



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na prevenção de
queda no idoso, em contexto de comunidade**

Maria Madalena Cabral Figueiredo

**Lisboa
2021**



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

**Intervenção do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Reabilitação na prevenção de
queda no idoso, em contexto de comunidade**

Maria Madalena Cabral Figueiredo



Orientador: Professora Maria Fátima Mendes Marques



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“O olhar dos profissionais das equipas de reabilitação não se prende aos limites, por vezes muito restritos, daquilo que o corpo ou as características da pessoa deixam ver (...) A equipa de reabilitação tem como missão a de tentar ajudar a pessoa a suportar a sua incapacidade, a sua deficiência, as suas características particulares, isto é, tentar ajudá-la a não se sentir diminuída por isso.”

Hesbeen

Agradecimentos

Dirijo os meus mais sinceros agradecimentos a todos os que me acompanharam nesta caminhada onde encontrei desafios exigentes, acontecimentos inesperados e oportunidades de aprendizagem extraordinárias, que me fizeram crescer não só como profissional mas também como pessoa.

À professora Fátima Marques e enfermeiros orientadores, enfermeira Natália e enfermeiro Pedro, por toda a paciência, partilha e orientação neste percurso de aprendizagem e ao longo do estágio que me fez crescer como enfermeira.

Aos meus pais e irmã, por toda a coragem e força que me transmitiram. Por nunca desistirem de mim e sempre acreditarem nas minhas capacidades.

Ao meu namorado, pelo apoio incondicional, compreensão e muito amor.

Às minhas amigas por nunca me terem largado a mão apesar da ausência destes últimos meses.

A todos, um grande bem-haja!

Lista de Abreviaturas e Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CMER – Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EE – Enfermeiro Especialista

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

Resumo

Devido ao aumento da esperança média de vida e do número de idosos tendo em consideração a população ativa, é necessário trabalhar para que esta geração se mantenha a mais independente e autónoma possível, promovendo o envelhecimento ativo, sendo esta uma das áreas de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

As quedas ocorrem frequentemente nos idosos e são a terceira causa de incapacidade crónica nos mesmos, deixando-os debilitados e dificultando a sua independência. O controlo e prevenção das quedas nos idosos deve ser tido em conta nas políticas de saúde de modo a promover o envelhecimento ativo, uma vez que as políticas de saúde em Portugal têm como fundamentos a constante melhoria do estado de saúde da população através da implementação de planos de saúde onde a pessoa é o elemento central na construção dessas mesmas políticas. A enfermagem de reabilitação vai ao encontro desta premissa, sendo os enfermeiros especialistas o elo de ligação entre o que a pessoa necessita e as alterações na sociedade e no meio envolvente para a capacitação e integração da mesma.

Desta forma, foi elaborado previamente um projeto de estágio que contempla atividades que foram desenvolvidas em estágio para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) no âmbito das quedas nos idosos na comunidade sendo esta uma das áreas prioritizadas pela Organização Mundial de Saúde para o envelhecimento saudável.

O presente relatório de estágio tem como principal objetivo a análise de forma reflexiva da aquisição de competências gerais de enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no âmbito da realização de estágio em contexto hospitalar e da comunidade. O referencial teórico utilizado foi a teoria do Défice Autocuidado de Dorothea Orem, uma vez que o autocuidado é o foco e o resultado da promoção da saúde, um aspeto fulcral do desenvolvimento e ganho de aptidão como EEER sendo esta teoria um suporte dos meus pensamentos de enfermagem.

Palavras-chave: Idoso; Queda; Enfermagem de Reabilitação; Prevenção; Comunidade.

Abstract

Due to the life expectancy and aged people raise, having in consideration the active population, it's necessary to work so this generation can keep autonomous and independent as possible, promoting active aging. This is one of rehabilitation nursing specialist intervention areas.

Falls frequently occur on aged people and are the third most common chronic incapacity cause, leaving them debilitated and making difficult their independence. The control and prevention of old men' falls must be present on health policies so the active aging can be assured. Portuguese health policies are based on improving Population's health by implementing health schemes where each person is the main element of focus when creating these policies. Rehabilitation Nursing follows this premise with rehabilitation nurses being the bridge between what people need, society's alterations and the surroundings, expanding and integrating it.

Thus, it was previously elaborated an internship project that has activities that were developed for acquiring rehabilitation nursing specialist's skills, under aged people's falls in the community, this being one of the World Health Organization's priority areas for healthy aging.

The main objective of this internship report it's to reflectively analyze the acquisition of general nursing specialist's skills and specific rehabilitation nursing specialist's skills under hospital and community internship.

The theoretical reference used to support this report and the interventions' plan is based on Dorothea Orem theory of self-care deficit since self-care it's the focus and result of health promotion, this being the development main aspect and experience gain as an Rehabilitation Nurse Specialist and this theory being the support of my Nursing thoughts.

Key Words: Elderly; Fall; Rehabilitation Nursing; Prevention; Community.

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	13
2. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM	19
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	23
3.1 Desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista em contexto de estágio	23
3.2 Desenvolvimento de competências específicas de EEER em contexto de estágio.....	31
4. AVALIAÇÃO	45
5. CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50

APÊNDICE

APÊNDICE I – Fluxograma de pesquisa de evidência científica

APÊNDICE II – Poster apresentado no webinar “projetos, percurso e desafios para a enfermagem de reabilitação” e certificado de apresentação

APÊNDICE III – Projeto de estágio

INTRODUÇÃO

No âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (CMER), surge a elaboração do presente relatório de estágio que tem como propósito a reflexão por parte do estudante, das atividades desenvolvidas em contexto de estágio para a obtenção de competências ao nível de especialista em enfermagem de reabilitação. Além da aquisição de competências de especialista em enfermagem de reabilitação, é expectável, tal como o nome indica, que no CMER sejam adquiridas competências de mestre conforme os descritores de Dublin, adotados no Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior. Segundo o Quadro referido anteriormente (Portaria nº 782/2009, 2009), espera-se que o estudante do 2º ciclo de mestrado seja capaz de fundamentar as suas ações através do conhecimento científico especializado numa determinada área, conseguindo interligar várias áreas de conhecimento, adquirindo aptidão para desenvolver novos conhecimentos ou aprofundar investigações já existentes.

Segundo Hesbeen (2003) , a reabilitação é “uma prática multidisciplinar que se baseia, entre outros, em conhecimentos cientificamente fundamentados. Tem como finalidade assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como aos seus próximos, diferentes ações que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem”(p. 53, 2003). A Ordem dos Enfermeiros (OE), segue este mesmo princípio e corrobora as palavras do autor, acrescentando ainda que o EEER apresenta um nível de conhecimentos e experiência que lhe dá a capacidade de tomada de decisão no que toca “à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (Regulamento nº 140/2019, 2019 p.13595).

Antes da realização de estágio clínico, foi elaborado um projeto de estágio (apêndice III) com foco nas intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na prevenção de quedas no idoso, em contexto de comunidade. Neste projeto de estágio foram delineadas atividades e estratégias direcionadas à pessoa idosa, de modo a promover a independência em contexto de comunidade numa perspetiva de EEER.

Para Hesbeen (2003) existem tres pilares fulcrais na reabilitação a que este chamou “3R”, sendo estes a reeducação funcional, reinserção social e a reintegração escolar ou profissional. Com a elaboração do projeto de estágio e posteriormente a

sua execução, uma vez que se encontra direcionado para a população idosa, foi dado especial ênfase à reeducação funcional e a reinserção social.

Este tema foi escolhido não só por ser um dos principais focos de atenção da enfermagem de reabilitação uma vez que aponta para as áreas prioritárias como a dependência no autocuidado em contexto comunitário, a promoção do envelhecimento ativo e a capacitação da pessoa e/ou do cuidador informal (OE, 2015 p. 4), mas também pelo interesse pessoal nesta área uma vez que trabalho com população mais envelhecida e percebo as limitações que uma queda pode acarretar a nível de independência e autonomia da pessoa. De notar ainda que em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2010) diz-nos que umas das principais causas de aumento de gastos em saúde, redução da atividade e aumento da incapacidade no idoso são os acidentes não intencionais, onde estão incluídas as quedas que constitui cerca de 65% dos acidentes domésticos e de lazer.

Assim, foi definido como objetivo principal de estágio: desenvolver competências de EEER no âmbito da prevenção de queda no idoso, em contexto de comunidade e como objetivos específicos:

- Analisar a atuação do EEER nos contextos de estágio, bem como a sua articulação com restante equipa multidisciplinar;
- Ampliar conhecimentos referentes às consequências na queda no idoso e potenciais áreas de intervenção para a prevenção de queda e promoção do autocuidado;
- Capacitar o idoso e família no autocuidado após queda;
- Implementar o plano de cuidados no âmbito da prevenção de queda no idoso na comunidade;

Para fundamentação teórica das atividades propostas para desenvolvimento em estágio foi utilizada a Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem da teórica Dorothea Orem uma vez que esta se centra no conceito de autocuidado e na capacidade que a pessoa tem para desenvolver o seu potencial para a saúde (Orem, 2001).

De notar que desde o desenvolvimento do projeto de estágio até ao presente relatório de estágio, houve algumas interrupções inerentes à pandemia derivada do vírus SARS-COV19, que teve como consequência o atraso de dois meses do ensino

clínico. Por essa razão os locais de estágio tiveram de ser alterados e o planeamento de atividades neste contexto teve também ele de ser adiado. No entanto, o estágio foi dividido em duas vertentes, inicialmente em contexto de comunidade, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) em Lisboa de 8 de fevereiro de 2021 a 13 de abril de 2021 e posteriormente em contexto hospitalar, num serviço de Medicina em Lisboa, de 19 de abril de 2021 a 18 de junho de 2021.

Para a pesquisa de evidência científica que sustentasse as atividades desenvolvidas em estágio e posteriormente a elaboração do relatório de estágio foram usadas as bases de dados CINAHL e Medline, utilizando as seguintes palavras-chaves: Idoso; Queda, Enfermagem de Reabilitação, Prevenção, Comunidade. Na procura de evidência científica nas bases de dados foi utilizado o espaço temporal de 2010 a 2020 para obter informação atualizada e recente sobre o tema proposto. Após pesquisa, foi realizado um fluxograma para contemplar as escolhas dos artigos mais pertinentes para o tema (apêndice I).

Devido ao alargamento do período de concepção do relatório de estágio pelos motivos referidos acima, foi realizada uma nova pesquisa nas bases de dados após o término do estágio de modo a contemplar artigos mais recentes, nomeadamente dos anos 2020 e 2021. Além das bases de dados foram também utilizados documentos oficiais da Ordem dos Enfermeiros, consultados relatórios de estágios de anos anteriores, teses de mestrado e utilizada a bibliografia disponível na biblioteca escolar.

Este relatório contempla no primeiro capítulo uma contextualização da problemática, seguida do segundo capítulo da fundamentação teórica com a apresentação da Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem. No terceiro capítulo que se encontra dividido em dois subcapítulos, apresenta a reflexão e análise do desenvolvimento de competências quer a nível geral de especialista como a nível específico de especialista em enfermagem de reabilitação, dando ênfase também às competências desenvolvidas no âmbito da prevenção de quedas no idoso em contexto de comunidade. Por fim, no quarto capítulo, é feita uma avaliação de todo o percurso feito, seguida da conclusão do trabalho no quinto capítulo e as referências bibliográficas utilizadas ao longo do mesmo. Segue em apêndice o fluxograma de pesquisa de evidência científica, o postér de apresentação no webinar “projetos, percurso e desafios para a enfermagem de reabilitação” e o projeto de estágio que serviu de base para o desenvolvimento do estágio e a construção do relatório.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), envelhecer de forma autónoma, independente e com saúde, traduz-se hoje em dia num desafio não só para os idosos mas também para quem os rodeia, que deixa um marco importante no desenvolvimento económico de cada país (DGS, 2006). Para a World Health Organization (WHO) (2002), enquadra-se dentro do grupo de pessoas idosas todas aquelas que tenham mais de 65 anos.

Nos últimos anos, tem-se mostrado cada vez mais evidente a inversão das pirâmides etárias, com um aumento exponencial de idosos comparando com o número de nascimentos. Estima-se que até 2080, o número de idosos em Portugal passará de cerca de 2.2 milhões para 3 milhões e que o índice de envelhecimento passará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, ou seja, quase que duplicará (Instituto Nacional de Estatísticas (INE) , 2020).

Posto isto, é necessário a promoção e um investimento no envelhecimento saudável de forma a que esta população não perca a sua qualidade de vida. Por vezes, a chegada à velhice pode ser vista como um problema, estando muitas vezes associado à dependência e à comorbilidade (DGS, 2006). É necessário alterar esta forma de pensar, promovendo a adesão a estilos de vida saudáveis, olhando para o envelhecimento como uma oportunidade de aprendizagem.

Segundo a DGS (2017) o envelhecimento ativo refere-se ao desenvolvimento da capacidade funcional do idoso, contribuindo para o seu bem-estar físico e mental. Para que o envelhecimento ativo ocorra é essencial manter a qualidade de vida, autonomia e independência desta população, quebrando as barreiras que as separam de participar na sociedade.

Uma das causas que dificulta o envelhecimento saudável são as quedas uma vez que são a terceira causa de incapacidade nos idosos (Santos & Baixinho, 2020). A World Health Organization (2007) define como queda o facto da pessoa se encontrar inadvertidamente no chão ou num nível inferior. A DGS (2010) diz-nos que os acidentes não intencionais, onde estão incluídas as quedas, são uma das principais causas de redução de atividade, gastos em saúde e aumento da incapacidade.

Estima-se que um terço dos idosos com mais de 65 anos tenha caído pelo menos uma vez por ano, subindo esse número para cerca de 50% no que toca a

peças com mais de 80 anos (Santos & Baixinho, 2020). Nesta faixa etária, as mulheres são quem tem mais tendência para sofrer uma queda devido a apresentarem uma maior perda de massa muscular, principalmente após a menopausa (DGS, 2010; WHO, 2007). Resultante destas quedas, é expectável que um em cada cinco idosos necessite de cuidados de saúde (Santos & Baixinho, 2020).

O local mais frequente de quedas é no domicílio da pessoa (52%) (DGS, 2010), nomeadamente no quarto ou na casa de banho, com uma queda da própria altura ou da cama (Barbosa et al, 2019).

Existem vários fatores de risco que predispõe o idoso à queda. A WHO (2007), divide estes fatores de risco em biológicos, relacionadas com o declínio físico próprio da idade e a diminuição das capacidades cognitivas; comportamentais que remetem à ingestão de forma exagerada de medicamentos e álcool que afetam a nossa condição tanto física como cognitiva e o sedentarismo; os riscos ambientais como as condições habitacionais com a existência de fatores como degraus, tapetes, piso escorregadio ou iluminação inadequada; e por fim os fatores socioeconómicos com as reformas diminuídas e o acesso limitado ao sistema de saúde e apoios sociais.

Segundo Garcia (2020), os principais fatores de risco de quedas em idosos são: quedas anteriores, alterações na marcha, cognição e condição física, consumo de medicamento e atividade física em excesso.

Como consequências resultantes de uma queda temos as mais frequentes concussões, contusões e hematomas, sendo por norma as regiões do corpo mais afetadas os membros e a cabeça (DGS, 2010). Além destes problemas podem também surgir fraturas que levam à dependência (Gonçalves et al, 2015; Santos, 2020) e o medo de cair novamente nesta população. O idoso pode também desenvolver dependência física para o autocuidado e desconforto emocional (Gonçalves et al, 2015).

O medo de cair pode ser visto de forma ambígua em que por um lado faz com que a pessoa adote estratégias de prevenção de quedas mas também pode provocar a restrição de atividades de vida e de atividade social com o aumento do isolamento e diminuição de participação em eventos sociais (Beorlegui et al, 2017; WHO, 2007). O medo além de ser considerado uma consequência da queda pode ser também um fator de predispõe à queda uma vez que “a perda de confiança na realização das

atividades de vida diária e a inatividade física, com consequências na perda de força muscular e qualidade de marcha, predis põem o idoso a novas quedas” (Baixinho, Dixe, Henriques, Marques-Vieira & Sousa, 2021 pp. 2).

Após um episódio de queda o enfermeiro deve atuar de imediato uma vez que, quanto mais cedo a pessoa recuperar a sua capacidade de deambulação de forma independente, mais depressa conseguirá manter a sua independência nas restantes atividades de vida (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Por essa razão, o controle e prevenção das quedas nos idosos deve ser tido em conta nas políticas de saúde de modo a promover o envelhecimento ativo e saudável (Baixinho & Dixe, 2016). Segundo os mesmos autores, as alterações que ocorrem na mobilidade da pessoa vão aumentar o risco de dependência na realização das atividades de vida. Um idoso que necessite de apoio em uma ou até cinco atividades de vida tem o seu risco de queda mais elevado comparando com um idoso independente. A mudança comportamental do idoso que leve à adoção de estilos de vida saudáveis leva consequentemente a um envelhecimento saudável e acaba por evitar quedas (WHO, 2007).

A OE (2015) considera como áreas prioritárias de investigação por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação a capacitação da pessoa, promoção do envelhecimento ativo e a dependência do autocuidado em contexto domiciliário, estando o tema em questão dentro das áreas supracitadas.

Uma das apostas que deve ser feita para a prevenção de queda é a promoção da atividade física uma vez que vai atuar em várias vertentes como o treino de equilíbrio, resistência cardiovascular, treino de força e controlo de peso que ajuda também na redução de lesões provocadas por eventuais quedas (Beorlegui et al, 2017; WHO, 2007).

Existem algumas intervenções que o enfermeiro pode adaptar a cada idoso, que promovem a prevenção de quedas no contexto da comunidade, nomeadamente a utilização de calçado adequado, a alteração do espaço físico com a eliminação de material que seja potenciador de queda, nomeadamente cabos e tapetes, o uso correto de iluminação em locais estratégicos como corredores ou escadas (Oliveira, 2020; Oxtoby, 2017).

Para atuar na prevenção da queda é sempre necessário a utilização de instrumentos que avaliem o risco de queda em cada idoso. Além do risco de queda é também necessário compreender o grau de independência da pessoa, pois ajuda também na percepção do enfermeiro a averiguar se existe o risco de ocorrer uma queda ou não. Alguns dos instrumentos utilizados são, a escala de equilíbrio de Berg, escala de Morse, o índice de Barthel, índice de Katz e a medida de independência funcional, entre outras (OE, 2016).

Após a utilização destas e outras escalas de forma a identificar o risco de queda, o enfermeiro em conversa com a pessoa e família, poderá adequar a sua intervenção consoante os resultados, dando ênfase na redução dos fatores de risco que levam às quedas e na promoção e prevenção para que não ocorra nenhum evento (Oliveira, 2020).

Segundo a OE (2018) a dependência no autocuidado em contexto domiciliário é uma área emergente de intervenção do EEER bem como a promoção do envelhecimento ativo e capacitação da pessoa e/ou cuidador informal sendo consideradas como áreas de investigação prioritárias para o EEER indo ao encontro do tema acima identificado.

Este tema é bastante atual uma vez que “as políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização , envolvimento e mestria dos cidadãos e nas famílias para cuidarem de si próprios em relação às atividades de vida diárias” (Petronilho, 2012 p.11)

Em Portugal, o envelhecimento saudável constitui um desafio para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), uma vez que a sociedade começa a pensar nos idosos de forma ativa e com um papel presente na reestruturação da sociedade (Nunes, 2017). A intervenção do EEER no meio em que a pessoa vive, passa por alterações a nível das barreiras arquitetónicas que possam de alguma maneira ajudar à integração da pessoa na sociedade e promover o seu autocuidado de forma independente para atingir a sua realização pessoal. Algumas dessas intervenções situam-se na utilização de grades de apoio na cama, material de apoio no quarto e casa de banho, utilização de calçado antiderrapante e iluminação adequada uma vez que todas elas ajudam a diminuir o risco de queda (Beorlegui et al, 2017; WHO, 2007). É importante reforçar também o uso de material de apoio de marcha como as canadianas, de modo a permitir a mobilização de forma independente e intervir na prevenção do medo de cair

através do aumento da segurança, uma vez que a falta de confiança na realização das atividades de vida leva ao aumento do risco de queda (Baixinho, Dixe, Henriques, Marques-Vieira & Sousa, 2021) e de suporte emocional com a execução de medidas preventivas de queda e de medo de cair (idem).

No documento referente aos Padrões de Qualidade da Enfermagem de Reabilitação é descrito que para além dos cuidados gerais prestados, o EEER deve procurar identificar as barreiras arquitetónicas que possam de alguma maneira diminuir a inserção social da pessoa, neste caso do idoso, e também desenvolver planos de cuidados que permitem maximizar as potencialidades do indivíduo (OE, 2018). Estes planos de cuidado devem ter foco no bem-estar e autocuidado do idoso, sendo construídos com o apoio do próprio de modo a este se manter o centro dos cuidados, através do diálogo e da compreensão das reais necessidades da pessoa, satisfazendo-as, tendo como recurso a prescrição de produtos de apoio e o ensino do seu uso para contribuir para a independência da pessoa (Regulamento nº392/2019).

Falando ainda dos padrões de qualidade da enfermagem de reabilitação, a reeducação funcional é outro dos pontos que fez parte da realização de plano de cuidados de enfermagem em contexto de estágio, uma vez que se criou estratégias para que a pessoa conseguisse realizar as suas atividades de vida de forma independente, maximizando a sua capacidade funcional, nunca esquecendo também a promoção da inclusão social através do ganho de independência (OE, 2018).

Em suma, é possível concluir que com o aumento exponencial de número de idosos no mundo e em Portugal, é necessário manter esta geração o mais independente e autónoma possível de modo a que lhes seja permitido participar na sociedade de forma ativa. Uma das causas que limita a qualidade de vida, aumenta a incapacidade e diminui a participação do idoso na sociedade são as quedas e por isso, uma das áreas de atuação da enfermagem. O principal local onde ocorrem as quedas nos idosos é em casa e por essa razão é de extrema importância a participação do enfermeiro na comunidade de modo a eliminar ou diminuir as causas de possíveis quedas.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2015), uma das áreas prioritárias de atuação do EEER é a dependência do autocuidado em contexto domiciliário e a promoção do envelhecimento ativo, duas áreas afetadas pela recorrência de quedas. O EEER pode atuar em vários níveis para prevenir um episódio de queda, nomeadamente o treino

de atividade física, utilização de materiais de apoio, alteração do espaço físico da casa e treino de atividades de vida.

2. TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM

De modo a direcionar o tema referido anteriormente, dando-lhe um referencial teórico, foi utilizado a Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem como ponto de partida. No centro desta teoria encontra-se o conceito de autocuidado e a capacidade que a pessoa tem de gerir a sua vida de forma independente, autónoma e com responsabilidade pessoal (Orem, 2001). Orem define autocuidado como “ a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Orem, p.43, 2001), indo ao encontro da definição existente na CIPE que refere autocuidado como “um tipo de ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida” (CIPE, 2003, p.55). Estas duas definições de autocuidado centram-se na pessoas e nas atividades que esta executa para se manter o mais saudável e independente possível.

O tema acima descrito procura o cuidado centrado na pessoa e na prevenção de fenómenos que quebrem o seu autocuidado e por essa razão esta teoria foi considerada a mais pertinente como referencial teórico para o tema. Orem (2001) desenvolveu a Teoria do Déficit de Autocuidado envolta de outras três teorias: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

A Teoria do Autocuidado centra-se neste mesmo conceito onde Orem (2001) parte do pressuposto de que todas as pessoas têm a aptidão de se autocuidar ou vão adquirindo ao longo da vida com as experiências que vão vivendo, essa mesma aptidão, sendo elas próprias o seu agente de autocuidado – outro conceito importante para a autora no desenvolvimento desta teoria.

Quando a pessoa não consegue realizar o seu autocuidado de forma independente e autónoma, designada de ação de autocuidado, e necessita de ajuda de terceiros para o concretizar, denomina-se agente pendente de cuidados (Petronilho, 2012). Segundo Orem (2001) “o poder de se envolver no autocuidado, desenvolve-se no dia-a-dia através do processo espontâneo de aprendizagem” (p.255). Esta ação de autocuidado vai depender de vários fatores, chamados de fatores condicionantes básicos como é o caso da idade, o sexo, o estado de saúde e a sua percepção, fatores socioculturais e os fatores ambientais, o sistema familiar

inserido, padrões de vida, recursos disponíveis e a capacidade de tomada de decisão, quer a nível físico quer a nível emocional (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Orem (2001) desenvolve também dentro desta teoria o conceito de requisitos universais de autocuidado, de desenvolvimento e de desvio de saúde, que se referem aos processos de vida e à manutenção e funcionamento do ser humano. Hoje em dia os requisitos universais de autocuidado são designados de atividades de vida (Petronilho, 2012). A Ordem dos Enfermeiros refere as atividades de vida como tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades pode ainda ser divididas em dois subcapítulos: atividades básicas de vida diárias (higiene pessoa, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso do sanitário, vestuário, alimentação, locomoção e transferência) e atividades instrumentais de vida diária (preparar refeições, fazer as tarefas domésticas, lavar roupas, gerir dinheiro, usar o telefone, tomar medicamentos, fazer compras e utilizar os meios de transporte) (OE 2011).

Os requisitos universais de autocuidado são uma categoria dentro dos requisitos de autocuidado, englobando ainda os requisitos de autocuidado de desenvolvimento e os requisitos de autocuidado de desvio de saúde. Durante a realização do estágio e posteriormente elaboração do relatório de estágio, foi dado especificamente ênfase aos requisitos universais de autocuidado uma vez estes serem comuns em todas as etapas de vida e serem específicos do que é essencial à vida humana, nomeadamente as atividades de vida.

Existem oito requisitos universais de autocuidado sendo eles:

- Manutenção suficiente de ar;
- Manutenção suficiente de água;
- Manutenção suficiente de alimentos;
- Provisionamento de cuidados referentes à eliminação vesical e intestinal;
- Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso;
- Manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social;
- Prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar;
- Promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano dentro de grupos sociais (Foster, Janssens, & George, 2000; Petronilho, 2012).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento, tal como o nome indica, referem-se ao desenvolvimento da pessoa ao longo do ciclo de vida e os seus fatores influenciadores como é o caso da educação, adaptação social, saúde individual, fatores habitacionais, entre outros (Petronilho, 2012). Já os requisitos de autocuidado de desvio de saúde prendem-se com as alterações por doença que podem ocorrer na vida da pessoa que alteraram de alguma forma o seu autocuidado como é o caso de lesões osteoarticulares, tumores, alterações psiquiátricas, doenças crónicas limitantes, entre outros.

Quando a pessoa não tem capacidade de suprimir as necessidades para atingir os requisitos universais de autocuidado, a equipa de enfermagem tende a dar apoio e auxílio na promoção do autocuidado, surgindo daí a Teoria do Défice de Autocuidado.

Para Orem (2001) existem cinco formas que o enfermeiro tem para ajudar a pessoa a suprimir as suas necessidades e atingir o autocuidado, sendo elas: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

Por fim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem estabelece uma ponte entre os cuidados da equipa de enfermagem e os cuidados que a pessoa necessita. Ou seja, quando existe uma discrepância entre os cuidados que a pessoa consegue realizar e as reais necessidades da mesma a equipa de enfermagem terá de intervir para assegurar o bem-estar da pessoa.

Orem identificou três sistemas de enfermagem para dar resposta aos requisitos universais de autocuidado sendo eles o sistema totalmente compensatório onde a pessoa é dependente de terceiros para a realização dos seus cuidados; o sistema parcialmente compensatório em que a pessoa consegue realizar parte dos cuidados, necessitando de um apoio parcial por parte da equipa de enfermagem e por último o sistema apoio-educação onde a pessoa consegue realizar o seu autocuidado de forma autónoma e independente, necessitando apenas de uma orientação por parte da equipa de enfermagem para o desenvolvimentos das suas atividades.

Em jeito de síntese, foi utilizada a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem como referencia teórico durante a realização de estágio e na elaboração do presente relatório por se enquadrar no tema e por ir ao encontro da necessidade existente de manter a capacidade do idoso de gerir a sua vida de modo independente e autónomo.

Quando existe um desvio à normalidade da vida da pessoa, que esta necessite de apoio de outrém, surge nomeadamente a equipa de enfermagem. O apoio do enfermeiro pode ser dado em diversos níveis, sendo eles totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios e sistema de apoio-educação. O objetivo da intervenção do EEER é que a pessoa recupere o total das suas funcionalidades e que se mantenha o mais autónomo e independente possível na realização das suas atividades de vida.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

De seguida será apresentado em forma de análise reflexiva a aquisição de competências de enfermeiro especialista (EE) em contexto de estágio, através das atividades realizadas no mesmo, indo ao encontro dos objetivos delineados anteriormente no projeto de estágio. Para a elaboração do presente capítulo foi seguido a linha orientadora do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

3.1 Desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista em contexto de estágio

É expectável que para o enfermeiro atingir o título de especialista em enfermagem consiga atingir determinadas competências comuns a todas as especialidades, que o distingue do enfermeiro generalista (Regulamento nº140/2019, 2019). Deste modo foi realizado um documento orientador pela Ordem dos Enfermeiros que divide essas mesmas competências em quatro domínios de competências sendo eles: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua de qualidade; Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Para facilitar a compreensão deste capítulo, o mesmo será dividido nesses quatro domínios.

Responsabilidade profissional, ética e legal

Desde a licenciatura que o enfermeiro aprende a importância do conhecimento e prática do domínio ético-deontológico tendo sempre por base os direitos e deveres do profissional. Aquando da realização do estágio e como futura enfermeira especialista, além de ter já presente o código deontológico do enfermeiro, acresce a responsabilidade de tomada de decisão fundamentada pelo conhecimento já existente.

Durante o estágio, foi sempre tido em conta o código deontológico do enfermeiro, envolvendo a pessoa a quem se presta cuidados na tomada de decisão, mostrando todas as opções de cuidados existentes como enfermeiro especialista, tendo assim um papel de consultor de cuidados.

Na enfermagem de reabilitação existem opções de cuidados diversificadas que podem de alguma maneira, agilizar a atingir os objetivos da pessoa no que toca aos ganhos de qualidade de saúde, como no caso específico do tema escolhido, a prevenção de quedas no idoso, a alteração de barreiras arquitectónicas, o uso de calçado adequado, a adaptação do domicílio, entre outros.

O envolvimento da pessoa nos seus cuidados é considerado um pilar na enfermagem e foi também tido em conta no desenvolvimento do estágio. Os cuidados prestados tiveram sempre em consideração as necessidades e a vontade da pessoa e família, sendo inicialmente explicados os procedimentos e os benefícios dos mesmos, mostrando a evidência científica dessas áreas, de modo a que a pessoa pudesse escolher se queria ou não adotar as estratégias existentes. No caso do estágio em meio hospitalar, o contributo da família foi menor pois com as restrições de visitas devido à pandemia existente e para contribuir para a segurança, quer das pessoas internadas, quer da sua família, o contacto que havia era apenas telefónico. No entanto, em meio comunitário e uma vez que nos dirigíamos a casa das pessoas, além da pessoa a que íamos prestar cuidados, por norma estava sempre presente o cuidador informal e/ou familiar de referência. Como futura EE, além de uma conversa inicial sobre os benefícios dos cuidados e a aprovação pela pessoa e família, também é importante mostrar através do conhecimento científico existente sobre os temas de que os objetivos daquela pessoa em específico serão alcançados.

Numa situação de prestação de cuidados em estágio, à pessoa com alterações do nível de consciência, onde esta não apresentava o discernimento necessário para compreender as necessidades que precisava foi necessário avaliar todos os problemas da pessoa e tomar a decisão de quais os cuidados a ser prestados e a sua ordem, tendo por base conhecimentos adjacentes sobre o estado de saúde da mesma. Como a pessoa não conseguia dar o seu avalo sobre as intervenções propostas, estas eram conversadas com a família de modo a ter o seu consentimento, procurando sempre assegurar o respeito da pessoa e família pelos cuidados de saúde prestados (Regulamento nº140/2019).

O papel do enfermeiro especialista passa também por gerir situações de cuidados que possam de alguma maneira trazer malefícios para a pessoa (Regulamento nº140/2019, 2019) tendo como base a proteção dos direitos humanos. É importante frisar que a ética procura que o enfermeiro reflita sobre os cuidados

prestados, justificando as suas ações através dos valores e princípios em que acredita, sem nunca esquecer o respeito pela pessoa cuidada (Deodato, 2016). Durante o estágio, procurei sempre fazer uma avaliação das intervenções realizadas de modo a refletir nos cuidados prestados e quais os benefícios que esses cuidados estavam a trazer à pessoa, procurando sempre a opinião da mesma em relação às intervenções, para compreender se estavam a corresponder às suas expectativas.

Durante a prestação de cuidados, foi sempre tido em conta a privacidade da pessoa, mantendo uma ligação de parceria nos cuidados, em que existia uma cooperação entre futura EE e a pessoa para atingir um determinado objetivo proposto pela mesma, e mostrando que as atividades executadas seriam em equipa, ganhando a confiança da pessoa. Foi também tido em conta as questões da confidencialidade e segurança da informação que foi consultada nos processos clínicos e a que foi partilhada pela própria. Posto isto, em todo o trabalho desenvolvido em contexto de estágio, como estudos de caso e respetiva apresentação, foram ocultadas quaisquer informações que de alguma maneira pudessem identificar as pessoas.

Dentro das competências do EE é exetável que este adote uma postura antecipatória no que toca à segurança, dignidade e privacidade do cliente (Regulamento nº140/2019, 2019), para atingir este critério de avaliação, além de consultada a informação clínica escrita e oral, dita pela pessoa, quando possível, foi sempre realizada a utilização de escalas de enfermagem, como é o caso da escala de Morse para monitorizar o risco de queda ou a escala de Guss para monitorizar a capacidade de deglutição, de modo a prever como a pessoa ia agir durante uma determinada ação para conseguir planear os cuidados tendo já um referencial. A utilização de escalas como EEER é de extrema importância uma vez que ajuda a caracterizar a condição de saúde da pessoa relativamente às alterações que vão acontecendo quer ao nível da autonomia quer ao nível da dependência da pessoa ao longo da prestação de cuidados de reabilitação (OE, 2016). A utilização da escala de Morse como futura EEER indica-nos não só o risco de queda da pessoa, mas dá-nos também uma perspetiva da necessidade de apoio nos autocuidados, tendo em conta a necessidade de apoio na marcha ou até mesmo a inexistência da mesma. Conseguimos perceber o nível de intervenção necessário no âmbito de ganho de independência no autocuidado.

Considero que as competências referentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram mobilizados e aprofundados ao longo de todo o estágio, mantendo-se sempre em desenvolvimento pois as competências de especialista são aprofundadas consoante a atenção que a EEER dá aos dilemas éticos de cada pessoa e às consequências das suas respetivas tomadas de decisão (Hoeman, 2011).

Melhoria contínua da qualidade

Neste domínio, é descrita como competências do enfermeiro especialista o desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas referentes à governação clínica e o desenvolvimento de práticas de qualidade. De modo a adquirir competências nesta área, li os protocolos e normas de cada serviço existentes na área da reabilitação e o trabalho já desenvolvido até então para consolidar e aprofundar os conhecimentos nesta área da enfermagem. Inicialmente, foi realizado a observação e análise dos cuidados prestados pelos enfermeiros orientadores para posterior esclarecimento de dúvidas e condução dos planos de cuidados futuros. Posto isto, comecei a elaborar planos de cuidados com supervisão clínica por parte dos orientadores de estágio, com o intuito de desenvolver práticas de qualidade, após a consulta de informação clínica para posteriormente serem executados com a pessoa após o consentimento do enfermeiro orientador.

Foi também essencial a promoção da continuidade de cuidados através do reuniões interdisciplinares existentes todos os dias na UCC, e através de registo de enfermagem de reabilitação existentes em meio hospitalar, que serviam como suporte e onde se transparecia as melhorias da pessoa, sendo partilhado com toda a equipa. Nos dois contextos de estágio foi possível constatar a preocupação pela qualidade dos cuidados prestados e da sua continuidade. Além destes dois exemplos, também era facilitador para o seguimento dos cuidados à pessoa a utilização de registos informáticos de fácil acesso para toda a equipa, já com intervenções e planos de cuidados direcionados para cada tipo de necessidade de cada pessoa.

Durante o desenvolvimento do estágio fui-me apercebendo que existia informação que era colhida com a pessoa que como enfermeira generalista não daria tanta atenção como essencial para a prestação de cuidados e como EEER era fundamental para perceber a história clínica e qual o melhor plano de reabilitação para cada um. Ou seja, existe informação que é recolhida em colheita de dados, sobre as

condições de vida da pessoa que como EEER irá traçar o planeamento das intervenções de forma mais singular para a mesma, tendo em conta as características de vida da mesma. Exemplo disso é a profissão da pessoa e o local onde mora, pois existe material como a celulose presente no papel ou o amianto existente ainda em alguns telhados que pode levar à deteriorização da função respiratória da pessoa quando esta se encontra muito tempo exposta a este tipo de material. Direcionado para a prevenção de quedas, é também importante saber as condições habitacionais da pessoa de modo a eliminar barreiras arquitectónicas que possam gerar quedas, uma vez que o local mais frequente de ocorrência de acidentes domésticos, onde se incluem as quedas é em casa (DGS, 2010).

Na prestação de cuidados no estágio, foi sempre garantido a manutenção de um ambiente seguro tendo em conta a prevenção de incidentes e reduzindo o risco de transmissão de infeção com a utilização de equipamentos de proteção individual, uma vez tratarem-se de cuidados com bastante proximidade. De modo a contribuir para a manutenção de um ambiente seguro não só na presença da equipa de enfermagem mas também aquando da ausência da mesma, mas com a presença da família e/ou cuidador, foram colocadas em práticas atividades que diminuíssem o risco de queda, como calçado fechado e antiderrapante, utilização de material de apoio e otimização do espaço com desvio de objetos no chão propícios a gerar uma queda. Este tipo de intervenções situa-se no sistema apoio-educação, relativo à teoria dos sistemas de Orem, uma vez que como futura EE explicava os exercícios à pessoa que esta tinha capacidade de executar de forma independente, necessitando apenas de supervisão.

Gestão dos cuidados

As competências que se espera adquirir neste domínio prendem-se com a gestão dos cuidados, articulando com a restante equipa de saúde, apresentando e utilizando recursos que levem à excelência de cuidados.

É sempre importante o trabalho em equipa, envolvendo toda a equipa interdisciplinar de modo a atingir a excelência de cuidados. Para que isso aconteça, foi de extrema importância a integração na equipa e o conhecimento do modo de trabalhar de cada local de estágio para adaptar o meu desenvolvimento como futura EE ao meio em que estava inserida.

Tanto em meio hospitalar como em contexto de comunidade, foi feita uma integração nas equipas interdisciplinares, participando em reuniões e procurando encontrar respostas quando surgiam dúvidas. Com o avançar do estágio e com o conhecimento científico em constante desenvolvimento, em ambos os locais de estágio comecei a ter uma voz ativa, participando nas reuniões e indo ao encontro dos colegas para trocar ideias sobre os aspetos de cuidados à pessoa, através da identificação de oportunidades de aprendizagem e partilhando com os demais colegas as atividades que gostaria de desenvolver, fundamentando-as.

Foi importante a disponibilidade mostrada por toda a equipa interdisciplinar por me acolher, em especial aos enfermeiros orientadores que sempre se mostraram disponíveis para clarificar as minhas questões e dar-me oportunidades de aprendizagem em todos os campos da reabilitação. Apesar do projeto de estágio estar direcionado para o tema das prevenção de quedas no idosos em contexto de comunidade, é importante desenvolver competências de EEER em todas as vertentes da reabilitação e por essa razão, os enfermeiros orientadores procuraram mostrar-me todas as áreas da reabilitação de modo a conseguir aprofundar conhecimentos e maximizar a minha aprendizagem em estágio.

Durante o estágio pude também constatar que o meu papel na equipa foi mudando ao longo tempo, uma vez que ao demonstrar as minhas capacidades como futura EE era também vista como tal pela equipa, que me procurava para realizar um planeamento de cuidados diferenciados na área de enfermagem de reabilitação e colocar posteriormente em prática. Após me mostrar disponível para aprender e ao longo do percurso que fui aprofundando conhecimentos como futura EEER, as dificuldades na concretização dos cuidados foram-se atenuando.

Uma outra dificuldade para o desenvolvimento de competências de EEER posso acrescentar o facto das visitas em contexto de comunidade terem um tempo limitado e curto que tem de ser utilizados da melhor forma para colocar as intervenções de futuro EEER em prática e de modo a conseguir chegar a toda a população que necessita de cuidados. Igualmente em contexto hospitalar, a afluência de pessoas é muito grande para o rácio de enfermeiros o que dificulta conciliar as intervenções de enfermeiro generalista com as de EE.

É importante salientar também que o raciocínio clínico foi-se desenvolvendo ao longo do estágio, havendo uma notória evolução no que toca à elaboração de planos

de cuidados direcionados para cada pessoa e para os objetivos de cada uma, havendo uma linha orientadora em termos de conhecimentos que foi sendo consolidada.

Com a aquisição de conhecimentos durante o estágio através de todo o trabalho que foi desenvolvido e de forma a existir uma partilha de evidência para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, participei no webinar promovido pelo Departamento de Enfermagem de Reabilitação, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa com o título “projetos, percurso e desafios para a enfermagem de reabilitação”. A elaboração e apresentação, em conjunto com a enfermeira e docente orientadora, de um poster sobre um estudo de caso direcionado para a análise crítica das intervenções de EEER permitiu-me integrar a partilha de momentos de aprendizagem entre estudantes e docentes e a análise sobre a atuação como futura EEER e o que poderia ter feito de maneira diferente para melhorar os cuidados.

Desenvolvimento de aprendizagens profissionais

As competências que se espera desenvolver neste domínio estão relacionadas com o desenvolvimento do enfermeiro enquanto especialista e a sua posição enquanto tal numa equipa interdisciplinar, fazendo uso do seu conhecimento científico para justificar a sua prática.

Um instrumento utilizado durante o desenvolvimento do estágio para o autoconhecimento foi a realização de reflexões individuais, não só escritas mas também em contexto clínico e refletir sobre os meus atos como futura EE, onde consegui parar e pensar sobre o rumo que estava a levar, sobre as ações que estou a fazer e sobre o que posso melhorar.

Nem sempre é fácil realizar estas reflexões sobre nós próprios e sobre o nosso comportamento profissional. Por vezes, deixamo-nos levar pelo turbilhão de emoções que passam no dia-a-dia por nós sem realmente percebermos o porquê do rumo que estamos a seguir. Para conseguir superar estas dificuldades tentei canalizar a minha energia para a execução deste estágio tendo como foco a minha vontade em seguir este rumo profissional.

Inicialmente, a reflexão sobre a minha evolução no estágio e sobre os cuidados que estava a realizar não foi fácil uma vez que faltava uma linha orientadora. Foi necessário parar e olhar para o percurso já feito e interiorizar o caminho que queria seguir. Foi facilitador a utilização do ciclo de Gibbs para a realização destas reflexões

de aprendizagem mostrando uma forma de guiar o processo de reflexão. O facto de me envolver na totalidade na execução deste estágio e em todas as oportunidades de aprendizagem foi também um meio facilitador para a interiorização e reflexão da evolução que queria levar para o meu caminho como profissional e futura EEER.

Além deste aspeto, para a aquisição de competências neste âmbito foi também de extrema importância a realização de pesquisa bibliográfica nas bases de dados de modo a adquirir conhecimento científico que sustentasse a minha prática, com especial ênfase no conhecimento adquirido durante o estágio para fundamentar os cuidados prestados e na revisão dessa mesma literatura após o término do estágio uma vez que o tema descrito está em constante desenvolvimento e mais artigos já tinha sido publicados desde a realização do projeto de estágio.

Além da aquisição de conhecimentos através da literatura existente, o apoio tanto dos enfermeiros orientadores como da professora orientadora foi fulcral para a realização deste estágio, havendo um acompanhamento constante e uma partilha de conhecimentos de modo a melhorar os cuidados prestados e a atingir as competências de EE.

Durante o desenvolvimento do estágio e conforme fui ganhando conhecimentos e à vontade nas práticas de EE, com a fundamentação das minhas intervenções pelo conhecimento científico, deixando-me segura dos meus atos por serem os mais benéficos para a pessoa, fui tomando cada vez mais iniciativa quando existia uma oportunidade de aprendizagem. Houve oportunidade de ensinar a utilizar materiais de apoio fora dos momentos de prestação de cuidados, uma vez que as sessões de reabilitação podem ter um tempo reduzido, e por isso eram usados folhetos com ensinamentos de mimica facial, exercícios de mobilidade ou exercícios respiratórios que podiam ser desenvolvidos de forma independente pela pessoa. Este tipo de aprendizagem, estimula ao autocuidado da pessoa de forma a necessitar menos da ajuda de terceiros para a realização de atividades de vida. Para Orem, existe um requisito de autocuidado de desvio de saúde quando a pessoa não tem a capacidade de realizar o seu autocuidado e necessita da ajuda do EEER. Para conseguir que a pessoa consiga atingir o autocuidado de forma autónoma e independente, o enfermeiro utiliza intervenções no âmbito da teoria dos sistemas de enfermagem, estimulando desta forma a manutenção dos requisitos universais de autocuidado, ou seja as atividades de vida.

3.2 Desenvolvimento de competências específicas de EEER em contexto de estágio

No desenrolar do percurso académico-profissional, na vertente de futura EEER, é expectável que através dos conhecimentos e experiências diferenciados na área de reabilitação, o enfermeiro consiga ser capaz de conceber, implementar e monitorizar planos de cuidados de reabilitação que visam a promoção da saúde, prevenção de complicações e tratamento com o objetivo de melhorar a função e promover a independência e a satisfação da pessoa (OE, 2010).

Para tal, o enfermeiro deve adquirir competências específicas da sua área de trabalho, nomeadamente a reabilitação, que o diferenciem nos cuidados dos enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas de outras áreas. Foi elaborado o Regulamento n.º 392/2019 pela Ordem dos Enfermeiros e inserido no Diário da República onde consta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação de modo a comunicar o que é esperado do enfermeiro especializado.

O presente capítulo terá como base esse regulamento e as atividades realizadas durante o estágio que levaram à aquisição de competências de EEER. Apesar do tema de estágio estar direcionado para a prevenção de quedas em idosos em contexto de comunidade, foram realizadas atividades de forma a abranger o máximo de áreas onde a reabilitação pode intervir para ir ao encontro dessas mesmas competências.

As competências de EEER são as seguintes: cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação da reinserção e exercício de cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

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

Durante o estágio, foi realizado sempre um envolvimento prévio em toda a situação de cuidados da pessoa. Antes de intervir, fui consultando o processo da pessoa e fiz uma avaliação inicial para compreender a totalidade dos seus problemas e principalmente quais os que tinham mais impacto na sua vida.

Para isto acontecer, é sempre necessário criar uma relação de confiança com a pessoa e mostrar que queremos ajudar e como o vamos fazer, uma vez que o trabalho de equipa no processo de reabilitação é um conceito central para atingir os seus objetivos (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Como foi dito anteriormente, na colheita de dados sobre a pessoa, pude constatar que existem dados relevantes para a construção de planos de cuidados que outrora como enfermeira generalista não eram tão valorizados. Detalhes da história de vida da pessoa como a profissão, o local onde mora, os passatempos de cada um, são cruciais para determinar as atividades a serem realizadas e também a priorizar a resolução de problemas. Inicialmente, antes da realização de um plano de cuidados, optei por fazer uma colheita de dados, através da consulta do processo clínico da pessoa com o historial de vida, exames realizados anteriormente e parâmetros vitais, complementando esta informação com o conhecimento teórico existente, e colheita direta de dados relevantes com a pessoa em forma de entrevista informal.

Para a realização desta entrevista informal, e para conseguir obter o máximo de informação para a realização de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação, apercebi-me que a execução de guias de avaliação seriam facilitadores para não haver perda de informação. Procurando ir ao encontro das necessidades do serviço, elaborei dois guias de avaliação, tendo em conta a bibliografia estudada anteriormente, um direcionado para a área neurológica e outro para a patologia respiratória para me guiar nas perguntas colocadas à pessoa. Os guias orientadores foram realizados a título pessoal e não houve oportunidade de serem aprovados e ficarem disponíveis no serviço.

O guia de avaliação neurológica tinha incluído a avaliação do estado de consciência e orientação, a avaliação dos pares cranianos e observação da coordenação e foi utilizado em pessoas com o diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC), ou meningioma com compressão da área cerebral para perceber quais as áreas afetadas e onde teria de intervir. O guia de avaliação respiratória continha a avaliação dos antecedentes pessoais, exames complementares de diagnóstico e padrão respiratório onde incluía o tipo de respiração, simetria torácica, amplitude, ritmo, palpação e percussão e foi utilizado em pessoas com patologia de pneumonia ou Status pós infeção por Sars-cov19 e doença pulmonar obstrutiva

crónica (DPOC) para adequar as atividades a realizar consoante as limitações da pessoa.

Como futura EEER, além da consulta do processo clínico, exames e entrevista informal à pessoa, foi também utilizado escalas e instrumentos de avaliação para guiar a minha intervenção uma vez que é possível prever riscos e monitorizar a evolução da pessoa através da utilização das mesmas (OE, 2016). Para a prevenção da queda foi de extrema importância a utilização da escala de Lower, escala de equilíbrio de Berg e escala de Morse. Além destas escalas, foram utilizadas outras para colmatar a realização de planos de cuidados de reabilitação noutras áreas como é o caso da escala de Guss para avaliar a deglutição da pessoa, a escala de coma de Glasgow e escala de Borg modificada para interpretar a perceção da dispneia pelo indivíduo.

Durante o desenvolvimento do estágio, tive ainda conhecimento do instrumento de avaliação “GAIA”, desenvolvido em Portugal que remete para o grau de autonomia/independência no autocuidado na intervenção do EEER (Couto, 2012). Esta escala foi considerada pelos orientadores e por mim como importante por avaliar os vários graus de dependência da pessoa em diferentes níveis de autocuidado e determinar quais as atividades de vida onde a pessoa necessita de mais apoio. Tornou-se um aspeto relevante no desenvolvimento da minha aprendizagem uma vez que as intervenções planeadas tendo em conta o score obtido neste instrumento de avaliação e as atividades avaliadas no mesmo são minuciosas e objetivas quanto aos diferentes graus de independência numa mesma atividade de vida.

Esta escala foi útil também para determinar em qual dos sistemas de enfermagem definidos por Orem (2001) se enquadravam as intervenções planeadas para cuidados. A utilização desta escala foi uma mais valia uma vez que avalia as dimensões do autocuidado de uma forma mais exaustiva e direta para as atividades que realizamos no quotidiano dando por isso uma resposta mais ampla das específicas necessidades da pessoa. Apesar de ser um instrumento de avaliação completo, a autora não terminou a sua implementação, não havendo uma tabela de scores para avaliação dos resultados.

A utilização das escalas foi realizada antes e durante a implementação dos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação de modo a poder haver uma comparação de resultados esperados e os resultados existentes. As escalas e os instrumentos de avaliação foram de extrema importância também para guiar os planos

de cuidados de enfermagem de reabilitação e fazer acertos de atividades desenvolvidas conforme os resultados avaliados (Hoeman, 2011). Este é uma das competências do EEER uma vez que segundo a OE (2019) o EEER deve recolher informação pertinente e utilizar escalas e instrumentos de medida para avaliar as funções: cardíaca; respiratória; motora, sensorial e cognitiva; alimentação; eliminação vesical e intestinal; sexualidade.

Durante o estágio, foram realizados planos de intervenção de enfermagem de reabilitação com o intuito de promover o autocuidado da pessoa em momentos de transição saúde/doença ou incapacidade (Regulamento n.º 392/2019). Para Orem (2001), um agente de autocuidado é aquele que realiza atividades de manutenção da vida, da saúde e do bem-estar para seu próprio benefício. Quando por algum motivo a pessoa não é capaz de gerir o seu próprio autocuidado, numa situação transitória de saúde/doença, o EEER tem como papel procurar atividades e apoios que permitam à pessoa ser o mais independente possível.

Como futura EEER, é importante priorizar o envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação logo desde o início da sua construção para que esta se sinta motivada para levar as atividades até ao fim e até mesmo a praticá-las na nossa ausência de um modo que sintam que as intervenções implementadas fazem diferença na sua qualidade de vida.

Observei que os exames complementares de diagnóstico mostram-nos o estado de saúde da pessoa naquele ponto exato do dia, o que não significa que no momento em que esses exames são avaliados, o estado da pessoa não possa ter sofrido alterações. No caso específico de atividades realizadas à pessoa com o diagnóstico de patologia respiratória como pneumonia, acontecia avaliar gasimetrias e radiografias que me mostravam um determinado ponto na evolução de saúde que após auscultação, avaliação de parâmetros vitais e conversa com a pessoa não correspondiam à realidade daquele momento. Por essa razão, é de extrema importância fazer uma avaliação com a pessoa sobre o seu estado de saúde e a sua percepção uma vez que esta nos irá dar informação mais fidedigna e completa sobre o seu mesmo.

Desta forma é sempre importante observar a informação existente em processo clínico mas também fazer uma avaliação junto com a pessoa, colocando o ponto de vista da mesma em primeiro lugar. Por esta razão, quando queria avaliar a capacidade

de independência do autocuidado nas atividades de vida, por vezes ficava junto à pessoa apenas a observar como é que está fazendo e quais as alternativas que esta adotava para suprimir as dificuldades existentes de modo a conseguir encontrar as suas dificuldades e criar estratégias de intervenção que melhorassem a sua independência.

Dentro do envelhecimento saudável, a prevenção de quedas é um dos temas major da OMS para a diminuição da dependência e impacto socioeconómico (OMS, 2007). Por esta razão, a capacitação da pessoa para o seu autocuidado inicia-se quer na própria habitação, quer em instituições. A intervenção do EEER passa por alterações a nível das barreiras arquitetónicas existentes como utilização de grades na cama, material de apoio no quarto e casa de banho, utilização de calçado antiderrapante e iluminação adequada, sendo intervenções que ajudam a diminuir o risco de queda (Beorlegui, 2017; WHO, 2007).

No estágio em contexto comunitário, as intervenções na alteração de barreiras arquitetónicas é facilitada uma vez que o EEER tem a possibilidade de ir a casa da pessoa e avaliar as barreiras existentes na segurança e realização de autocuidado independente. Numa situação de estágio com uma senhora com status pós cirurgico a fratura trocantérica após uma queda em casa, que tinha iniciado um plano de cuidados de reabilitação com a enfermeira orientadora e naquele momento conseguia realizar algumas atividades em casa de forma parcialmente independente, a mesma referiu que não conseguia tomar banho sozinha por ter medo de cair e por não conseguir manter-se de pé sem desequilíbrio durante muito tempo, o que a deixava entristecida porque tinha de dar trabalho à filha.

Um dos objetivos da intervenção do EEER é a orientação da pessoa para que esta consiga manter a independência e a segurança na execução do autocuidado nas diferentes atividades de vida (Hoeman, 2011). O medo tanto pode motivar a pessoa a adotar estratégias de prevenção de queda como também pode ter o efeito contrário e provocar um declínio na qualidade de vida do idoso através da restrição de atividades diárias (Baixinho et al, 2021; Beorlegui, 2017; WHO, 2007). Após um episódio de queda, a pessoa tem tendência a culpabilizar-se, sentindo que falhou em relação à sua segurança e que não pode deixar que volte a acontecer (Baixinho et al, 2021).

Como EEER, conversei com a senhora sobre os seus receios e mostrei-lhe alternativas existentes com material de apoio que esta podia utilizar na casa de banho,

como a cadeira de banho, que a iam deixar mais segura e potenciar a sua independência no autocuidado de higiene. Na semana seguinte, a filha comprou o material de apoio e em conversa sobre os resultados obtidos, a senhora afirmou sentir-se mais independente e menos receosa pois já tinha conseguido tomar banho praticamente sozinha, necessitando de uma pequena ajuda no entrar e sair da banheira. Nesta situação de aprendizagem e como futura EEER, é possível encontrar a importância de desmistificar medos e encontrar soluções para aumentar a confiança da pessoa na realização das suas atividades de vida. É também importante envolver a família nas intervenções planeadas para que esta consiga apoiar a pessoa na sua tomada de decisão.

Além das intervenções direcionadas para a prevenção da queda no idoso, este estágio foi rico em oportunidades de aprendizagem e implementação de programas de reabilitação na reeducação funcional de outras áreas o que contribuiu para a aquisição de competências de EEER nas várias áreas que abrangem a enfermagem de reabilitação fazendo de mim uma futura EEER mais completa e rica em conhecimentos.

Em contexto hospitalar, tive oportunidade de prestar cuidados a pessoas com patologias variadas na área respiratória, nomeadamente pneumonias, DPOC, e status pós infeção por Sars-cov19. A observação da pessoa é de extrema importância para identificar quais as intervenções direcionadas para cada tipo de pessoa com uma determinada patologia.

A avaliação inicial era realizada em dois momentos, um de pesquisa individual com pesquisa no processo clínico, consulta de exames complementares e avaliação de conhecimentos sobre a patologia inerente e um segundo momento junto à pessoa onde eram realizadas várias questões pertinentes, guiando-me pelo guia orientador que tinha realizado anteriormente. Nesta avaliação foram também efetuadas a implementação de escalas como o caso da escala de Borg modificada antes e após a realização dos programas de reabilitação de modo a comprar resultados.

Durante a implementação destes programas de reabilitação, foram desenvolvidos conhecimentos na leitura e interpretação de exames complementares de diagnóstico como as radiografias e as tomografias computadorizadas (TAC) ao torax, análise de gasometrias e auscultação pulmonar. No estágio pude desenvolver conhecimento científico através da observação de vários exames acima descritos para

mais fácil planeamento de intervenções, direcionando-as para cada tipo de problema de saúde. Também a auscultação pulmonar foi uma técnica desenvolvida e essencial na intervenção do EEER e que vai sendo apurada consoante a sua utilização. Inicialmente encontrei alguma dificuldade em diferenciar ruídos adventícios uma vez que não conseguia associar cada tipo de som a um determinado problema. No entanto, esta técnica foi realizada várias vezes durante o estágio, com a orientação do enfermeiro orientador, imediatamente antes da implementação do plano de cuidados e no final e modo a observar as alterações resultantes da minha intervenção.

Um exemplo de implementação de um programa de reabilitação desta natureza foi o caso do senhor JE, internado no serviço de medicina com o diagnóstico de pneumonia. Neste caso, após consulta do processo clínico e exames complementares, foi realizada com avaliação inicial junto da pessoa, nomeadamente o seu estado de consciência e orientação, quais as limitações existentes na execução das atividades de vida de forma autónoma e quais as alterações a nível respiratório existentes nesta fase aguda da doença que dificultava a sua independência. Orem (2001) refere que um dos requisitos universais de autocuidado é a manutenção de uma quantidade de ar suficiente. A autora refere ainda que quando as pessoas não têm capacidade de realizar o seu autocuidado de forma independente, o enfermeiro intervém para dar resposta a essas mesmas necessidades.

Neste caso específico e tendo em conta a teoria dos sistemas de enfermagem de Orem, o plano de cuidados foi desenvolvido dentro do sistema de apoio-educação, com intervenções direcionadas para a orientação e instrução de atividades. O programa de reabilitação incidiu em atividades que aumentassem a reexpansão pulmonar, drenagem de secreções e promoção de tosse eficaz (Cordeiro & Menoita, 2012). Como o senhor JE ficou internado cerca de 3 semanas deu-me a oportunidade de participar na construção do cuidados de enfermagem de reabilitação e foi possível colocar em prática o plano de cuidados e ir observando as melhorias do senhor JE, através da avaliação das intervenções de EEER realizadas, nomeadamente na diminuição de aporte de oxigénio, diminuição do cansaço e aumento do conforto da pessoa, entre outros. Neste caso, o senhor JE nem sempre se mostrava participativo nas atividades realizadas, com alguns momentos de desorientação, sendo as intervenções realizadas quando este se encontrava mais orientado e participativo.

A intervenção do EEER na implementação de programas de reeducação funcional cardiorrespiratória assegura a máxima capacidade funcional, prevenindo complicações e evitando incapacidades (Regulamento n.º 392/2019). Estes programas devem ser individualizados e adaptados a cada pessoa e à sua patologia inerente, consoante os resultados e os objetivos que querem ser alcançados (Cordeiro & Menoita, 2012). Os planos de cuidados, como futura EEER, eram realizados tendo em conta os objetivos que a pessoa tinha como essenciais à sua qualidade de vida de modo a criar intervenções individualizadas e personalizadas a cada pessoa.

Durante a aplicabilidade dos programas de reabilitação nas diversas áreas, é sempre importante existir uma avaliação dos resultados das intervenções implementadas por parte do EEER (Regulamento n.º 392/2019). Durante o estágio, essa avaliação passou não só pela observação da satisfação das pessoas após atingirem os seus objetivos de independência no autocuidado mas também clinicamente na melhoria em termos de situações agudas de doença.

Capacita a pessoa com deficiência, limitação de atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

Esta competência ao ser adquirida, capacita o EEER para o desenvolvimento de intervenções para a inclusão do indivíduo na sociedade, tendo em consciência a sua limitação ou deficiência. Estas intervenções podem ser realizadas de forma autónoma ou em conjunto com os pares (Regulamento n.º 392/2019).

Neste âmbito, a intervenção do EEER passa por capacitar a pessoa a realizar as suas atividades de vida e o autocuidado de forma independente, promovendo a sua qualidade de vida.

Como foi dito anteriormente, as atividades de vida referem-se ao que a teórica Orem (2001) chama de requisitos universais de autocuidado, os quais a pessoa deve ser capaz de desenvolver de forma autónoma para se determinar um agente de autocuidado. A independência na realização das atividades de vida é vista como de grande importância para a pessoa quer a nível físico, psicológico e social. Quando existe uma quebra de independência em alguma atividade de vida pode alterar a dinâmica familiar e social da pessoa (Andrade, Araújo, Andrade, Soares, & Chianca, 2010).

É aqui que o EEER deve intervir e procurar agir para capacitar a pessoa a atingir o seu autocuidado independente. O enfermeiro deve encontrar respostas para que a pessoa consiga adaptar-se ao seu processo saúde/doença ou incapacidade de modo a exercer as suas atividades de vida sem o risco de se desenvolver independência por outrem, através da utilização de material de apoio e técnicas específicas de autocuidado. Hoeman diz-nos que “os objetivos da reabilitação direcionam-se no sentido de ajudar o utente a conseguir e manter o máximo de independência e desempenho seguro nas atividades de vida” (Hoeman, 2000 p.174). Estas intervenções devem ser realizadas o mais precocemente possível, quer em ambiente hospitalar, quer em contexto domiciliário mantendo sempre o foco no contexto real de vivência da pessoa (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Como futura EEER, a criação de um plano de cuidados de enfermagem de reabilitação deve ser centrado nos objetivos da pessoa e não na sua incapacidade (Hoeman, 2011). Ou seja, o enfermeiro deve olhar para a pessoa e procurar quais as atividades que esta quer reaprender a realizar e quais as que esta prioriza e não focar as suas atividades na deficiência presente. Quando os objetivos de trabalho são focados na pessoa e não na sua deficiência é promovida uma maior satisfação da pessoa e da sua qualidade de vida.

Um episódio de vida que pode provocar um grau de dependência nas atividades de vida transitório ou por vezes permanente são os acidentes vasculares cerebrais (AVC). Durante o estágio, tive oportunidade de desenvolver um plano de cuidados de reabilitação neste âmbito com o senhor JD.

O senhor JD, de 69 anos apresentava o diagnóstico de AVC hemorrágico com compromisso da área cerebral à esquerda, sem indicação cirurgica. No primeiro contacto com a pessoa observei diminuição de força em todos os segmentos do lado direito do corpo, com alterações a nível da concentração e períodos de desorientação temporo-espacial. Inicialmente, o sr JD não tinha indicação para realização de levantar e por essa razão foi elaborado um plano de cuidados com o objetivo de manutenção articular e muscular. Em pessoas com o diagnóstico de AVC, inicialmente os cuidados de enfermagem devem ser direcionados na prevenção de complicações e posteriormente, aquando da estabilidade da pessoa, estes cuidados devem ser centrados no retorno da vida ativa (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Foi incentivado o senhor JD a realizar mobilizações articulares e musculares no leito de todos os segmentos de ambos os lados do corpo bem como a instrução de atividades terapêuticas como a ponte, o rolamento para ambos os lados e utilizada também a técnica de facilitação cruzada. Inicialmente estes exercícios eram realizados 1 a 2 vezes por turno, com 12 repetições de cada exercício. Começou-se com a realização de exercícios de forma passiva com total apoio uma vez que o senhor JD se encontrava pouco participativo. No entanto, com o passar dos dias e com a relação que se foi construindo entre mim e a pessoa, este mostrou-se mais participativo, realizando os exercícios de forma parcialmente dependente, pois observava que com a manutenção dos exercícios as alterações de força nos segmentos à direita melhoravam. Nesta situação, estamos presentes em cuidados que inicialmente se encontravam no sistema parcialmente compensatório de Orem (2001) uma vez que como EEER realizava algumas tarefas de autocuidado pela pessoa e posteriormente essas intervenções passaram para o sistema apoio-educação com uma parceria existente entre enfermeiro-pessoa onde eram dadas orientações sobre as atividades a serem executadas.

Quando foi possível e dada a indicação de levantar, iniciaram-se exercícios de treino de equilíbrio com alteração do centro de gravidade, e posteriormente treino de marcha. Inicialmente, foi realizado o treino de posicionamento, através da transferência de posição de deitado para sentado, com realização de carga no cotovelo na cama. O treino de equilíbrio foi feito através da alteração do centro de gravidade com a realização de agachamentos e consequente tentativa de apanhar objetos em diferentes pontos e colocar-se de pé apenas sob uma perna. Posteriormente, realizou-se treino de marcha, com a utilização de andador e depois apenas com apoio unilateral a pequenas distâncias que foram sendo aumentadas progressivamente. Foi ainda realizado treino cardiovascular com a utilização de pedaleira de várias intensidades de forma a melhorar o fortalecimento muscular e a marcha. Segundo a WHO (2020), a atividade física é essencial para a manutenção da saúde mantendo a capacidade funcional, densidade óssea e massa muscular, contribuindo para a redução do risco de quedas e de lesões provocadas por quedas.

Na hora da refeição, estimulava a pessoa a realizar esta atividade como se estivesse em casa, ou seja, de forma independente. Por motivos de pandemia, a sala de refeições estava interdita a uso, no entanto colocava a pessoa sentada e com a refeição à frente e observada quais eram as atividades que esta fazia para se

conseguir alimentar. Daí, conseguia averiguar quais eram as maiores necessidades da pessoa e atuar perante o que via. Nesta atividade de vida, a maior barreira eram as alterações da motricidade fina, o que dificultava a pega dos talheres. Para suprimir estas barreiras, eram utilizados como materiais de apoio, como talheres e cabo grosso e posteriormente eram realizados exercícios de treino de motricidade fina para estimular a mesma.

Para o treino da motricidade fina foram realizados exercícios como o apertar/desapertar brocas, botões de camisa, fechos de calças e cordões. De modo a estimular a concentração, também foram realizados alguns exercícios como sopa de letras, palavras cruzadas, contorno de tracejados e leitura de livros/revistas.

Referente à atividade de vida higiene pessoal, observava como é que o senhor JE realizava e em conjunto com a pessoa, desenvolvíamos estratégias que facilitassem o autocuidado de forma independente, nomeadamente o uso de cadeira sanitária e o treino de vestir e despir a roupa.

Em estágio em contexto de comunidade participei na realização de um programada de reabilitação da senhora D com o diagnóstico de status pós cirurgia a fratura trocantérica após episódio de queda em casa. Este plano de cuidados de enfermagem de reabilitação foi realizado no âmbito do sistema apoio-educação de Orem (2001) com o intuito de melhorar a independência da pessoa na execução do seu autocuidado nas diferentes atividades de vida. Num momento mais avançado da execução do plano de cuidado, foi proposto à senhora D, pela equipa de enfermagem de reabilitação, o treino de subir e descer escadas para que esta pudesse sair do domicílio pois viviam num prédio sem elevador. Esta acabou por me confidenciar que era uma atividade da qual tinha muitas saudades uma vez que antes do episódio de queda, saía de casa todos os dias com o marido para irem dar um passeio.

A equipa de enfermagem de reabilitação compreendeu que este episódio transitório de saúde/doença condicionou a participação social da senhora D, e foram realizadas atividades que procurassem suprimir estas necessidades de envolvimento na comunidade. Foi então realizado com maior intensidade o treino de subir/descer escadas, inicialmente com apoio bilateral e posteriormente com apoio unilateral, dando recomendações à senhora D de produtos de apoio que podiam utilizar para se sentir mais confiante como calçado adequado e antiderrapante e bengala/canadiana.

Este tipo de atividades vão ao encontro as competências que o EEER deve desenvolver sendo que o enfermeiro deve procurar identificar as barreiras arquitetônicas que possam de alguma maneira diminuir a inserção social da pessoa e desenvolver planos de cuidados que permitem maximizar as potencialidades do indivíduo (OE, 2010).

Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Esta competência exige ao EEER que este seja capaz de realizar planos de cuidados de enfermagem de reabilitação que permitam a potencialização das capacidades funcionais do indivíduo a nível motor, cardíaco e respiratório tendo em conta os objetivos de desenvolvimento da pessoa.

Para a conceção e implementação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação o EEER deve ser portador de conhecimento científico relativo à área de intervenção de modo a conseguir prever os resultados esperados e adequar as suas atividades às expectativas da pessoa, incluindo técnicas inovadoras.

Durante a realização de estágio em contexto de comunidade, deparei-me com uma situação do senhor R de 76 anos de idade que após uma queda da cama, tinha sofrido uma fratura do fémur à esquerda, a qual teve de ser intervencionada cirurgicamente. Anteriormente à queda, o mesmo encontrava-se a realizar um programa de reabilitação pois tinha sofrido outra queda que lhe tinha provocado alterações na marcha. Antes do segundo episódio de queda, o senhor R já era capaz de deambular pela casa com o apoio do andador de forma independente mas com supervisão. Vivia num segundo andar com elevador, juntamente com a esposa e tinha uma cuidadora informal durante o dia e outra durante a noite. No entanto desde o regresso a casa após a segunda queda, o senhor R não tinha voltado a sair da cama uma vez que não tinha capacidade de o fazer sozinho e a cuidadora tinha medo que este voltasse a cair. Após um episódio de queda, existe a possibilidade dos cuidadores sentirem a necessidade de substituir a pessoa na realização de atividades de vida de maneira a não haver oportunidades para uma queda, existindo um sentimento de superproteção com medo de voltar a cair (Baixinho et al, 2021).

Com o passar dos anos, estima-se de a pessoa com mais de 65 anos caiam uma vez por ano (Baixinho & Santos, 2019). Estas quedas podem ser consequências do detrimento natural de áreas como o sistema musculo esquelético, cardiovascular e

alterações na visão e audição (Silva & Guimarães, 2014). Também os fatores do meio ambiente como a luminosidade, obstáculos existentes e falta de condições (Baixinho & Dixe, 2016) podem aumentar a probabilidade de queda em casa (DGS, 2010).

Estas situações de quedas recorrentes leva ao aumento da probabilidade da pessoa ser institucionalizada por diminuição da qualidade de vida e da sua independência no autocuidado, contribuindo para o aumento de custos socioeconómicos (Marques-Vieira & Sousa, 2017).

Nestas situações o EEER tem um papel importante no desenvolvimento de um plano de cuidados de reabilitação funcional motora, com o objetivo de minimizar a dependência, aumentar a autonomia e a qualidade de vida. O papel do enfermeiro passa por aumentar a capacidade funcional da pessoa ou seja, a capacidade de conseguir por em prática todas as atividades de vida sem ajuda de outrem (Fhon, Fabrício-Wehbe, Vendruscolo, Stackfleth, Marques, & Rodrigues, 2012). Desta forma cada vez mais se aposta como área do futuro o envelhecimento saudável com a adoção de estilos de vida saudáveis por parte dos idosos.

Dentro dos estilos de vida saudável encontra-se a prática de exercício físico, essencial para a manutenção da saúde e independência melhorando o equilíbrio, força e flexibilidade e mantendo a massa muscular, o que contribui para a redução do risco de quedas e de lesões (WHO, 2007).

O Senhor R foi então encaminhado para UCC no sentido de realizar um programa de reeducação funcional motora. Durante a primeira visita, foi conversado com o senhor R e a esposa sobre quais as expectativas que esperavam da realização deste plano de cuidados e o grau de envolvimento dos mesmos.

Iniciou-se o programa de reabilitação com foco na reabilitação funcional motora, com exercícios de mobilizações assistidas no membro lesado e exercícios de fortalecimento muscular. Ainda no leito eram realizados exercícios de treino articular e muscular de todos os segmentos de forma a prevenir lesões após o levante. Eram também realizadas atividades terapêuticas e automobilizações. Estes exercícios eram repetidos entre 12 a 15 vezes.

Posteriormente, foram realizados treinos de equilíbrio estático e dinâmico, alterando o centro de gravidade e estando na posição de pé fazendo carga apenas num dos membros inferiores. Foi realizado treino de transferências, nomeadamente o

levantar/deitar da cama tendo em conta o membro operado, sentar na cadeira de rodas ou uma cadeira com apoio de costas e braços e ainda o treino de marcha com o apoio do andarilho com supervisão. Durante a realização destes exercícios era sempre dado foco à postura corporal da pessoa, mantendo-se o mais correta possível, evitando lesões e diminuindo o cansaço muscular.

Como segunda etapa deste programa de reabilitação, e após o senhor R ganhar alguma autonomia no levantar e na marcha, programou-se o treino de atividades de vida diárias como o uso da sanita, higiene pessoal e vestir/desper de forma independente. Além destas atividades, desde o início do programa de reabilitação foi conversado com o senhor R, a esposa e o filho sobre algumas alterações que deveriam ser feitas a nível do ambiente para prevenir a ocorrência de nova queda, nomeadamente o uso de calçado adequado, confortável e antiderrapante, a eliminação de tapetes e objetos no chão propícios a queda, utilização de grades na cama e a iluminação adequada nos corredores durante processo de marcha.

Pelo planeamento e cronograma do período de estágio, não foi possível acompanhar o processo de reabilitação do senhor R até a sua alta. No entanto, após a monitorização e avaliação dos resultados das intervenções realizadas no âmbito deste programa de reabilitação funcional motora, foi possível observar ganhos em termos de qualidade de saúde e autonomia da pessoa uma vez que o senhor R já conseguia levantar-se da cama com um mínimo apoio e de seguida realizar marcha com o apoio do andarilho do quarto até á sala ou do quarto até à casa de banho.

4. AVALIAÇÃO

Segundo Pereira e Rito (2013) “a avaliação é uma realidade indissociável dos processos formativos e do desenvolvimento de competências em contextos de prática clínica pelos estudantes de enfermagem”(p.273, 2013). A avaliação do desempenho de estágio para a aquisição de competências de EEER, partiu do acrónimo SWOT que tem como significado em inglês, Strengths, Weakness, Opportunities e Threats, ou seja, forças e fraquezas, relacionadas com os fatores internos ao estágio e oportunidades e ameaças, relacionados com os fatores externos do estágio.

Começo pelos forças onde considero uma mais valia a variedade de momentos de aprendizagem que consegui ter em contexto hospitalar, sobre várias áreas onde o EEER pode intervir e aplicar os seus conhecimentos. No que toca ao contexto de comunidade, apesar das oportunidades de aprendizagem se limitarem maioritariamente a momentos de cuidados referentes à queda no idoso com intervenções nesse âmbito foi igualmente enriquecedor indo ao encontro do tema que foi escolhido para desenvolver em estágio.

Também foi de extrema importância o apoio e a partilha de experiências por parte dos enfermeiros orientadores, bem como as reuniões de orientação com a professora orientadora. Considero que pessoalmente, as exigências sentidas no desenrolar do estágio trouxeram ao de cima a minha imensa vontade de aprender, dedicação, resiliência e organização para me manter focada no caminho certo, adotando métodos de estudos e aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem em estágio conseguindo assim adquirir a capacidade de gestão de tempo e planeamento de cuidados para conciliar todos os afazeres sendo também estas características que se espera de um futuro enfermeiro especialista.

Como fraquezas encontro o facto que devido à pandemia, no meu local de trabalho as horas extra aumentaram tal como a exigência de trabalho, o que fizeram com que ficasse mais cansada e em algumas alturas isso refletiu-se no meu desempenho em estágio. Ainda por esta razão os locais de estágio tiveram de se adaptar a esta nova realidade e por essa razão, em contexto de comunidade o trabalho de especialista de reabilitação foi deixado em segundo plano para dar resposta a todas as outras exigências da comunidade.

Outro ponto fraco foi o desgaste que se foi desenvolvendo não só físico mas também emocional de toda a gestão de tempo entre trabalho/estágio e a falta de tempo útil para descansar e momentos de lazer que considero também serem importantes para reorganizar ideias.

Considero que como oportunidades no desenvolvimento do estágio o facto de ter desenvolvido um trabalho com enfermeiros orientadores que sempre se mostraram disponíveis para me ajudar no que precisasse, procurando sempre encontrar as melhores oportunidades de aprendizagem para que pudesse aperfeiçoar as minhas intervenções de futura EEER e adquirir competências nessa área. A disponibilidade e preocupação da professora orientadora foi uma mais valia para me colocar à vontade e expor os meus medos e conseguir refletir sobre eles e avançar no processo de aprendizagem.

Para o desenvolvimento do tema de estágio foi de extrema importância as visitas ao domicílio das pessoas na realização de estágio em UCC para conhecer várias realidades e adaptar as intervenções a cada pessoa. As oportunidades de aprendizagem em áreas como a reabilitação funcional respiratória e a avaliação neurocognitiva foram uma mais valia no meu processo de formação como futura EEER, havendo oportunidade de intervir em várias áreas como especialista em reabilitação. Os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos durante a realização de estágio foi uma mais valia para o meu processo de aprendizagem como futura EEER.

Como ameaças identifico o momento de pandemia em que nos encontramos que fez com que o início de estágio e o processo de estágio fosse adiado algumas vezes o que me provocou algum desânimo na altura pelo facto de ter construído um projeto de estágio e não o ter conseguido por logo em prática e também por ver os meus colegas a avançar no seu caminho e eu a ficar parada por motivos que nos ultrapassam mas que me deixaram um pouco em baixo.

Considero ainda como ameaça o facto dos programas de reabilitação serem longos e nem sempre haver oportunidade de serem cumpridos até ao fim, nomeadamente em situações de internamento hospitalar em que se preconiza que tenham uma duração cada vez menor, o que sujeitava que houvesse uma quebra de cuidados de reabilitação aquando da alta. Também durante o estágio em contexto de comunidade, existia um elevado número de pessoa integradas na rede de cuidados para poucos elementos de enfermagem na UCC o que fazia com que as visitas

domiciliárias tivessem um tempo limitado e por vezes curto, de maneira a conseguir realizar todas as visitas propostas.

Considero que houve uma evolução notória e um envolvimento nas situações de cuidados, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. A diversidade de momentos de aprendizagem contribuiu para o desenvolvimento académico havendo a necessidade de procurar conhecer mais sobre determinadas áreas. Com o desenrolar do estágio foi possível aprofundar conhecimentos de modo a realizar um adequado planeamento de intervenções de enfermagem de reabilitação e o desenvolvimento de competências de EEER.

5. CONCLUSÃO

A realização deste estágio permitiu a implementação de conhecimentos de enfermagem de reabilitação adquiridos anteriormente, através do planeamento e implementação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação nas diferentes áreas de trabalho. Ao longo do desenvolvimento do estágio, foram vários os momentos de reflexão sobre os momentos de aprendizagem que levaram à aquisição de competências de EEER utilizando a teoria e prática para atingir esse mesmo fim.

Com o desenvolvimento do estágio foi possível observar a especial importância das intervenções do EEER no que toca à promoção do autocuidado da pessoa, adotando estratégias facilitadoras da independência da pessoa contribuindo para a prevenção de queda no idoso. A intervenção do EEER passa também pela promoção de um envelhecimento saudável através da adoção de estilos de vida saudáveis com a prática de exercício físico, inclusão social e capacitação da pessoa, melhorando a sua qualidade de vida, tendo sempre em conta os principais objetivos da pessoa. Além destas áreas, o EEER deve também ser um elo de ligação com a equipa interdisciplinar como gestor de caso, contribuindo para a eliminação de barreiras arquitectónicas e utilização de material de apoio que seja propício à prevenção de quedas, entre outros.

Além desta área de interesse, houve oportunidades de desenvolver conhecimentos e competências noutras áreas de trabalho da enfermagem de reabilitação, indo os locais de aprendizagem ao encontro do que era pretendido no âmbito do percurso de desenvolvimento como futura EEER. Durante o estágio e com o aprofundamento de conhecimento, o planeamento de cuidados e as intervenções realizadas foram tendo um grau de individualidade maior, dirigindo-se para as necessidades reais de cada pessoa. Também o trabalho com os restantes pares contribuiu para o meu crescimento enquanto futura EEER através da partilha de conhecimentos e experiências enriquecedoras.

Posso concluir que os objetivos definidos anteriormente foram atingidos pois foram adquiridas competências de EEER através das experiências e momentos de aprendizagem vividos em estágio mas também através do conhecimento adquirido com pesquisa teorica, utilizando a prática baseada na evidência para melhorar os meus cuidados à pessoa tendo sempre como especial foco os objetivos que a pessoa queria ver superados. No futuro considero ser uma mais valia como EEER uma vez

que com todos os momentos de aprendizagem que obtive em estágio fez com que o desenvolvimento de competências se aprofundasse e me levasse a ter em consideração problemas inerentes à pessoa que me levaram a procurar resposta para os seus cuidados. Levo comigo, a vontade de desenvolvimento de áreas como a prevenção de quedas para aprofundar conhecimentos nesta área e quem sabe gerar nova evidência sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Barbosa, F., del Pozo-Cruz, B., del Pozo-Cruz, J., Alfonso-Rosa, R., Sañudo, B., & Rogers, M. (2016). Factors associated with the risk of falls of nursing home residents aged 80 or older. *Rehabilitacion Nursing*, 41, 16-25. doi:[10.1002/rnj.229](https://doi.org/10.1002/rnj.229)
- Andrade, L., de Araújo, E., Andrade, K., Soares, D., & Chianca, T. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1056–1060. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672010000600029>
- Aromatis, E., & Munn, Z. (2017). *Joanna Briggs institute reviewer's manual*. The Joanna Briggs Institute. <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Baixinho, C., & Dixe, M. (2016). Valuation of fall risk factors by elderly. *Valley Internacional Journals*, 3(12), 2496-2508. <https://valleyinternational.net/index.php/ijmsci/article/view/664>
- Baixinho, C., Dixe, M., & Henriques, M. (2018). Managing the environment to prevent falls in the institutionalized elderly: Protocol validation. *Index de Enfermería*, 27(1-2), 72-76.
- Baixinho, C., & Santos, B. (2019). Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: Revisão integrativa da literatura. *Investigação qualitativa em Saúde*, 2, 91-100. Acedido a 20/07/2020, Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2007>
- Baixinho C., Dixe M., Henriques M., Marques-Vieira C., & Sousa L. (2021) The fear of falls in the caregivers of institutionalized elders. *Revista gaúcha enfermagem*. 42(1), 1-9 doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200258>
- Barbosa, A., Chaves, E., Ribeiro, R., Quadros, D., Suzuki, L., & Magalhães, A. (2019). Characterization of the adult patients' falling incidents in a university hospital. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180303>
- Bastos, A., Contreiras, T., Clemente, H., & Nascimento, S. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes: 2010-2016*. Direção-Geral da Saúde

- Beorlegui, M., Larramendi, N., & Valcárcel, A. (2017). La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano. *Gerokomos*, 28(1), 25-29. <http://scielo.isciii.es › pdf › geroko>
- CIPE/ICNP, (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão beta 2 (2)*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Chan, E., Samsudin, S., & Lim, Y. (2020). Older patients' perception of engagement in functional self-care during hospitalization: A qualitative study. *Geriatric Nursing*, 41(3), 297–304. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.11.009>
- Contreiras, T., & Rodrigues, E. (2014). *EVITA – Epidemiologia e vigilância dos traumatismos e acidentes: Relatório: 2009-2012*, INSA, IP.
- Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, princípios e técnicas*. Loures: Lusociência
- Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no autocuidado: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação*. (dissertação de mestrado) Porto: Escola superior de enfermagem do Porto <http://hdl.handle.net/10400.26/9323>
- Deodato, S. (2017). *Ética nos cuidados de enfermagem de reabilitação*. In Marques-Vieira C. & Sousa, L. (Coords.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. (pp. 35-40) Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional de saúde de pessoas idosas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Direção-Geral da Saúde
- Esquenazi, D., da Silva, S., & Guimarães, M. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista hospital universitário pedro ernesto*, 13(2), 11-20 doi:<https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.10124>

- Foster, P., Janssens, A., & George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas. P.83- 100.
- Fhon, J., Fabrício-Wehbe, S., Vendruscolo, T., Stackfleth, R., Marques, S., & Rodrigues, R. (2012). Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 927-934. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500015>
- Garcia, S., Aristela, C., Grassi, L., Araujo, C., Hartwig, S., & Valadares, T. (2020). Health education in the prevention of falls in elderly. *Brazilian Journal of Development*. (7) p.48973-48981
- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gonçalves, C., Oliveira, A., Capriata, R., Marcelle, R., & Cegat, L. (2015). Repercussões das quedas na vida dos idosos e seus familiares. *Journal of Nursing UFPE*, 9(3), 7111–7117. <https://doi.org/10.5205/reuol.7505-65182-1-RV.0903201513>
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação*. Loures: Lusociência
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de reabilitação: Aplicação e processo*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação: Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Lei nº 95/2019 (2019). Lei de bases da saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (nº 169 de 4 setembro de 2019), 55-66. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord.). (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., Carias, J., & Caldeira, S. (2015). Diagnóstico de enfermagem "deambulação prejudicada" no paciente idoso: Revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(1), 104-111. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.48602>

- Marques-Vieira, C., Sousa, L., Baixinho, C., Reis, M., Pérez-Rivas, F., & Sousa, L. (2021) Validation of the international 7-item falls efficacy scale in portuguese community-dwelling older adults. *Text & Context – nursing*, 30. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0243>
- Mattig, T. (2020). Falls in the elderly: a major public health challenge with some encouraging developments. A mini review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 68, 180-183. DOI:<https://doi.org/10.36150/2499-6564-428>.
- Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1-23. doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>.
- Nunes, A. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: Uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(1), 133-154. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p133-154>
- Oliveira, A., Sousa, A., & Galdino, S. (2020). Nursing actions to prevent falls in the elderly: a narrative review of the literature. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(6), 16260-16269. DOI: 10.34119/bjhrv3n6-050.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico dos enfermeiros: Do comentário à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Parecer sobre atividades de vida diárias*. Mesa de colégio de especialidade de enfermagem de reabilitação. Parecer nº. 12/2011. Lisboa. Disponível em http://www.ordemdosenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCER_18_11_2011_ActividadesVidaDiarias_AVD.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6ª ed). Missouri: Mosby Inc.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Geneva: World Health Organization
- Oxtoby K. (2017). Preventing falls in older people. *British journal of community nursing*, 22(1), 683. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.1.683>
- Peixoto, T., & Peixoto, N. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem de Referência*, 4(11), 121-132. Disponível em : <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388249570013.pdf>
- Pereira, R., & Rito, M. (2013). A análise SWOT como estratégia de (auto) avaliação: Uma partilha de experiências em contextos de prática clínica supervisionada. // *congresso internacional de supervisão clínica: livro de comunicações & conferências*, 273-278 <http://hdl.handle.net/1822/33845>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito central de enfermagem*. Coimbra: Formasau
- Portaria nº 782/2009 (2009). Quadro nacional de qualificações. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (nº141 de 23-07-2009), 4776-4778. ELI:<https://data.dre.pt/eli/port/782/2009/07/23/p/dre/pt/html>
- Queiroz, A., Feitosa, C., Rodrigues, G., & Sousa, J. (2020). Intervenções na prevenção de quedas de idosos em ambiente domiciliar. *Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde*. 1. 1-5. Disponível em <https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/115/107>

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, II série (nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

Regulamento nº392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Assembleia da República. *Diário da República*, II série (nº 85 de 03-05-2019), 13565 - 13568.

Santos, B., & Baixinho, C. (2020) Possibilities for nursing interventions in the prevention of falls in the elderly: a review. *Cogitare Enfermagem*, 25, 1-11. DOI: [10.5380/ce.v25i0.71326](https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.71326)

Tomey, A., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

World Health Organization (WHO) (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization

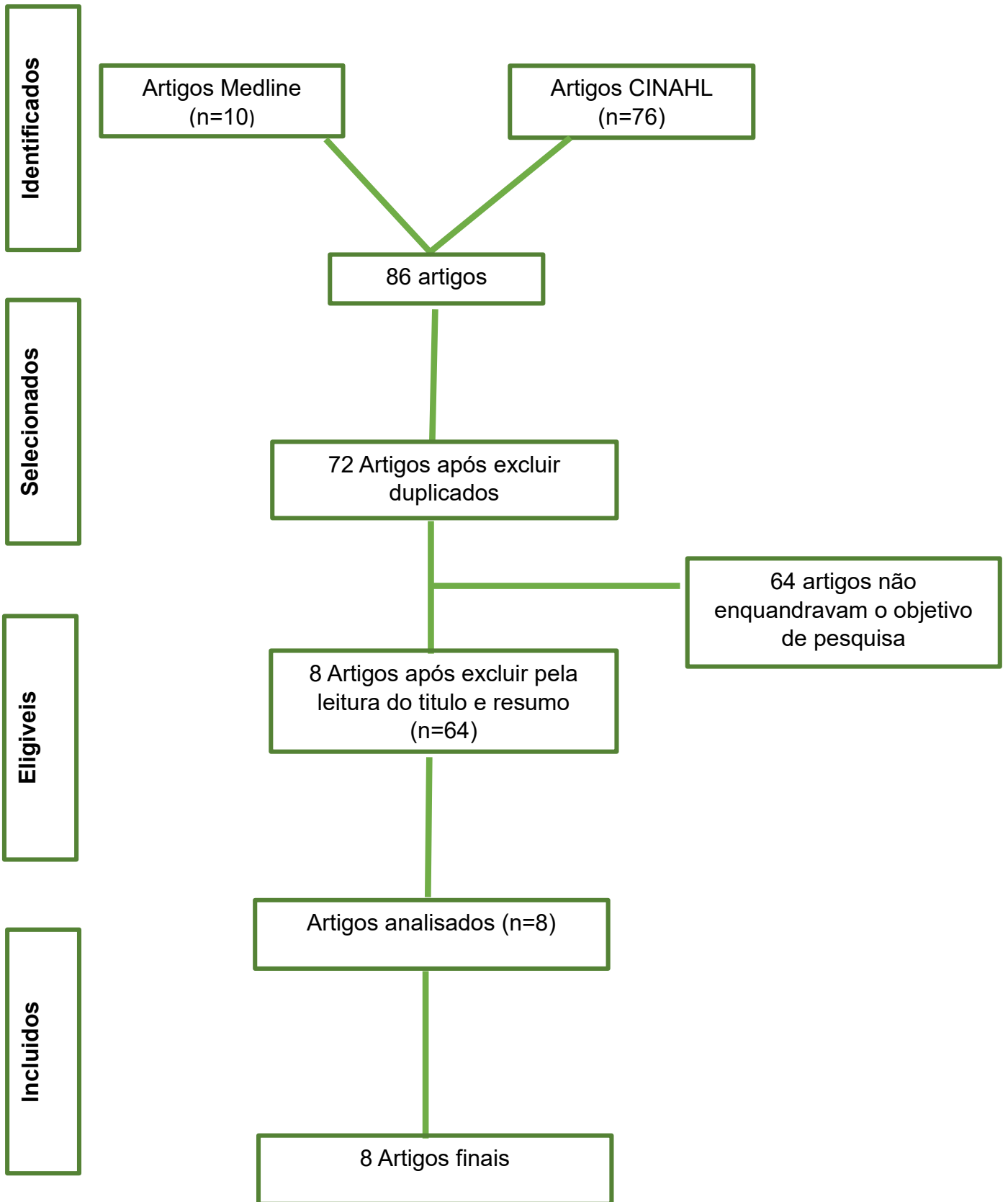
World Health Organization (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Geneva: World Health Organization

World Health Organization (WHO) (2012). *Policies and priority interventions for healthy ageing*. Dinamarca: World Health Organization

World Health Organization (2020). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance*. Geneva: World Health Organization

APÊNDICES

APÊNDICE I – Fluxograma



Apêndice II – Poster de apresentação no webinar “projetos, percurso e desafios para a enfermagem de reabilitação” e certificado de participação

Estudo de caso: Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa após queda com fratura trocantérica

Madalena Figueiredo, Estudante 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, ESEL; _____, Enfermeira, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, UCC ; _____; Fátima Mendes Marques, Docente, Especialista em Enfermagem de Reabilitação, ESEL



Introdução

História Clínica

- Sra M, 89 anos, Reformada
- Vive com marido e filha
- AP: HTA, Dislipidemia, craniectomia retromastoideia à esquerda para descompressão do trigemio por nevralgia (2009)

Avaliação Inicial ECCI (09/11/2020)

Parcialmente autónoma nas AVD; necessita de apoio nos cuidados de higiene, vestir/despir, posicionamentos, transferências e treino de marcha com apoio bilateral”

A 31/10/2020 apresenta episódio de queda da própria altura que resulta em fratura trocantérica à esquerda Colocação de material de osteossíntese (02/11/2020)



Objetivo

Descrever a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa após queda com fratura trocantérica

Metodologia

Análise crítica das intervenções de enfermagem de reabilitação

Intervenções EEER

Risco de queda

- **Treino de transferências:** levante e deitar da cama, sentar/levantar cadeira, marcha com canadianas e subir/descer escadas
- **Utilização de material de apoio:** calçado antiderrapante e fechado, canadianas/bengalas otimização de espaço

Dependência no autocuidado

- **Treino de AVD:** vestir e despir, uso do wc com alteador de sanita, higiene pessoal sentada em banco de duche

Medo de cair

- Escutar medos e preocupações da pessoa e família; gerir expectativas futuras
- Fornecer informação sobre situação: incentivar manter rotina diária, promover momentos de diálogo, encorajamento para realização de exercícios de forma autónoma

Resultados

Considerações Finais

Avaliação final ECCI (05/03/2021)

Aumento progressivo da independência nas AVD's. Utilização de forma autónoma de canadiana. Necessita de supervisão na marcha sem apoios técnicos. Escalas usadas: MIF, Barthel modificada



Certificado

Certifica-se que, Madalena Figueiredo, _____ e Fátima Marques apresentaram um poster intitulado "Estudo de Caso: Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na pessoa pós-queda com fratura trocântérica" no Webinar: "Projetos, Percursos e Desafios para a Enfermagem de Reabilitação", realizado online no dia 25 de outubro de 2021, com a duração de 7,5h.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento

APÊNDICE III – Projeto de Estágio



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

Unidade Curricular Opção I – Projeto de Estágio

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE
QUEDA NO IDOSO, EM CONTEXTO DE COMUNIDADE

Discente: Madalena Figueiredo, nº 9575





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

Unidade Curricular Opção I – Projeto de Estágio

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PREVENÇÃO DE
QUEDA NO IDOSO, EM CONTEXTO DE COMUNIDADE

Docentes: Prof. Maria Fátima Marques

Discente: Madalena Figueiredo, nº 9575

Lisboa

Novembro 2020

Lista de Siglas

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EVITA - Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

INDICE

1. INTRODUÇÃO	67
2. PERTINENCIA DO TEMA	70
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DE ENFERMAGEM	76
4. COMPETENCIAS A DESENVOLVER	78
5. CONCLUSÃO	79
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	80

APENDICES

APENDICE I – Apresentação intercalar de projeto de estágio

APENDICE II – Apresentação final de Projeto de Estágio

APENDICE III - Quadro de atividades a desenvolver durante o estágio APENDICE IV

– Cronograma

INTRODUÇÃO

É possível afirmar que a reabilitação se encontra dentro da enfermagem desde a sua criação, quando Florence Nightingale procurou reabilitar os soldados feridos em tempos de guerra (Marques-Vieira & Sousa, 2017). Em Portugal a especialidade de enfermagem em reabilitação apenas surgiu aquando da construção do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e a necessidade de haver enfermeiras que dinamizassem o processo de reabilitar.

A reabilitação é descrita como um processo que permite o desenvolvimento de capacidades que possam estar numa determinada altura da vida diminuídas, para possibilitar uma reposição nas dimensões psicológicas, físicas, sociais (Andrade et al, 2010). Este mesmo autor refere ainda que a reabilitação inclui também a promoção de saúde, prevenção e redução da incapacidade de modo a melhorar a qualidade de vida, autoestima e independência (Andrade et al, 2010; OE, 2011).

Devido ao aumento da esperança média de vida e ao número de idosos tendo em consideração a população ativa, é necessário trabalhar para que esta geração se mantenha o mais independente e autónoma possível, promovendo o envelhecimento ativo, sendo esta uma das áreas de intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

O envelhecimento é descrito como um “desenvolvimento físico normal e progressivo, desde a idade adulta até à velhice (...) acompanhada por declínio dos processos corporais devida à diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação muscular e das competências psicomotoras (...)” (CIPE, 2003; OMS, 2015). Além da parte biológica, o envelhecimento também pode ser visto como a mudança de papéis na sociedade (OMS,2015). Nunes (2017) diz-nos ainda que o envelhecimento deve ser entendido como “uma oportunidade para as pessoas viverem de forma saudável e autónoma o maior período de tempo possível até ao fim da sua vida.” (p. 135)

Este projeto de estágio encontra-se inserido dentro da unidade curricular de opção II do Curso de Mestrado de Enfermagem de Reabilitação e será o ponto de partida para a realização do estágio final, dando especial interesse às atividades que vão ser desenvolvidas no futuro. Contempla como principal objetivo desenvolver

competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) na prevenção de queda no idoso em contexto de comunidade.

O que se pretende é arranjar estratégias e atividades que beneficiem a independência do idoso e a prevenção de quedas do mesmo uma vez que esta população se encontra cada vez mais envelhecida. Esta problemática é de especial interesse uma vez que é possível observar não só no contexto onde trabalho, mas também em outros contextos o quanto é que uma queda num idoso pode ditar a limitação da sua independência e se conseguirmos atuar o mais breve possível podemos atenuar esses problemas.

Assim, será apresentada uma contextualização do tema em si, bem como a definição dos principais conceitos e a pertinência do desenvolvimento desta temática e o impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) irá alcançar na pessoa e família envolvida no centro de cuidados. Em seguida será abordada a teoria de enfermagem usada para dar suporte a esta pesquisa, bem como quais as competências a desenvolver no estágio através da realização de atividades nos locais de estágio. Por último será apresentado o cronograma de estágio com as atividades a serem desenvolvidas.

As palavras chave utilizadas neste projeto e para a pesquisa de artigos relacionados com o tema foram: Idoso; Queda, Enfermagem de Reabilitação, Prevenção, Comunidade.

De modo a facilitar a pesquisa de material de apoio foi realizada uma revisão narrativa da literatura desde o início da conceção deste projeto bem como a pesquisa de artigos nas bases de dados CINAHL e Medline tendo como ponto de partida a seguinte pergunta de investigação com a metodologia PCC: quais as intervenções de EEER na prevenção de queda recorrente(C) no idoso (P) em contexto de comunidade (C)? (The Joanna Briggs Institute, 2017). Em apêndice estará disponível o fluxograma da pesquisa desenvolvida. O material de pesquisa que foi selecionado foi aquele que se encontrava disponível todo o documento, desde 2010 a 2020. Os Artigos identificados foram utilizados para a construção deste projeto.

Além das bases de dados, foram usados livros de apoio, documentação oficial da Ordem dos Enfermeiros (OE) e consultadas teses de mestrados de anos anteriores.

Posteriormente o estágio realizar-se-á em contexto Hospitalar, num serviço de medicina e em contexto de comunidade numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Devido à pandemia instalada este ano e a todos os ajustes que foram realizados para que o ano letivo decorresse com o mínimo de alterações, não foi possível realizar uma pesquisa mais exaustiva sobre os locais de estágio.

Neste projeto de estágio e em apêndice, encontra-se a apresentação final realizadas em contexto de aula e o quadro referente às atividades que serão elaboradas em estágio.

Importante salientar que durante a elaboração deste documento, o título de trabalho foi sofrendo algumas alterações, bem como as pesquisas realizadas em bases de dado de modo a afunilar o tema e ser retratado o conteúdo pretendido.

1. PERTINENCIA DO TEMA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) considera a pessoa idosa quando atinge uma idade igual ou superior a 60 anos nos países em desenvolvimento e igual a superior a 65 nos países desenvolvidos. Estima-se que o número de pessoas com mais de 60 anos esteja a aumentar exponencialmente quando comparado a outras faixas etárias. Atualmente a idade é considerada apenas um número no que toca à independência e autonomia uma vez que duas pessoas com a mesma idade podem ter qualidades de vida completamente diferentes, devido a vários fatores que as rodeiam como é o caso das comorbilidades associadas, questões sociais económicas, genéticas, comportamentais entre outros (OMS, 2015).

Na Europa, a esperança média de vida em 2002 era de 74.3 anos para os homens e 80.9 para as mulheres sendo que em 2018 era de 81 anos para os homens e 83, 7 para as mulheres (Pordata, acedido a 14/06/2020). Já em Portugal a Pordata refere que a esperança média de vida em 2018 encontra-se nos 78,3 anos para os homens e nos 83,5 para as mulheres sendo que em 2000 encontrava-se nos 73.3 nos homens e 80.4 nas mulheres, ou seja, e possível afirmar que a esperança media de vida está a aumentar não só em Portugal, mas também na Europa.

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (INE) (2017) prevê-se o aumento de 2,1 para 2,8 milhões de idosos em 2080, passando o índice de envelhecimento a ser de 317 idosos para 100 jovens. É expectável que o envelhecimento demográfico continue a aumentar, estimando-se que em 2060 exista em Portugal três idosos por cada jovem, havendo um total de 32,3% de pessoas com mais de 65 anos (Marques-Vieira & Sousa, 2017, p. 527).

O aumento da esperança de vida está relacionado com a melhoria da qualidade de vida, a facilidade de acesso aos cuidados de saúde e a inovação do tratamento de doenças existentes (Marques-Vieira & Sousa, 2017; Nunes, 2017).

Segundo Marques-Vieira et al (2017) quanto mais velha for a pessoa ou quanto mais doenças apresentar, maior será a probabilidade de alterações músculo-esqueléticas que levarão consequentemente a alterações da mobilidade. Existem várias alterações fisiológicas que acontecem naturalmente com o envelhecimento da pessoa que estão diretamente relacionadas com o risco de queda. Estas alterações podem ser a nível visual, sistema musculoesquelético, nutricional, cardiovasculares. (Esquenazi, da Silva & Guimarães, 2014)

Cair é segundo a CIPE (2003), um tipo de autocuidado, referindo-se a “descida rápida de um corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o peso do corpo em diferentes posições”. Em 2007 a WHO trouxe como definição de queda o facto de uma pessoa estar inadvertidamente no chão ou num nível inferior. Na Europa, as quedas representam a terceira causa de morte (17%) por acidentes intencionais ou não intencionais, sendo que este número é mais evidente em pessoas com mais de 65 anos (DGS,2010).

A terceira causa de incapacidade crónica em idosos são as quedas, uma vez que representam uma elevada taxa de morbilidade, mortalidade e sofrimento, cerca de 30% da população idosa cai uma vez por ano (Baixinho & Santos, 2019). A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2010) diz-nos também que os acidentes não intencionais, onde estão incluídas as quedas, são uma das principais causas de redução de atividade, gastos em saúde e aumento da incapacidade.

Segundo o sistema de epidemiologia e vigilância dos traumatismos e acidentes (EVITA) (2014) os acidentes domésticos, nomeadamente as quedas, acontecem com maior prevalência nas mulheres a partir dos 55 anos e maioritariamente em casa. Estima-se que entre 28-35% das pessoas com 65 anos cai uma vez por ano, aumentando para 32-42% em pessoas com mais de 70 anos (WHO, 2007). A tendência para cair aumenta com a idade e com a fragilidade da pessoa. As mulheres têm mais tendência a cair do que os homens uma vez que apresentam uma maior perda de massa muscular principalmente após a menopausa (DGS, 2010; WHO, 2007). Fhon (2012) diz-nos também que a maior tendência para cair nas mulheres prende-se com o facto de estas realizarem mais tarefas no domicílio (local de prevalência de quedas).

Quanto mais cedo a pessoa recuperar a sua capacidade de deambulação de forma independente, mais depressa conseguirá também manter a sua independência nas restantes atividades de vida (Marques-Vieira et al, 2017, p. 105).

Para Baixinho & Dixe (2016) a queda é um problema complexo com causas multifatoriais, nomeadamente, fatores individuais, do meio ambiente (luminosidade, obstáculos, ausências de apoios físicos) e intrínsecos (mobilidade, alterações cognitivas, medicação e incontinência). O local mais frequente de ocorrência de acidentes domésticos, onde se incluem as quedas é em casa (52%) (DGS, 2010),

nomeadamente no quarto ou na casa de banho, da própria altura ou da cama. (Barbosa, 2019)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2007), os principais fatores de risco para a ocorrência de quedas dividem-se em quatro categorias: biológicos, comportamentais, ambientais e socioeconómicos. Os fatores de risco biológicos prendem-se com a idade, o sexo, o envelhecimento natural que leva ao declínio físico e diminuição das capacidades cognitivas. Relativamente aos fatores comportamentais destacam-se o sedentarismo, uso abusivo de álcool e/ou medicamentos. Já os fatores de risco ambientais estão relacionados com o local onde a pessoa habita e a existência de degraus, tapetes, pouca iluminação e piso escorregadio. Por último, os fatores socioeconómicos falam-se das dificuldades a nível económico da pessoa, baixa escolaridade e acesso limitado à saúde e aos apoios sociais.

O controle e prevenção das quedas nos idosos deve ser tido em conta nas políticas de saúde de modo a promover o envelhecimento ativo (Baixinho & Dixe, 2016) os fatores que mais contribuem para as quedas a nível do sistema musculo esquelético são a perda de massa muscular, a falta de equilíbrio, dificuldades em caminhar e o sedentarismo (idem)

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2010), como consequência destes acidentes, as mais frequentes são concussões, contusões e hematomas com 52%, sendo que a parte mais afetada do corpo é os membros (58,9%) e a cabeça (32,2%). Após um episódio de queda, a pessoa pode também desenvolver a síndrome de queda que engloba dependência, perda de autonomia, confusão e imobilização que leva consequentemente à restrição das atividades de vida (WHO, 2007).

Como consequência da queda existe também a possibilidade de fraturas e dor na zona lesada. O idoso pode também desenvolver dependência física para o autocuidado e desconforto emocional (Gonçalves, 2015).

O medo de cair é descrito muitas vezes nos idosos, principalmente após episódio de queda. O medo pode motivar a pessoa a adotar estratégias de prevenção de queda, mas também pode ter o efeito contrário e haver um declínio na qualidade de vida do idoso através da restrição de atividades diárias (WHO, 2007; Beourlequi, 2017). O medo de cair pode também aumentar o risco de queda pela redução da participação do idoso em eventos sociais e aumento do isolamento.

Uma das áreas de interesse da enfermagem de reabilitação no idoso é a promoção do autocuidado de forma independente por parte do mesmo. Segundo a CIPE (2003) o autocuidado é “um tipo de ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida”.

A Ordem dos Enfermeiros refere as atividades de vida como tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia. Estas atividades pode ainda ser divididas em dois subcapítulos: atividades básicas de vida diárias (higiene pessoa, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso do sanitário, vestuário, alimentação, locomoção e transferência) e atividades instrumentais de vida diária(preparar refeições, fazer as tarefas domesticas, lavar roupas, gerir dinheiro, usar o telefone, tomar medicamentos, fazer compras e utilizar os meios de transporte) (OE 2011).

Segundo Baixinho e Dixe (2016) as alterações que ocorrem na mobilidade da pessoa vão aumentar o risco de dependência na realização das atividades de vida. Um idoso que necessite de apoio em uma ou até cinco atividades de vida tem o seu risco de queda mais elevado comparando com um idoso independente. A independência na realização das atividades de vida é vista como de grande importância para a pessoa quer a nível físico, psicológico e social. Quando existe uma quebra de independência em alguma atividade de vida isto pode alterar a dinâmica familiar e na relação entre pessoas (Andrade et al, 2010) A capacidade funcional é definida como a capacidade de conseguir por em prática todas as atividades de vida sem ajuda de outrem (Fhon et al, 2012). Quando a capacidade funcional está de algum modo comprometida, poderá condicionar a qualidade de vida do idoso e da sua família, nomeadamente a ocorrência de quedas. (idem) Quando ocorre a necessidade da existência de um cuidador isso poderá acarretar problemas para essa mesma pessoa como a exaustão, o deixar de ter tempo para si, e o comportamento de superproteção para com o idoso (Recanello, 2015).

Para a Organização Mundial de Saúde (2015) o envelhecimento saudável é descrito como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. A mudança comportamental do idoso e que leve à adoção de estilos de vida saudáveis leva consequentemente a um envelhecimento saudável e acaba por evitar quedas (WHO,2007).

De modo a promover o envelhecimento ativo, a OMS (2012) apostou na intervenção prioritária de cinco problemas: prevenção de quedas, promoção de atividade física, vacinação contra a gripe dos idosos e prevenção de infeções, atendimento domiciliário e ensino dos profissionais de saúde sobre cuidados geriátricos.

A atividade física é essencial para a manutenção da saúde e a independência da pessoa através do controle de peso, melhorando equilíbrio, força e flexibilidade, aumentando e/ou mantendo a densidade óssea e massa muscular, contribuindo para a redução do risco de quedas e de lesões provocadas por quedas. (WHO,2007) Segundo Beorloqui (2017) uma das formas de prevenir as quedas nos idosos é através de exercícios específico de força, resistência, marcha e equilíbrio.

Em Portugal, o envelhecimento saudável constitui um desafio para o Serviço Nacional de Saúde, uma vez que a sociedade passa a olhar para os idosos de forma ativa (Nunes, 2017). A intervenção do EEER passa por alterações a nível das barreiras arquitetónicas existentes como utilização de grades na cama, material de apoio no quarto e casa de banho, utilização de calçado antiderrapante, iluminação adequada são tudo intervenções que ajudam a diminuir o risco de queda (WHO,2007; Beorlequi, 2017). É importante reforçar também o uso de material de apoio de marcha como as canadianas de modo a permitir a mobilização de forma independente e intervir na prevenção do medo através de do aumento da segurança e apoio emocional. (idem)

Uma das formas de prevenir a queda é a utilização de instrumentos de avaliação que preveem o grau de suscetibilidade de um episódio de queda ocorrer numa determinada pessoa. Existem vários instrumentos de avaliação para avaliar o grau de independência nas atividades de vida de uma pessoa, em Portugal os mais utilizados são o índice de Barthel, o índice de Katz e a medida de independência funcional (MIF).

Este tema encontra-se dentro das áreas de investigação prioritárias de intervenção do EEER uma vez que segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015) a dependência do autocuidado em contexto domiciliário é uma área emergente de intervenção e a promoção do envelhecimento ativo e capacitação da pessoa e/ou cuidador informal como áreas consideradas prioritárias. Este projeto de estágio tem como um dos objetivos o envelhecimento ativo e a independência do autocuidado na comunidade através da prevenção de quedas.

Relativamente aos padrões de qualidade da Enfermagem de Reabilitação estes também vão ao encontro do tema aqui apresentado uma vez que este projeto de estágio tem como sustentação a satisfação do cliente através do treino de programas de reabilitação, a promoção de saúde onde é descrito que para além dos cuidados gerais já prestados o EEER deve procurar identificar as barreiras arquitetónicas que possam de alguma maneira diminuir a inserção social da pessoa, neste caso do idoso, e também desenvolver planos de cuidados que permitem maximizar as potencialidades do indivíduo (OE, 2015)

Ainda sobre os padrões de qualidade da enfermagem de reabilitação, o bem-estar e o autocuidado da pessoa são dois pilares no que toca aos cuidados de enfermagem e que estão também inseridos neste projeto de estágio. Assim, deve ser construído juntamente com idoso e com o cuidador um plano de cuidados que satisfaça as necessidades do mesmo, incluindo a prescrição de produtos de apoio e o ensino do seu uso de modo a contribuir para a independência do idoso. (OE, 2018)

A reeducação funcional é outro dos pontos que integra este projeto de estágio uma vez que pretende-se criar estratégias para que a pessoa consiga realizar as suas atividades de vida de forma independente, maximizando a sua capacidade funcional, nunca esquecendo também a promoção da inclusão social (OE, 2018).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DE ENFERMAGEM

O modelo teórico utilizado neste projeto e que mais se adequa à temática em estudo é a teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem. Dentro da teoria do défice autocuidado existem outras três teorias, a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

A teoria do autocuidado define este conceito como a capacidade de a pessoa desempenhar as suas atividades de forma autónoma de modo a manter o seu bem-estar, contribuindo para o desenvolvimento humano (Foster & Bennett, 2000; Tomey e Alligood, 2004). Esta ação de autocuidado vai depender de vários fatores, chamados de fatores condicionantes básicos como é o caso da idade, o sexo, o estado de saúde, fatores socioculturais e os fatores ambientais. Ou seja, enquanto somos crianças, o nosso poder de autocuidado vai aumentando até nos tornarmos autónomos e independentes na fase adulta, quando chegamos à velhice a capacidade de autocuidado tende a detorar-se e a necessitarmos da ajuda de outros.

As atividades de vida descritas por Orem que necessitam de autocuidado são: a manutenção suficiente de ar, alimentação e água; a correta eliminação vesical e intestinal, manutenção de equilíbrio de repouso e atividade, equilíbrio entre solidão e interação social, prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e bem-estar e promoção do desenvolvimento e do funcionamento do ser humano dentro de grupos sociais (Foster & Bennett, 2000).

Quando a pessoa não tem a capacidade de suprimir as necessidades destas atividades de vida, a equipa de enfermagem tende a dar apoio e auxílio na promoção do autocuidado, surgindo daí a teoria do défice de autocuidado.

Para Orem existem 5 formas de apoio à pessoa por parte da enfermagem, sendo elas: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico, apoiar no desenvolvimento pessoal e ensinar (Foster & Bennet, 2000)

Por fim, falando da teoria dos Sistemas de enfermagem, Orem tenta explicar como é que a enfermagem consegue ajudar a pessoa no seu autocuidado afirmando que a enfermagem é a ação humana (Tomey & Alligood, 2004). Quando existe uma discrepância entre o que a pessoa consegue fazer e o que é realmente necessário ser feito no autocuidado da pessoa, a enfermeira terá de intervir para assegurar o bem-estar da pessoa. Existem 3 classificações na teoria dos sistemas de enfermagem: o

sistema totalmente compensatório onde a pessoa não consegue realizar o autocuidado sendo dependente de outra pessoa ou dispositivo para o fazer; o sistema parcialmente compensatório em que a pessoa consegue realizar algumas atividades, mas necessita de um apoio parcial da enfermeira e por fim o sistema de apoio-educação. No caso específico do tema a ser abordado em estágio, o que se pretende é que com o apoio de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, o idoso passe de um sistema totalmente compensatório ou parcialmente compensatório para o sistema de apoio-educação.

3. COMPETENCIAS A DESENVOLVER

De modo a enquadrar o tema de estágio, importa fazer referência não só às competências gerais do enfermeiro especialista como também às competências específicas do enfermeiro especialista de reabilitação. Segundo Marques-Vieira & Sousa (2017) o enfermeiro especialista é o profissional a quem são reconhecidas as competências para prestar além dos cuidados gerais de enfermagem, cuidados específicos na área clínica da sua especialidade.

Os cuidados de enfermagem estão em constante atualização e por essa razão a especialização em determinadas áreas é uma realidade cada vez maior entre os enfermeiros. No entanto, para se atingir o nível de especialista é necessário adquirir competências que demonstrem a perícia do enfermeiro. Para a aquisição dessas competências é necessário executar atividades de modo a consolidar conhecimentos. O cronograma de atividades encontra-se em anexo assim como as competências que serão adquiridas.

De modo a desenvolver as competências específicas do EEER, este projeto de estágio terá como objetivo geral: desenvolver competências de EEER no âmbito da prevenção de queda no idoso, em contexto de comunidade.

Como objetivos específicos: Analisar a atuação do EEER nos contextos de estágio, bem como a sua articulação com a restante equipa multidisciplinar; Ampliar conhecimentos referentes às consequências da queda no idoso e potenciais áreas de intervenção para a prevenção de queda e promoção do autocuidado; Capacitar o idoso e a família no autocuidado após episódio de queda; Implementar plano de cuidados no âmbito da prevenção de queda no idoso na comunidade;

Em apêndice encontra-se o plano de atividades propostas para desenvolvimento em estágio bem como as competências que serão trabalhadas e os critérios de avaliação e o cronograma.

4. CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento deste projeto de trabalho foi possível observar que o tema sobre a prevenção de quedas se encontra em constante atualização uma vez que o numero de idosos tem vindo a aumentar e conseqüentemente é necessário que estes se mantenham o mais ativos e independentes possíveis pois acarreta benefícios não só para os próprios como também a nível económico e social.

De modo a compreender quais as necessidades específicas de cada idoso e da sua família é necessário conhecer a sua história de vida e disponibilizar tempo para quais são as áreas de trabalho que a pessoa acha pertinente serem trabalhadas. Deste modo, é necessário de o EEER faça um trabalho de pesquisa junto da equipa multidisciplinar que acompanha o idoso e a família e realizar várias entrevistas juntos da mesma bem como conhecer o domicílio e as atividades de lazer que a rodeiam de modo a compreender onde é que o enfermeiro tem de atuar.

A prevenção de quedas nos idosos passa então por ajudar o individuo a sentir-se confiante de si própria a utilizar estratégias ou material de apoio que sustente a sua independência. Além da utilização de material de apoio, é necessário incentivar o idoso a praticar um envelhecimento saudável, com a prática de exercício físico, de modo a fortalecer o sistema músculo-esquelético fazendo com que o risco de queda diminua. Como EEER, este deve também ter em conta as barreiras arquitetónicas existentes na sociedade e no domicilia que inibam a inserção social e que aumentem o risco de cada, interagindo com outros órgãos da sociedade para a eliminação destas barreiras.

Pretende-se com a realização do estágio a concretização das atividades propostas com o intuito de atingir os objetivos descritos de modo a consolidar a aprofundar conhecimentos e adquirir competências de EEER.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Barbosa, F., del Pozo-Cruz, B., del Pozo-Cruz, J., Alfonso-Rosa, R., Sañudo, B., & Rogers, M. (2016). Factors associated with the risk of falls of nursing home residents aged 80 or older. *Rehabilitacion Nursing*, 41, 16-25. doi:[10.1002/rnj.229](https://doi.org/10.1002/rnj.229)
- Andrade, T., Araújo, G., Andrade, P., Soares, D., & Chianca M. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1056-1060.
- Aromatis, E., & Munn, Z. (ed.)(2017). *Joanna Briggs institute reviewer's manual*. The Joanna Briggs Institute. <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Baixinho, C., & Dixe, M. (2016). Valuation of fall risk factors by elderly. *Valley Internacional Journals*. 3(12) 2496- 2508. <https://valleyinternational.net/index.php/ijmsci/article/view/664>
- Baixinho, C., Dixe, M., & Henriques, M. (2018). Managing the environment to prevent falls in the institutionalized elderly: Protocol validation. *Index de Enfermería*, 27(1-2), 72-76.
- Baixinho, C., & Santos, B. (2019). Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: Revisão integrativa da literatura. *Investigação qualitativa em Saúde*, 2, 91-100. Acedido a 20/07/2020 Disponível em <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2007>
- Barbosa, A., Chaves, E., Ribeiro, R., Quadros, D., Suzuki, L., & Magalhães, A. (2019). Characterization of the adult patients' falling incidents in a university hospital. *Revista gaúcha de enfermagem*, 40. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180303>
- Bastos, A., Contreiras, T., Clemente, H., & Nascimento, S. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes: 2010-2016*. Direção-Geral da Saúde
- Beorlegui, M., Larramendi, N., & Valcárcel, A. (2017). La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano. *Gerokomos*, 28(1), 25-29. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko>

- CIPE/ICNP, (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: Versão beta 2 (2)*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Enfermeiros.
- Chan, E., Samsudin, S., & Lim, Y. (2020). Older patients' perception of engagement in functional self-care during hospitalization: A qualitative study. *Geriatric Nursing*, 41(3), 297–304. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.11.009>
- Contreiras, T., & Rodrigues, E. (2014). *EVITA – Epidemiologia e vigilância dos traumatismos e acidentes: Relatório: 2009-2012*, INSA, IP.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional de saúde de pessoas idosas*. Lisboa. Direção-Geral da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde
- Esquenazi, D., da Silva, S., & Guimarães, M. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista hospital universitário pedro ernesto*, 13(2), 11-20 doi:<https://doi.org/10.12957/rhupe.2014.10124>
- Foster, P., Janssens, A., & George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas. P.83- 100.
- Fhon, J., Fabrício-Wehbe, S., Vendruscolo, T., Stackfleth, R., Marques, S., & Rodrigues, R. (2012). Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 927-934. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500015>
- George, J. B. et al. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gonçalves, C., Oliveira, A., Capriata, R., Marcelle, R., & Cegat, L. (2015). Repercussões das quedas na vida dos idosos e seus familiares. *Journal of Nursing UFPE*, 9(3), 7111–7117. <https://doi.org/10.5205/reuol.7505-65182-1-RV.0903201513>
- Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (Coord.). (2017). *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida*. Loures: Lusodidacta.

- Marques-Vieira, C., Sousa, L., Carias, J., & Caldeira, S. (2015). Diagnóstico de enfermagem "deambulação prejudicada" no paciente idoso: Revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(1), 104-111. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.48602>
- Nunes, A. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: Uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(1), 133-154. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p133-154>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Parecer sobre atividades de vida diárias. Mesa de colégio de especialidade de enfermagem de reabilitação. Parecer nº. 12/2011. Lisboa. Disponível em http://www.ordemdosenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCER_18_11_2011_ActividadesVidaDiarias_AVD.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Áreas de investigação prioritárias para a especialidade de enfermagem de reabilitação*. Porto: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros
- Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6ª Ed). Missouri: Mosby Inc.
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, II série (nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.
- Regulamento nº392/2019 (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Assembleia da República. *Diário da República*, II série (nº 85 de 03-05-2019), 13565 - 13568.

Tomey, A., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

World Health Organization (WHO) (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization

World Health Organization (2007). *WHO global report on falls prevention in older age*. Geneva: World Health Organization

World Health Organization (WHO) (2012). *Policies and priority interventions for healthy ageing*. Dinamarca: World Health Organization

[https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418),
Acedido a 02/07/2020 à 17.45

APÊNDICES

APENDICE I – Apresentação final de Projeto de Estágio

PROJETO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
PREVENÇÃO DE QUEDA NO IDOSO, EM
CONTEXTO DE COMUNIDADE



Outubro de 2020

Docente: Prof.^a Maria Fátima
Marques e Prof. Miguel Serra
Discente: Madalena Figueiredo,
9575

Sumário:

- Enquadramento Conceptual - Pertinência do tema/ justificação
- Locais de estágio
- Objetivo geral e objetivos específicos
- Descrição das atividades de desenvolvimento em estágio
- Cronograma
- Referencias Bibliográficas

Enquadramento Conceptual - Pertinência do tema/ justificação

- **Idoso:** Pessoa com mais de 65 anos em países desenvolvidos (OMS, 2012)
- Declínio fisiológico característico do aumento da idade (sistema musculo esquelético, nutricional e cognitivo) (Esquenazi, da Silva & Guimarães, 2014)
- Prevê-se o aumento de 2,1 para 2,8 milhões de idosos em 2080, passando o índice de envelhecimento a ser de 317 idosos para 100 jovens. (INE, 2017)
- **Queda:** pessoa em repouso inadvertidamente no chão ou num nível inferior (WHO,2007)
- Terceira causa de morte nos idosos em acidentes intencionais e não intencionais
- Redução da atividade, aumento dos gastos em saúde e aumento da incapacidade (DGS, 2010)



Enquadramento Conceptual - Pertinência do tema/ justificação

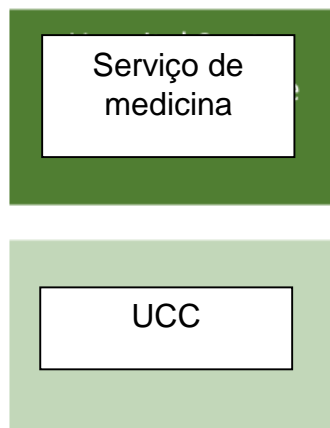
- **Consequências** da queda: concussões, contusões e hematomas (52%), sendo que a parte mais afetada do corpo é os membros (58,9%) e a cabeça (32,2%), medo de cair (ptofobia), dependência no autocuidado e síndrome de queda (dependência, perda de autonomia, confusão, imobilização que leva à restrição de atividades de vida) (WHO, 2007)

Áreas de intervenção do EEER:

- Treino de mobilidade e autocuidado
- Utilização de material de apoio
- Diminuição do medo de queda



Locais de estágio



Objetivos

Objetivo geral: desenvolver competências de EEER no âmbito da prevenção de queda no idoso, em contexto de comunidade.

Objetivos específicos:

- Analisar a atuação do EEER nos contextos de estágio, bem como a sua articulação com a restante equipa multidisciplinar;
- Ampliar conhecimentos referentes às consequências da queda no idoso e potenciais áreas de intervenção para a prevenção de queda e promoção do autocuidado;
- Capacitar o idoso e a família no autocuidado após episódio de queda;
- Implementar plano de cuidados no âmbito da prevenção de queda no idoso na comunidade;

Descrição das atividades de desenvolvimento em estágio

Objetivo: Implementar plano de cuidados no âmbito da prevenção de queda no idoso na comunidade

Atividades a desenvolver	Competências
<ul style="list-style-type: none"> Identificação e análise das fragilidades/potencialidades do idoso no autocuidado e mobilização após queda em contexto de comunidade através de entrevista ao ER, idoso, família, consulta de registo, utilização de escalas (Morse, FES, TUGT); Identificação de produtos de apoio que maximizam a independência do idoso e treino com os mesmos; Identificação de barreiras arquitetónicas que limitem a independência do idoso e sua adaptação à necessidade da pessoa e família; Promoção do autocuidado no idoso através de intervenções no âmbito da ER no treino de atividades de vida, tem em conta os sistemas de enfermagem utilizados por Orem; Elaboração de intervenções que melhorem a capacidade de mobilização do idoso de forma independente através do treino de marcha e equilíbrio, levantar, subir e descer escadas; Planeamento de intervenções que diminuam o medo de cair no idoso através do aumento da mobilidade, apoio à pessoa e família na diminuição de sintomas de ansiedade; 	<ul style="list-style-type: none"> A1 – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais e princípios éticos e deontológicos da profissão; A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro; 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.



Descrição das atividades de desenvolvimento em estágio

Objetivo: Implementar plano de cuidados no âmbito da prevenção de queda no idoso na comunidade

CrITÉRIOS de avaliação	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> Ter identificado as necessidades específicas do idoso no autocuidado, bem como a sua capacidade funcional e risco de queda; Ter identificado os produtos de apoio existentes e utiliza-os corretamente no treino do idoso; Ter identificado as barreiras arquitetónicas e colabora com restante equipa multidisciplinar para a sua adaptação ao idoso; Ter executado plano de atividades de reabilitação; Ter promovido o autocuidado através do treino das ABVD; Ter promovido a mobilização do idoso através de treino específico; Ter planeado intervenções que diminuem o medo de cair; 	<ul style="list-style-type: none"> Humanos: Docente orientador; EEER orientador; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar; Materiais: protocolos do serviço; projetos do serviço; programa informático; Regulamento de competências comuns do EE; Regulamento de competências específicas do EEER; evidencia científica Físicos: locais de estágio (U



Cronograma

	Meses	Novembro 2020	Dezembro 2020	Janeiro 2021	Fevereiro 2021	Março 2021	Abril 2021
	Local de estágio	UCC (23/11/2020 a 5/02/2021)*			(08/02/2021 a 16/04/2021)**		
Objetivos de estágio	1						
	2						
	3						
	4						
	Relatório						

*De 21/12/2020 a 4/01/2021 – Férias de Natal

** de 22/03/2021 a 30/03/2021 – Férias da Pascoa

Referencias Bibliográficas

- Álvarez Barbosa, F., del Pozo-Cruz, B., del Pozo-Cruz, J., Alfonso-Rosa, R.M., Sañudo Corrales, B. and Rogers, M.E. (2016), Factors Associated with the Risk of Falls of Nursing Home Residents Aged 80 or Older. *Rehabil Nurs*, 41: 16-25. doi:10.1002/mj.229
- Andrade, T., Araújo, G., Andrade, P., Soares, D. & Chianca M. (2010). Papel da enfermagem na reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1056-1060.
- Baixinho, C., Santos, B., (2019). Intervenções de enfermagem no espaço físico da casa para prevenir a queda no idoso: *Revisão Integrativa da Literatura. Investigação qualitativa em Saúde*, 2, 91-100.
- Baixinho, C. & Dixe, M. (2016). Valuation of fall risk factors by elderly. *International Journal Of Medical Science And Clinical Invention*, 3(12). Disponível em <https://valleyinternational.net/index.php/ijmsci/article/view/664>
- Beorlegui, M., Larramendi, N., & Valdearcel, A. (2017). La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano. *Gerokomos*, 28(1), 25-29. de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2017000100006&lng=es&tlng=es
- CIPE/ICNP. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*: Versão beta 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Chan, E.-Y., Samsudin, S. A., & Lim, Y. J. (2020). Older patients' perception of engagement in functional self-care during hospitalization: A qualitative study. *Geriatric Nursing*, 41(3), 297–304. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.11.009>
- Contreiras, T., Rodrigues, E., (2014). EVITA – Epidemiologia e vigilância dos traumatismos e acidentes: Relatório: 2009-2012, INSA, IP.
- Esquenazi, D., da Silva, S., & Guimarães, M. (2014). Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 13(2). doi:<https://doi.org/10.12957/rhupge.2014.10124>
- Fhon, J., Fabricio-Webbe, S., Vendruscolo, T., Stackfleth, R., Marques, S., & Rodrigues, R. (2012). Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 20(5), 927-934. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500015>
- Gonçalves Recanello, C., Oliveira Reimers, A. A., Capriata de Souza Azevedo, R., Marcelle da Silva Alexandre, R., & Cegat, L. (2015). Repercussões Das Quedas Na Vida Dos Idosos E Seus Familiares. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 9(3), 7111–7117. <https://doi.org/10.5205/resol.7505-65182-1-RV.0903201513>
- Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (2017) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*, Loures, Lusodidacta.
- Marques-Vieira, C., Sousa, L., Carias, J., & Caldeira, S. (2015). Diagnóstico de enfermagem "deambulação prejudicada" no paciente idoso: revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1), 104-111. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.48602>
- Nunes, A. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Enxárviz: Gerontologia*, 20(1), 133-154. doi:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p133-154>
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). Parecer nº. 12/2011. Lisboa: MCEER. Disponível em http://www.ordemdosenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiarias_AVD.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2015) Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.
- World Health Organization (WHO) (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO) (2012). *Policies and priority interventions for healthy ageing*.
- [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca%3%A7a-de-vida+%3%A0-nascimento%3%A7e-total-e-por-sexo-\(base-tri%3%A9nio-a-partir-de-2005\).15](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperanca%3%A7a-de-vida+%3%A0-nascimento%3%A7e-total-e-por-sexo-(base-tri%3%A9nio-a-partir-de-2005).15) Acessado a 02/07/2020 à 17.45

PROJETO DE ESTÁGIO

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA
PREVENÇÃO DE QUEDA NO IDOSO, EM
CONTEXTO DE COMUNIDADE



Outubro de 2020

Docente: Prof.^a Maria Fátima
Marques e Prof. Miguel Serra
Discente: Madalena Figueiredo,
9575

APENDICE II - Quadro de atividades a desenvolver durante o estágio

Objetivo: Analisar a atuação do EEER nos contextos de estágio, bem como a sua articulação com a restante equipa multidisciplinar		
<u>Atividades a desenvolver</u>	<u>Critérios de avaliação</u>	<u>Competências</u>
<p>-Integrar equipa através da participação em reuniões, realizar entrevistas informais, acompanhar EEER no seu trabalho;</p> <p>-Leitura de protocolos de serviço para identificar método organizacional e estrutura de trabalho;</p> <p>-Consulta de informação pertinente para desenvolvimento do estágio como trabalho desenvolvido sobre prevenção de quedas, programas vigentes, recursos existentes na comunidade;</p>	<p>-Ter integrado equipa multidisciplinar e participar ativamente;</p> <p>-Ter lido os protocolos existentes e saber o funcionamento da instituição;</p> <p>-Ter conhecimento de programas e estratégias já desenvolvidos sobre prevenção de quedas</p>	<p>A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>D1-Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</p> <p><u>Recursos:</u> Humanos: EEER orientador; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais: protocolos do serviço; projetos do serviço; programa informático; evidencia científica</p> <p>Físicos: locais de estágio</p>

<p>Objetivo: Ampliar conhecimentos referentes às consequências da queda no idoso e potenciais áreas de intervenção para a prevenção de queda e promoção do autocuidado</p>		
<p><u>Atividades a desenvolver</u></p>	<p><u>Critérios de avaliação</u></p>	<p><u>Competências</u></p>
<p>- Colher dados junto da pessoa e da família através de entrevista para conhecer áreas de intervenção, dificuldades existentes, expectativas;</p> <p>-Consultar processos clínicos e protocolos já existentes para conhecer estratégias e atividades já implementadas, o que ainda necessita de resolução;</p> <p>-Realizar pesquisa de evidencia científica sobre o tema que suporte o planeamento de intervenções;</p> <p>-Tomada de decisão referente à problemática encontrada promovendo a parceria com a pessoa e realizando um plano de cuidados personalizado ao idoso e família onde descreve as consequências da queda e áreas de intervenção</p>	<p>-Ter criado uma relação com o idoso e família para perceber quais as áreas de intervenção;</p> <p>-Ter consultado processos clínicos e protocolos que ajudam a perceber onde existe necessidade de atuação e como já foi feito anteriormente;</p> <p>-Ter realizado pesquisa de evidencia científica para colocar planos de atividade em prática com base em conhecimento já adquirido;</p> <p>-Ter realizado um plano de cuidados em parceria com o idoso e a família que</p>	<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p><u>Recursos:</u> Humanos: EEER orientador; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais: protocolos do serviço; projetos do serviço; programa informático; evidencia científica</p> <p>Físicos: locais de estágio</p>

<p>-Participar em reuniões/partilha de informações com equipa multidisciplinar de modo a compreender as melhorias da pessoa e o que tem de ser alterado para adquirir o em estar do idoso;</p> <p>-Partilha de experiências e duvidas com enfermeiro orientador e docente de modo a enriquecer o estágio e refletir sobre a pratica melhorando o empenho;</p>	<p>implique os focos que são de interesse da pessoa alterar;</p>	
<p>Objetivo: capacitar o idoso e a família no autocuidado após queda</p>		
<p><u>Atividades a desenvolver</u></p>	<p><u>Critérios de avaliação</u></p>	<p><u>Competências</u></p>
<p>-Entrevista com a pessoa de modo a perceber os receios, as necessidades do idoso, motivar e encorajar para melhorar;</p> <p>-Identificação de aspetos dificultadores e facilitadores do autocuidado através do treino de AVD's, utilização de materiais de apoio como</p>	<p>-Ter realizado entrevistas para perceber a necessidade de apoio ao idoso;</p> <p>-Ter identificado aspetos dificultadores e facilitadores do autocuidado através do treino de AVD's, utilização de material e apoio;</p>	<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da</p>

<p>canadianas, material de wc como barras, bancos de banho;</p> <p>-Diminuir o risco de queda com apoio de calçado confortável, material de apoio, alterações de barreiras arquitetónicas, otimização de espaço da casa, utilização de escalas para monitorização de risco de queda</p> <p>-Monitorizar intervenções implementadas através de entrevista com EEER orientador, Professora orientador, idoso e família para compreender o que tem de ser aperfeiçoado, alterado e quais os benefícios</p>	<p>-Ter diminuído risco de queda através de implementação de estratégias de prevenção de queda e monitorização do risco de queda;</p> <p>-Ter monitorizado intervenções para compreender a evolução do plano de cuidados</p>	<p>participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p><u>Recursos:</u> Humanos: EEER orientador; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais: protocolos do serviço; projetos do serviço; programa informático; evidencia científica</p> <p>Físicos: locais de estágio</p>
<p>Objetivo: Implementar plano de cuidados no âmbito da prevenção de queda no idoso na comunidade;</p>		
<p><u>Atividades a desenvolver</u></p>	<p><u>Critérios de Avaliação</u></p>	<p><u>Competências</u></p>
<p>- Identificação e análise das fragilidades/potencialidades do idoso no autocuidado e mobilização após queda em contexto de comunidade através de entrevista ao</p>	<p>- Ter identificado as necessidades específicas do idoso no autocuidado, bem como a sua capacidade funcional e risco de queda;</p>	<p>A1 – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as</p>

<p>ER, idoso, família, consulta de registo, utilização de escalas (Morse, FES, TUGT);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação de produtos de apoio que maximizam a independência do idoso e treino com os mesmos; <p>Identificação de barreiras arquitetónicas que limitem a independência do idoso e sua adaptação à necessidade da pessoa e família;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promoção do autocuidado no idoso através de intervenções no âmbito da ER no treino de atividades de vida, tem em conta os sistemas de enfermagem utilizados por Orem; - Elaboração de intervenções que melhorem a capacidade de mobilização do idoso de forma independente através do treino de marcha e equilíbrio, levantar, subir e descer escadas; - Planeamento de intervenções que diminuam o medo de cair no idoso através do aumento da 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter identificado os produtos de apoio existentes e utiliza-os corretamente no treino do idoso; - Ter identificado as barreiras arquitetónicas e colabora com restante equipa multidisciplinar para a sua adaptação ao idoso; - Ter executado plano de atividades de reabilitação; - Ter promovido o autocuidado através do treino das ABVD; - Ter promovido a mobilização do idoso através de treino específico; - Ter planeado intervenções que diminuam o medo de cair; 	<p>normas legais e princípios éticos e deontológicos da profissão;</p> <p>A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;</p> <p>B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</p> <p>B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro;</p> <p>J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>mobilidade, apoio à pessoa e família na diminuição de sintomas de ansiedade;</p>		<p>todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.</p> <p><u>Recursos:</u> Humanos: Docente orientador; EEER orientador; equipa de enfermagem; equipa multidisciplinar;</p> <p>Materiais: protocolos do serviço; projetos do serviço; programa informático; Regulamento de competências comuns do EE; Regulamento de</p>
-------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		competências específicas do EEER; evidencia científica Físicos: locais de estágio
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------