O enfermeiro que aceita este tipo de trabalho deve focar-se noutras intervenções autónomas, como a avaliação de cada residente, relativamente ao risco de queda, risco de úlceras por pressão (UPP). Conforme descrito nos Padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001), no ponto sobre a prevenção de complicações, deverá o enfermeiro, na procura permanente da

excelência no exercício profissional, prevenir complicações para a saúde dos clientes. Considera-se primordial a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, de forma a prescrever intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados.

Nestas duas primeiras semanas de ensino clínico numa ERPI onde irei continuar a minha prática clínica num futuro próximo, mesmo após o término do mestrado, começo a ter uma visão mais abrangente desta problemática, e das reais necessidades da presença desta especialidade neste locais tão diferentes e exigentes. Consegui ver, bem como ter a certeza da real necessidade dos cuidados necessários por parte dos enfermeiros especialistas de enfermagem de reabilitação (EEER), pois existe a ideia por parte de alguns enfermeiros de que pouco ou nada há para fazer nestes locais.

Nesto momento, enquanto estudante da especialidade, consigo trabalhar apenas e só a vertente da reabilitação, indo ao encontro dos diagnósticos de enfermagem, e aplicá-los a cada residente da instituição. Para que isto possa acontecer, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) deve estar munido de estratégias e de ferramentas, para que consiga colocar tudo em prática. É importante esta abordagem, mas sabemos que os enfermeiros, não fazem apenas reabilitação.

Pelo que deveria existir enfermeiros em todas as ERPI's, e enfermeiros especialistas de reabilitação com horas dirigidas, apenas e só, à vertente de reabilitação, isto iria melhorar significativamente as condições de saúde dos residentes destas estruturas. Ideia que é apologista Rocha (2020, pág. 5), manifestando que o EEER deverá iniciar plano de reabilitação respiratória e motora o mais precoce possível, evitando assim perda de função/autonomia.

Para culminar esta ideia o PRODATA, refere que nas últimas duas décadas a % de pessoas idosas dependentes em Portugal, aumentou quase 10%, passando de 24,4% em 2011, para 34,2% em 2019.

Fator pelo qual a procura de ERPI's, para a institucionalização, faz com que muitas famílias referem que deixar o familiar numa é o seu último recurso, e são concludentes, explicando que a idade avançada bem como um aumento da dependência, ao nível físico e mental, leva aos processos de institucionalização,

devido as múltiplas fragilidades da pessoa idosa. Assim, o déficit cognitivo e a dependência para a satisfação das AVD (Atividades de Vida Diária) estão fortemente ligados a esta situação de institucionalização. Outros fatores referidos são os idosos não terem companheiro, não terem filhos, não praticarem exercícios físicos, a necessidade de dispositivos auxiliares de marcha e serem analfabetos (Lini, Portella, & Doring 2016).

Apercebo-me desta real necessidade agora, da necessidade de existirem enfermeiros de reabilitação, como referi anteriormente, por conseguir “desligar-me” dos cuidados gerais, enquanto enfermeiro do curso da licenciatura, e construir um plano com intervenções específicas, tanto na intervenção motora, como na questão respiratória, para serem trabalhadas por mim enquanto futuro EEER. Sendo que, se não fosse desta forma, seriam deixadas para outras áreas profissionais como a fisioterapia/ terapia ocupacional, não descurando esta colaboração, caso exista entre estas duas partes, quem sairá beneficiado é a pessoa idosa institucionalizada.

Muitos enfermeiros que estão nas ERPI's provêm dos cuidados gerais, e estes até podem estar munidos de conhecimentos sobre intervenções que já não são da sua área de competência, mas, devido ao fato de ter outras intervenções para realizar, são obrigados a passarem para estes outros profissionais, como é o meu caso particular. Mesmo que queira realizar um plano de intervenção à pessoa X, torna-se complicado. Em primeiro lugar, porque não estou habilitado para o efeito e, em segundo lugar, o tempo diário que me sobra seria pouco para a concretização de uma sessão fundamentada e estruturada.

A importância de ter um EEER nas ERPI's prende-se com o facto de ter um olhar mais focado para a elaboração dos planos de cuidados com diagnósticos levantados, com base em escalas, documentos orientadores para a melhor prática clínica. Como salienta Hoeman (2011), os EEER devem usar uma abordagem holística na avaliação e prestação de cuidados para ajudar a pessoa idosa a atingir o melhor estado fisio-psico-social e cultural (p. 695).

O especialista deve olhar para a pessoa idosa como um bem maior e que necessita de cuidados especializados para prevenir consequências que, em última instância, possam ser danosas e deveras importantes, como o síndrome de desuso, ou até que possam levar a morte. Concluiu Hoeman (2011, p. 695), uma intervenção

precoce e acompanhada por estes profissionais, vai culminar em ganhos para a saúde e com melhores resultados para a pessoa idosa.

O enfermeiro deve estar ciente da sua população e, numa fase inicial, conseguir realizar o levantamento das pessoas que necessitam de programas de intervenção com maior ou menor urgência, planos individuais ou até mesmo em grupo. Deve, também, orientar a sua prática para a resolução de problemas, mas, para que isso seja possível deverá existir horas específicas no seu horário semanal. A frequência dos programas de exercícios deverá ser de duas a três vezes por semana, durante quatro semanas, e a duração de cada sessão deverá ser aproximadamente de vinte minutos (Huang, et al. 2016).

Num futuro muito próximo vou querer ter um programa de enfermagem de reabilitação dirigido à prevenção de quedas na pessoa idosa, de forma estruturada, que consiga abranger individualmente ou em grupo toda a população onde presto serviço, bem como equipa de cuidadores e as famílias das pessoas idosas, porque, se conseguir trabalhar com todos os intervenientes e ter ganhos em saúde a médio prazo, posso conseguir demonstrar com dados plausíveis a importância do EEER na ERPI.

Mas a pretensão é trabalhar igualmente noutras vertentes específicas para o enfermeiro especialista, relativas às institucionalizações, sendo outra situação que causa bastantes complicações, a da imobilidade associada ao número de horas em que as pessoas idosas estão em permanência no leito, demonstrando ser prejudicial à saúde deste grupo vulnerável e que irá afetar a maioria dos sistemas tais como: cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, músculo-esquelético e urinário, podendo levar ao aparecimento de outra comorbidade associada ao repouso no leito (Guedes, Oliveira & Carvalho, 2018). Porém, sem esquecer de limar as lacunas que possam existir, a atuação faz-se de acordo com a área de competências, nas áreas comuns dos enfermeiros especialistas, sendo as mesmas: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2015).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos enfermeiros (2015). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros (2020). *Contributo para uma estratégia nacional para as estruturas residenciais para pessoas idosas*. Lisboa. Ordem dos enfermeiros.

Lini, E.V, Portella, M. R., & Doring, M. (2016). *Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 1004-1014.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e aplicação*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.

PRODATA - Índice de dependência de idosos. Acedido em 24/12/2020. Disponível em:

<https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%Aancia+de+idosos-461>.

Rocha, B. (2020) O papel do enfermeiro de reabilitação e a pandemia covid-19. Associação Portuguesa Enfermeiros de Reabilitação. Acedido em 24/12/2020. Disponível em:

<https://www.aper.pt/Ficheiros/Covid19/O%20PAPEL%20DO%20ENFERMEIRO%20DE%20REABILITA%C3%87%C3%83O%20E%20A%20PANDEMIA%20COVID-19.pdf>

# Apêndices

## IV



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

**I JORNAL DE APRENDIGAZEM**

**[Contra fatos não há argumentos]**

**[António João Abrantes, nº 3493]**

Orientador: [Cristina Baixinho]

---

**[Lisboa]  
[2021]**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVD – Atividades de Vida Diária

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UPP – Úlceras por pressão

A prevenção é uma palavra que deriva do latim, *praeventiōne-*, <avanço; *antecipação*>, e remete para a ação de alertar para a possibilidade de ocorrer algum dano, lesão e/ou perigo.

A queda é um problema de saúde pública, a sua prevalência e as lesões associadas são causa de declínio da funcionalidade, hospitalização, institucionalização e morte. Abordar este assunto, assume uma relevância especial nos idosos institucionalizados, em que a prevalência da queda da pessoa idosa é cerca de três vezes superior (Muëller, et al., 2015) e as lesões mais graves, comparativamente com os idosos que caem na comunidade (Walker et al., 2016; Sharifi et al., 2015; Bilik, Damar & Karayurt, 2017).

O paradigma da enfermagem, nos cuidados prestados nas ERPI's, tem de mudar. Esta questão deve suscitar um debate alargado na enfermagem para possibilitar a resolução deste problema. Senão vejamos a seguinte situação:

*A Dona "M", uma senhora na casa dos noventa e sete anos, ativa, que, nos últimos meses, se depara com um agravamento rápido da demência, com agravamento do declínio cognitivo, confusão e agitação. Perante a situação, as filhas assumiram o papel de cuidadoras informais, assegurando cada uma um período de três meses de apoio na casa da idosa. Mas o agravamento da situação clínica da senhora e a sobrecarga do cuidador levaram as filhas a ponderarem a institucionalização.*

Este desfecho deve-se à incapacidade das famílias para darem resposta às necessidades dos seus familiares. E, após alguma procura de locais para institucionalizar a mãe, encontraram uma estrutura que lhes ia dar algum sossego e tranquilidade, pois ambas mostravam-se cansadas e até mesmo exaustas. Muitas famílias referem que deixar o familiar numa ERPI é o seu último recurso, e são concludentes, explicando que a idade avançada bem como um aumento da dependência ao nível físico e o declínio cognitivo são causa de institucionalização, devido às múltiplas fragilidades da pessoa idosa. Assim, o défice cognitivo e a dependência para a satisfação das AVD (Atividades de Vida Diária) estão fortemente ligados a esta situação de institucionalização. Outros fatores preditores são: viverem sozinhos, não terem filhos, terem pouca ou nenhuma atividade física, necessitarem

de auxiliares de marcha e possuírem uma baixa alfabetização (Lini, Portella, & Doring, 2016).

*A residente dá entrada na instituição pelas quinze horas, acompanhada de uma das filhas, e estas são recebidas pelos cuidadores e proprietária do espaço. Levam a senhora até ao seu novo quarto. E neste espaço fica sem que veja mais a sua filha que a acompanhava.*

*Segundo o que eu consegui apurar junto da proprietária é que a pessoa idosa tinha passado uma noite bastante agitada e agressiva, tanto para com as cuidadoras como com ela própria. De manhã, embora cansada, é encaminhada para o salão, onde irá conviver com os restantes residentes. Antes mesmo de tomar o pequeno-almoço, levanta-se do cadeirão e dá uma queda sobre o seu lado esquerdo. As cuidadoras, ao ouvirem o barulho, vêm ao seu auxílio e levantam-na para o cadeirão... “UPS”... a senhora grita com dores. Ao verem o que se passava, chamaram a proprietária e é encaminhada para o serviço de urgência.*

*O diagnóstico é uma fratura na extremidade proximal do fémur, por isso vai para o internamento aguardar a cirurgia.*

Esta situação é uma no meio de tantas outras semelhantes, devemos caminhar para o encontro de estratégias e deverá existir a mudança de paradigma no qual é obrigatório a inclusão de um enfermeiro no momento da admissão dos residentes em ERPI's, bem como um enfermeiro por cada lar. Caso contrário estas situações vão continuar a ocorrer, infelizmente para a pessoa idosa e sua família. A gestão do risco de quedas em ERPI, organiza-o em três dimensões: Preparar a Institucionalização; Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização e Liderar a comunicação e formação (Baixinho, Dixe, Henriques, 2017) considera que o enfermeiro deva ser o gestor do programa de prevenção de quedas e que este deve associar intervenções singulares e multifatoriais.

A importância desta temática (prevenção de quedas) prende-se com o que Baixinho e Dixe (2017, pág. 774) referem, “um em cada cinco idosos recém-admitidos cai nos primeiros dias de institucionalização”. E, neste caso em particular, foi o que se passou, nem vinte e quatro horas tinham decorrido e a pessoa idosa já estava num serviço de urgência a ser admitida por uma queda.

Deverá ser da responsabilidade da equipa de enfermagem receber e acolher o cliente na ERPI, embora, com base na experiência pessoal, muitas vezes, no momento da admissão, isso não seja possível, pela ausência de um enfermeiro em permanência e aqui, nesta situação concreta, está espelhado o meu pressuposto.

Também é fulcral a avaliação do residente, com escalas devidamente validadas em que a discriminação de quem tem risco de cair ou não deve ser o pilar de qualquer programa de prevenção (Baixinho & Dixe, 2017).

As quedas têm de ser prevenidas através de uma avaliação abrangente das causas comuns, seja força muscular reduzida, equilíbrio e marcha prejudicada (Lee & Kim, 2017). Mas para que possamos falar em avaliar, para prevenir, temos de ter enfermeiros em permanência nas ERPI's e que, no exato momento da admissão, estejam presentes e realizem o acolhimento do utente e da sua família.

Se estivesse presente o enfermeiro no momento abordado anteriormente, possivelmente, teria recolhido dados importantes como, por exemplo, a elaboração da escala de Morse.

Esta escala aplica-se em pouco menos de cinco minutos, desde que devidamente treinado e conhecedor da mesma, seja o enfermeiro que a aplique, o que, neste caso específico, poderia fazer a diferença.

Mas depois somos confrontados com o que salientam as autoras Baixinho, Dixe, Henriques (2017), apesar destas recomendações, a avaliação do risco de queda nas instituições para idosos e a introdução de medidas não é uma realidade, como pudemos rever nesta situação em particular. Os resultados de uma pesquisa concluíram que os profissionais estão familiarizados com as escalas de avaliação do risco, mas consideram que, do ponto de vista do cuidado preventivo, a sua utilização não se adequa à realidade dos residentes e aparenta existir uma subvalorização das medidas preventivas.

Infelizmente para a residente, a morte foi a consequência da queda. Enquanto enfermeiros de lares, não nos cabe desvalorizar as medidas preventivas, nem mesmo a avaliação de todos e quaisquer fatores de risco que podemos e devemos prevenir, no ato da admissão da residente. É, por isso, oportuno lembrar o ditado popular: "Mais vale prevenir do que remediar". No ano 2017, em Portugal, registaram-se oitocentas e quarenta e duas mortes devido a quedas. Destas mais de 82% foram em

peçoas com sessenta e cinco ou mais anos (INE, 2019). Sendo que o exemplo da pessoa idosa que foi para a instituição fez contribuir para o acréscimo dos números deste ano de 2021.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baixinho C.R.S.L. & Dixe M.A.C.R.: Henriques, M.A.P. (2017). *Falls in long-term care institutions for elderly people: protocol validation*. [Thematic Edition “Good Practices: Fundamentals of care in Gerontological Nursing”] Rev Bras Enferm [Internet]; 70(4):740-6DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0109>.
2. Baixinho C.L & Dixe, M.A. (2017). *Práticas das equipas na prevenção de queda nos idosos institucionalizados: Construção e validação de escala*. Texto Contexto Enfermagem. 2017; 26 (3).
3. Instituto Nacional de Estatísticas statistcs Portugal (2019). Causas de Morte 2017. Edição 2109. Pag 119-120. Lisboa.
4. Lee, S.H. & Kim, H.S. (2017). *Exercise Interventions for Preventing Falls Among Older People in Care Facilities: A Meta-Analysis*. Worldviews on Evidence-Based Nursing; 14:1, 74–80.
5. Lini, E.V, Portella, M. R., & Doring, M. (2016). *Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2016; 19(6): 1004-1014.
6. Müller, D., et al. (2015). *Cost-effectiveness of a multifactorial fracture prevention program for elderly people admitted to nursing homes*. Eur J Health Econ 16:517–527.
7. Walker, G. M., Armstrong, S., Gordon, A. L., et al. The Falls In Care Home study: a feasibility randomized controlled trial of the use of a risk assessment and decision support tool to prevent falls in care homes. *Clínic Reab*. 2016;30(10):972-83.

Apêndices

v

Colheita de Dados e Plano de Intervenção  
de Enfermagem de Reabilitação

| Dados Pessoais                 |                     |           |
|--------------------------------|---------------------|-----------|
| Nome:                          | Data de Nascimento: | Idade:    |
| Género:                        | Etnia:              |           |
| Residência:                    | Naturalidade:       | Religião: |
| Profissão:                     | Escolaridade:       |           |
| Pessoa significativa:          |                     |           |
| História de Doença Atual       |                     |           |
| Diagnóstico:                   |                     |           |
| Resumo das notas de evolução:  |                     |           |
| Antecedentes de Saúde          |                     |           |
| Hábitos Aditivos:              |                     |           |
| Alergias:                      |                     |           |
| Terapêutica Instituída:        |                     |           |
| Co Morbilidades                |                     |           |
| Recursos sociais e familiares: |                     |           |

## **AVALIAÇÃO INICIAL**

**Pele e Mucosas:**

**Face:**

**Pescoço:**

**Tórax:**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Inspeção:                             |  |
| Palpação:                             |  |
| Percussão:                            |  |
| Auscultação:                          |  |
| Tosse:                                |  |
| Características das Secreções:        |  |
| Escala de dispneia de BORG modificada |  |

**Auscultação pulmonar**

**Abdómen:**

**Órgãos Genitais:**

**Membros Superiores:**

**Membros Inferiores:**

| <b>Sinais Vitais:</b>       |  |  |  |  |
|-----------------------------|--|--|--|--|
|                             |  |  |  |  |
| <b>Tensão arterial</b>      |  |  |  |  |
| <b>Fr. Cardíaca</b>         |  |  |  |  |
| <b>Fr. Respiratória</b>     |  |  |  |  |
| <b>Temperatura</b>          |  |  |  |  |
| <b>Dor</b>                  |  |  |  |  |
| <b>SpO<sub>2</sub></b>      |  |  |  |  |
| <b>Padrão respiratório</b>  |  |  |  |  |
| <b>Auscultação pulmonar</b> |  |  |  |  |

## APLICAÇÃO DE ESCALAS:

### Avaliação estado de consciência - GCS

|                        |                        | SCORES | Data de avaliação | Data de avaliação |
|------------------------|------------------------|--------|-------------------|-------------------|
| Abertura dos olhos     | Espontânea             | 4      |                   |                   |
|                        | Ao estímulo verbal     | 3      |                   |                   |
|                        | Ao estímulo doloroso   | 2      |                   |                   |
|                        | Ausência de resposta   | 1      |                   |                   |
| Melhor resposta verbal | Orientada              | 5      |                   |                   |
|                        | Conversa confusa       | 4      |                   |                   |
|                        | Palavras inapropriadas | 3      |                   |                   |
|                        | Sons incompreensíveis  | 2      |                   |                   |
|                        | Ausência de resposta   | 1      |                   |                   |
| Melhor resposta motora | Obedece a ordens       | 6      |                   |                   |
|                        | Localiza estímulos     | 5      |                   |                   |
|                        | Movimentos de retirada | 4      |                   |                   |
|                        | Flexão anormal         | 3      |                   |                   |
|                        | Extensão anormal       | 2      |                   |                   |
| Score total            |                        |        |                   |                   |

### Estado Mental

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| Estado de Consciência:               |  |
| Orientação                           |  |
| Atenção                              |  |
| Memória (MiniMentalState management) |  |
| Linguagem                            |  |
| Capacidades Práticas                 |  |

**AVALIAÇÃO PARES CRANIANOS**

| Par Craniano            | Avaliação |
|-------------------------|-----------|
| <b>I Olfativo</b>       |           |
| <b>II Ótico</b>         |           |
| III Oculo motor         |           |
| <b>IV Patético</b>      |           |
| V Trigémio              |           |
| VI Motor ocular externo |           |
| VII Facial              |           |
| VIII Vestibular         |           |
| IX Glossofaríngeo       |           |
| X Vago                  |           |
| XI Espinhal             |           |
| XII Hipoglosso          |           |

**ESCALA DE BORG MODIFICADA**

| Classificação    | Características           |
|------------------|---------------------------|
| <b>Avaliado:</b> |                           |
| 0                | Absolutamente nada        |
| 0,5              | Pouquíssima ou quase nada |
| 1                | Muito pouca               |
| 2                | Pouca                     |
| 3                | Média, regular            |
| 4                | Um pouco forte            |
| 5                | Forte                     |
| 7                | Muito forte               |
| 9                | Muito, muito forte        |
| 10               | Máxima                    |

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR (MRC)**

| Classificação    | Características   |               |  |                |  |               |  |
|------------------|---|---------------|--|----------------|--|---------------|--|
| 0                | Não se percebe nenhuma contração  |               |  |                |  |               |  |
| 1                | Traço de contração, sem produção de movimento                           |               |  |                |  |               |  |
| 2                | Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade     |               |  |                |  |               |  |
| 3                | Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional   |               |  |                |  |               |  |
| 4                | Realiza movimentos contra a resistência externa moderada e gravidade    |               |  |                |  |               |  |
| 5                | É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior |               |  |                |  |               |  |
| <b>Avaliado:</b> |   |               |  |                |  |               |  |
| MSup esquerdo:   |   | MSup direito: |  | MInf esquerdo: |  | MInf direito: |  |

**ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA**

| Classificação    | Características  |               |  |                |  |               |  |
|------------------|--|---------------|--|----------------|--|---------------|--|
| 0                | Tónus muscular normal  |               |  |                |  |               |  |
| 1                | Discreto aumento do tónus muscular, manifestado por contração e relaxamento ou por resistência mínima no final do arco de movimento quando o segmento afetado é movido em flexão ou extensão |               |  |                |  |               |  |
| 2                | Discreto aumento do tónus muscular, manifestado por contração associada a uma resistência mínima durante o restante da ADM (menos de metade)   |               |  |                |  |               |  |
| 3                | Aumento mais acentuado do tónus muscular, o movimento passivo é realizado com dificuldade  |               |  |                |  |               |  |
| 4                | O segmento afetado está rígido em flexão ou extensão   |               |  |                |  |               |  |
| <b>Avaliado:</b> |  |               |  |                |  |               |  |
| MSup esquerdo:   |  | MSup direito: |  | MInf esquerdo: |  | MInf direito: |  |

**EQUILÍBRIO**

POMA I (PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE)  
 AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO TESTE DE  
 TINETTI – Versão portuguesa

|           |  |
|-----------|--|
|           | <b>EQUILÍBRIO ESTÁTICO CADEIRA:</b>  |
| <b>1.</b> | <b>EQUILÍBRIO SENTADO</b>  |
| <b>0</b>  | inclina – se ou desliza na cadeira   |
| <b>1</b>  | inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira   |
| <b>2</b>  | estável, seguro  |
|           |  |
| <b>2.</b> | <b>LEVANTAR –SE</b>  |
| <b>0</b>  | incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio  |
| <b>1.</b> | Capaz, mas utiliza os braços para ajudar ou faz excessiva flexão do tronco ou não consegue à 1ª tentativa  |
| <b>2</b>  | Capaz na 1ª tentativa sem usar os braços   |
|           |  |
| <b>3.</b> | <b>EQUILÍBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)</b>  |
| <b>0</b>  | instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar- se)   |
| <b>1</b>  | estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se   |
| <b>2</b>  | estável sem qualquer tipo de ajudas  |
|           |  |
| <b>4.</b> | <b>EQUILÍBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS</b>   |
| <b>0</b>  | Instável   |
| <b>1</b>  | Estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio  |
| <b>2</b>  | Pés próximos e sem ajudas  |
|           |  |
| <b>5.</b> | <b>PEQUENOS DESIQUILÍBRIOS NA MESMA POSIÇÃO</b><br>(sujeito de pé com os pés próximos, o observador empurra-o levemente com a palma da mão, 3 vezes ao nível do esterno) |
| <b>0</b>  | começa a cair  |
| <b>1</b>  | vacilante, agarra-se, mas estabiliza   |
| <b>2</b>  | estável  |
|           |  |
| <b>6.</b> | <b>FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO</b>  |
| <b>0</b>  | instável   |
| <b>1</b>  | estável  |
|           |  |
| <b>7.</b> | <b>VOLTA DE 360° ( 2 vezes)</b>  |
| <b>0</b>  | Instável (agarra – se, vacila)   |
| <b>1</b>  | Estável, mas dá passos descontínuos  |
| <b>2</b>  | Estável e passos contínuos   |
|           |  |

|            |  |
|------------|--|
| <b>8.</b>  | <b>APOIO UNIPODAL</b> (aguenta pelo menos 5 segundos de forma estável)   |
| <b>0</b>   | 0 – não consegue ou tenta segurar-se a qualquer objecto  |
| <b>1</b>   | 1 – aguenta 5 segundos de forma estável  |
|            |  |
| <b>9.</b>  | <b>SENTAR-SE</b>   |
| <b>0</b>   | Pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância  |
| <b>1</b>   | Usa os braços ou movimento não harmonioso  |
| <b>2</b>   | Seguro, movimento harmonioso   |
|            |  |
|            | <b>Pontuação: / 16</b>   |
|            |  |
|            | <b>EQUILIBRIO DINÂMICO – MARCHA</b>  |
|            | <b>Instruções:</b> 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. |
|            |  |
| <b>10.</b> | <b>INÍCIO DA MARCHA</b> (imediatamente após o sinal de partida)  |
| <b>0</b>   | Hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar   |
| <b>1</b>   | Sem hesitação  |
|            |  |
| <b>11.</b> | <b>LARGURA DO PASSO</b> (pé direito)   |
| <b>0</b>   | não ultrapassa à frente do pé em apoio   |
| <b>1</b>   | ultrapassa o pé esquerdo em apoio  |
|            |  |
| <b>12.</b> | <b>ALTURA DO PASSO</b> (pé direito)  |
| <b>0</b>   | o pé direito não perde completamente o contacto com o solo   |
| <b>1</b>   | o pé direito eleva-se completamente do solo  |
|            |  |
| <b>13.</b> | <b>LARGURA DO PASSO</b> (pé esquerdo)  |
| <b>0</b>   | não ultrapassa à frente do pé em apoio   |
| <b>1</b>   | ultrapassa o pé direito em apoio   |
|            |  |
| <b>14.</b> | <b>ALTURA DO PASSO</b> (pé esquerdo)   |
| <b>0</b>   | o pé esquerdo não perde totalmente o contacto com o solo   |
| <b>1</b>   | o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo  |
|            |  |
| <b>15.</b> | <b>SIMETRIA DO PASSO</b>   |
| <b>0</b>   | Comprimento do passo aparentemente assimétrico   |
| <b>1</b>   | Comprimento do passo aparentemente simétrico   |
|            |  |
| <b>16.</b> | <b>CONTINUIDADE DO PASSO</b>   |
| <b>0</b>   | Pára ou dá passos descontínuos   |
| <b>1</b>   | Passos contínuos   |
| <b>17.</b> | <b>PERCURSO DE 3m</b> (previamente marcado)  |
| <b>0</b>   | desvia-se da linha marcada   |

|   |   |
|---|---|
| 1   | desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha  |
| 2   | sem desvios e sem ajudas  |
| <b>18. ESTABILIDADE DO TRONCO</b>               |   |
| 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                        |
| <b>19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA</b> |   |
| 1   | Calcanhares próximos, quase se tocam  |
| 0   | Calcanhares muito afastados   |

**Pontuação: / 12**

**Pontuação total: / 28**

|                   |          |          |
|-------------------|----------|----------|
| <b>Equilíbrio</b> | Estático | Dinâmico |
|                   |          |          |

**AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR**

| Amplitude articular | Data de avaliação | Data de avaliação |
|---------------------|-------------------|-------------------|
|                     |                   |                   |

|          |          |               |        |  |  |
|----------|----------|---------------|--------|--|--|
| Ombro    | Esquerdo | Flexão        | 0-180° |  |  |
|          |          | Abdução       | 0-180° |  |  |
|          | Direito  | Flexão        | 0-180° |  |  |
|          |          | Abdução       | 0-180° |  |  |
| Cotovelo | Esquerdo | Flexão        | 0-145° |  |  |
|          | Direito  | Flexão        | 0-145° |  |  |
| Punho    | Esquerdo | Flexão palmar | 0-90°  |  |  |
|          |          | Flexão dorsal | 0-70°  |  |  |
|          | Direito  | Flexão palmar | 0-90°  |  |  |
|          |          | Flexão dorsal | 0-70°  |  |  |
| A<br>n   |          | Flexão        | 0-125° |  |  |

Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

|           |          |                |        |  |  |
|-----------|----------|----------------|--------|--|--|
|           | Esquerdo | Abdução        | 0-45°  |  |  |
|           | Direito  | Flexão         | 0-125° |  |  |
|           |          | Abdução        | 0-45°  |  |  |
| Joelho    | Esquerdo | Flexão         | 0-130° |  |  |
|           | Direito  | Flexão         | 0-130° |  |  |
| Tornozelo | Esquerdo | Flexão plantar | 0-45°  |  |  |
|           |          | Flexão dorsal  | 0-20°  |  |  |
|           | Direito  | Flexão plantar | 0-45°  |  |  |
|           |          | Flexão dorsal  | 0-20°  |  |  |

**INDICE DE BARTHEL**

| Parâmetros   | Data de avaliação |  |  |
|--|-------------------|--|--|
|  |                   |  |  |
| <b>EVACUAR</b><br>0 = Incontinente (ou precisa que lhe façam um enema);<br>1 = Acidente ocasional (uma vez por semana);<br>2 = Continente                                    |                   |  |  |
| <b>URINAR</b><br>0 = Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer<br>1 = Acidente ocasional (máximo uma vez em 24 horas);<br>2 = Continente (por mais de 7 dias) |                   |  |  |
| <b>HIGIENE PESSOAL</b><br>0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal<br>1 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos).                       |                   |  |  |
| <b>Ir à casa de banho</b><br>0 = Dependente<br>1 = Precisa de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinhas<br>2 = Independente   |                   |  |  |
| <b>ALIMENTAR-SE</b><br>0 = Incapaz<br>1 = Precisa de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc.<br>2 = Independente (a comida é providenciada)                               |                   |  |  |
| <b>TOMAR BANHO</b><br>0 = Dependente<br>1 = Independente (ou no chuveiro)  |                   |  |  |
| <b>VESTIR-SE</b><br>0 = Dependente<br>1 = Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda<br>2 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)                    |                   |  |  |

Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <p><b>ESCADAS</b></p> <p>0 = Incapaz</p> <p>1 = Precisa de ajuda (verbal, física, ajuda carregando)</p> <p>2 = Independente para subir e descer</p>   |  |  |  |
| <p><b>DESLOCAÇÕES</b></p> <p>0 = Incapaz – não tem equilíbrio ao sentar-se</p> <p>1 = Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se</p> <p>2 = Pequena ajuda (verbal ou física)</p>                                     |  |  |  |
| <p><b>MOBILIDADE</b></p> <p>0 = Imobilizado</p> <p>1 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc...</p> <p>2 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)</p> <p>3 = Independente (alguns tem a ajuda de uma bengala)</p> |  |  |  |
| <p><b>TOTAL</b></p>   |  |  |  |

CLASSIFICAÇÃO: 05 -09 – Grave; 10-14 – Moderado 15-19 – Ligeiro; 20 – Independente

**Medida de Independência Funcional (MIF)**

| <b>NÍVEIS</b>   |  |  |
|---|--|--|
| <b>COM AJUDA</b>  | <b>SEM AJUDA</b>   |  |
| <b>Dependência completa</b>   |  |  |
| Ajuda total (indivíduo realiza = 25% da tarefa)<br><i>(1 ponto)</i>             | Independência modificada (tempo extra, ajuda técnica) <i>(6 pontos)</i>  |  |
| Ajuda máxima (indivíduo realiza 25%-49% da tarefa) <i>(2 pontos)</i>            | Independência completa (em segurança, em termo normal) <i>(7 pontos)</i> |  |
| Ajuda moderada (indivíduo realiza 50% - 74% da tarefa) <i>(3 pontos)</i>        |  |  |
| Ajuda mínima (indivíduo realiza = 75% da tarefa) <i>(4 pontos)</i>              |  |  |
| Supervisão (persuadir, incitar, instruir, orientar, preparar) <i>(5 pontos)</i> |  |  |
|   | <b>DATA DE AVALIAÇÃO</b>   |  |
| <b>AUTO-CUIDADOS:</b>   |  |  |
| A – Alimentação   |  |  |
| B – Higiene Pessoal   |  |  |
| C – Banho (lavar corpo)   |  |  |
| D – Vestir metade superior  |  |  |
| E – Vestir metade inferior  |  |  |
| F – Utilização da sanita  |  |  |
| <b>CONTROLO DOS ESFINCTERES:</b>  |  |  |
| G – Vesical   |  |  |
| H – Intestinal  |  |  |
| <b>MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS:</b>   |  |  |
| I – Cama, Cadeira, Cadeira de rodas   |  |  |
| J – Sanitário   |  |  |
| K – Banheira, Duche   |  |  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>LOCOMOÇÃO:</b>                          |  |  |
| L <u>M</u> archa/ Cadeira de Rodas         |  |  |
| M – Escadas                                |  |  |
| <u>1 – SCORE SUB-TOTAL (A-M)</u>           |  |  |
| <b>COMUNICAÇÃO:</b>                        |  |  |
| N Compreensão Auditiva/Visual              |  |  |
| O Expressão Vocal/Não Vocal                |  |  |
| <b>COGNIÇÃO SOCIAL:</b>                    |  |  |
| P – Interacção Social                      |  |  |
| Q – Resolução dos problemas                |  |  |
| R – Memória                                |  |  |
| <u>2 – SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO (N-R)</u> |  |  |
| <b>TOTAL (1+ 2)</b>                        |  |  |

|   |
|---|
| 104 a 126 - Dependência completa/modificada             |
| 61 a 103 - Dependência modificada (assistência até 25%) |
| 19 a 60 - Dependência modificada (assistência até 50%)  |
| 18 - Dependência completa                               |

### **Objetivos do programa de Enfermagem de Reabilitação:**

Realizando uma análise das necessidades de autocuidado, através da utilização de escalas validadas, do residente para a satisfação das AVD iremos traçar um programa/intervenções de enfermagem de reabilitação de forma a ir ao encontro das reais necessidades levantadas.

Avaliação do residente, relativamente ao seu estado de consciência e orientação, com recurso a escala de coma de glasgow. Requisitar o consentimento informado, de forma livre sobre o plano terapêutico que foi traçado para ser aplicado. No início de cada sessão é obrigatório a avaliação dos sinais vitais, bem como a saturação periférica de oxigénio, qualquer desvio ao padrão habitual do residente, devemos suspender a sessão. Solicitar que resposta as questões, estas devem colocadas de forma simples e claras.

Questionar sobre como se auto avalia na escala de Borg modificada.

Na primeira sessão, vamos avaliar os segmentos corporais, com a validação da amplitude articular, que o residente consegue executar com mobilizações ativas ou passivas, de forma a verificar o seu grau de amplitude de cada articulação. Neste momento podemos em conjunto aplicar a escada de ashworth e validar a espasticidade dos membros.

| <i>Diagnostico</i> | <i>Diagnóstico Secundário</i> | <i>Resultados esperados</i> | <i>Intervenções de Enfermagem</i> | <i>Avaliação</i> |
|--------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------|
|                    |                               |                             |                                   |                  |
|                    |                               |                             |                                   |                  |
|                    |                               |                             |                                   |                  |
|                    |                               |                             |                                   |                  |
|                    |                               |                             |                                   |                  |
|                    |                               |                             |                                   |                  |
|                    |                               |                             |                                   |                  |
|                    |                               |                             |                                   |                  |



# Apêndices

## VI

## Colheita de Dados e Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

| Dados Pessoais                           |  |   |
|--|--|---|
| <b>Nome:</b> J.A                         | <b>Data de Nascimento:</b> 20.08.1948  | <b>Idade:</b> 72 <sup>a</sup>           |
| <b>Género:</b> Masculino                 | <b>Etnia:</b> Caucasiana   |   |
| <b>Residência:</b> ERPI (1994)           | <b>Naturalidade:</b> Lisboa  | <b>Religião:</b> Católica ã praticante  |
| <b>Profissão:</b> Reformado invalidez    |  | <b>Escolaridade:</b> 4 <sup>o</sup> ano |
| <b>Pessoa significativa:</b> J.M - Irmão |  |   |
| História de Doença Atual (04.12.2020)    |  |   |
| <b>Diagnóstico:</b>                      | D. cérebro-vascular AVC em 1994 e 2009   |   |
| <b>Resumo das notas de evolução:</b>     |  |   |
| Antecedentes de Saúde                    |  |   |
| <b>Hábitos Aditivos:</b>                 | Não registados   |   |
| <b>Alergias:</b>                         | Desconhece   |   |
| <b>Terapêutica Instituída:</b>           | Bisacodilo 5 mg; Carbidopa/levodopa 25/100 mg; Fluoxetina 20 mg; Furosemida; Lorazepam 2,5 mg; Pantoprazol 20 mg; paracetamol + tramal 375/37.5 mg; Ramipril 1.25 mg; Varfarina 5 mg; Egostar 22.400 U;          |   |
| <b>Co Morbilidades</b>                   | D. Parkinson; D. cérebro-vascular AVC em 1994 e 2009, com hemiparesia direita sequelar; PMD, Cardiopatia isquémica Insuficiência cardíaca seguido no H. Santa Marta; S. depressivo; Défice cognitivo grave; HTA; |   |
| <b>Recursos sociais e familiares:</b>    | Reside na ERPI desde 1994, após ter sofrido o 1 <sup>o</sup> acidente vascular cerebral, tem um irmão que é o familiar responsável.  |   |

## AVALIAÇÃO INICIAL

### Pele e Mucosas:

Coloração normal, pele e mucosas coradas embora ligeiramente desidratado. Sem alterações cutâneas (ausência de hematomas, eritemas ou outros sinais de zona de pressão).

Lesões cutanêas ao nível dos membros inferiores, eczema.

**Face:**

Sem alterações visíveis a nível da boca, olhos, nariz, ouvidos. Sem assimetrias ou sinais de congestionamento. Boca sem dentição.

**Pescoço:**

Traquia alinhada, sem alterações

**Tórax:**

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Inspeção:                             | Sem cianose periférica.<br>Tórax simétrico, sem deformidades visíveis<br><u>Estática</u> : tórax normolíneo.<br><u>Dinâmica</u> : frequência respiratória de 16cpm, ritmo normal, padrão de predomínio abdominal, amplitude superficial e simétrica. |
| Palpação:                             | Traqueia na linha média. Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior. Ausência de crepitações ósseas durante o movimento respiratório.<br><br>Frémito tóraco-vocal – VER.  |
| Percussão:                            | Som claro pulmonar   |
| Auscultação:                          | Murmúrio vesicular mantido nos campos pulmonares, diminuídos nas bases. Sem sibilos ou presença de outros ruídos adventícios.  |
| Tosse:                                | Sem tosse  |
| Características das Secreções:        | Não apresenta  |
| Escala de dispneia de BORG modificada | 0  |

**Abdómen:** apresenta-se mole, depressível, indolor à palpação.

**Órgãos Genitais:**

Sem alterações;

**Membros Superiores:**

Simétricos, sem edemas, pulsos periféricos palpáveis, bilateralmente.

**Membros Inferiores:**

Simétricos, pulsos periféricos palpáveis, diminuídos em ambos os membros inferiores.

Extremidade frias com coloração mantida.

| <b>Sinais Vitais:</b>       |   |  |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|--|
|                             | <b>04.12.2020</b>   |  |  |  |
| <b>Tensão arterial</b>      | 108/77 mmHg   |  |  |  |
| <b>Fr. Cardíaca</b>         | 62 bpm<br>Ritmo regular, cheio<br>bilateralmente  |  |  |  |
| <b>Fr. Respiratória</b>     | 16 Cvm<br>Ritmo normal, padrão<br>de predomínio<br>abdominal, amplitude<br>superficial e simétrica. |  |  |  |
| <b>Temperatura</b>          | 36°C  |  |  |  |
| <b>Dor</b>                  | 0   |  |  |  |
| <b>SpO<sub>2</sub></b>      | 99%   |  |  |  |
| <b>Padrão respiratório</b>  | Predominantemente<br>abdominal  |  |  |  |
| <b>Auscultação pulmonar</b> | Murmúrio vesicular<br>mantido nos<br>campos<br>pulmonares,<br>diminuídos nas<br>bases.              |  |  |  |

**Avaliação neurológica****Avaliação estado de consciência - GCS**

|                        |                        | SCORES | Data de avaliação | Data de avaliação |
|------------------------|------------------------|--------|-------------------|-------------------|
|                        |                        |        | 04.12.2020        | 05.01.2021        |
| Abertura dos olhos     | Espontânea             | 4      | X                 | X                 |
|                        | Ao estímulo verbal     | 3      |                   |                   |
|                        | Ao estímulo doloroso   | 2      |                   |                   |
|                        | Ausência de resposta   | 1      |                   |                   |
| Melhor resposta verbal | Orientada              | 5      |                   |                   |
|                        | Conversa confusa       | 4      | X                 | X                 |
|                        | Palavras inapropriadas | 3      |                   |                   |
|                        | Sons incompreensíveis  | 2      |                   |                   |
|                        | Ausência de resposta   | 1      |                   |                   |
| Melhor resposta motora | Obedece a ordens       | 6      | X                 | X                 |
|                        | Localiza estímulos     | 5      |                   |                   |
|                        | Movimentos de retirada | 4      |                   |                   |
|                        | Flexão anormal         | 3      |                   |                   |
|                        | Extensão anormal       | 2      |                   |                   |
| Score total            |                        |        | 15                | 15                |

**Estado Mental**

|                        |   |
|------------------------|---|
| Estado de Consciência: | Residente vígil. Sem alteração no estado de consciência.          |
| Orientação             | Orientado na pessoa.  |
| Atenção                | Atenção mantida, com ligeira alteração no estado de concentração. |

**Avaliação da dispneia****ESCALA DE BORG MODIFICADA**

| Classificação                 | Características           |
|-------------------------------|---------------------------|
| <b>Avaliado (04.12.2020):</b> |                           |
| 0                             | Absolutamente nada        |
| 0,5                           | Pouquíssima ou quase nada |
| 1                             | Muito pouca               |
| 2                             | Pouca                     |
| 3                             | Média, regular            |
| 4                             | Um pouco forte            |
| 5                             | Forte                     |
| 7                             | Muito forte               |
| 9                             | Muito, muito forte        |
| 10                            | Máxima                    |

**Avaliação da Função sensório-motora****ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR (MRC)**

| Classificação                    | Características   |               |   |                |   |               |   |
|----------------------------------|---|---------------|---|----------------|---|---------------|---|
| 0                                | Não se percebe nenhuma contração  |               |   |                |   |               |   |
| 1                                | Traço de contração, sem produção de movimento                           |               |   |                |   |               |   |
| 2                                | Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade     |               |   |                |   |               |   |
| 3                                | Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional   |               |   |                |   |               |   |
| 4                                | Realiza movimentos contra a resistência externa moderada e gravidade    |               |   |                |   |               |   |
| 5                                | É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior |               |   |                |   |               |   |
| <b>Avaliado (04.12.2020):</b>    |   |               |   |                |   |               |   |
| MSup esquerdo:                   | 3   | MSup direito: | 3 | MInf esquerdo: | 3 | MInf direito: | 0 |
| <b>Reavaliação (04.01.2021):</b> |   |               |   |                |   |               |   |
| MSup esquerdo:                   | 4   | MSup direito: | 4 | MInf esquerdo: | 4 | MInf direito: | 1 |

## ESCALA DE ASHWORTH MODIFICADA

| Classificação                 | Características  |               |   |                |   |               |   |
|-------------------------------|--|---------------|---|----------------|---|---------------|---|
| 0                             | Tónus muscular normal  |               |   |                |   |               |   |
| 1                             | Discreto aumento do tónus muscular, manifestado por contração e relaxamento ou por resistência mínima no final do arco de movimento quando o segmento afetado é movido em flexão ou extensão |               |   |                |   |               |   |
| 2                             | Discreto aumento do tónus muscular, manifestado por contração associada a uma resistência mínima durante o restante da ADM (menos de metade)   |               |   |                |   |               |   |
| 3                             | Aumento mais acentuado do tónus muscular, o movimento passivo é realizado com dificuldade  |               |   |                |   |               |   |
| 4                             | O segmento afetado está rígido em flexão ou extensão   |               |   |                |   |               |   |
| <b>Avaliado (04.12.2020):</b> |  |               |   |                |   |               |   |
| MSup esquerdo:                | 2  | MSup direito: | 2 | MInf esquerdo: | 2 | MInf direito: | 4 |
| <b>Avaliado (04.12.2020):</b> |  |               |   |                |   |               |   |
| MSup esquerdo:                | 1  | MSup direito: | 1 | MInf esquerdo: | 1 | MInf direito: | 3 |

## AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

POMA I (PERFORMANCE-ORIENTED ASSESSMENT OF MOBILITY I – BALANCE) AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE E EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO TESTE DE TINETTI – Versão portuguesa

|   | Data de avaliação | Data de avaliação |
|---|-------------------|-------------------|
|   | 04.12.2020        | 05.01.2021        |
| EQUILÍBRIO ESTÁTICO CADEIRA:  |                   |                   |
| 1 - EQUILÍBRIO SENTADO  |                   |                   |
| 0 – inclina – se ou desliza na cadeira  |                   |                   |
| 1 – inclina-se ligeiramente ou aumenta a distância das nádegas ao encosto da cadeira                          | X                 |                   |
| 2 – estável, seguro   |                   | X                 |
| 2. LEVANTAR –SE   |                   |                   |
| 0 – incapaz sem ajuda ou perde o equilíbrio   | X                 | X                 |
| 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. EQUILIBRIO IMEDIATO (primeiros 5 segundos)   |   |   |
| 0 – instável (cambaleante, move os pés, marcadas oscilações do tronco, tenta agarrar algo para suportar-se)   | X | X |
| 1 – estável, mas utiliza auxiliar de marcha para suportar-se  |   |   |
| 2 – estável sem qualquer tipo de ajudas   |   |   |
|   |   |   |
| 4. EQUILIBRIO EM PÉ COM OS PÉS PARALELOS  |   |   |
| 0 – instável  | X | X |
| 1 – estável mas alargando a base de sustentação (calcanhares afastados > 10 cm) ou recorrendo a auxiliar de marcha para apoio                                     |   |   |
| 2 – pés próximos e sem ajudas   |   |   |
|   |   |   |
| 5. PEQUENOS DESIQUILIBRIOS 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   | X | X |
| 1 – vacilante, agarra-se, mas estabiliza  |   |   |
| 2 – estável   |   |   |
|   |   |   |
| 6. FECHAR OS OLHOS NA MESMA POSIÇÃO   |   |   |
| 0 – instável  | X | X |
| 1 – estável   |   |   |
|   |   |   |
| 7. VOLTA DE 360° ( 2 vezes)   |   |   |
| 0 – instável (agarra – se, vacila)  | X | X |
| 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 objecto       | <u>X</u> | X |
| 1 – aguenta 5 segundos de forma estável                       |          |   |
| 9. SENTAR-SE  |          |   |
| 0 – pouco seguro ou cai na cadeira ou calcula mal a distância | <u>X</u> | X |
| 1 – usa os braços ou movimento não harmonioso                 |          |   |
| 2 – seguro, movimento harmonioso                              |          |   |

Pontuação:

- Avaliação: 1 / 16
- Reavaliação 2 / 16

EQUILIBRIO DINÂMICO – 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             | <u>X</u> | X |
| 1 – sem hesitação  |          |   |
| 11. LARGURA DO PASSO (pé direito)                              |          |   |
| 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio                     | <u>X</u> | X |
| 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 | <u>X</u> | X |
| 1 – o pé direito eleva-se completamente do solo                |          |   |
| 13. LARGURA DO PASSO (pé esquerdo)                             |          |   |

Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| 0 – não ultrapassa à frente do pé em apoio  | <u>X</u> | X        |
| 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  | <u>X</u> | X        |
| 1 – o pé esquerdo eleva-se totalmente do solo   |          |          |
| 15. SIMETRIA DO PASSO   |          |          |
| 0 – comprimento do passo aparentemente assimétrico  | <u>X</u> | X        |
| 1 – comprimento do passo aparentemente simétrico  |          |          |
| 16. CONTINUIDADE DO PASSO   |          |          |
| 0 – pára ou dá passos descontínuos  | <u>X</u> | X        |
| 1 – passos contínuos  |          |          |
| 17. PERCURSO DE 3m (previamente marcado)  |          |          |
| 0 – desvia-se da linha marcada  | <u>X</u> | X        |
| 1 – desvia-se ligeiramente ou utiliza auxiliar de marcha  |          |          |
| 18. ESTABILIDADE DO TRONCO  |          |          |
| 0 – nítida oscilação ou utiliza auxiliar de marcha  | <u>X</u> | X        |
| 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                        |          |          |
| 19. BASE DE SUSTENTAÇÃO DURANTE A MARCHA  |          |          |
| 0 – calcanhares muito afastados   | <u>X</u> | X        |
| 1 – calcanhares próximos, quase se tocam  |          |          |
| TOTAL   | 1 / 28 – | 2 / 28 – |

|  |  |                     |                     |
|--|--|---------------------|---------------------|
|  |  | Alto risco de queda | Alto risco de queda |
|--|--|---------------------|---------------------|

Pontuação: 0 / 12

Pontuação total: 1 / 28 - Alto risco de queda

Indicadores de risco de quedas:

≤18 Alto

19-23 Moderado

≥24 Baixo

Fonte: Mary E. Tinetti – YALE UNIVERSITY, adaptado com permissão.

### AValiação DA AMPLITUDE ARTICULAR

| Amplitude articular | Data de avaliação | Data de avaliação |
|---------------------|-------------------|-------------------|
|                     | 04.12.2020        | 05.01.2021        |

|          |          |               | Amplitude articular |            |        |
|----------|----------|---------------|---------------------|------------|--------|
|          |          |               | 04.12.2020          | 05.01.2021 |        |
| Ombro    | Esquerdo | Flexão        | 0-180°              | 0-70°      | 0-90°  |
|          |          | Abdução       | 0-180°              | 0-100°     | 0-100° |
|          | Direito  | Flexão        | 0-180°              | 0-70°      | 0-90°  |
|          |          | Abdução       | 0-180°              | 0-90°      | 0-100° |
| Cotovelo | Esquerdo | Flexão        | 0-145°              | 0-130°     | 0-145° |
|          | Direito  | Flexão        | 0-145°              | 0-130°     | 0-145° |
| Punho    | Esquerdo | Flexão palmar | 0-90°               | 0-20°      | 0-45°  |
|          |          | Flexão dorsal | 0-70°               | 0-20°      | 0-60°  |
|          | Direito  | Flexão palmar | 0-90°               | 0-20°      | 0-30°  |
|          |          | Flexão dorsal | 0-70°               | 0-15°      | 0-45°  |
| Anca     | Esquerdo | Flexão        | 0-125°              | 0-45°      | 0-90°  |
|          |          | Abdução       | 0-45°               | 0-45°      | 0-45°  |

|           |          |                |        |       |        |
|-----------|----------|----------------|--------|-------|--------|
|           | Direito  | Flexão         | 0-125° | 0-45° | 0-60°  |
|           |          | Abdução        | 0-45°  | 45°   | 0-45°  |
| Joelho    | Esquerdo | Flexão         | 0-130° | 0-45° | 0-110° |
|           | Direito  | Flexão         | 0-130° | 0-15° | 0-60°  |
| Tornozelo | Esquerdo | Flexão plantar | 0-45°  | 0-5°  | 0-10°  |
|           |          | Flexão dorsal  | 0-20°  | 0-5°  | 0-10°  |
|           | Direito  | Flexão plantar | 0-45°  | 0-5°  | 0-10°  |
|           |          | Flexão dorsal  | 0-20°  | 0-5°  | 0-10°  |

### Avaliação da Independência Funcional (MIF)

| NÍVEIS  |  |            |
|---|--|------------|
| COM AJUDA   | SEM AJUDA  |            |
| Dependência completa  |  |            |
| Ajuda total (indivíduo realiza = 25% da tarefa)<br><i>(1 ponto)</i>             | Independência modificada (tempo extra, ajuda técnica) <i>(6 pontos)</i>  |            |
| Ajuda máxima (indivíduo realiza 25%-49% da tarefa) <i>(2 pontos)</i>            | Independência completa (em segurança, em termo normal) <i>(7 pontos)</i> |            |
| Ajuda moderada (indivíduo realiza 50% - 74% da tarefa) <i>(3 pontos)</i>        |  |            |
| Ajuda mínima (indivíduo realiza = 75% da tarefa) <i>(4 pontos)</i>              |  |            |
| Supervisão (persuadir, incitar, instruir, orientar, preparar) <i>(5 pontos)</i> |  |            |
|   | DATA DE AVALIAÇÃO  |            |
| AUTO-CUIDADOS:  | 04.12.2020   | 05.01.2021 |
| A – Alimentação   | 1  | 1          |
| B – Higiene Pessoal   | 1  | 1          |
| C – Banho (lavar corpo)   | 1  | 1          |

|  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| D – Vestir metade superior                 | 1         | 1         |
| E – Vestir metade inferior                 | 1         | 1         |
| F – Utilização da sanita                   | 1         | 1         |
| <b>CONTROLO DOS ESFINCTERES:</b>           |           |           |
| G – Vesical                                | 1         | 1         |
| H – Intestinal                             | 1         | 1         |
| <b>MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS:</b>        |           |           |
| I – Cama, Cadeira, Cadeira de rodas        | 1         | 1         |
| J – Sanitário                              | 1         | 1         |
| K – Banheira, Duche                        | 1         | 1         |
| <b>LOCOMOÇÃO:</b>                          |           |           |
| L - <u>M</u> archa/ Cadeira de Rodas       | 1         | 1         |
| M – Escadas                                | 1         | 1         |
| <u>1 – SCORE SUB-TOTAL (A-M)</u>           | <u>13</u> | <u>13</u> |
| <b>COMUNICAÇÃO:</b>                        |           |           |
| N Compreensão Auditiva/Visual              | 1         | 1         |
| O Expressão Vocal/Não Vocal                | 1         | 1         |
| <b>COGNIÇÃO SOCIAL:</b>                    |           |           |
| P – Interacção Social                      | 1         | 2         |
| Q – Resolução dos problemas                | 1         | 1         |
| R – Memória                                | 1         | 1         |
| <u>2 – SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO (N-R)</u> | <u>5</u>  | <u>6</u>  |
| <b>TOTAL (1+ 2)</b>                        | <u>18</u> | <u>19</u> |

|   |
|---|
| 104 a 126 - Dependência completa/modificada |
|---|

|   |
|---|
| 61 a 103 - Dependência modificada (assistência até 25%) |
|---|

|  |
|--|
| 19 a 60 - Dependência modificada (assistência até 50%) |
|--|

18 - Dependência completa

**Avaliação do Risco de Queda - Escala de Morse**

| Item                                 | Opção resposta   | Pontuação | Data de avaliação | Data de avaliação |
|--------------------------------------|--|-----------|-------------------|-------------------|
|                                      |  |           | 04.12.2020        | 06.01.2020        |
| Historia de quedas (últimos 3 meses) | Não  | 0         | X                 | X                 |
|                                      | Sim  | 25        |                   |                   |
| Diagnósticos secundários             | Não  | 0         |                   |                   |
|                                      | Sim  | 15        | X                 | X                 |
| Ajuda para caminhar                  | Nenhuma/ Ajuda do Enfermeiro /acamado / Cadeira de rodas | 0         | X                 | X                 |
|                                      | Muletas / Canadianas/Bengala/Andarilho                   | 15        |                   |                   |
|                                      | Apoia-se no mobiliário para andar                        | 30        |                   |                   |
| Terapia Endovenosa                   | Não  | 0         | X                 | X                 |
|                                      | Sim  | 20        |                   |                   |
| Postura no andar e transferência     | Debilidado   | 10        |                   |                   |
|                                      | Dependente de ajuda                                      | 20        | X                 | X                 |
| Estado mental                        | Consciente das suas capacidades                          | 0         | X                 | X                 |
|                                      | Esquece-se das suas limitações                           | 15        |                   |                   |
| TOTAL                                |  |           | 35                | 35                |

Classificação de risco

RISCO DE QUEDA

|           |               |
|-----------|---------------|
| 0-24      | BAIXO RISCO   |
| 25 a 50   | MÉDIO RISCO   |
| = ou > 51 | ELEVADO RISCO |

### Avaliação do Risco de UPP - Escala de Braden

|                               |                          |   | Data de avaliação<br>04.12.2020 | Data de avaliação<br>06.01.2021 |
|-------------------------------|--------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Percepção sensorial</b>    | Totalmente limitado      | 1 |                                 |                                 |
|                               | Muito Limitado           | 2 |                                 |                                 |
|                               | Levemente limitado       | 3 | X                               | X                               |
|                               | Nenhuma limitação        | 4 |                                 |                                 |
| <b>Humidade</b>               | Completamente molhado    | 1 |                                 |                                 |
|                               | Muito molhado            | 2 |                                 |                                 |
|                               | Ocasionalmente molhado   | 3 | X                               | X                               |
|                               | Raramente molhado        | 4 |                                 |                                 |
| <b>Actividade</b>             | Acamado                  | 1 | X                               |                                 |
|                               | Cadeira de rodas         | 2 |                                 | X                               |
|                               | Anda ocasionalmente      | 3 |                                 |                                 |
|                               | Anda frequentemente      | 4 |                                 |                                 |
| <b>Mobilidade</b>             | Totalmente imóvel        | 1 |                                 |                                 |
|                               | Bastante limitado        | 2 | X                               |                                 |
|                               | Levemente limitado       | 3 |                                 | X                               |
|                               | Não apresenta limitações | 4 |                                 |                                 |
| <b>Nutrição</b>               | Muito pobre              | 1 |                                 |                                 |
|                               | Proavelmente inadequada  | 2 |                                 |                                 |
|                               | Adequada                 | 3 | X                               | X                               |
|                               | Excelente                | 4 |                                 |                                 |
| <b>Fricção e Cisalhamento</b> | Problema                 | 1 |                                 |                                 |
|                               | Problema potencial       | 2 | X                               | X                               |
|                               | Nenhum problema          | 3 |                                 |                                 |
| <b>Total</b>                  |                          |   | 14                              | 16                              |
|                               |                          |   | RISCO MODERADO                  | BAIXO RISCO                     |

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| Classificação de risco | RISCO DE UPP |
| < ou = 12              | ALTO RISCO   |
| 13 ou 14               | MODERADO     |
| 15-18                  | BAIXO        |

|      |           |
|------|-----------|
| > 18 | SEM RISCO |
|------|-----------|

**Objetivos do programa de Enfermagem de Reabilitação:**

Realizando uma análise das necessidades de autocuidado, através da utilização de escalas validadas, do residente para a satisfação das AVD iremos traçar um programa/intervenções de enfermagem de reabilitação de forma a ir ao encontro das reais necessidades levantadas.

Avaliação do residente, relativamente ao seu estado de consciência e orientação, com recurso a escala de coma de Glasgow. Requisitar o consentimento informado, de forma livre sobre o plano terapêutico que foi traçado para ser aplicado. No início de cada sessão é obrigatório a avaliação dos sinais vitais, bem como a saturação periférica de oxigénio, qualquer desvio ao padrão habitual do residente, devemos suspender a sessão. Solicitar que resposta as questões, estas devem colocadas de forma simples e claras.

Questionar sobre como se auto avalia na escala de Borg modificada.

Na primeira sessão, vamos avaliar os segmentos corporais, com a validação da amplitude articular, que o residente consegue executar com mobilizações ativas ou passivas, de forma a verificar o seu grau de amplitude de cada articulação. Neste momento podemos em conjunto aplicar a escada de Ashworth e validar a espasticidade dos membros.

| <i>Diagnostico</i>  | <i>Diagnóstico Secundário</i>   | <i>Resultados esperados</i>   | <i>Intervenções de Enfermagem</i>   | <i>Avaliação</i>   |
|---|---|---|---|--|
| <p><b>Mobilidade física comprometida,</b> relacionada com AVC isquémico, manifestada por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hemiparésia direita [força grau 3 nos membros superiores e membro inferior esquerdo]</li> <li>- aumento da espasticidade [grau 4 na flexão do joelho]</li> <li>- alteração do equilíbrio postural [estático e dinâmico]</li> <li>- ajuda máxima nas transferências [score 1 na MIF]</li> </ul> <p>[Requisito de AC: por desvio de saúde]</p> | <p>Potencial para melhorar conhecimentos sobre técnicas de exercício muscular e articular, presente</p> <p>Potencial para melhorar capacidades para executar técnicas de exercício muscular e articular, presente</p> | <p>Manutenção e ou melhoria da amplitude de movimentos;</p> <p>Conservar a flexibilidade prevenindo a instalação do padrão espático;</p> <p>Evitar aderências e contraturas musculares;</p> <p>Melhorar a circulação de retorno;</p> <p>Manter a imagem psico-sensorial e psico-motora.</p> | <p>Executar mobilizações passivas em todos os segmentos dos Membros Superiores [escapulo-umeral, cotovelo, antebraço e punho] e mobilizações passivas dos dos Membro Inferiores [anca, joelho pés].</p> <p>Treinar transferências cama/cadeirão (com as cuidadoras), com recurso a tabua de transferência.</p> <p>Incentivar o controlo e dissociação dos tempos respiratórios, associado aos exercícios anteriores.</p> <p>Posicionar a doente em padrão anti-espástico (com as cuidadoras).</p> | <p>05.02.2021</p> <p>Mobiliza espontaneamente os membros superiores e inferiores esquerdo, com diminuição da força, bem como coordenação.</p> <p>Escala de MRC 4/5 para membros superiores e membros inferiores, esquerdo.</p> <p>2/5 para e MI direito, que não exerce qualquer movimento espontaneamente, apresenta espástico, escala modificada de Ashworth score de 3/4.</p> |
| <p><b>Equilíbrio corporal comprometido,</b> em grau elevado [entenda-se por grau elevado]</p>   | <p>Potencial para melhorar conhecimentos sobre técnica de</p>   | <p>Manter o equilíbrio estático e dinâmico sentado;</p> <p>Prevenir posições viciosas;</p>  | <p>Incentivar a manter o equilíbrio corporal [correção postural];</p>   | <p>De acordo com a <b>Escala de tinetti</b>, apresenta um Score</p>  |

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <p>uma classificação na escala de tinetti ]</p>  | <p>equilíbrio corporal, presente</p> <p>Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de equilíbrio corporal, presente</p> | <p>Prevenir contraturas musculares e deformidades osteoarticulares;</p>  | <p>Instruir sobre técnica de equilíbrio corporal [correção postural, equilíbrio estático sentado, equilíbrio dinâmico sentado];</p>   | <p>de 2, indica alto risco de queda.</p> <p>Não apresenta equilíbrio em pé, mas sentado sim.</p>  |
| <p><b>Autocuidado alimentar-se, comprometido</b>, relacionado com AVC, manifestado por dependência grave [entenda-se por dependência grave uma classificação na escala de MIF]</p> |   | <p>Seja capaz de alimentar-se com supervisão.</p> <p>Seja capaz de levar a boca a garrafa de água, previamente preparada e ao seu alcance.</p> | <p>Incentivar, ensinar e treinar a pessoa para o autocuidado.</p> <p>Disponibilizar o tempo necessário para o residente comer.</p> <p>Incentivar a pessoa a alimentar-se usando a mão esquerda (menos afetada), usando pratos côncavos e material antiderrapante debaixo do prato; usar uma garrafa de água para beber água.</p> <p><b>Valorizar os pequenos progressos</b></p> | <p>06.01.2021</p> <p>Apresenta dependência total no auto cuidado.</p> <p>Mas participativo para a satisfação destes, na tentativa de levar a colher a boca.</p> <p>Foi feito reforço positivo sobre as suas iniciativas no que respeita ao seu auto cuidado e à sua vontade em colaborar, já conseguiu, beber água com a garrafa.</p> |

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <p><b>Autocuidado higiene pessoal comprometido</b>, relacionado com AVC, manifestado por dependência grave [entenda-se por dependência grave uma classificação na escala de MIF]</p>  |  | <p>Seja capaz de lavar parte do seu corpo, tronco, cabeça</p>         | <p>Incentivar, ensinar e treinar a pessoa para o autocuidado.<br/>                 Motivar para o autocuidado: banho<br/>                 Providenciar material para os cuidados de higiene e conforto.</p> <p>Instruir as cuidadoras sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado: banho [cadeira sanitária, escova para banho, barras de apoio]</p> <p>Disponibilizar o tempo necessário para o utente se higienizar, de modo que não se sinta pressionado.</p> <p><b>Valorizar os pequenos progressos</b></p> | <p>06.01.2020</p> <p>Apresenta dependência total no auto cuidado. Embora participativo para a satisfação deste.</p> <p>Foi feito reforço positivo sobre as suas iniciativas no que respeita ao seu auto cuidado e à sua vontade em colaborar, já conseguiu lavar a cara.</p> |
| <p><b>Autocuidado ir ao sanitário, comprometido</b>, relacionado com AVC, manifestado por dependência grave [entenda-se por dependência grave uma classificação na escala de MIF]</p> |  | <p>Seja capaz de controlar os esficteres e solicitar a ida ao WC.</p> | <p>Incentivar, ensinar e treinar a pessoa para o autocuidado.<br/>                 Motivar para o autocuidado: ir ao sanitário.<br/>                 Disponibilizar recursos humanos, de forma a acompanharem o residente.</p> <p>Incentivar uso de arrastadeira a quando a sua permanência no leito;</p> <p><b>Valorizar os pequenos progressos</b></p>  | <p>Apresenta dependência total no auto cuidado.</p>  |

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <p><b>Autocuidado transferir-se comprometido</b>, relacionado com AVC, manifestado por dependência grave [entenda-se por dependência greve uma classificação na escala de MIF]</p>                             |   | <p>Seja capaz de apoiar a transferência para a cadeira de rodas.</p> | <p>Incentivar, ensinar e treinar a pessoa e cuidadoras para o autocuidado.<br/>Motivar para o autocuidado: transferir-se.<br/><br/>Providenciar material para a transferência, como tabua de transferência.<br/><br/><b>Valorizar os pequenos progressos</b></p>  | <p>Apresenta dependência total no auto cuidado. Contudo participativo para a satisfação destes, mantendo a posição ortostática, com apoio total de terceiros.<br/><br/>Foi feito reforço positivo sobre as suas iniciativas no que respeita ao seu auto cuidado e à sua vontade em colaborar.</p> |
| <p><b>Alto risco de Úlcera por pressão</b>, relacionado com dependência grave [entenda-se por dependência greve uma classificação na escala de MIF] (1ª avaliação 04.12.2020 – 14 – Risco moderado de UPP)</p> | <p>Potencial para melhorar conhecimentos sobre o risco de desenvolver úlceras por pressão<br/><br/>Potencial para melhorar capacidade sobre</p> | <p>Prevenir o aparecimento de úlceras por pressão</p>                | <p>Manter pele e mucosas hidratadas, incentivar que ingira nos dias de sessões de RFM, 1 garrafa de água de 330 mL.<br/><br/>Registar alterações cutâneas<br/><br/>Incentivar a participação da pessoa e envolvimento das cuidadoras para a alternância de decúbitos, massagem e hidratação cutâneas.</p> | <p>06.01.2021<br/>Risco de UPP - Escala de Braden 16, Baixo risco de UPP.<br/><br/>Aplicado colchão de pressão alterne.<br/><br/>Em todas as sessões de RFM, foi massajado e hidratado zonas de pressão,</p>  |

Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
|   | o risco de desenvolver úlceras por pressão   |  | Utilização de dispositivos auxiliares de alívio de pressão   | com recurso ao creme hidratante.<br>E ingestão de pelo menos 1 garrafa de água de 330 mL, durante as sessões de RFM.   |
| <b>Posicionar-se na cama comprometido</b> em grau elevado<br>[entenda-se grau elevado por força muscular alterada na escala de MCR]                 | Potencial para melhorar capacidade para usar técnica de adaptação para posicionar-se | Melhorar posicionamento, favorecendo o alinhamento corporal, alívio de pressão nas proeminências ósseas. | <p>Ensinar a realizar carga nos cotovelos, de forma a conseguir posicionar-se;</p> <p>Ensinar técnica de rolar na cama, realizando flexão das articulações coxo-femoral e joelho esquerdo e exerce carga com o pé no colchão;</p> <p>Ensinar aos cuidadores sobre a importância de alterar decúbitos durante a noite e evitar o decúbito dorsal (devido á UP);</p> <p>Encontrar uma mesa de apoio, dos membros superiores, como superfície de trabalho, em que dê para a cadeira para a cadeira de rodas, que promova o alinhamento da porção superior do corpo e lhe permita ler o jornal/livro, ou realizar outras atividades.</p> | <p>6/01/2021</p> <p>Não consegue mudar de posição sozinho, quando está na cama; Refere que permanece quase sempre em decúbito dorsal;</p> <p>Foi colocado numa mesa de trabalho, com uma superfície de apoio onde entra a cadeira de rodas.</p> <p>Consegue posicionar-se em decúbito lateral, com ajuda das cuidadoras.</p> |
| <b>Risco de queda em grau elevado</b><br>[Entende-se por grau moderado: a Pessoa que apresenta com a escala de Morse um score > ou =51]<br>Score 35 | Potencial para melhorar conhecimentos sobre o risco de queda                         | Prevenir a queda do residente  | <p>Vigiar a acção da pessoa, supervisão de comportamentos de risco;</p> <p>Instruir medidas de segurança [grades elevadas, contenção torácica quando estiver levantado na cadeira de rodas, sapatos anti derrapantes];</p>   | Não apresentou quedas. E não existiu alterações do score da escala de Morse.   |

Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

|  |  |                              |  |   |
|--|--|------------------------------|--|---|
|  | Potencial para melhorar capacidade sobre o risco de queda      |                              | <p>Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a Queda [deslizar na cadeira];</p> <p>Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas [ajuste na altura da cama; uso de meios antiderrapantes; iluminação adequada; protetores de anca, campainha de chamada,]</p> <p>Ensinar sobre prevenção de quedas [não tentar sair da cama sozinho, não se levantar da cadeira de rodas, calçar sapatos adequados].</p> <p>Treino de equilíbrio sentado, com mobilizações ativas dos membros superiores e inferior esquerdo, aumento da força muscular e flexibilidade;</p> <p>A educação/formação dos cuidadores no que concerne a avaliação de fatores de risco que levam as quedas, como gerir o ambiente físico [vigilância das acções, calçado adequando, contenção nos residentes com maior Risco de Queda, ];</p> | <p>Manifesta medo de cair. Instruído sobre o uso da campainha a quando da necessidade de auxílio.</p> <p>Aplicado dispositivo de contenção torácica a quando da ida para o salão.</p> |
| Processo de interação social prejudicado | Potencial para melhorar conhecimentos sobre a interação social | Prevenir o isolamento social | <p>Avaliar a dinâmica dos relacionamentos da família;</p> <p>Observar os padrões de comunicação com a família;</p>   | <p>06.01.2021</p> <p>Residente não recebe visitas desde 2007, data do falecimento da irmã.</p>  |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  | <p>Potencial para melhorar capacidade sobre a interação social</p> |  | <p>Auxiliar o idoso a identificar uma rede de pessoas e recursos de apoio fora da família.</p> <p>Promover a socialização;</p> <p>Estimular a participação em atividades de lazer</p> | <p>Sem rede familiar presente, não tem contacto com o irmão, não o visita e não sabe dele.</p> <p>Em dias alternados, vai para o salão, conviver com os residentes, onde almoça e executa atividades com as animadoras socio-culturais, embora com dificuldade. Mas com melhoria significativa do humor e satisfação.</p> <p>Gostaria de efetuar passeios no exterior da ERPI, mas devido ao frio, ainda não houve oportunidade.</p> |
|--|--|--|---|--|

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e aplicação*. (2ª Edição). Loures: Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Santos, L. (2016). O Processo de Reabilitação in Vieira, C., Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp15-23). Portugal: Lusociência.

# Apêndices

## VII

## Colheita de Dados e Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

| Dados Pessoais   |  |   |
|--|--|---|
| <b>Nome:</b> E.J.V                                       | <b>Data de Nascimento:</b> 18.04.1923  | <b>Idade:</b> 97 <sup>a</sup>           |
| <b>Género:</b> Feminino                                  | <b>Etnia:</b> Caucasiana   |   |
| <b>Residência:</b> ERPI                                  | <b>Naturalidade:</b>   | <b>Religião:</b>                        |
| <b>Profissão:</b> Reformada – Ex Doméstica               |  | <b>Escolaridade:</b> 6 <sup>o</sup> ano |
| <b>Pessoa significativa:</b> Filho – Sr. <sup>o</sup> S. |  |   |
| História de Doença Atual (19.03.2021)                    |  |   |
| <b>Diagnóstico:</b>                                      | Queda accidental no salão da ERPI, resultou fratura pertrocantérica a esquerda   |   |
| <b>Resumo das notas de evolução:</b>                     | Utente do género feminino, desorientada no tempo e no espaço, tinha sido admitido em ERPI no dia 17.02.2021, ao realizar o levante do cadeirão no dia 18.02.2021, deu uma queda sobre o hemi corpo à esquerda. Por apresentar impotência funcional + rotação externa + encurtamento do membro inferior esquerdo, veio ao SU. |   |
| Antecedentes de Saúde                                    |  |   |
| <b>Hábitos Aditivos:</b>                                 | Nega   |   |
| <b>Alergias:</b>   | Nega   |   |
| <b>Terapêutica Instituída:</b>                           | Omeprazol 20 mg; Olanzapina 2,5 mg; Quetiapina 25 mg; Memantina 20 mg; Lorenin 2,5 mg; Stugeron forte 75 mg; Persantin 75 mg; Venlafaxina 37,5 mg;   |   |
| <b>Co Morbilidades</b>                                   | Nega   |   |
| <b>Recursos sociais e familiares:</b>                    | Viúva, com 2 filhas e 2 netos.   |   |

## AVALIAÇÃO INICIAL

### Pele e Mucosas:

Pálida, pele e mucosas desidratadas. Com alterações cutâneas (Turgor + hematomas MS Esquerdo).

**Face:**

Sem alterações visíveis a nível da boca, olhos, nariz, ouvidos. Sem assimetrias ou sinais de congestionamento. Dentição incompleta.

**Pescoço:**

Traqueia alinhada, sem alterações

**Tórax:**

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Inspeção:                             | Sem cianose periférica.<br>Tórax simétrico, sem deformidades visíveis<br><u>Estática</u> : tórax normolíneo.<br><u>Dinâmica</u> : frequência respiratória de 21 cpm, ritmo normal, padrão de predomínio abdominal, amplitude superficial e simétrica. |
| Palpação:                             | Traqueia na linha média. Expansibilidade sem alterações ao nível superior e inferior. Ausência de crepitações ósseas durante o movimento respiratório.  |
| Percussão:                            | Som claro pulmonar  |
| Auscultação:                          | Murmúrio vesicular mantido em todos os campos pulmonares. Com presença de ferveores em todos os campos pulmonares. (1)  |
| Tosse:                                | Presente  |
| Características das Secreções:        | Purulenta, em pequena quantidade  |
| Escala de dispneia de BORG modificada | Cliente sem capacidade de compreensão   |

**Abdómen:**

Apresenta-se mole, depressível, indolor à palpação.

**Órgãos Genitais:**

Sem alterações

**Membros Superiores:**

Sem alterações

**Membros Inferiores:**

# Pertrocantérica á esq. no dia 18.02.2021, após queda.

| <b>Sinais Vitais:</b>       |  |  |                   |                   |
|-----------------------------|--|--|-------------------|-------------------|
|                             | <b>19.02.2021</b>  | <b>20.02.2021</b>  | <b>21.02.2021</b> | <b>22.02.2021</b> |
| <b>Tensão arterial</b>      | 91/44 mmHg   | 125/71 mmHg  |                   |                   |
| <b>Fr. Cardíaca</b>         | 85   | 75   |                   |                   |
| <b>Fr. Respiratória</b>     | 20   | 18   |                   |                   |
| <b>Temperatura</b>          | 36.6°C   | 36.7°C   |                   |                   |
| <b>Dor</b>                  | 2  | 2  |                   |                   |
| <b>SpO<sub>2</sub></b>      | 96%  | 95%  |                   |                   |
| <b>Padrão respiratório</b>  | Padrão de predomínio abdominal, amplitude superficial e simétrica. | Padrão de predomínio abdominal, amplitude superficial e simétrica. |                   |                   |
| <b>Auscultação pulmonar</b> | (1)  |  |                   |                   |

**Avaliação neurológica****Avaliação estado de consciência - GCS**

|                        |                        | SCORES | Data de avaliação | Data de avaliação |
|------------------------|------------------------|--------|-------------------|-------------------|
|                        |                        |        | 19.02.2021        |                   |
| Abertura dos olhos     | Espontânea             | 4      |                   |                   |
|                        | Ao estímulo verbal     | 3      | X                 |                   |
|                        | Ao estímulo doloroso   | 2      |                   |                   |
|                        | Ausência de resposta   | 1      |                   |                   |
| Melhor resposta verbal | Orientada              | 5      |                   |                   |
|                        | Conversa confusa       | 4      | X                 |                   |
|                        | Palavras inapropriadas | 3      |                   |                   |
|                        | Sons incompreensíveis  | 2      |                   |                   |
|                        | Ausência de resposta   | 1      |                   |                   |
| Melhor resposta motora | Obedece a ordens       | 6      | X                 |                   |
|                        | Localiza estímulos     | 5      |                   |                   |
|                        | Movimentos de retirada | 4      |                   |                   |
|                        | Flexão anormal         | 3      |                   |                   |
|                        | Extensão anormal       | 2      |                   |                   |
| Score total            |                        |        | 13                |                   |

**Avaliação da Função Respiratória****Avaliação da Função sensório-motora****ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR (MRC)**

| Classificação | Características   |
|---------------|---|
| 0             | Não se percebe nenhuma contração  |
| 1             | Traço de contração, sem produção de movimento                           |
| 2             | Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade     |
| 3             | Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional   |
| 4             | Realiza movimentos contra a resistência externa moderada e gravidade    |
| 5             | É capaz de superar maior quantidade de resistência que o nível anterior |

|                               |   |               |   |                |   |               |   |
|-------------------------------|---|---------------|---|----------------|---|---------------|---|
| <b>Avaliado (19.02.2021):</b> |   |               |   |                |   |               |   |
| MSup esquerdo:                | 4 | MSup direito: | 4 | MInf esquerdo: | 2 | MInf direito: | 4 |
| <b>Reavaliação ():</b>        |   |               |   |                |   |               |   |
| MSup esquerdo:                |   | MSup direito: |   | MInf esquerdo: |   | MInf direito: |   |

**AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE ARTICULAR**

| Amplitude articular | Data de avaliação | Data de avaliação |
|---------------------|-------------------|-------------------|
|                     | 18.02.2021        |                   |

|           |          |                |        |       |  |
|-----------|----------|----------------|--------|-------|--|
| Ombro     | Esquerdo | Flexão         | 0-180° | 0-100 |  |
|           |          | Abdução        | 0-180° | 0-90  |  |
|           | Direito  | Flexão         | 0-180° | 0-100 |  |
|           |          | Abdução        | 0-180° | 0-90  |  |
| Cotovelo  | Esquerdo | Flexão         | 0-145° | 0-145 |  |
|           | Direito  | Flexão         | 0-145° | 0-145 |  |
| Punho     | Esquerdo | Flexão palmar  | 0-90°  | 0-20  |  |
|           |          | Flexão dorsal  | 0-70°  | 0-20  |  |
|           | Direito  | Flexão palmar  | 0-90°  | 0-20  |  |
|           |          | Flexão dorsal  | 0-70°  | 0-20  |  |
| Anca      | Esquerdo | Flexão         | 0-125° | 0-0   |  |
|           |          | Abdução        | 0-45°  | 0-0   |  |
|           | Direito  | Flexão         | 0-125° | 0-90  |  |
|           |          | Abdução        | 0-45°  | 0-45  |  |
| Joelho    | Esquerdo | Flexão         | 0-130° | 0-0   |  |
|           | Direito  | Flexão         | 0-130° | 0-70  |  |
| Tornozelo | Esquerdo | Flexão plantar | 0-45°  | 0-20  |  |
|           |          | Flexão dorsal  | 0-20°  | 0-10  |  |
|           | Direito  | Flexão plantar | 0-45°  | 0-20  |  |
|           |          | Flexão dorsal  | 0-20°  | 0-10  |  |

**Avaliação da Independência Funcional (MIF)**

| <b>NÍVEIS</b>   |  |  |
|---|--|--|
| <b>COM AJUDA</b>  | <b>SEM AJUDA</b>   |  |
| <b>Dependência completa</b>   |  |  |
| Ajuda total (indivíduo realiza = 25% da tarefa)<br><i>(1 ponto)</i>             | Independência modificada (tempo extra, ajuda técnica) <i>(6 pontos)</i>  |  |
| Ajuda máxima (indivíduo realiza 25%-49% da tarefa) <i>(2 pontos)</i>            | Independência completa (em segurança, em termo normal) <i>(7 pontos)</i> |  |
| Ajuda moderada (indivíduo realiza 50% - 74% da tarefa) <i>(3 pontos)</i>        |  |  |
| Ajuda mínima (indivíduo realiza = 75% da tarefa) <i>(4 pontos)</i>              |  |  |
| Supervisão (persuadir, incitar, instruir, orientar, preparar) <i>(5 pontos)</i> |  |  |
|   | <b>DATA DE AVALIAÇÃO</b>   |  |
| <b>AUTO-CUIDADOS:</b>   | 19.02.2021   |  |
| A – Alimentação   | 1  |  |
| B – Higiene Pessoal   | 1  |  |
| C – Banho (lavar corpo)   | 1  |  |
| D – Vestir metade superior  | 1  |  |
| E – Vestir metade inferior  | 1  |  |
| F – Utilização da sanita  | 1  |  |
| <b>CONTROLO DOS ESFINCTERES:</b>  |  |  |
| G – Vesical   | 1  |  |
| H – Intestinal  | 1  |  |
| <b>MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS:</b>   |  |  |
| I – Cama, Cadeira, Cadeira de rodas   | 1  |  |

Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| J – Sanitário                              | 1         |  |
| K – Banheira, Duche                        | 1         |  |
| <b>LOCOMOÇÃO:</b>                          |           |  |
| L - <u>M</u> archa/ Cadeira de Rodas       | 1         |  |
| M – Escadas                                | 1         |  |
| <u>1 – SCORE SUB-TOTAL (A-M)</u>           | <u>13</u> |  |
| <b>COMUNICAÇÃO:</b>                        |           |  |
| N Compreensão Auditiva/Visual              | 1         |  |
| O Expressão Vocal/Não Vocal                | 1         |  |
| <b>COGNIÇÃO SOCIAL:</b>                    |           |  |
| P – Interacção Social                      | 1         |  |
| Q – Resolução dos problemas                | 1         |  |
| R – Memória                                | 1         |  |
| <u>2 – SCORE SUB-TOTAL COGNITIVO (N-R)</u> | <u>5</u>  |  |
| <b>TOTAL (1+ 2)</b>                        | <u>18</u> |  |

|   |
|---|
| 104 a 126 - Dependência completa/modificada             |
| 61 a 103 - Dependência modificada (assistência até 25%) |
| 19 a 60 - Dependência modificada (assistência até 50%)  |
| 18 - Dependência completa                               |

**Avaliação do Risco de Queda****Escala de Morse**

| Item                                 | Opção resposta   | Pontuação | Data de avaliação | Data de avaliação |
|--------------------------------------|--|-----------|-------------------|-------------------|
|                                      |  |           | 19.02.2021        |                   |
| Historia de quedas (últimos 3 meses) | Não  | 0         |                   |                   |
|                                      | Sim  | 25        | X                 |                   |
| Diagnósticos secundários             | Não  | 0         |                   |                   |
|                                      | Sim  | 15        | X                 |                   |
| Ajuda para caminhar                  | Nenhuma/ Ajuda do Enfermeiro /acamado / Cadeira de rodas | 0         | X                 |                   |
|                                      | Muletas / Canadianas/Bengala/Andarilho                   | 15        |                   |                   |
|                                      | Apoia-se no mobiliário para andar                        | 30        |                   |                   |
| Terapia Endovenosa                   | Não  | 0         |                   |                   |
|                                      | Sim  | 20        | X                 |                   |
| Postura no andar e transferência     | Debilidado   | 10        |                   |                   |
|                                      | Dependente de ajuda                                      | 20        | X                 |                   |
| Estado mental                        | Consciente das suas capacidades                          | 0         | X                 |                   |
|                                      | Esquece-se das suas limitações                           | 15        |                   |                   |
| TOTAL                                |  |           | 80                |                   |

| Classificação de risco | RISCO DE QUEDA |
|------------------------|----------------|
| 0-24                   | BAIXO RISCO    |
| 25 a 50                | MÉDIO RISCO    |
| = ou > 51              | ELEVADO RISCO  |

## Avaliação do Risco de UPP

## Escala de Braden

|                               |                          |   | Data de avaliação | Data de avaliação |
|-------------------------------|--------------------------|---|-------------------|-------------------|
|                               |                          |   | 19.02.2021        |                   |
| <b>Percepção sensorial</b>    | Totalmente limitado      | 1 |                   |                   |
|                               | Muito Limitado           | 2 | X                 |                   |
|                               | Levemente limitado       | 3 |                   |                   |
|                               | Nenhuma limitação        | 4 |                   |                   |
| <b>Humidade</b>               | Completamente molhado    | 1 |                   |                   |
|                               | Muito molhado            | 2 |                   |                   |
|                               | Ocasionalmente molhado   | 3 | X                 |                   |
|                               | Raramente molhado        | 4 |                   |                   |
| <b>Actividade</b>             | Acamado                  | 1 | X                 |                   |
|                               | Cadeira de rodas         | 2 |                   |                   |
|                               | Anda ocasionalmente      | 3 |                   |                   |
|                               | Anda frequentemente      | 4 |                   |                   |
| <b>Mobilidade</b>             | Totalmente imóvel        | 1 | X                 |                   |
|                               | Bastante limitado        | 2 |                   |                   |
|                               | Levemente limitado       | 3 |                   |                   |
|                               | Não apresenta limitações | 4 |                   |                   |
| <b>Nutrição</b>               | Muito pobre              | 1 |                   |                   |
|                               | Proavelmente inadequada  | 2 |                   |                   |
|                               | Adequada                 | 3 | X                 |                   |
|                               | Excelente                | 4 |                   |                   |
| <b>Fricção e Cisalhamento</b> | Problema                 | 1 | X                 |                   |
|                               | Problema potencial       | 2 |                   |                   |
|                               | Nenhum problema          | 3 |                   |                   |
| <b>Total</b>                  |                          |   | 11                |                   |
|                               |                          |   | Alto Risco        |                   |

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| Classificação de risco | RISCO DE UPP |
| < ou = 12              | ALTO RISCO   |
| 13 ou 14               | MODERADO     |
| 15-18                  | BAIXO        |
| > 18                   | SEM RISCO    |

**Objetivos do programa de Enfermagem de Reabilitação:**

Realizando uma análise das necessidades de autocuidado, através da utilização de escalas validadas, da utente para a satisfação das AVD iremos traçar um programa/intervenções de enfermagem de reabilitação de forma a ir ao encontro das reais necessidades levantadas.

Avaliação da utente, relativamente ao seu estado de consciência e orientação, com recurso a escala de coma de Glasgow. Requisitar o consentimento informado, de forma livre sobre o plano terapêutico que foi traçado para ser aplicado. No início de cada sessão é obrigatório a avaliação dos sinais vitais, bem como a saturação periférica de oxigénio, qualquer desvio ao padrão habitual da utente, devemos suspender a sessão. Solicitar que responda as questões, estas devem colocadas de forma simples e claras.

Na primeira sessão, vamos avaliar os segmentos corporais, com a validação da amplitude articular, que a utente consegue executar com mobilizações ativas ou passivas, de forma a verificar o seu grau de amplitude de cada articulação.

| <i>Diagnostico</i>                             | <i>Resultados esperados</i> | <i>Intervenções de Enfermagem</i>   | <i>Avaliação</i> |
|--|-----------------------------|---|------------------|
| <p><b>Défice no Autocuidado:<br/>banho</b></p> |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivar a pessoa para o auto cuidado higiene;</li> <li>• Assistir auto cuidado higiene;</li> <li>• Massajar superfície corporal;</li> <li>• Providenciar material para o banho;</li> <li>• Incentivar autocuidado: banho;</li> <li>• Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado banho, como a cadeira sanitária, escova para banho;</li> <li>• Treinar estratégias adaptativas para autocuidado, como a utilização de barras de apoio lateral, cadeira de higiene;</li> <li>• Incentivar, ensinar e treinar a pessoa para o autocuidado;</li> <li>• Motivar para o autocuidado: banho</li> <li>• Providenciar material para os cuidados de higiene e conforto;</li> <li>• Disponibilizar o tempo necessário para a cliente se higienizar, de modo que não se sinta pressionada;</li> <li>• <b>Valorizar os pequenos progressos;</b></li> </ul> |                  |

| <i>Diagnostico</i>                        | <i>Resultados esperados</i> | <i>Intervenções de Enfermagem</i>  | <i>Avaliação</i> |
|---|-----------------------------|--|------------------|
| <b>Posicionar-se na cama comprometido</b> |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir para a realização carga nos cotovelos e MI direito, de forma a conseguir posicionar-se;</li> <li>• Instruir para a técnica de rolar na cama, realizando flexão das articulações coxo-femoral e joelho direito e exerce carga com o pé no colchão;</li> <li>• Ensinar sobre a importância de alterar decúbitos durante a permanência no leito de forma a evitar o desenvolvimento de UPP's);</li> </ul> |                  |

| <i>Diagnostico</i>                       | <i>Resultados esperados</i> | <i>Intervenções de Enfermagem</i>  | <i>Avaliação</i> |
|--|-----------------------------|--|------------------|
| <b>Amplitude respiratória diminuída.</b> |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir oxigenoterapia;</li> <li>• Executar técnicas de relaxamento [massagem dos músculos escalenos, esternocleidomastoideu, trapézio, rombóide, mobilização cervical e da articulação escapulo umeral];</li> <li>• Executar técnicas respiratórias [Controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração reeducação diafragmática selective; reeducação costal global; reeducação costal selectiva];</li> </ul> |                  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir técnicas respiratórias [Controlo e dissociação dos tempos respiratórios, com ênfase na expiração];</li> <li>• Optimizar a ventilação através de técnicas de posicionamento [com decúbito dorsal em semifowler, lateral direito];</li> <li>• Vigiar Reflexo da tosse;</li> <li>• Vigiar Risco de disfagia;</li> <li>• Executar técnicas respiratórias [manobras acessórias – ligeiras vibrações e compressões];</li> </ul> |  |
|--|--|---|--|

| <i>Diagnostico</i>                      | <i>Resultados esperados</i> | <i>Intervenções de Enfermagem</i>   | <i>Avaliação</i> |
|---|-----------------------------|---|------------------|
| <b>Limpeza das vias aéreas ineficaz</b> |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejar administração de líquidos;</li> <li>• Executar técnicas de posicionamento [drenagem postural modificada];</li> <li>• Instruir sobre técnicas respiratórias [exercícios de expansão torácica];</li> <li>• Instruir [sobre] técnicas respiratórias [controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração];</li> <li>• Treinar técnicas respiratórias [controlo e dissociação dos tempos respiratórios com ênfase na expiração];</li> </ul> |                  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar técnicas respiratórias [Reeducação costal global];</li> <li>• Executar técnicas respiratórias [Reeducação costal selectiva];</li> <li>• Instruir [a] técnica [de] tossir [dirigida e assistida];</li> <li>• Incentivar a tossir; Vigiar reflexo de tosse.</li> </ul> |  |
|--|--|--|--|

| <i>Diagnostico</i>                    | <i>Resultados esperados</i> | <i>Intervenções de Enfermagem</i>  | <i>Avaliação</i> |
|---------------------------------------|-----------------------------|--|------------------|
| <b>Mobilidade física comprometida</b> |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar para a realização de mobilizações ativas em todos os segmentos dos Membros Superiores;</li> <li>• Treinar transferências cama/cadeiraão.</li> <li>• Instruir sobre técnica de exercício muscular e articular [ativo do membro superior (escapulo-umeral, cotovelo, antebraço e punho) e mobilizações ativas do membro inferiores direita (anca, joelho pés), promovendo o autoconhecimento]; e ativas-assistidas do MI Esquerdo (anca, joelho pés);</li> <li>• Treinar técnica para o aumento força muscular [dos membro superior superiores e inferior direito];</li> </ul> |                  |

Plano de Intervenção de Enfermagem de Reabilitação

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar para actividades [automobilizações e evitar estadias prolongadas no leito].</li> <li>• Assistir a pessoa quando necessário.</li> </ul> |  |
|--|--|--|--|

| <i>Diagnostico</i>                 | <i>Resultados esperados</i> | <i>Intervenções de Enfermagem</i>  | <i>Avaliação</i> |
|------------------------------------|-----------------------------|--|------------------|
| <b>Dor moderada no MI esquerdo</b> |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar a dor.</li> <li>• Gerir medicação.</li> <li>• Gerir ambiente físico.</li> <li>• Assistir no Posicionar.</li> <li>• Assistir no Massajar.</li> <li>• Executar terapias [não farmacológicas de controlo da dor].</li> <li>• Ensinar doente sobre gestão do regime terapêutico.</li> </ul> |                  |

| <i>Diagnostico</i>                | <i>Resultados esperados</i> | <i>Intervenções de Enfermagem</i>  | <i>Avaliação</i> |
|-----------------------------------|-----------------------------|--|------------------|
| <b>Transferir-se comprometido</b> |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar transferência, 24h após a cirurgia, não realizando carga no membro intervencionado;</li> <li>• Instruir [sobre] técnica de transferência cama/cadeira de rodas - [sentar-se na beira da cama, afastar os pés e com base alargada, posicionar-se de forma a se</li> </ul> |                  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir para realizar transferência/levante (entrar e sair pelo lado do membro operado; manter membro operado em extensão; dobrar a perna não operada e chegar-se para fora, rodar o tronco e as pernas até que os pés toquem no chão; levantar-se com ajuda dos braços e perna não operada];</li> <li>• Treinar técnica de transferência cama/cadeira de rodas;</li> <li>• Instruir técnica de transferência cadeira de rodas/ duche;</li> <li>• Treinar técnica de transferência cadeira de rodas/duche;</li> <li>• Instruir técnica de transferência cadeira de rodas/ sanita;</li> <li>• Treinar técnica de transferência cadeira de rodas/ sanita.</li> <li>• Incentivar, ensinar e treinar a pessoa e cuidadoras para o autocuidado.</li> <li>• Motivar para o autocuidado: transferir-se.</li> <li>• Providenciar material para a transferência, como tabua de transferência.</li> <li>• <b>Valorizar os pequenos progressos</b></li> </ul> |  |
|--|--|--|--|

| <i>Diagnostico</i>                           | <i>Resultados esperados</i>        | <i>Intervenções de Enfermagem</i>   | <i>Avaliação</i> |
|--|------------------------------------|---|------------------|
| <p><b>Risco de queda em grau elevado</b></p> | <p>Prevenir a queda da cliente</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerar ambiente físico [adequar luminosidade em toda a casa e à noite optar por uma luz de presença; afastar objectos potencialmente perigosos; retirar tapetes; ter em atenção se o piso está molhado; utilize tapete antiderrapante e barras de apoio na banheira e sanita; boa; utilize calçado fechado];</li> <li>• Vigiar acção da pessoa;</li> <li>• Assistir a pessoa a identificar condições de risco para queda;</li> <li>• Ensinar cuidadores sobre prevenção de quedas (não deixar realizar levante sozinha nesta primeira fase de recuperação, ter os sapatos calçados, ter dispositivo de chamada ao seu alcance);</li> <li>• Instruir sobre o uso de medidas de segurança (dispositivo de contenção física, após uma correta avaliação).</li> <li>• Vigiar a acção da pessoa, supervisão de comportamentos de risco;</li> <li>• Instruir medidas de segurança [grades elevadas, sapatos anti derrapantes];</li> </ul> |                  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a Queda [deslizar na cadeira];</li> <li>• Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas [ajuste na altura da cama; uso de meios antiderrapantes; iluminação adequada; protetores de anca, campainha de chamada,]</li> <li>• Ensinar sobre prevenção de quedas [não tentar sair da cama sozinha, não se levantar da cadeira de rodas, calçar sapatos adquados].</li> <li>• Treino de equilíbrio sentada, com mobilizações ativas dos membros superiores e inferior esquerdo, aumento da força muscular;</li> </ul> |  |
|--|--|---|--|

| <i>Diagnostico</i>  | <i>Resultados esperados</i> | <i>Intervenções de Enfermagem</i>  | <i>Avaliação</i> |
|---------------------|-----------------------------|--|------------------|
| Marcha comprometida |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento sobre andar com auxiliar de marcha [marcha com andariho];</li> <li>• Instruir sobre andar com auxiliar de marcha [marcha com];</li> <li>• Avaliar capacidade para andar com auxiliar de marcha [avaliação da marcha: comprimento do ciclo de marcha e passo, largura do passo, cadência, velocidade, tempo de apoio, duração do passo e</li> </ul> |                  |

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>passada, fase de apoio e balanço, postura, base apoio, mudanças de direção; anda em aclives e declives, sobe e desce degraus; avaliação do equilíbrio; demonstra capacidade para usar adequadamente auxiliar de marcha];</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar a andar com auxiliar de marcha.</li> </ul> |  |
|--|--|---|--|

| <i>Diagnostico</i>   | <i>Resultados esperados</i> | <i>Intervenções de Enfermagem</i>  | <i>Avaliação</i> |
|--|-----------------------------|--|------------------|
| <p><b>Defice de conhecimentos das cuidadoras da ERPI para para o regresso a ERPI</b></p> |                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avaliar conhecimentos das cuidadoras da ERPI</b></li> <li>• <b>Avaliar as condições arquitetónicas da ERPI (Casa de banho: utilização de equipamento adaptativo para o autocuidado banho, como a cadeira sanitaria e ou alteador de sanita, escova para banho);</b></li> <li>• A educação/formação dos cuidadores, da ERPI, no que concerne a avaliação de fatores de risco que levam as quedas, como gerir o ambiente físico [vigilância das acções, calçado adequando, não andar sobre o piso molhado];</li> <li>• A educação/formação dos cuidadores, da ERPI, como proceder ao levantar da cliente.</li> </ul> |                  |

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Processo e aplicação*. (2ª Edição). Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

# Apêndices

## VIII



Intervenção da Equipa Intertidisciplinar da E.R.P.I Casa do Penedo

## ***“A Queda no idoso institucionalizado”***

### ***Intervenção da Equipa Interdisciplinar nos Residentes***





Intervenção da Equipa Intertidisciplinar da E.R.P.I Casa do Penedo

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INDICE</b>  | <b>2</b>  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO</b>                          | <b>3</b>  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO EXECUTOR/ PROPONENTE</b>             | <b>3</b>  |
| <b>CARATERIZAÇÃO DO PROBLEMA</b>                         | <b>4</b>  |
| <b>HISTÓRICO DA EXPERIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA</b> | <b>5</b>  |
| <b>JUSTIFICAÇÃO</b>                                      | <b>6</b>  |
| <b>METODOLOGIA</b>                                       | <b>7</b>  |
| <b>POPULAÇÃO ALVO</b>                                    | <b>9</b>  |
| <b>OBJETIVO GERAL</b>                                    | <b>9</b>  |
| <b>PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO</b>                            | <b>11</b> |
| <b>CRONOGRAMA</b>  | <b>16</b> |
| <b>ORÇAMENTO</b>   | <b>17</b> |



Intervenção da Equipa Intertidisciplinar da E.R.P.I Casa do Penedo

## IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

**1.1. TÍTULO DO PROJECTO:**

***“A Queda no idoso institucionalizado” Intervenção da Equipa Interdisciplinar nos Residentes”***

**1.2. O LOCAL EM QUE SERÁ IMPLEMENTADO:** ERPI, Casa do Penedo - Associação de Idosos e Deficientes do Penedo

**1.3. DURAÇÃO DO PROJECTO E O INÍCIO PREVISTO:** 12 Meses, com início previsto de a 1 de janeiro de 2021.

## IDENTIFICAÇÃO DO EXECUTOR/ PROPONENTE

**1.4. NOME:** ERPI, Casa do Penedo - Associação de Idosos e Deficientes do Penedo

**1.5. ENDEREÇO:** Rua Gil Eanes, nº 172 Penedo - 2785-374 São Domingos de Rana

**1.6. COORDENADOR DO PROJECTO:** Enf.º António João Abrantes/ DT Cátia Aires Augusto

(E-mail: [antonio.abrantes@campus.esel.pt](mailto:antonio.abrantes@campus.esel.pt); [catiaaugusto.aidp@gmail.com](mailto:catiaaugusto.aidp@gmail.com))

**1.7. DISCIPLINAS INTERVENIENTES:** Medicina, Enfermagem Reabilitação, Enfermagem, Psicologia, Terapia Ocupacional.



## CARATERIZAÇÃO DO PROBLEMA

As quedas são uma realidade mundial que atinge todo o ciclo de vida, e mesmo com estratégias de prevenção verifica-se que a incidência na população idosa tem vindo a aumentar. No ano 2017, em Portugal, registaram-se 842 mortes, devido a quedas. Destas, mais de 82% foram em pessoas com 65 ou mais anos (INE, 2019). A nível mundial, estima-se que sejam superiores a 646.000 episódios/ano (OMS, 2018).

A queda é um acidente grave para a população idosa, com impacto negativo na funcionalidade, qualidade de vida e esperança média de vida (Walker et al., 2016; Sharifi *et al.*, 2015). Sendo um problema transversal a todos os contextos de vida da população idosa, assume uma relevância especial nos idosos institucionalizados, onde a prevalência, é cerca de três vezes superior (Muëller, et al., 2015) e as lesões mais graves, comparativamente com os idosos que caem na comunidade (Walker et al., 2016; Sharifi *et al.*, 2015; Bilik, Damar & Karayurt, 2017). Estudos indicam que, aproximadamente, 30 a 50% dos residentes com 65 anos ou mais de idade caem pelo menos uma vez por ano e 12 a 40% deles sofrem quedas recorrentes (Lee & Kim, 2017). Estimando-se que esta ocorrência origine seis a nove mil hospitalizações em idosos institucionalizados, com uma média de doze a vinte dias de hospitalização (Baixinho, Dixe, & Henriques, 2017).

A prevenção de quedas necessita de um envolvimento governamental, instituições de ensino, estruturas da comunidade, profissionais de saúde, clientes dos cuidados de saúde, investigadores, idoso e sua família e/ou cuidadores, dado ser pouco provável que os esforços de prevenção de quedas tenham sucesso se não forem mantidas ao nível do sistema/organização (Baixinho, Dixe, 2017), porque nas ERPI melhorar a qualidade e controlar a prevalência dos episódios de queda é difícil por causa dos diversos fatores interferentes – a organização, os profissionais, o ambiente e as características dos próprios residentes (Teresi et al, 2013).



A elevada prevalência de episódios de queda nas ERPI e as suas consequências lançam um repto para que as instituições e os profissionais implementem programas de prevenção que controlem a prevalência, e previnam as complicações associadas às quedas tais como: declínio físico e mental, dependência e medo de nova queda, com repercussões da participação do idoso na vida social das ERPI e declínio da funcionalidade. Este síndrome geriátrico continua a impossibilitar a pessoa idosa de envelhecer de forma ativa e saudável, Cada episódio de queda tem custos altos na qualidade de vida, nas despesas associadas ao tratamento das lesões diretas e indiretas das quedas (Baixinho e Dixe, 2017).

## **HISTÓRICO DA EXPERIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO EXECUTORA**

A presente candidatura traduz a continuidade da atuação multidisciplinar e sistémica realizada na ERPI Casa do Penedo. Com esta intervenção, queremos dar continuidade ao trabalho e aos resultados alcançados nos projetos previamente desenvolvidos, assumindo a importância de adotar estratégias complementares, com vista à promoção da qualidade de vida e bem-estar dos nossos residentes, verificando-se uma contínua satisfação dos mesmos.

A gestão do risco de quedas em ERPI, organiza-o em três dimensões: Preparar a Institucionalização; Gerir o Risco de Queda ao longo da Institucionalização e Liderar a comunicação e formação (Baixinho, Dixe, Henriques, 2017). Considera ainda que os enfermeiros devem ser os gestores do programa de prevenção de quedas e que estes devem associar intervenções singulares e multifatoriais.



## JUSTIFICAÇÃO

Vivemos num processo de mudança social onde os desafios são crescentes, o que exige uma capacidade adaptativa constante das instituições, dos serviços e dos técnicos envolvidos, enquanto recurso necessário a uma efetiva resposta, ajustada às reais necessidades das pessoas idosas institucionalizadas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) tem alertado nos últimos anos para o fato das quedas geriátricas terem um impacto biopsicossocial importante e serem responsáveis por uma elevada taxa de mortalidade, assim como, por uma degradação das condições gerais do idoso.

As E.R.P.I.s como respostas sociais devem ter uma responsabilidade acrescida na manutenção da segurança dos seus residentes e no controle dos riscos que podem causar acidente, doença ou até a morte. A atuação da equipa interdisciplinar exige por isso, um olhar atento e diferenciado, com a criação de respostas multidisciplinares que se adaptem às necessidades de cada residente.

Os programas educativos voltados para os profissionais representam um método custo/efetivo positivo na melhoria das estratégias de prevenção nas quedas dos residentes. Assim sendo, uma intervenção na equipa deve prever não só uma abordagem para o controle dos fatores de risco biofisiológico e ambiental (Álvarez Barbosa *et al* 2016), mas também, para as práticas e os comportamentos, especialmente em relação aos indivíduos que têm declínio cognitivo, de forma a que os profissionais se mantenham alerta para essas situações e possam auxiliar os idosos com maior fragilidade a manterem-se em segurança (Baixinho, Dixe, Henriques, 2017; Cunha, Baixinho, Henriques, 2019).



## METODOLOGIA

### **Como é que o projeto vai atingir os seus objetivos?**

Através da implementação de um programa de prevenção da queda, na pessoa idosa institucionalizada que apresenta duas linhas de atuação simultâneas:

1. Implementação de estratégias de intervenção para a pessoa idosa por parte dos vários elementos da equipa interdisciplinar que serão monitorizadas regularmente, e coordenadas pelos responsáveis do projeto;
2. Formação teórico-prática para os cuidadores com o intuito de os capacitar para a prevenção e atuação na queda da pessoa idosa.

### **Como serão coordenadas as atividades?**

A Organização Mundial de Saúde (2018), refere que, as estratégias na prevenção de quedas, por parte da instituição, deverá passar por:

- Educação;
- Treino Motor;
- Criação de ambientes seguros;
- Estabelecimento de políticas eficazes para reduzir os riscos.

Desta forma a reabilitação à pessoa idosa institucionalizada pode ser eficaz, reduzindo a incapacidade com poucos eventos adversos, no entanto, os efeitos parecem ter pouco significado e pode não ser aplicável a todos os residentes (Crocker, et al. 2013).

Neste projeto a estratégia preventiva irá por isso atuar a dois níveis: reconhecimento dos fatores de risco presentes e melhoria das condições biopsicossociais da pessoa minimizando a exposição ao risco de queda. O primeiro nível passa por uma regular avaliação multifatorial e o segundo nível por uma intervenção multifatorial com a aplicação de medidas multidimensionais.



## **Procedimentos (métodos, técnicas e instrumentos, etc.)**

Para a concretização do projeto, propomo-nos construir uma Base de Dados onde conste informação significativa sobre cada cliente, recolhida a partir de um conjunto de instrumentos e metodologias, que nos permitirão realizar uma avaliação multidimensional. Esta avaliação deverá considerar os seguintes domínios:

- **Dados identificativos e sociodemográficos**, através da entrevista com os intervenientes ou consulta do processo clínico;
- **Anamnese**, recolhida através da entrevista ao próprio, aos familiares ou às pessoas com quem vivia, para permitir: compreender a história individual e familiar dos clientes; dar a conhecer a multipatologia e a polimedicação a que grande parte dos clientes está sujeita; identificar outras estruturas de apoio – médicos de família, psiquiatras ou neurologistas, etc;
- **Exame do Estado Mental**, que diz respeito à avaliação afetiva e cognitiva dos clientes, para a qual serão utilizados instrumentos-padrão (MMSE, Blessed Dementia Scale, Escala de deterioração global (EDG), Avaliação da incapacidade funcional na demência, Escala clínica de demência (CDR) - Clinical dementia rating – (CDR), e outros mais específicos, de acordo com a natureza sintomatológica apresentada em cada caso);
- **Avaliação Funcional**, que consiste na recolha e interpretação de dados que permitem avaliar o nível de capacidade funcional dos indivíduos;
- **Avaliação do risco**, que consiste na recolha e interpretação de dados que permitem avaliar o nível de capacidade funcional dos indivíduos;

## **Avaliação e Divulgação**

Será realizado um relatório sobre os resultados obtidos, sendo que os mesmos serão divulgados junto da Câmara Municipal de Cascais e outras entidades Parceiras da Plataforma.



## POPULAÇÃO ALVO

A presente proposta destina-se a todos os residentes da ERPI – Casa do Penedo, considerando a heterogeneidade que encontramos entre os seus elementos. Impõe-se, por isso, a necessidade de que sejam criadas respostas adaptadas à multiplicidade de quadros existentes, ao nível cognitivo, físico e/ou emocional das 62 pessoas idosas, bem como mecanismos de formação teórico-prática para os 30 ajudantes de ação direta.

Com efeito, reportamo-nos a uma população cuja diversidade oscila entre indivíduos com capacidades motoras, até aos que apresentam uma deterioração ligeira, moderada ou grave. Simultaneamente, encontramos um número significativo de indivíduos com deficiência física e incapacidade adquirida, assim como um elevado índice de comorbilidade psiquiátrica.

## OBJETIVO GERAL

- Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida dos Residentes da Casa do Penedo, com enfoque na reabilitação funcional motora;
- Otimização das Capacidades Cognitivas, Motoras e Emocionais;
- Integração de Cuidados entre os Profissionais;
- Prevenir quedas durante a institucionalização;
- Capacitar a equipa para a implementação de um programa de prevenção de quedas;

### Objetivos específicos:

1. Avaliar o estado mental dos residentes:
  - Avaliar o risco de queda a todos os idosos institucionalizados;
  - Monitorizar o risco, a prevalência de quedas e lesões associadas;
  - Realizar formação a todos os elementos da equipa
  - Melhorar a comunicação , entre o residente e o seu núcleo de cuidadores: família, colaboradores que asseguram o funcionamento 24h/dia da



## Intervenção da Equipa Intertidisciplinar da E.R.P.I Casa do Penedo

instituição – alimentação, higiene e bem-estar - e a denominada equipa de profissionais ligados à área de saúde: Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Medicina;

- Implementar um programa de promoção de reabilitação motora e promoção de actividade;

### **Outros objetivos:**

- Facilitação das relações interpessoais;
- Promoção do sentido de identidade;
- Melhoria da autoestima e bem-estar psicológico;
- Diminuição das perturbações emocionais, afetivas e sociais;
- Atenuar a evolução dos quadros demenciais;
- Prevenção do declínio das habilidades psicomotoras e cognitivas;
- Retardamento da deterioração sensorial e perceptiva;
- Estimular a linguagem e a capacidade comunicativa;
- Melhorar a funcionalidade da pessoa idosa, através da manutenção ou aumento da força muscular, flexibilidade e equilíbrio.

### **Metas:**

De acordo com os objetivos mencionados, propomo-nos alcançar:

1. Avaliar o risco de queda da pessoa idosa: 100%;
2. Identificação e avaliação da terapêutica farmacológica e não farmacológica: 100%;
3. Identificação de elos de ligação: seguimento em consultas dos cuidados de saúde secundários (hospitalares): a todos aqueles que se afigure necessário, após avaliação da equipa de saúde: 100%;
4. Intervenção ativa de todos os profissionais de saúde existentes na instituição;
5. Observação de novos residentes por todos os profissionais da área da saúde, na primeira semana de institucionalização;



6. Acompanhamento/Observação dos familiares dos novos residentes da Casa do Penedo, por médico, enfermeiro e psicóloga, dentro de duas semanas após a entrada.

## PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO

### Formato de Intervenção:

#### 1. Medicina

A avaliação e a abordagem multifatorial do risco de queda nos residentes deverá passar por uma posição ativa por parte do médico, nomeadamente na procura de eventuais fatores de risco e a avaliação e reconhecimento dos mesmos a nível individual, o que requer acompanhamento mais próximo do idoso.

Uma avaliação multifatorial implica perceber as circunstâncias em que se dão as quedas e a sua frequência pelo que deve então incluir a história clínica, exame físico, avaliação funcional e avaliação do meio que rodeia o idosos.

A realização e a atualização periódica de uma boa história clínica de cada residente, ajudará a perceber as circunstâncias das quedas e a identificar os fatores de risco de forma a minimizá-los e assim como a tomar medidas preventivas futuras.

Este tipo de abordagem entende-se não só a necessidade de uma avaliação multidimensional mas também uma intervenção ao mesmo nível. Uma intervenção multifatorial implica a existência de uma equipa interdisciplinar com a criação de respostas interdisciplinares que se adaptem às necessidades de cada caso.



## 2. Enfermagem

O programa que será implementado ao nível da enfermagem, visa criar uma ferramenta de abordagem aos residentes institucionalizados, com base em múltiplas intervenções adequadas a pessoa e ou grupo.

O programa divide-se em 3 momentos distintos:

1. Consulta de avaliação, onde serão aplicados quatro escalas de avaliação, onde se avaliara cada residente por si de forma a construção de grupo de trabalho homogéneos e no mesmo nível cognitivo.
  - a. Escala de Morse (anexo I);
  - b. Timed Up and Go (anexo II);
  - c. Escala de Dowton (anexo III);
  - d. Escala do equilíbrio de Berg (anexo IV)

A consulta a cada residente deverá além das seis escalas de avaliação, ser realizada uma anamnese do residente, onde deve-se preencher uma folha de colheita de dados (apêndice I), na qual deve constar a identificação, dados antropométricos, antecedentes pessoais, medicação habitual, sinais vitais e oximetria.

Com estas consultas teremos de construir grupos de trabalho com os residentes, que sejam homogéneos e no mesmo nível cognitivo, de forma a evitar situações de desistência provocadas pelas diferentes formas de estar de cada residente.

Critérios para a criação de grupo:

- Doenças do foro neurológico;
- Doenças do foro respiratório;
- Doenças cardiorrespiratórias;
- Faixas etárias (55/65<sup>a</sup> - 65/75<sup>a</sup> – 75<sup>a</sup>/90 – 90<sup>a</sup>/105);



## 2. Sessões

- a. Sessões de reabilitação funcional motora, com o intuito de trabalhar cerca de 45 minutos 3x por semana:
  - i. Reabilitação motora dos segmentos corporais com movimentos ativos, passivos, ativos-assistidos (apêndice II);
  - ii. Força, flexibilidade (apêndice III);
  - iii. Exercícios de equilíbrio (apêndice IV);
- b. Noutra sessão, com um grupo de 15 participantes, 1 vez por semana, cerca de 30 minutos, utilizaremos a ferramenta de audiovisual, iremos demonstrar situações passíveis de serem identificadas como de risco, locais mais comuns de ocorrer quedas, medo de cair, morte, doença e efeitos indesejáveis associados as quedas.

## 3. Avaliação dos resultados

Avaliar os resultados alcançados a cada seis semanas, de forma a delimitar outros objetivos e ou intervenções aos residentes que faram parte do programa.

Objetivos como melhoria da amplitude articular, melhoria da força e flexibilidade e melhoria do equilíbrio. Com o objetivo major na diminuição do risco de queda, através das escalas, bem como diminuição do tempo gasto na realização do teste Timed Up and Go.

## 3. Psicologia

A intervenção no âmbito da Psicologia pretende, por um lado, contribuir para um envelhecimento ativo, rentabilizando o potencial desta fase da vida e promovendo um estilo de vida saudável, e, por outro, ajudar a compreender e a intervir nos problemas decorrentes desta fase de vida (isolamento, demência, quadros depressivos, entre outros), os quais estão intrinsecamente ligados ao adoecer somático dos clientes.

Com efeito, assente no pressuposto de que existe uma elevada correlação entre o adoecimento físico e psíquico, esta intervenção desenvolver-se-á no



contexto de um trabalho interdisciplinar, que promova a autonomia e bem-estar dos nossos clientes. A este respeito, salientamos que as evidências científicas indicam que as pessoas com doenças crônicas apresentam uma probabilidade duas a três vezes superior de sofrer de uma doença mental do que a população geral. Do mesmo modo, a ocorrência de doença mental acarreta, frequentemente, um comprometimento físico nos indivíduos, na medida em que, tomando como exemplo um indivíduo que esteja deprimido, esta fragilidade poderão influir a sua capacidade de responder aos estímulos do meio circundante, desinvestindo e, assim, implicando uma perda de autonomia.

Estes dados são indicadores dessa correlação, pelo que procuramos fundamentar, no desenvolvimento do atual projeto, a forma como o risco de queda se associa a um maior comprometimento do bem-estar psíquico do indivíduo, sendo o contrário igualmente verdade, isto é, o comprometimento cognitivo e o mal-estar do idoso pode ser preditor de um quadro de apatia e de desinvestimento, o qual pode culminar num risco desta natureza. Em continuidade com o trabalho realizado anteriormente, a intervenção no âmbito da Psicologia será feita através do acompanhamento individual dos clientes, bem como através da realização de Grupos Terapêuticos, que promovam o bem-estar emocional dos mesmos. Paralelamente, serão realizadas sessões de esclarecimento no contexto de um estilo de vida mais saudável, procurando sensibilizar para a importância de alguns cuidados na prevenção de risco de adoecimento, nomeadamente por via de quedas ou outros episódios semelhantes.

#### **4. Terapia Ocupacional**

A Terapia Ocupacional ao preconizar um desempenho ocupacional satisfatório para que a pessoa possa ter saúde e bem-estar nesta etapa da vida, deve exercer a sua atividade terapêutica num contexto de proximidade que permita um conhecimento individualizado de cada residente e possibilite uma intervenção efetiva quando as mudanças têm lugar.



## Intervenção da Equipa Intertidisciplinar da E.R.P.I Casa do Penedo

A intervenção do terapeuta ocupacional no projeto da equipa interdisciplinar irá assim, desenvolver-se ao nível da *análise do ambiente* com o objetivo de prevenção e de ajuste dos potenciais níveis de risco de queda. Esta análise será desenvolvida ao nível da pessoa (análise interna) e ao nível do setting dessa pessoa (análise externa) como uma ferramenta que pretende contribuir para a identificação de fatores de risco, a definição de prioridades e a preparação das alterações necessárias para modificar (sempre que possível) as situações identificadas.

Para a concretização dos objetivos propostos serão periodicamente aplicadas a Escala de Atividades de Vida Diária e a Escala de Avaliação da Aptidão funcional da AAHERD.

A aplicação e análise periódica destes instrumentos de avaliação permitirão, de uma forma breve, identificar barreiras que impeçam uma marcha segura, fazer ajustes da iluminação e de treino de banho (cadeira-de-banho, barras), avaliar o calçado e produtos de apoio (bengala, andador, cadeira-de-rodas entre outros); assim como contribuir para a redução da ocorrências de comportamentos desajustados, de desorientação espacial e temporal.



Intervenção da Equipa Intertidisciplinar da E.R.P.I Casa do Penedo

## CRONOGRAMA

| ATIVIDADES                       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|----------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Meses                            | jan | fev | mar | abr | mai | jun | jul | ago | set | out | nov | dez |
| Operacionalização das Atividades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Recolha de Dados                 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Tratamento de Dados              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Avaliação do Projeto             |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Divulgação de Resultados         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |



Intervenção da Equipa Intertidisciplinar da E.R.P.I Casa do Penedo

## ORÇAMENTO

| Vertente                   | Intervenção  | Horário e periodicidade da intervenção            | Nome do técnico   | Formação básica/a nível de instrução                       | Trabalha noutras respostas da instituição | Afetação à E.R.P.I/%             | Vínculo à instituição                                  | Custo /hora        | Período da candidatura       | Montante da candidatura |
|----------------------------|--|---|---|--|---|----------------------------------|--|--------------------|------------------------------|-------------------------|
| <b>Medicina</b>            | - Atendimento/esclarecimento;<br>-Aplicação de instrumentos;<br>- Formação em contexto de trabalho.                      | - 2x semana<br><br>- Total de 5 horas semanais    | - Daniela Pinto Boletto<br><br>- Helder Gonçalves         | - Vidé currículo em anexo<br><br>- Vidé currículo em anexo | - Não<br><br>- Não                        | - Sim – 100%<br><br>- Sim – 100% | - Prestador de serviços<br><br>- Prestador de serviços | 9,10€<br><br>9,10€ | - Janeiro a Dezembro de 2021 | <b>12x180€=2.160€</b>   |
| <b>Enfermagem</b>          | -Monitorização das ações implementadas;<br>-Aplicação de instrumentos;<br>- Formação contínua e em contexto de trabalho; | - 5x semana<br><br>- Total de 15 horas semanais   | - António João Abrantes<br><br>- Sónia Henriques Ferreira | - Vidé currículo em anexo<br><br>- Vidé currículo em anexo | - Não<br><br>- Não                        | - Sim – 100%<br><br>- Sim – 100% | - Prestador de serviços<br><br>- Prestador de serviços | 9,10€<br><br>9,10€ | - Janeiro a Dezembro de 2021 | <b>12x540€=6.480€</b>   |
| <b>Psicologia</b>          | - Psicologia Clínica;<br>- Aplicação dos vários instrumentos;<br>- Grupos terapêuticos;<br>- Terapia familiar            | -3x por semana<br><br>- Total de 9 horas semanais | - Joana Alves Ferreira                                    | - Vidé currículo em anexo                                  | -Sim                                      | - Sim- 30%                       | - Prestador de serviços                                | 9,10€              | - Janeiro a Dezembro de 2021 | <b>12x324€=3.888€</b>   |
| <b>Terapia Ocupacional</b> | - Análise do ambiente;<br>- Aplicação dos vários instrumentos;<br>- Formação em contexto de trabalho;                    | 2x semana<br><br>- total de 6 horas semanais      | - Ana Fanico Ferreira                                     | - Vidé currículo em anexo                                  | -Sim                                      | - Sim- 100%                      | - Prestador de serviços                                | 9,10€              | - Janeiro a Dezembro de 2021 | <b>12x216=2.592€</b>    |



## Porque solicitamos apoio a esta candidatura

As quedas têm um impacto biopsicossocial no idoso e são responsáveis por uma significativa taxa de mortalidade, assim como, por uma deterioração da condição física, psicológica e social nos residentes.

Nas E.R.P.I.s tal como na comunidade em geral, as suas principais causas estão relacionadas não só a fatores de risco intrínsecos à própria condição do indivíduo, mas também a fatores extrínsecos resultantes do meio que o rodeia.

A criação de um programa multifatorial deve incluir por isso, intervenções singulares e múltiplas, com envolvimento da organização, profissionais, idosos e famílias. Este tipo de programas mantidos no tempo permite gerir o risco de queda no idoso, formar as equipas e motivá-las para manter as intervenções e educar os residentes e colaboradores.

AIDP, Março 2021

Elaboraram esta candidatura: António João Abrantes; Daniela Boletto; Joana Ferreira; Sónia Ferreira; Ana Ferreira; Cátia Augusto.