



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

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

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

## **INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

# **A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para os Autocuidados**

**Maria Inês Queirós Guerreiro**

Orientação: Professora Maria José Bule

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

**Relatório de Estágio**

Setúbal, 2019



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

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

**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**



Instituto Politécnico  
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS**

## **A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para os Autocuidados**

**Maria Inês Queirós Guerreiro**

Orientação: Professora Maria José Bule

**Mestrado em Enfermagem**

Área de especialização: *Enfermagem de Reabilitação*

**Relatório de Estágio**

Setúbal, 2019

*Todos os enfermeiros salvam vidas,  
os enfermeiros de reabilitação salvam a qualidade de vida.*

Laura Solkowitz

## **Agradecimentos**

Aos doentes a quem presto cuidados no contexto da minha prática profissional e especialmente àqueles que cuidei no âmbito deste processo formativo, pela motivação e vontade de aprender mais e ser melhor enfermeira.

À minha orientadora Professora Maria José Bule, pelo processo formativo que me proporcionou, pela sua disponibilidade, incentivo, interesse e amizade, ao longo de todo o percurso.

Aos meus pais, por tudo, desde sempre e para sempre, por acreditarem em mim, escutarem os meus desabafos, ajudarem-me a seguir em frente e valorizarem as minhas conquistas. O último esforço.

Ao João, meu namorado e companheiro incondicional, pela tranquilidade transmitida nos momentos mais turbulentos desta etapa da minha vida, mesmo quando isso implicou prescindir da minha presença. Este é o nosso ano.

À Enfermeira Chefe Ana Palmeirinha, pelo apoio, compreensão e pela oportunidade de crescimento profissional e pessoal com a realização deste sonho, tornando possível conciliar o horário laboral com a frequência deste curso.

A todos,

Muito obrigada.

## **Resumo**

**Título:** A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para os Autocuidados

O estágio final foi realizado num serviço de medicina, onde foi desenvolvido o projeto que visou caracterizar a funcionalidade em doentes com alterações neurológicas, implementar planos de reeducação para os autocuidados e identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

O autocuidado define-se como uma atividade da pessoa direcionada para um objetivo e desenvolvida a favor da vida, da saúde e do bem-estar. O acidente vascular cerebral é uma das causas mais comuns de dependência a longo prazo.

Estudo de caso, participaram quatro doentes com acidente vascular cerebral, com alterações na funcionalidade e dependência nos autocuidados.

A média de evolução na capacitação para os autocuidados dos participantes, variou entre 0,75 pontos e 1,75 pontos, com evolução mais favorável ao nível dos autocuidados: alimentação, higiene, vestir a metade superior e uso do sanitário. Os resultados demonstraram sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação na diminuição da dependência.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Reabilitação, Autocuidados.

## **Abstract**

**Title:** The Rehabilitation Nursing in the Training for Self-Care Person

The final clinical traineeship was taken place in an internal medicine service, where we developed the project that aimed to characterize the functionality of patients with neurological changes, implement rehabilitation plans for self-care re-education and identify sensitive outcomes of nursing care rehabilitation.

Self-care is defined as a person activity direct toward a goal and developed in aid of life, health and well-being. The stroke is one of the most common causes of long-term dependency.

Case study, participated four stroke patients with functionality changes and self-care dependence.

The evolution median training for self-care of the participants, ranged between 0.75 points and 1.75 points, with the most favorable developments at the level of self-care: food, hygiene, dress up the told half and use the toilet. The results demonstrated sensitivity to rehabilitation nursing care in reducing dependence.

**Key Words:** Nursing, Rehabilitation, Self-Care

## Índice de Tabelas

<b>Tabela nº1</b> – Protocolo de Intervenção	41
<b>Tabela nº2</b> – Parâmetros Biofísicos A <sub>1</sub>	43
<b>Tabela nº3</b> – Comunicação e consciência do mundo exterior A <sub>1</sub>	46
<b>Tabela nº4</b> – Parâmetros Biofísicos A <sub>2</sub>	48
<b>Tabela nº5</b> – Evolução no controlo de esfíncteres A <sub>2</sub>	50
<b>Tabela nº6</b> – Locomoção A <sub>2</sub>	51
<b>Tabela nº7</b> – Comunicação e consciência do mundo exterior A <sub>2</sub>	52
<b>Tabela nº8</b> – Parâmetro Biofísicos A <sub>3</sub>	53
<b>Tabela nº9</b> – Evolução do controlo de esfíncteres A <sub>3</sub>	54
<b>Tabela nº10</b> – Comunicação e consciência do mundo exterior A <sub>3</sub>	56
<b>Tabela nº11</b> – Parâmetros Biofísicos A <sub>4</sub>	57
<b>Tabela nº12</b> – Evolução no controlo de esfíncteres A <sub>4</sub>	59
<b>Tabela nº13</b> – Comunicação e Consciência do mundo exterior A <sub>4</sub>	62

## Índice de Figuras

<b>Figura nº1</b> – Evolução na capacitação para os autocuidados A <sub>1</sub>	44
<b>Figura nº2</b> – Evolução no controlo de esfíncteres A <sub>1</sub>	44
<b>Figura nº3</b> – Capacitação para os autocuidados de mobilidade e transferência A <sub>1</sub>	45
<b>Figura nº4</b> – Locomoção A <sub>1</sub>	46
<b>Figura nº5</b> – Evolução da capacitação para os autocuidados A <sub>2</sub>	49
<b>Figura nº6</b> – Capacitação para os autocuidados de mobilidade e transferência A <sub>2</sub>	50
<b>Figura nº7</b> – Evolução da capacitação para os autocuidados A <sub>3</sub>	54
<b>Figura nº8</b> – Capacidade para os autocuidados de mobilidade e transferência A <sub>3</sub>	55
<b>Figura nº9</b> – Locomoção A <sub>3</sub>	56
<b>Figura nº10</b> – Evolução da capacitação para os autocuidados A <sub>4</sub>	58
<b>Figura nº11</b> – Capacidade para os autocuidados de mobilidade e transferência A <sub>4</sub>	59
<b>Figura nº12</b> – Locomoção A <sub>4</sub>	60
<b>Figura nº13</b> – MIF antes e após intervenção de ER no doente com AVC	63

## **LISTA DE SIGLAS**

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVD** – Atividades de Vida Diárias

**EEB** – Escala de Equilíbrio de Berg

**EC CI** – Equipe de Cuidados Continuados Integrados

**EEER** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

**EQM** – Escala de Quedas de Morse

**ER** – Enfermagem de Reabilitação

**MIF** – Medida de Independência Funcional

**OMS** – Organização Mundial de saúde

**RFM** – Reeducação Funcional Motora

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SNC** – Sistema Nervoso Central

**SPMS** – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

**ULS** – Unidade Local de saúde

## Índice Geral

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2. APRECIÇÃO DO CONTEXTO</b>	15
2.1. A Instituição	16
2.2. O Serviço de Medicina	17
2.3. Análise da População Alvo	20
<b>3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS</b>	21
<b>4. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL</b>	24
4.1. Enquadramento Conceptual	24
4.1.1. Cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa para o autocuidado	25
4.1.2. Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação	28
4.1.3. Modelo Teórico de Dorothea Orem	32
4.2. Metodologia	34
4.3. Recolha e Análise de Dados	36
4.3.1. Considerações de Ordem Ética	39
4.4. Participantes do Estudo	40
4.5. Protocolo de Intervenção	40
4.6. Apresentação dos Resultados	41
4.7. Discussão dos Resultados	63
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	69
5.1. Competências Comuns de Especialista	69
5.2. Competência de EEER	72
5.3. Competências de Mestre	73
<b>6. CONCLUSÃO</b>	76
<b>Bibliografia</b>	79
<b>ANEXOS</b>	LXXXV
<b>ANEXO I – Medida de Independência Funcional</b>	LXXXVI

<b>ANEXO II – Escala de Lower</b>	<b>LXXXVIII</b>
<b>ANEXO III – Escala de Ashworth</b>	<b>XC</b>
<b>ANEXO IV – Escala de Equilíbrio de Berg</b>	<b>XCII</b>
<b>ANEXO V – Escala de Quedas de Morse</b>	<b>XCVII</b>
<b>ANEXO VI – Autorização do Conselho de Administração da ULS</b>	<b>XCIX</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>CII</b>
<b>APÊNDICE I – Projeto de Intervenção Profissional</b>	<b>CIII</b>
<b>APÊNDICE II – Formulário</b>	<b>CX</b>
<b>APÊNDICE III – Dados Sociodemográficos dos Participantes</b>	<b>CXII</b>
<b>APÊNDICE IV – Protocolo de Intervenção</b>	<b>CXIV</b>
<b>APÊNDICE V – Protocolo de Intervenção - Disartria</b>	<b>CXX</b>
<b>APÊNDICE VI - Protocolo de Intervenção - Disfagia</b>	<b>CXXII</b>
<b>APÊNDICE VII - Protocolo de Intervenção – Movimento Muscular</b>	<b>CXXV</b>
<b>APÊNDICE VIII - Protocolo de Intervenção – Déficit Sensorial</b>	<b>CXXVII</b>
<b>APÊNDICE IX – Artigo</b>	<b>CXXIX</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, é apresentado o relatório de estágio realizado na unidade curricular estágio final, o qual se realizou no Serviço de Medicina de um Hospital pertencente a uma ULS, com perfil jurídico de Entidade Pública Empresarial.

O contexto de prestação de cuidados especializados a pessoas com dependência funcional decorrente de patologias do foro neurológico, foi realizado sob supervisão de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER). Neste sentido, foi possível desenvolver as competências de Mestre no ciclo de estudos e de Especialista em Enfermagem de Reabilitação. No estágio final foi implementado o projeto de intervenção profissional intitulado “A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para o Autocuidado”.

As competências de Mestre aplicam-se na realização do projeto de intervenção profissional, original e especialmente realizado e idealizado para este fim, inserindo-se no relatório final e com os seguintes objetivos: aumento de conhecimentos que permitam a aplicação e o desenvolvimento do projeto em contexto de investigação; fundamentação de escolhas com base na teorização e na evidência científica e integração de conhecimentos específicos à área de especialização de Enfermagem de Reabilitação (ER), de uma forma clara e concisa e de acordo com o preconizado no Decreto de Lei nº63/2016 de 13 de setembro no artigo 15º - Grau de Mestre (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

No âmbito das competências de Especialista, são específicas à área de ER: a prestação de cuidados especializados a pessoas com deficiência, em todas as etapas do ciclo vital e em todos os contextos e práticas de cuidados; a capacitação da pessoa com deficiência, diminuição da atividade, redução da participação, reinsserindo-a no seu contexto socioprofissional; a maximização da funcionalidade da pessoa e desenvolver as suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Os objetivos definidos para o estágio final e para o projeto de intervenção nele desenvolvido conduziram o processo de aquisição e desenvolvimento das competências.

Nesta sequência os objetivos definidos para o projeto de intervenção profissional foram: caracterizar a funcionalidade em doentes com alterações neurológicas, implementar planos de

reeducação para os autocuidados em doentes com alterações neurológicas e identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

No contexto de dependência funcional, a ER pode ser decisiva para o reajuste à nova condição da pessoa, tendo em conta a sua reintegração na conjunção social e profissional. As intervenções do EEER podem coadjuvar num processo de recuperação constante, de forma a reduzir a incapacidade e a dependência, com o objetivo de gerar ganhos em saúde (Florentino, 2012). Assim, o EEER deve avaliar sistematicamente as necessidades de cada pessoa e com base numa comunicação essencialmente terapêutica, delinear com ela intervenções personalizadas e eficientes tendo em conta as alterações no autocuidado e reintegrando-a no seu contexto socioprofissional.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros

“os cuidados de Enfermagem de Reabilitação constituem uma área da intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização de capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 5).

O autocuidado foi mencionado pela primeira vez na enfermagem em 1958 por Dorothea Elizabeth Orem, enfermeira, que formulou a sua teoria sobre o défice de autocuidado no geral, dividindo esta em três teorias que se relacionam, a teoria do autocuidado, que descreve o autocuidado, a teoria do défice do autocuidado, que demonstra como é possível a enfermagem apoiar e ajudar as pessoas, e a teoria dos sistemas de enfermagem que demonstra a interação e o relacionamento que deve existir e manter, para que se dê enfermagem (Silva, et al., 2009).

O autocuidado define-se como uma atividade da pessoa, tomada pela mesma, direcionada para um objetivo e desenvolvida a favor da vida, da saúde e do bem-estar. O seu propósito passa pelo uso de uma ação de cuidado a contribuir essencialmente para o desenvolvimento humano, seguindo uma linha modelo. Quando existe o comprometimento de determinadas condições para o autocuidado existe défice do autocuidado (Orem, 2001).

Couto (2012), refere a importância que a intervenção do EEER tem na melhoria imperativa da autonomia da pessoa fragilizada nos autocuidados, promovendo a sua qualidade de vida e readaptação à nova condição adquirida. O processo de reaquisição e adaptação a uma incapacidade possibilita que a pessoa se ajuste a um novo sentido de vida e a um corpo que sofreu modificações (Menoita, 2014). Quer seja em contexto hospitalar ou na comunidade são referidos ganhos na autonomia da pessoa aquando da intervenção do EEER.

Ao analisar a intervenção do enfermeiro de reabilitação no domicílio, Couto (2012), constata a modificação que existe na pessoa e no seu cuidador após a consciencialização da situação de saúde, a pessoa integra uma nova perspetiva e com o EEER vê uma oportunidade para ultrapassar dificuldades que foram adquiridas readaptando-se.

Carretas (2018), em âmbito hospitalar demonstra resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em pessoas com dependência física adquirida, através da capacitação para os autocuidados diminuindo e/ou restituindo o máximo de autonomia possível. Sugere ainda mais estudos neste âmbito com a ambição de uma maior e melhor visualização do trabalho e incessante investimento profissional do EEER.

Neste sentido, tendo em conta as escolhas realizadas, a produção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem engloba todos aqueles que são significativos, onde existe intervenção de enfermagem, com evidência empírica que demonstre a ação do enfermeiro e o seu resultado favorável a contribuir para uma maior independência da pessoa (Doran & Pringle, 2011).

A fundamentação teórica tem o suporte do modelo teórico de enfermagem de Dorothea Elizabeth de Orem, com a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, para a formulação de uma linha de pensamento crítico e como orientação da prática clínica. O autocuidado é o conceito central desta teoria, que Orem (2001) define como o exercício de atividades que estimulam e aperfeiçoam as pessoas que o principiam e desenvolvem, em determinado espaço de tempo, com objetivos como a defesa da vida e o bem-estar pessoal.

A metodologia utilizada no projeto de intervenção é essencialmente qualitativa, tendo como base a metodologia de estudo de caso de Robert Yin (2001). A essência será o assunto discutido, distinguindo características ao longo da fase de pesquisa como a definição do

problema, o delineamento da pesquisa, a colheita de dados, a recolha de dados e a composição e apresentação dos resultados (Yin, 2001).

Na realização do relatório prefere-se uma abordagem metodológica que estimule o desenvolvimento individual e profissional, assente num trabalho de reflexão, questionamento crítico e análise contínua, devidamente orientado e estruturado.

O relatório que se apresenta encontra-se dividido em quatro partes. Principia-se com a descrição dos contextos onde decorreu o estágio final, no geral e no específico, e onde foi desenvolvida a prática clínica. No segundo capítulo encontram-se as estratégias de intervenção profissional, realiza-se um enquadramento conceptual com fundamentação teórica do projeto, uma abordagem ao modelo teórico escolhido, e ainda uma descrição pormenorizada relativa aos objetivos, à metodologia, resultados, discussão e uma nota conclusiva. Seguidamente é feita uma análise reflexiva relativa às competências adquiridas, as de mestre e as de enfermeiro especialista. Terminado o desenvolvimento conclui-se sobre toda a abordagem do relatório e o percurso realizado ao longo do Mestrado.

O presente trabalho foi redigido em conformidade com as normas de apresentação de relatórios do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS).

## 2. APRECIACÃO DO CONTEXTO

Neste capítulo é realizada uma abordagem ao contexto global e específico no qual se inseriu o estágio final. Considerou-se pertinente entender o envelhecimento em Portugal e o papel da Enfermagem de Reabilitação neste âmbito, visto a maioria dos casos incluídos no relatório serem pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

Embora haja um incremento na longevidade da população portuguesa, a qualidade dos anos de vida obtidos apresenta ainda algum potencial a melhorar. Esta melhoria dependerá muito do empenho individual de cada pessoa, enquanto agente da sua própria saúde, e da sociedade como um todo, de forma a que sejam caucionadas as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem (Direção Geral da Saúde, 2017).

Em Portugal é desenvolvida a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da Organização Mundial de Saúde (OMS), que tem como objetivo o envelhecimento ativo e saudável. O intuito é melhorar as oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, proporcionando qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e a manutenção da capacidade funcional, fatores essenciais para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das aptidões intrínsecas da pessoa, físicas e mentais, com o meio (Fleck & Kraemer, 1999).

Uma das competências específicas ao EEER é o cuidar de pessoas com necessidades especiais, de todas as idades, impossibilitadas de realizarem as suas atividades de vida básicas, devido à sua condição de saúde, por deficiência, com a atividade condicionada e restrição da participação, de origem permanente ou temporária (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A ER proporciona uma avaliação da capacidade funcional da pessoa com uma visão que engloba a doença, e o impacto das suas comorbilidades. Neste sentido, a avaliação funcional por parte do EEER descreve uma função específica e a capacidade da pessoa para realizar o autocuidado e satisfazer as necessidades básicas de vida diárias. Esta independência assenta no pressuposto de qualidade de vida com grande importância na existência de cada pessoa, pois envolve uma série de questões emocionais, físicas e sociais (Diogo, 2000).

A atuação do EEER neste âmbito centra-se num processo de cuidados que se reproduz do conhecimento da doença e das comorbilidades da pessoa e no retorno da sua capacidade funcional na satisfação das necessidades de vida básicas, direcionando as ações do EEER na capacitação da pessoa para o autocuidado (Diogo, 2000).

## **2.1. A Instituição**

A unidade hospitalar, onde foi realizado o estágio final, está inserida numa Unidade Local de Saúde (ULS), com perfil jurídico de Entidade Pública Empresarial (EPE), com 14 anos de atividade. Foi projetada para servir cinco concelhos do Alentejo Litoral, com cerca de 100.000 habitantes e 5.309.04 Km<sup>2</sup> de superfície, com uma população envelhecida e uma baixa densidade populacional (cerca de 18.44 habitantes por Km<sup>2</sup>) (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 2015).

A ULS faz a gestão integrada dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados da região do Alentejo Litoral que integra cinco concelhos (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 2013). No âmbito deste processo de transformação é apropriado referir como aspeto positivo, a maior proximidade entre os serviços que esta fusão proporcionou, trazendo por isso benefícios para os utentes com a maior equidade na oferta e no acesso a serviços de saúde. Quanto à “projeção para o futuro” desta ULS, é bastante importante ser consolidada uma vez que sempre que falamos em elevar a qualidade dos cuidados prestados e por consequência a satisfação dos utentes, vamos de encontro a fatores primordiais para uma melhor saúde (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 2013).

De forma a cumprir o seu dever para com os cidadãos a ULS tem como missão a promoção de cuidados de saúde primários, distintos e contínuos, para tal desenvolve atividades de saúde pública, investigação, formação e ensino de qualidade, garantindo o acesso da população, caucionando a sustentabilidade económico-financeira (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 2015). Refere ainda que a sua visão, ou seja, o que deseja alcançar no futuro é integrar uma unidade de referência, com credibilidade, competência, pautada pela eficiência

e pelo compromisso em promover a saúde, prevenir a doença e prestar cuidados de qualidade, com o objetivo de melhorar a condição de saúde da população, através de uma ação conjugada entre utentes, profissionais e comunidade (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 2015).

Relativamente à estrutura hospitalar, este é constituído por cinco pisos com acessibilidades múltiplas por escadas e elevadores. A oferta de cuidados faz-se nas áreas de Medicina Interna e especialidades médicas como a Medicina Física de Reabilitação, Cuidados Paliativos, Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios, na área cirúrgica dispõe de unidades de internamento de cirurgia geral e ortopédica e ainda de um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

## **2.2. O Serviço de Medicina**

O Serviço de Medicina no qual decorreu o estágio é dotado de instalações, pessoal e equipamento que tem como objetivo oferecer um tratamento eficaz a utentes em situação aguda ou de agudização de patologias crónicas. Tem como principais objetivos: proporcionar aos utentes uma assistência com qualidade, disponibilizada por uma equipa multidisciplinar; receber utentes provenientes do serviço de urgência ou de outros serviços de internamento, consulta externa e transferidos de outros hospitais<sup>1</sup>, colaborar diretamente na prevenção e na assistência à doença; e prestar cuidados diferenciados no âmbito da medicina interna aos utentes da área de abrangência da unidade local de saúde (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 2013).

Em relação à sua estrutura, tem como acessos escadas e elevadores distintos para profissionais, utentes e familiares. A estrutura física distingue áreas de serviço e áreas de cuidados estando estas identificadas na forma escrita e ilustrada. As áreas de cuidados são formadas por salas com 4 unidades e salas individuais com uma unidade, todos as salas têm

---

<sup>1</sup>Utentes sujeitos a cirurgia cardíaca ou intervenção a nível do Sistema Nervoso Central (SNC), valências que este hospital não contempla.

instalações sanitárias próprias. O espaço disponível em cada unidade assegura uma prática segura e sem obstáculos para cuidados e autocuidados dos utilizadores. Vai ainda de encontro ao que é definido pela Administração Central do Sistema de Saúde (2011) – Recomendações Técnicas para Unidades de Internamento, que refere que cada quarto deve ter instalações sanitárias próprias com passagem pelo interior do quarto, idealmente pela área de entrada.

Relativamente à área de trabalho, o serviço dispõe de um ginásio terapêutico que está disponível apenas para os utentes internados no mesmo, este contempla escadas e rampas, barras de apoio para treino de marcha, espelhos quadriculados, macas, bolas de Bobath medicinais, material para estimulação sensorial, entre outros. É possível verificar que o aproveitamento do espaço foi direcionado em torno da maximização da funcionalidade da pessoa que se encontra internada devido a situação aguda ou agudização de patologias crónicas. Este espaço proporciona ao utente uma oportunidade para manter ou recuperar a sua capacidade funcional, e uma mais-valia no retorno ao domicílio aquando da alta clínica.

O serviço tem também um armazém de ajudas técnicas, dotado de cadeiras de rodas, cadeirão, andarilho e mesas de trabalho ajudas importantes para a resposta às necessidades funcionais dos utentes.

Na continuidade da área de trabalho, existe uma sala para o banho assistido, onde se prestam os cuidados de higiene aos utentes com moderado, a elevado grau de dependência e onde está disponível uma maca banheira destinada a utentes acamados, que necessitem de ajuda total no autocuidado higiene. Tem também quatro cadeiras sanitárias que permitem assistir nos cuidados de higiene com chuveiro com a pessoa sentada. Estas ajudas técnicas facilitam o treino de autocuidados e a capacitação da pessoa para os mesmos, sendo que a área da sala permite que o enfermeiro não esteja sozinho com a pessoa e tenha ajuda de um auxiliar o que permite garantir sempre um ambiente e técnicas seguras quando a dependência da pessoa é em grau muito elevado.

Tendo em conta a variedade de espaços e equipamento acima apresentados, os recursos físicos e materiais respondem globalmente às necessidades dos utentes e dos profissionais nos processos assistenciais. Este é um serviço dotado de bons recursos materiais o que permite a simplificação da prestação de cuidados aos utentes.

Sendo um hospital relativamente recente, é de interesse implementar uma melhoria contínua de funcionamento do mesmo. Para o regular funcionamento do Serviço de Medicina, existe um conjunto de recursos humanos que engloba diferentes setores profissionais, constituindo uma equipa multidisciplinar: médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, dietista, fisioterapeutas, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e secretário da unidade.

Relativamente à equipa de enfermagem num total de 20 enfermeiros, na área de gestão um enfermeiro responsável (Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica) na área da prestação de cuidados 17 enfermeiros e 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Os horários da equipa de enfermagem são elaborados com um mínimo de 4 enfermeiros no turno da manhã, 3 enfermeiros no turno da tarde e 2 enfermeiros no turno da noite. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2014), o número adequado de enfermeiros em conjunto com o seu nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos essenciais para alcançar índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações.

Em relação aos cuidados de enfermagem prestados, estes são concetualizados a partir do modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney. Este modelo de vida surge da inter-relação dos fatores que influenciam as atividades de vida durante o ciclo vital da pessoa, num contínuo dependência/independência, de forma a obter uma prestação de cuidados individualizada. As cinco componentes principais deste modelo são: as 12 atividades de vida (manutenção de ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controle da temperatura corporal, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e morte), os fatores que as influenciam, as etapas de vida, o grau de dependência/independência e a individualidade de vida (Roper, Logan, & Tierney, 1995).

A prestação de cuidados é, ou pelo menos idealiza-se isso, realizada com o máximo de exigência qualitativa, sendo obrigatório o cumprimento das normas de procedimentos que orientam as intervenções, bem como o quadro de referência da profissão. Ambos os referenciais estão disponíveis na plataforma digital da instituição.

### **2.3. Análise da População-Alvo**

A área de abrangência desta ULS possui características diferenciadas, tais como: uma zona litoral com predominância turística e em fase de desenvolvimento, que irá modificar o perfil demográfico, ao longo dos tempos, da população residente e não residente; uma zona portuária onde está localizada uma plataforma portuária atlântica com indústrias pesadas e de logística, originando uma maior densidade populacional; por outro lado, uma zona interior onde a predominância é rural e a população fortemente envelhecida (Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, 2015). Com a análise de todas as características sociodemográficas que a área de abrangência deste hospital possui, foi uma mais-valia a iniciativa para a construção do mesmo neste local, tendo em conta todo o auxílio que as diferentes populações necessitam.

O contexto no qual decorreu o estágio final engloba os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neurológicas. Observou-se que a idade da população internada no serviço se situava entre os 55 anos e 85 anos, na sua grande maioria pessoas com pluri-patologia. Neste sentido, estavam internadas pessoas com atividade mantida para o autocuidado previamente ao internamento e pessoas com dependência ao nível do autocuidado anterior ao internamento.

Ainda neste âmbito verificaram-se alguns casos de pessoas com idade compreendida entre os 30 anos e os 45 anos, com patologia do foro neurológico, nomeadamente Acidente Vascular Cerebral (AVC) o que tendo em conta o curto espaço de tempo em que o estágio se realizou a constatação de casos que abrangem esta faixa etária torna-se preocupante e seria interessante posteriores estudos sobre a incidência e os fatores de risco da população.

Face às características populacionais em geral, e em particular as pessoas internadas no serviço de medicina, torna-se expectável a necessidade de cuidados de enfermagem de elevada complexidade não só na perspectiva do controle de sintomas como também na recuperação funcional. A organização e a natureza dos cuidados são apresentadas com centralidade nas respostas dirigidas à recuperação funcional.

### 3. ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CUIDADOS

No seguimento do capítulo sobre a apreciação do contexto, segue-se uma análise relativa à produção de cuidados do serviço onde se realizou o estágio final.

Todos os cuidados são planeados pelos enfermeiros do serviço e traduzidos na plataforma informática *SClínico* hospitalar desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Este sistema nasce da junção de duas aplicações já utilizadas anteriormente, o Sistema de Apoio ao Médico e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem e tem como objetivo ser um sistema único comum a todos os profissionais de saúde e centrado na pessoa, para que os registos sejam uniformizados e a informação normalizada. Ainda neste sentido, existe no serviço um elo de ligação aos parameterizadores do *SClínico* Hospitalar, neste caso o enfermeiro chefe, que faz a parametrização dos dados para a linguagem classificada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), formulando todos os diagnósticos e intervenções associados à prática de enfermagem.

No serviço existem dois EEER e ainda dois enfermeiros em formação na área de ER. Verifica-se um investimento na formação pós-graduada por parte dos elementos de enfermagem no serviço, uma mais-valia para a prestação de cuidados especializados. O EEER com a especialidade há mais tempo tem também atribuída a função de assessoria e substituição do enfermeiro chefe. Os EEER são os responsáveis pelos cuidados na área da especialidade, sendo que por vezes são também responsáveis de turno quando não se encontra o enfermeiro chefe.

Maioritariamente nos turnos de manhã está presente um EEER, sendo que este é um evento que não acontece em todos os turnos da manhã e só em alguns turnos da tarde, ao qual compete o desenvolvimento do plano de cuidados de ER aos doentes selecionados de acordo com a necessidade de cuidados e os recursos disponíveis. Destas práticas são realizados os registos com avaliação de resultados que são usados pelos restantes EEER nas decisões clínicas, para revisão e adequação dos planos. Esta realidade é alterada sempre que por necessidade do serviço ao EEER no turno da manhã, ou em qualquer outro turno, esteja atribuído um conjunto de doentes que corresponde ao número de horas de cuidados a disponibilizar e nessa prestação incluem-se todas as atividades a realizar. A frequência desta condição diminui a oferta de cuidados de ER aos doentes internados, os enfermeiros especialistas inevitavelmente têm de seguir um horário em *roullement*.

Ao longo do período de estágio foi possível verificar que os cuidados do EEER estavam ligados com maior assiduidade ao défice de autocuidado e por consequência à reeducação funcional motora (RFM), sendo a patologia mais frequente o AVC. Neste sentido, o EEER tem como principal preocupação a capacitação da pessoa com défice de autocuidado e a sua preparação para a alta, que na grande maioria das vezes inclui também um cuidador que o poderia ser previamente ao internamento ou que adquire esse novo estatuto após o acontecimento.

Preconiza-se nos dias de hoje uma redução no número médio de dias de internamento o que leva à precocidade no domínio da alta. Neste sentido a intensidade dos cuidados de ER diminui o que resulta num regresso a casa da pessoa com um nível de dependência elevado, fator gerador de stress para a mesma e para o seu cuidador, se este o tiver (Menoita, 2014). A pessoa e/ou o cuidador terá de adquirir conhecimentos, capacidades e habilidades para poder ultrapassar as dificuldades que advêm da incapacidade ao nível dos autocuidados. É de extrema importância a intervenção precoce do EEER na preparação da alta, com a capacitação da pessoa dependente promovendo a sua readaptação funcional e intervindo também junto do seu cuidador (Menoita, 2014). Verifica-se que para os EEER a preocupação com a alta e a preparação do/s cuidador/es é considerada desde o início do internamento, são criadas oportunidades para a transmissão de informações e também para treino de cuidados.

Ao longo do internamento o EEER, sempre que possível, promove estratégias e executa planos de cuidados especializados com o intuito de maximizar o potencial funcional da pessoa que imprescindivelmente terá de regressar ao seu domicílio e aguardar outra resposta do sistema de saúde como a ingressão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). O EEER realiza assim também uma referenciação para a rede ainda durante o internamento, através da avaliação e caracterização da funcionalidade da pessoa com alterações neurológicas e os objetivos observados e delineados ao longo do internamento, em articulação com a Equipa de Gestão de Altas do hospital.

No serviço existe uma enfermaria dedicada apenas aos utentes com AVC, sendo que estas quatro unidades são destinadas a doentes com esta patologia. Prioritariamente, o EEER quando se encontra de turno fica responsável por estes doentes. Os EEER preconizam uma avaliação da força através da escala de Lower, do tónus através da escala de Ashworth, do equilíbrio através da escala de Berg, uma avaliação da funcionalidade ao nível dos autocuidados

e variantes sociais, em conjunto com o exame neurológico. No entanto, nem sempre é possível usar escalas na avaliação o que em alguma medida diminui a documentação dos resultados. Existem lacunas relativamente à avaliação de resultados com impacto no reconhecimento de ganhos derivados dos cuidados especializados do EEER.

Sem intervenções específicas parametrizadas, sem a existência de um indicador contratualizado que mensure o impacto dos seus cuidados e com o mínimo de oportunidades para exercer a sua especialidade, acabam por ver o seu trabalho não ser distinguido, com uma visão pouco elucidativa relativamente ao conteúdo das suas intervenções. Todos os elementos de reabilitação esforçam-se para proporcionar um novo âmbito à sua intervenção no serviço, contudo a escassez de recursos humanos tem atrasado o desenvolvimento de uma nova perspetiva do cuidar especializado.

Relativamente aos recursos materiais disponíveis e utilizados para a reabilitação, o EEER dispõe de uma panóplia de equipamentos já referidos no anterior capítulo. Contudo, está integrado numa equipa multidisciplinar e a partilha deste equipamento é crucial realizando-se de forma harmoniosa para a rentabilização do mesmo, ainda que seja sempre possível ao EEER a aplicação dos seus planos de intervenção. Ainda neste sentido, é notável a valorização do EEER quando é solicitado pelos colegas de equipa ou outros colegas do serviço da equipa multidisciplinar para a discussão de situações clínicas, proposta de intervenção e avaliação dos cuidados. Demonstra assim trabalho em equipa, essencial para lidar com novos desafios, contribuir para a maior eficácia da equipa, e manter um espírito de entreajuda que proporciona relações de confiança, flexibilidade, desenvolvimento de objetivos e também a responsabilidade pela formação dos pares com vista à melhoria da qualidade de cuidados em concreto na redução de indicadores como as úlceras por pressão ou quedas.

De acordo com o referido neste capítulo a estratégia de intervenção profissional irá de encontro às necessidades de cuidados de ER no serviço, nomeadamente a capacitação para os autocuidados.

## **4. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

Neste capítulo será apresentado todo o desenvolvimento da estratégia de intervenção profissional que permitiu a realização do projeto de intervenção durante o estágio final.

### **4.1. Enquadramento Conceptual**

Este capítulo procura contemplar as bases conceptuais do problema em estudo, que permitem ordenar os conceitos entre si, de forma a descrever, explicar ou procurar relações entre eles. Preconiza-se que este seja o suporte teórico para a análise posterior. Deste modo, “o quadro conceptual é a explicação que é dada, apoiada pela publicação e pela investigação no que concerne aos conceitos e estudo” (Fortin, 1999, p. 94).

Ao longo do percurso realizado no estágio final, foi possível verificar quais as vertentes em que a intervenção do EEER era crucial. Sendo um serviço dotado de poucos elementos de reabilitação torna-se essencial rentabilizar recursos e intervenções. Como já referido no capítulo anterior, a preparação para uma alta segura para o domicílio é essencial e uma das maiores preocupações dos EEER do serviço, tendo em conta que após o internamento as respostas dos serviços sociais e de saúde são demoradas. Este fator implica que o domínio dos autocuidados seja trabalhado e a capacitação da pessoa, maximizando o seu potencial funcional seja um objetivo a atingir.

Neste sentido nasceu o projeto de intervenção profissional “A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para os Autocuidados” (Apêndice I), tornando-se importante definir conceitos e harmonizar perspetivas de visão. Este projeto de intervenção profissional transpõe-nos para o domínio da independência funcional e a importância da capacitação das pessoas, remete-nos para o potencial funcional da pessoa e o nível de dependência que esta adquiriu após o acontecimento, por fim o défice de autocuidado consequente e todas as suas implicações. Não menos importante são todos os resultados

sensíveis aos cuidados de enfermagem, demonstrados através de dados obtidos por instrumentos validados.

Conceptualmente, o autocuidado é definido como uma atividade desenvolvida pela pessoa, no sentido da manutenção das suas necessidades individuais básicas. O défice de autocuidado de acordo com a teoria de Dorothea Orem transpõe-nos para a necessidade de cuidados de enfermagem, intimamente ligada com a limitação de ação existente e relacionada com a saúde. São limitações que deixam a pessoa completa ou parcialmente dependente para cuidar de si própria (Tomey & Alligood, 2002). A dependência deriva de uma situação de incapacidade que a pessoa possui, em determinado momento, para realizar atividades de subsistência, para se relacionar com o ambiente envolvente e para participar socialmente. Em consequência do acontecimento envolvido nesse determinado momento, a funcionalidade é descrita com a capacidade que a pessoa detém a partir daí, para realizar atividades de subsistência, relacionando-se com o ambiente que a envolve detendo a capacidade de socializar (Direção Geral da Saúde, 2017).

#### **4.1.1. Cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa para o autocuidado**

Ao longo do ciclo vital a pessoa poderá ou não deparar-se com acontecimentos que interfiram com a satisfação das suas necessidades humanas básicas. Depreende a partir daqui a procura dos recursos e das competências para voltar a satisfazer as suas necessidades. A ER acompanha esta sucessão de acontecimentos e intervém com a finalidade de ensinar e instruir com o intuito de proporcionar a máxima independência da pessoa. A capacitação está intimamente ligada com o objetivo de criar condições e motivações pelas quais a pessoa deseje superar-se (Reis & Bule, 2018).

Nesta linha de pensamento ao EEER destina-se a identificação dos défices de autocuidado, a formulação e o planeamento de intervenções, assim como a avaliação dos resultados (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014). São para Lopes (2005) o processo de avaliação

diagnóstica com a colheita de dados, a avaliação ou reavaliação do processo, o acompanhamento da prestação de cuidados e o processo de intervenção terapêutica de enfermagem com a interação concomitante de sentimentos e informação entre enfermeiro, pessoa e família. A intervenção deve ser objetiva e rigorosa, em conjunto com um processo de avaliação sistemático, com recurso a escalas que proporcionam a aferição das capacidades motoras, afetivas, cognitivas e que permitam conhecer o contexto social. Desta forma é possível averiguar resultados e constatar os ganhos por parte das pessoas a quem foram dirigidas as intervenções (Reis & Bule, 2018).

A suscetibilidade e a vulnerabilização são fenómenos do ciclo vital influenciados por fatores internos e externos variáveis que poderão ter uma influência negativa ou positiva, através do stresse, da doença, do meio físico e social, do estilo de vida, da experiência adquirida, da postura e das perspetivas para o futuro (Reis & Bule, 2018; Yates, Benton & Beck, 1993).

Neste percurso várias são as visões que existem relativamente à intervenção do EEER que podem ir desde o contexto de internamento hospitalar à intervenção no domicílio da pessoa. Em qualquer um destes domínios a vertente capacitar encontra-se centrada no potencial de reabilitação da pessoa.

O processo de capacitar abrange a construção do conhecimento, a capacidade de decisão e a capacidade de agir. Esta construção altera-se com o decurso do tempo e deriva da decisão tomada, do seu potencial e dos recursos existentes para a obter. No âmbito pessoal a capacitação exprime-se nas atividades de vida diárias que possibilitam as condições básicas para a existência de cada pessoa individualmente, tais como comer, beber, mobilizar-se, lavar-se, eliminar entre outras. A nível instrumental a procura é comunitária com a reintegração socioprofissional da pessoa, que pode refletir o potencial funcional e a qualidade de vida da mesma (Reis & Bule, 2018).

Em contexto domiciliário existe um grande investimento profissional por parte dos EEER, na promoção da autonomia nos autocuidados. Lidam diariamente com pessoas com idade superior a 65 anos, ou seja, maioritariamente idosos, com marcada dependência funcional.

O estudo da Autonomia/Independência no autocuidado: sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação realizado por Couto (2012), foi realizado com idosos dependentes

no domicílio integrados em Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na Administração Regional de Saúde Norte e que estavam aos cuidados de ER, teve como resultados na primeira avaliação o domínio da atividade física com a maior percentagem de participantes dependentes, seguido da higiene e vestuário e no domínio da alimentação o valor apresentado foi o menor. Na segunda avaliação, o autocuidado que apresentava em média, valores de dependência mais elevados foi o da higiene e vestuário, sendo a alimentação o autocuidado que apresentava menor valor de participantes com dependência. As intervenções de ER mais frequentes realizadas foram os processos de ensino e aprendizagem que englobaram capacitar a pessoa para o autocuidado, informar/capacitar para utilização de produtos de apoio e capacitar o cuidador familiar para assistir no autocuidado; os processos corporais englobaram exercícios músculo-articulares; por fim o comportamento emocional o reforço positivo. A intervenção do ER é crucial, demonstrando uma evolução favorável no domínio dos autocuidados e o aumento do potencial funcional destas pessoas (Couto, 2012).

Os resultados sensíveis aos cuidados de ER foram verificados pela autora com outros estudos em que os domínios motor e da atividade física são aqueles que apresentam valores de maior dependência e possibilitou uma visão relativa aos cuidados de ER e os ganhos que advêm da intervenção do EEER.

Ainda neste âmbito, a sociedade tem um papel preponderante relativamente à eficácia de todo o processo que possibilita a independência e a funcionalidade, podendo os dois fatores divergir no tempo e no contexto que ocorrem. A sociedade interfere dependendo da filosofia que preconiza, das políticas de inclusão que desenvolve e dos meios que oferece, podendo ou não ser uma mais valia (Reis & Bule, 2018).

Também em meio hospitalar se verificam ganhos com a intervenção do EEER. Carretas (2018) formulou um modelo de autocuidado com intervenções de ER em doentes em processo cirúrgico. Utilizou instrumentos como a Medida de Independência Funcional (MIF) e a Elderly Core Set. Foram realizadas intervenções de ER ao nível da funcionalidade com exercícios músculo-articulares, autocuidados com o treino de AVD's, comunicação, aprendizagem e funções mentais, relacionamento com os familiares e ainda a função respiratória. Após as intervenções de ER verificou um aumento de 28.5% na funcionalidade e demonstrou o papel preponderante que os cuidados de ER têm na reabilitação da pessoa com défices de funcionalidade (Carretas, 2018).

Neste sentido, devem ser delineadas estratégias e novas metas pessoais para que haja um equilíbrio de comportamentos, um ajuste a uma nova realidade de vida que necessita de novas habilidades. O desenvolvimento de ajudas externas para a pessoa, como auxiliares de marcha ou o apoio domiciliário, ou então um ajuste no comportamento de outrem para que possa ajudar a pessoa com diminuição da funcionalidade, são por exemplo, formas e estratégias que procuram habilitar a pessoa com a perspetiva máxima de maior independência. A capacidade funcional da pessoa deriva em muito do seu nível de aptidão para viver de forma autónoma e independente tendo em conta o contexto particular da sua vida (Reis & Bule, 2018).

#### **4.1.2. Indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação**

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem englobam todos aqueles que são significativos, onde existe intervenção de enfermagem, com evidência empírica que demonstre a ação do enfermeiro e o seu resultado favorável (Doran & Pringle, 2011).

A revisão da literatura evidenciou estudos em que o plano motor, domínio da funcionalidade e a capacitação para futura reintegração social e profissional foram objetivos a alcançar. O'Brien & Xue (2016) realizaram um estudo onde utilizaram a MIF como instrumento em conjunto com um instrumento mais específico designado de Unidade de Reabilitação para Pacientes Internados - Instrumento de Avaliação do Paciente<sup>2</sup>, para recolher dados e descrever os resultados funcionais em pessoas idosas com AVC submetidas a um programa de reabilitação. A capacidade funcional foi a primeira variável dependente e foi medida através da MIF, a segunda variável foi o destino após a alta. O score da MIF foi alterado aproximadamente entre 1.2 a 1.3 pontos por dia em praticamente todos os grupos etários em que foram realizadas intervenções de reabilitação. Foram obtidos ganhos funcionais e sensivelmente 54% dos participantes do estudo conseguiram reintegrar-se na comunidade.

---

<sup>2</sup>*Inpatient Rehabilitation Facility–Patient Assessment Instrument*

A revisão da literatura realizada por Klinke, Hafsteinsdóttir, Hjaltason, & Jónsdóttir (2015), teve como objetivo identificar intervenções que possam ser compiladas e aplicadas na reabilitação de pessoas com negligência hemiespacial após AVC no hemisfério direito do cérebro. As intervenções retiradas dos estudos e incluídas na revisão foram todas as que pudessem ser integradas na prática de enfermagem, sem grande complexidade ou dispendiosidade e que não requeressem muito equipamento. A utilidade das intervenções para a prática de enfermagem foi determinada por consenso entre todos os autores. Num total de 41 estudos originais utilizados nesta revisão, as medidas de resultado utilizadas refletiam a funcionalidade diária da pessoa, a orientação espacial, o domínio motor e de processamento e o bem-estar emocional.

Bender, et al., (2016), realizaram um estudo randomizado com 53 doentes com lesão cerebral adquirida que receberam alta de reabilitação neurológica em regime de internamento, apesar de continuarem com limitação física, participação e qualidade de vida afetadas. Os participantes do estudo foram divididos em dois grupos, o grupo abrangido pelo programa de reabilitação conseguiu alcançar as metas cerca de um mês antes do grupo que recebeu o tratamento padrão, sobretudo no que diz respeito à autonomia na realização das AVD's. Através da MIF foi possível verificar uma diferença de 7.3 pontos entre os dois grupos, na autonomia para a realização das AVD's houve um aumento significativo no score da MIF. Além disso foram observadas melhorias após dozes meses, na qualidade de vida, participação e necessidade de cuidados de enfermagem.

Numa revisão da literatura realizada por Aries & Hunter (2014), relativa à intervenção de reabilitação em pessoas com AVC 24 horas após o acontecimento, constatou-se que uma abordagem multidisciplinar com estratégias de reabilitação pode promover a recuperação destas pessoas, tais como: um ambiente enriquecido, com interação social, oportunidades de repetição e prática de movimentos e atividades funcionais envolvendo membros paréticos, estimulação sensorial e atividade precoce fora do leito.

Intervenções que envolvam a estimulação das vias sensitivas e motoras, como a prática de uma atividade funcional, podem modificar o sistema nervoso, resultando em mudanças a longo prazo, como o fortalecimento das sinapses, um processo conhecido como a potenciação de longo prazo (Aries & Hunter, 2014). É importante que a reabilitação funcional motora seja incluída no treino das AVD's com a realização de movimentos e exercícios adequados a cada

pessoa ao longo do dia, os autores referiram que a equipa de enfermagem tem um papel preponderante nos planos de intervenção formulados. Concluíram que a intervenção na pessoa com AVC deve ser promovida 24 horas após o acidente vascular, com ênfase na intervenção da equipa de enfermagem que está diretamente ligada aos cuidados e tem uma posição privilegiada para coordenar a abordagem e incentivar a pessoa com limitação física, de forma a otimizar a sua recuperação e sobretudo promover também o trabalho em equipa (Aries & Hunter, 2014).

Tendo em conta os estudos que emergiram da revisão da literatura realizada, considerou-se a capacitação da pessoa para os autocuidados a partir da sua habilidade na execução das AVD's, a reeducação funcional motora ao longo do internamento e ainda a habilidade para manter e/ou recuperar o equilíbrio como fator importante na execução dos autocuidados.

Para a avaliação da capacidade funcional dos doentes utilizou-se a MIF (Direção Geral da Saúde, 2011), de forma a equacionar o grau de capacidade/incapacidade da pessoa na realização das suas AVD's e atividades instrumentais da vida diária. Na pessoa com patologia neurológica são prevalentes a hemiplegia/parésia, esta condição caracteriza-se pela fraqueza muscular e/ou paralisia parcial ou total, que atinge apenas um dos lados do corpo. A hemiplegia/paresia é reconhecida como um fator limitante na reabilitação e tem um impacto negativo no autocuidado, devido à ativação lenta das unidades motoras e à dificuldade em produzir a quantidade adequada de força muscular (Gomes, et al., 2017). Também as alterações da força são prevalentes, a sua diminuição ou ausência condicionam a habilidade e a capacidade para a realização dos autocuidados, para tal utilizou-se a escala de Lower para a avaliação da força. As alterações do tónus: hipotonia, atonia ou hipertonia igualmente prevalentes após o AVC condicionam a mobilidade e foram avaliadas com a e a escala de Ashworth modificada. Diversas patologias do foro neurológico podem provocar danos no trato corticoespinal, conseqüentemente poderá haver perda de movimentos voluntários ou alterações na incorporação desses movimentos. Esta perda ou diminuição dos movimentos pode originar um aumento do tónus muscular, hipertonia ou espasticidade, podendo ser observada uma maior resistência à mobilização passiva do segmento afetado (Leitão & Florindo, 2017). A força é determinante neste sentido e o seu treino possibilita uma progressão da intensidade de forma individualizada, com exercícios pré-definidos sem a exigência de elevada coordenação motora ou impactos que possam causar dor ou desconforto na pessoa (Fleck & Kraemer, 1999).

Também a avaliação funcional do equilíbrio é determinante para um desempenho eficaz da pessoa na realização dos seus autocuidados. Neste estudo foi avaliado o equilíbrio através da escala do equilíbrio de Berg (EEB) e ainda o risco de queda através da escala de quedas de Morse (EQM). As alterações no equilíbrio concorrem com a instabilidade postural, condicionam o movimento e desta forma interferem com a execução dos gestos necessários à realização dos autocuidados. O equilíbrio e as suas alterações são ainda fatores considerados no risco de queda e na segurança dos doentes e dos cuidados. De acordo com Palmieri, Ingersoll, Stone, & Krause, (2002), genericamente o equilíbrio descreve a dinâmica postural do corpo na prevenção de quedas e está dependente da capacidade de manter determinada posição, conseguindo assim manter a estabilidade durante as atividades voluntárias e reagir a perturbações externas. O controlo postural é essencial para a conservação do equilíbrio e não basta que haja força suficiente para a execução dos movimentos requer também coordenação motora com a integração de vários processos sensoriomotores, com o bom funcionamento de pelo menos duas áreas do SNC, o cerebelo que é o centro coordenador e a sensibilidade propriocetiva que possibilita a passagem de informação para o centro coordenador, como por exemplo, as várias alterações de posição dos inúmeros segmentos corporais (Orsini, 2012).

Para que haja melhoria do equilíbrio a pessoa deve procurar controlar o seu centro de massa corporal, habilidade essa preponderante para manter a postura sem alterar a base de suporte (Overstall, 2003). Este controlo é importante de forma a que a pessoa perceba os limites da sua estabilidade e mantenha o equilíbrio em diversos contextos que estão intimamente ligados às diferentes AVD's que desempenha, em condições sensoriais e ambientais a que esta é sujeita (Berg & Norman, 1996). Considerando o envelhecimento como um acontecimento inevitável, acompanhado do declínio funcional, com consequentes alterações posturais de equilíbrio, possíveis episódios de queda, e o fato de mais idosos chegarem a idades mais avançadas, percebeu-se a importância de integrar os dois instrumentos no estudo.

Tendo em conta que a população em ambiente de cuidados, foram maioritariamente idosos com pluripatologia, o nível de atividade física é menor e existe uma diminuição da tolerância ao esforço, podendo também este fator afetar a habilidade para a execução dos autocuidados. Neste estudo utilizou-se a escala de Borg modificada para identificar a tolerância cardiorrespiratória da pessoa ao esforço. Num estudo realizado por (Hengedorfer, Vaes, Mathei, Pottelbergh, & Degryse, 2017) em pessoas com mais de 80 anos, maioritariamente idosos com pluripatologia, foi realizada uma avaliação da dispneia e consequente tolerância ao esforço

como fator preponderante para o desempenho físico, num grupo etário que está em crescimento. Concluíram que a dispneia era comum nestes doentes e pode comprometer o desempenho cardiorrespiratório e físico e a sua avaliação durante a prestação de cuidados pode ser valiosa.

#### **4.1.3. Modelo Teórico de Dorothea de Orem**

É uma das teorias mais citadas em enfermagem, a teoria do déficit de autocuidado em enfermagem de Dorothea de Orem, desenvolvida entre 1959 e 1985. O seu principal conceito é o autocuidado e, Orem (2001) define-o como o exercício de atividades que estimulam e aperfeiçoam as pessoas que o principiam e desenvolvem, em determinado espaço de tempo, com objetivos como a defesa da vida e o bem-estar pessoal.

Esta teoria é considerada uma teoria geral por Orem, constituída por três teorias que se inter-relacionam: a primeira a Teoria do Autocuidado que faz a descrição de como as pessoas cuidam de si próprias e o porquê de o fazerem, a segunda a Teoria do Déficit de Autocuidado, que demonstra como é possível a enfermagem apoiar e ajudar as pessoas, e a terceira a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que demonstra a interação e o relacionamento que deve existir e manter-se, para que se crie enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

Na Teoria do Autocuidado coexiste o autocuidado, a atividade para o autocuidado e o requisito terapêutico de autocuidado. Quando a atuação é consciente, controlada, realizada de forma intencional é designada por atividade de autocuidado. Esta teoria constitui a base para compreender as limitações de ação da pessoa e como esta pode beneficiar com a intervenção de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002).

A Teoria do Déficit de Autocuidado transpõe-nos para a necessidade de cuidados de enfermagem, intimamente ligada com a limitação de ação existente e relacionada com a saúde. São limitações que deixam a pessoa completa ou parcialmente dependente para cuidar de si própria (Tomey & Alligood, 2002). É considerada a essência da a teoria do déficit de autocuidado em enfermagem pois determina a necessidade de intervenção de enfermagem quando existe déficit de autocuidado e a pessoa não tem competência para o resolver, ajuda

assim a compreender que intervenções devem ser formuladas e direcionadas que auxiliem a pessoa (Tomey & Alligood, 2002).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem transmite-nos a enfermagem como um ato humano, onde os sistemas de ação são concretizados e realizados por enfermeiros através do exercício da sua prática profissional, com pessoas que apresentam déficit de autocuidado (Tomey & Alligood, 2002).

Ainda neste âmbito, Orem identificou na sua teoria três tipos de requisitos para o autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os universais são comuns a todas as pessoas, de origem conhecida, relativos à integridade funcional humana, como a conservação do equilíbrio entre o descanso e a atividade, por exemplo. Os de desenvolvimento preconizam a promoção dos processos de vida e prevenção de situações que a dificultem, associados a eventos particulares como um novo trabalho, por exemplo. Por fim, os requisitos de desvio de saúde relacionados com as pessoas que estão doentes, limitadas por alguma desordem patológica ou incapacidade, suscetível de diagnóstico e tratamento médico. São geralmente situações que se prolongam na linha temporal e que consciencializam as necessidades de cuidados que as pessoas sentem ao longo de todo o processo (Tomey & Alligood, 2002).

A conceção de Orem no que concerne à promoção da independência para o autocuidado, em muito se relaciona com as conceções inerentes ao modelo de atuação do enfermeiro de reabilitação. O intuito será sempre ajudar a pessoa a ultrapassar as dificuldades capacitando-a, como já referido anteriormente, compensar as limitações existentes, propondo novas metas para se superar a si mesma. Orem apresentou ainda cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar em conjunto ou separado quando intervêm com a pessoa: executar ou agir, ou seja, substituir a pessoa naquilo que ela não é capaz de realizar; guiar e encaminhar; proporcionar apoio físico e/ou psicológico; favorecer um ambiente de desenvolvimento e sobretudo ensinar (Tomey & Alligood, 2002).

Desta forma todas as ferramentas foram concedidas para que através do processo de enfermagem seja possível elaborar diagnósticos sobre as necessidades de cuidados em pessoas com déficit de autocuidado, formular planos, intervir e avaliar. Como já referido acima, através de critérios como a determinação dos requisitos de autocuidado, a determinação da competência

para o autocuidado, da necessidade terapêutica, em conjunto com a mobilização de competências do enfermeiro e a planificação da assistência nos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2002). São condições essenciais para uma prestação cuidados de qualidade que garanta a resposta às necessidades da pessoa de acordo com as suas limitações.

Orem através da sua teoria reforça e sustenta o que já foi dito nos capítulos anteriores. Orienta o conhecimento e facilita a abordagem do EEER na prática clínica, proporciona as ferramentas para o desenvolvimento de intervenções seguras na prestação de cuidados especializados tendo sido um fator preponderante no desenvolvimento do projeto de intervenção profissional.

## **4.2. Metodologia**

Não menos importante são os princípios éticos e o cumprimento dos mesmos, o estudo foi realizado no âmbito do estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de opção Enfermagem de Reabilitação. O relatório foi realizado com base no estágio final. A problemática considerada para a estruturação do projeto de intervenção emergiu da análise da população alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação nos campos clínicos. Assim, face ao contexto onde foi realizado o estágio final, o projeto de intervenção consistiu na capacitação da pessoa para o autocuidado. Pela pesquisa teórica decidiu-se que a capacitação para o autocuidado seria dirigida ao treino de autocuidados, treino de equilíbrio e treino da funcionalidade.

O projeto de intervenção “A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para os Autocuidados” teve como objetivos: (1) caracterizar a funcionalidade em doentes com alterações neurológicas, (2) implementar planos de reeducação para os autocuidados em doentes com alterações neurológicas e (3) identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação. Para a sua implementação optou-se pelo estudo de casos múltiplos, em que a metodologia de cuidados é inserida na teoria de médio-alcance de Lopes (2005) que designa dois componentes fundamentais, o processo de avaliação diagnóstica com a colheita de

dados, avaliação do processo e o acompanhamento da prestação de cuidados; e o processo de intervenção terapêutica de enfermagem com a interação concomitante de sentimentos e informação entre enfermeiro, pessoa e família.

Lopes (2005), refere numa alusão ao contexto de cuidados que, numa situação de doença impõe-se um processo fisiopatológico, mas sobretudo uma experiência humana na essência da sua fragilidade. A sua teoria baseia-se na relação enfermeiro-doente e culmina assim em dois processos importantes. O primeiro processo integra a avaliação do enfermeiro relativa ao doente, ao que este sabe sobre a doença, quais as suas preocupações e a sua capacidade estratégica e adaptativa, o segundo constitui-se pela intervenção terapêutica que abrange todas as intervenções do enfermeiro ao doente e família como já referido anteriormente.

A metodologia de estudo de caso faz-se segundo o método de Robert Yin para estudos de caso, em que a essência será o assunto discutido, distinguindo características ao longo da fase de pesquisa como a definição do problema, o delineamento da pesquisa, a colheita de dados, a recolha de dados e a composição e apresentação dos resultados (Yin, 2001). De acordo com o mesmo autor, o presente estudo de caso classifica-se como descritivo, pois projeta o seguimento de eventos interpessoais ao longo do tempo descrevendo o desempenho individual. Yin (2001) acrescenta que para além de todas as técnicas que podem ser utilizadas durante a realização de um estudo de caso, com a execução deste são acrescentadas a observação direta e a série metódica de entrevistas de grande importância para uma recolha de dados fidedigna.

Assim, de acordo com as fases já mencionadas acima: a definição e planeamento, a preparação, colheita e análise de dados e por fim, a análise e conclusão (Yin, 2001), torna-se importante que inicialmente seja delineado o percurso do estudo com uma visão global de atuações onde se verifica a escolha dos casos, em seguida todas as evidências necessárias para o estudo e por fim a análise e reflexão.

Foram realizados quatro estudos, contemplando assim uma reflexão sobre as práticas de cuidados de enfermagem de reabilitação.

### 4.3. Recolha e análise de dados

A colheita de dados foi realizada durante o período de 24 de setembro a 25 de novembro de 2018. Corresponde à fase empírica de todo o processo, quando são colhidos dados no terreno, procede-se a sua organização e ainda à sua análise estatística, sendo que as técnicas de análise podem variar de acordo com a natureza dos dados. (Fortin, 2009)

De acordo com os objetivos do estágio e do projeto de intervenção a capacitação para os autocuidados foi considerada através da avaliação funcional utilizando o instrumento MIF (Direção Geral da Saúde, 2011). Os fatores que interferem com a capacitação para os autocuidados são também o equilíbrio e o risco de queda, os instrumentos utilizados para avaliação foram a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB) e a Escala de Quedas de Morse (EQM), respetivamente.

Foram recolhidos dados através de um formulário (Apêndice II), composto por parâmetros biofísicos que emergiram da revisão teórica, englobam a avaliação da pessoa relativamente à orientação nas três dimensões, a sua tolerância ao exercício medida pela presença/ausência e intensidade de dispneia através da escala de Borg modificada na versão apresentada pela RNCCI (<http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/217>) (Apêndice I), a força muscular através da escala de Lower e o tónus através da escala de Ashworth. A recolha dos parâmetros biofísicos foi efetuada a partir da consulta de documentos no processo do doente, também a observação ativa e registada é não menos importante em todo o procedimento.

A MIF, versão Portuguesa, que a Direção-Geral da Saúde (2011) recomenda na sua norma nº 054/2011 de 27/12/2011, possibilita a avaliação do grau de capacidade/incapacidade funcional, desempenho da pessoa, a necessidade de cuidados para a realização de variadas AVD's e atividades instrumentais, permitindo mensurar os resultados das intervenções de reabilitação (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016). Integra uma escala com sete níveis que representam graus de independência funcional, variando da independência completa à dependência completa. É constituída por 18 itens distribuídos em seis domínios: Autocuidados; Controle de Esfíncteres, Mobilidade e Transferências, Locomoção, Comunicação e Consciência do Mundo Exterior. Em cada item pode ser avaliada a funcionalidade, com uma escala de sete níveis de pontuação, que vai desde um ponto (dependência completa) a sete pontos (independência completa). A pontuação máxima é de 126

pontos que corresponde a independência completa e o mínimo de 18 pontos que representa dependência completa tendo em conta as áreas avaliadas (Direção Geral da Saúde, 2011). Podem ainda ser identificados 4 pontos de corte: 18 pontos (dependência completa); 19 – 60 pontos (dependência modificada com assistência até 50% da tarefa); 61 – 103 pontos (dependência modificada, com assistência até 25% da tarefa); 104 – 126 pontos (independência completa) (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016) (Anexo I).

A escala de Lower, conhecida como a escala muscular do Conselho de Pesquisa Médica<sup>3</sup>, foi publicada pela primeira vez em 1943 no documento "Auxílios à investigação de lesões nervosas periféricas (Memorando de Guerra nº 7)" (Medical Research Council, 2019). A escala de força muscular classifica os níveis de força entre 0 (sem contração muscular e sem movimento), 1 (observa-se contração papável e/ou visível sem movimento), 2 (tem movimento das extremidades, mas não contra a gravidade. A pessoa consegue mover o membro da base da cama), 3 (raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência), 4 (raio de movimento completo contra a resistência moderada e contra a gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força) e 5 (movimento normal contra a gravidade e resistência). A classificação faz-se em relação ao máximo esperado por aquele músculo, através de resistência à mobilização ativa (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, (2016); Menoita, (2014)) (Anexo II).

A escala de Ashworth é a mais mencionada na literatura para a avaliação da espasticidade/tónus muscular em pessoas com afeções do SNC. É uma escala qualitativa para avaliação do grau de espasticidade, que é medida de acordo com a resistência oferecida ao movimento angular de um segmento movido de forma rápida e passiva por um examinador (Bohannon & Smith, 1987).

A classificação é feita por graus: 0 – nenhum aumento do tónus muscular; 1 - leve aumento do tónus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida sem flexão ou extensão; 1+ - leve aumento do tónus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de

---

<sup>3</sup> *Medical Research Council*

resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento articular restante; 2 - aumento mais marcante do tónus muscular durante a maior parte da amplitude do movimento, mas a região é movida facilmente; 3 - considerável aumento do tónus muscular o movimento passivo é difícil; 4 - a parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão (Menoita, 2014) (Anexo III).

A escala de equilíbrio de Berg foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa (Brasil) por Myamoto (2004), considerando-se a versão brasileira um instrumento confiável para ser usado na avaliação do equilíbrio (Silva, et al., 2007). É composta por 14 itens onde estão incluídas atividades funcionais específicas em diferentes bases de apoio. As tarefas envolvem o equilíbrio estático e dinâmico: alcançar, girar, transferir-se, permanecer de pé e levantar-se. Cada item apresenta uma escala ordinal de 5 alternativas que recebem uma pontuação de 0 a 4 pontos, em função do desempenho da pessoa, obtendo uma pontuação total de 56 pontos. A pontuação desta escala é baseada na habilidade para executar as tarefas em tempo e de forma independente e engloba três dimensões: manter a posição, ajuste postural e movimentos voluntários. As pontuações finais que variem entre 0 a 20 representam a diminuição do equilíbrio, entre 21 a 40 representam equilíbrio aceitável, e entre 41 a 56 representam um bom equilíbrio (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016) (Anexo IV).

A escala de quedas de Morse foi criada por Janice Morse, num projeto piloto em 1985 e é aplicada a nível internacional. Validada para a população portuguesa em 2014 através de um estudo de investigação relativo à sua adaptação cultural e linguística (Costa-Dias, Ferreira, & Oliveira, 2014). Em Portugal é utilizada em vários centros hospitalares e a Direção-Geral da Saúde indica a necessidade de se avaliar o risco de queda como uma intervenção adequada e personalizada para a prevenção. É constituída por seis itens com duas ou três possibilidades de resposta para cada um. A cada uma das respostas corresponde uma pontuação. De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. A pontuação varia de 0 a 125 pontos, o resultado obtido é indicador do risco de queda, quanto maior o score maior o risco. Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos (Barbosa, Carvalho, & Cruz, 2015) (Anexo V).

A intervenção terapêutica foi planejada a partir da revisão teórica e implementada durante o período de contacto, em média o tempo de contacto com os participantes foram três dias. A avaliação inicial foi realizada com recurso aos instrumentos acima referidos e após essa avaliação foram delineados os planos de intervenção de ER.

Assim, o instrumento MIF (Direção Geral da Saúde, 2011) e os parâmetros biofísicos delineados foram utilizados em pelo menos dois momentos distintos, antes da intervenção de enfermagem de reabilitação e no final para avaliação de resultados. Os dados obtidos foram discutidos de forma individual para cada caso.

#### **4.3.1. Considerações de Ordem Ética**

No âmbito de um estudo de investigação, é necessário ter em atenção os direitos e a liberdade de escolha dos seus participantes, sem causar qualquer tipo de dano aos mesmos. De acordo com Fortin (1999, p. 114), “a ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...), significa a avaliação crítica e a reconstrução dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as ações e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade.” Este é um conceito major a partir do qual organizações internacionais regulam procedimentos, dos quais faz parte a investigação que envolva seres humanos. A Declaração de Helsínquia, sustenta este conceito quando preconiza que o protocolo de investigação seja aprovado por uma comissão de ética, que haja o respeito pela privacidade e confidencialidade e consequentemente a existência de um consentimento informado que poderá ser assinado pela pessoa sujeito de cuidados ou em caso de incapacidade física ou mental pelo seu representante legal (Assembleia Geral da AMM, 2013). Os procedimentos de salvaguarda dos princípios éticos seguiram a norma da Direção-Geral da Saúde (2015), onde é proposto um formulário de consentimento informado, esclarecido e livre, dado por escrito.

Para aprovação do projeto foi enviado um requerimento em conjunto com o projeto à Comissão Ética do Conselho de Administração da ULS onde foi realizado o estágio final. Foi obtido parecer positivo e comunicado via e-mail à requerente (Anexo VI).

O acesso aos participantes foi obtido na condição de estágio supervisionado e a anuência à participação foi confirmada por consentimento assinado como acima referido no texto (Apêndice I). Os dados recolhidos ao longo do projeto foram anonimizados no momento da recolha, destinando-se unicamente para o desenvolvimento do mesmo e entregues à responsabilidade da mestranda.

#### **4.4. Participantes do Estudo**

Segundo Fortin (1999, p. 41), “a população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. (...) A população alvo refere-se à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações.” Neste estudo e de acordo com as normas e objetivos preconizados para um estágio de especialidade, a atribuição de doentes foi delineada pelo enfermeiro supervisor especialista em ER. Para implementação do projeto de intervenção foram definidos os critérios de inclusão dos participantes: pessoas em que o internamento foi motivado por patologia do SNC. Como critério de exclusão excluíram-se as pessoas que por alteração do nível de consciência não apresentavam manifestações de interação consciente com os profissionais e com o ambiente.

Participaram quatro doentes com idade média de 71,8 anos (DP = 9,9), designados por A<sub>1</sub>, A<sub>2</sub>, A<sub>3</sub> e A<sub>4</sub>.

#### **4.5. Protocolo de Intervenção**

O protocolo de intervenção emergiu das intervenções identificadas na revisão da literatura, foi implementado após a primeira avaliação e nos momentos subsequentes de contacto com os participantes. O tempo de contacto foi condicionado pela ocorrência de alta

clínica. Foram formulados os planos de intervenção de ER com as intervenções dirigidas às necessidades de cuidados e alterações apresentadas (Tabela nº1).

Tabela nº 1 – Protocolo de Intervenção

<b>Foco</b>	<b>Intervenção</b>
<b>Autocuidados</b>	Treino do autocuidado higiene
	Treino do autocuidado vestuário
	Treino do autocuidado uso do sanitário
	Treino do autocuidado alimentação
<b>Equilíbrio</b>	Treino de equilíbrio funcional, dinâmico e estático
<b>Reeducação Funcional Motora</b>	Exercícios músculo-articulares
	Treino de marcha

(Fonte: do autor)

A avaliação diagnóstica realizada no primeiro contacto conduziu à formulação de diagnósticos de ER individualizados e ao planeamento da intervenção. Para cada caso foram realizados planos de intervenção os quais foram sendo ajustados à evolução da capacitação dos participantes. As intervenções foram igualmente individualizadas relativamente às técnicas aplicadas, duração, intensidade e recursos (Apêndice IV).

#### **4.6. Apresentação dos Resultados**

Este capítulo pretende desenvolver uma descrição individual de cada caso, de acordo com o proposto pelo método de estudo de caso de Robert Yin aquando da análise das evidências dos estudos de caso. Preconiza-se uma abordagem descritiva que possa ajudar a identificar as ligações causais apropriadas a serem analisadas (Yin, 2001).

São apresentados os dados do formulário concebido (Apêndice II), que contem os instrumentos de medida escolhidos de acordo com a revisão da literatura, os dados sociodemográficos (Apêndice III) obtidos através de entrevista e delineados no projeto inicial, os dados de observação durante a prática clínica, e ainda os dados recolhidos no sistema.

### **Estudo de Caso A<sub>1</sub>**

Homem de 69 anos de idade, casado, com comorbilidades anteriores ao internamento: Hipertensão Arterial (HTA), Obesidade, AVC com hematoma do lobo para-sagital com sequela de períodos de desorientação espacial e temporal e status pós prótese total do joelho bilateral.

O episódio de internamento foi motivado por AVC Hemorrágico do núcleo capsular direito com inundação tetra-ventricular, frequente em pessoas com HTA (Menoita, 2014). No primeiro momento de contacto verificou-se que estava orientado na pessoa, com períodos de desorientação no espaço e no tempo, tendo em conta a sequela que já apresentava, a condição manteve-se até à avaliação final. Relativamente às funções de tolerância ao exercício, depois de andar alguns metros ou alguns minutos num sítio plano tinha de parar para respirar, após a intervenção de ER constatou-se que o utente mantinha a marcha lenta relativamente a outras pessoas da mesma idade, mas a sua tolerância ao exercício e ao esforço era maior (Tabela nº2).

O motivo de internamento derivou de uma hemorragia intracerebral hemisférica num local de maior fragilidade vascular (Menoita, 2014), os défices revelaram alterações da força muscular ao nível dos membros inferiores sendo que o movimento se encontrava diminuído contra a gravidade e resistência (Escala de Lower=3), a ter em conta a artroplastia do joelho bilateral, que realizou anteriormente ao acontecimento e que concorre também para que haja diminuição da força muscular. Nos membros superiores não apresentava alterações na força muscular (Escala de Lower=5). Não se constataram alterações no tónus muscular (Escala de Ashworth = 0) (Tabela nº2).

Relativamente ao equilíbrio, quando sentado não apresentava alterações a nível estático ou dinâmico mas na posição ortostática apresentava alterações no equilíbrio dinâmico. De acordo com a pontuação obtida através da EEB a pessoa apresentava um equilíbrio aceitável (EEB=25), sendo que na avaliação final a pontuação evoluiu, mas a condição manteve-se

(EEB=39). O risco de queda era elevado inicialmente (EQM=50) e a avaliação final revelou diminuição do risco de queda o qual passou a moderado (EQM=45) (Tabela nº2).

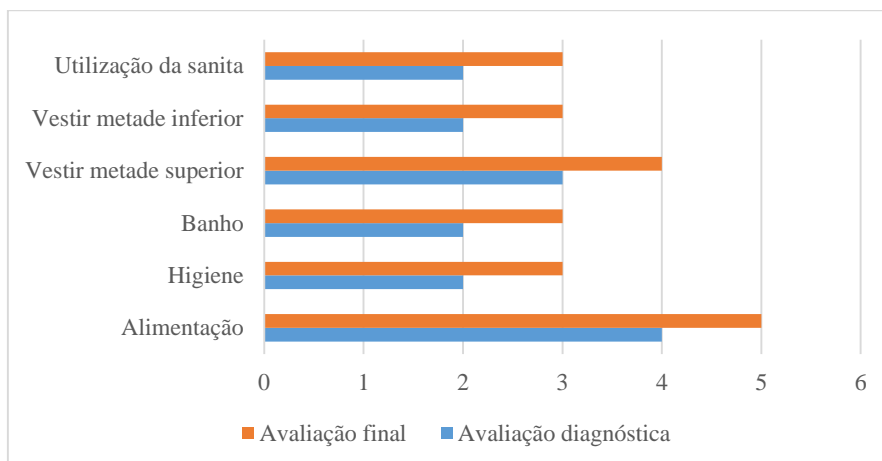
Tabela nº2 – Parâmetros Biofísicos A<sub>1</sub>

<b>Parâmetros Biofísicos</b>	<b>Avaliação Diagnóstica</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Funções de orientação nas três dimensões</b>	Dificuldades de orientação em relação a duas dimensões	=
<b>Funções de tolerância ao exercício (Escala de Borg modificada)</b>	Após andar alguns metros ou alguns minutos num sítio plano tem de parar para respirar	Anda mais devagar do que outras pessoas da mesma idade devido a falta de ar ou quando caminha num sítio plano tem que parar para respirar
<b>Força Muscular (Escala de Lower)</b>		
<b>MSD (membro superior direito)</b>	5/5	=
<b>MSE (membro superior esquerdo)</b>	5/5	=
<b>MID (membro inferior direito)</b>	3/5	4/5
<b>MIE (membro inferior esquerdo)</b>	3/5	4/5
<b>Tónus Muscular (Escala de Ashworth)</b>		
<b>MSD</b>	0	=
<b>MSE</b>	0	=
<b>MID</b>	0	=
<b>MIE</b>	0	=
<b>Escala de Equilíbrio de Berg</b>	25	39
<b>Escala de Quedas de Morse</b>	50	45

(Fonte: do autor)

Verificou-se na primeira avaliação que A<sub>1</sub> apresentava maioritariamente dependência completa ao nível dos autocuidados: higiene, banho, vestir metade inferior e utilização da sanita, ou seja, fazia menos de 50% do trabalho que a atividade implica, classificada de ajuda máxima. Após um conjunto de intervenções de ER a capacitação para os autocuidados aumentou e foi classificada de ajuda moderada. No vestir a metade superior do corpo a dependência era modificada, executava 50% ou mais do trabalho que a atividade implica, necessitando apenas de ajuda moderada, após o treino e a demonstração de intervenções relativas à técnica de adaptação para o autocuidado e o ajuste de estratégias adaptativas, passou a necessitar de ajuda mínima para a realização da atividade. Na alimentação necessitava apenas de ajuda mínima pois executava 75% ou mais do trabalho que a atividade implica, na avaliação final a pessoa carecia apenas de supervisão (Figura nº 1).

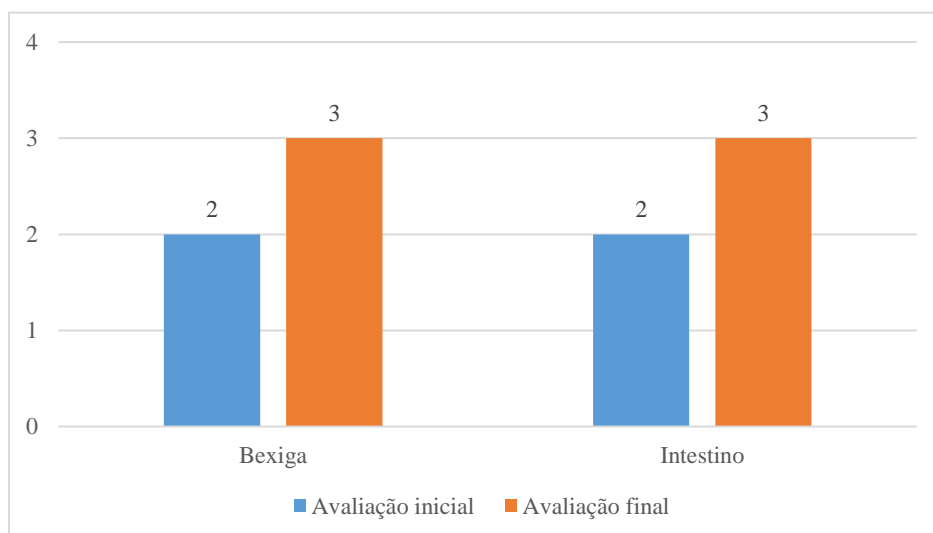
Figura°1- Evolução da capacitação para os Autocuidados A<sub>1</sub>



(Fonte: do autor)

Relativamente ao controlo de esfínteres apresentava dependência completa com a necessidade de ajuda máxima na atividade, esta condição foi alterada com o treino de micção por horário: idas ao sanitário com horário fixo, proporcionando a deslocação ao sanitário logo após o primeiro levantar da manhã. A avaliação final na capacitação para o autocuidado foi classificada como ajuda moderada (Figura nº2).

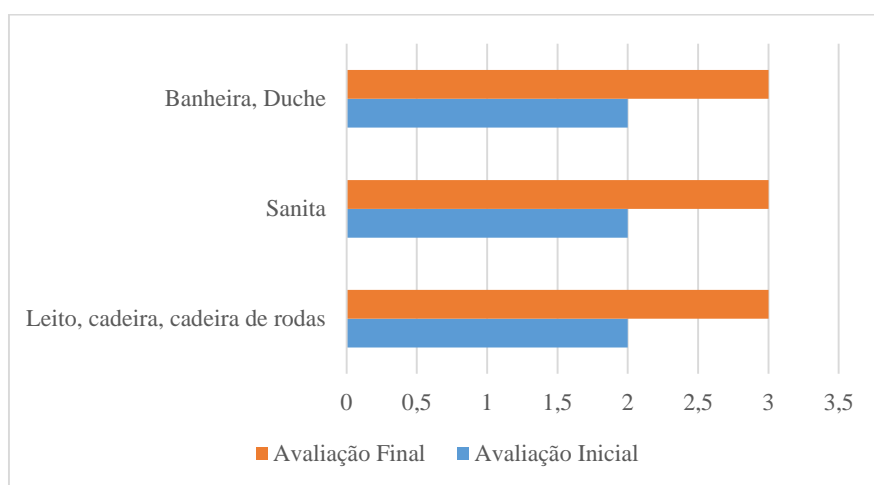
Figura nº2 – Evolução no controlo de esfínteres A<sub>1</sub>



(Fonte: do autor)

Na mobilidade/transferências a avaliação inicial foi de dependência completa, com a necessidade de ajuda máxima nas transferências do leito para a cadeira de rodas e vice-versa, assim como da cadeira de rodas para a sanita e para o duche. Verificou-se após a intervenção de ER o progresso da pessoa, ao evoluir para ajuda moderada (Figura nº3).

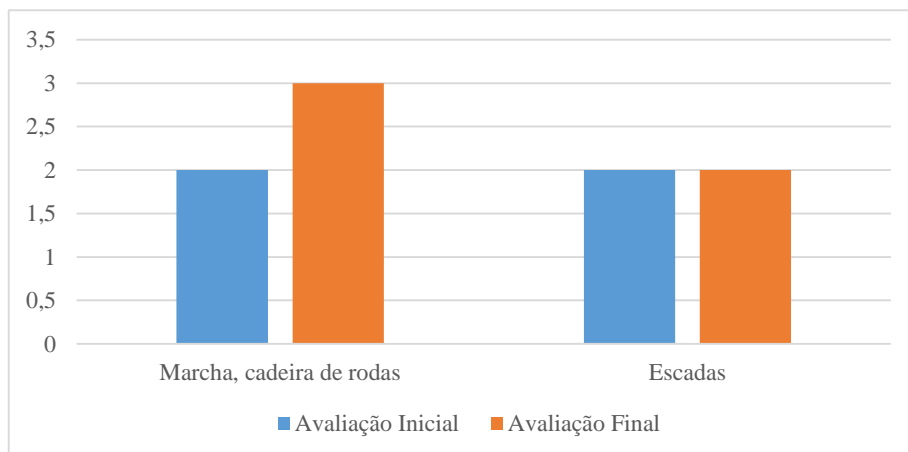
Figura nº3 – Capacitação para os autocuidados de mobilidade/transferências A<sub>1</sub>



(Fonte: do autor)

A locomoção foi classificada com dependência completa e a pessoa necessitava de ajuda máxima na realização da marcha e para subir e descer escadas. Esta condição foi alterada para dependência modificada com ajuda moderada, após a realização de treinos de marcha de curta duração várias vezes ao longo do turno com benefício para a pessoa. Contudo, relativamente às escadas a condição manteve-se igual (Figura nº4).

Figura nº4 - Locomoção A<sub>1</sub>



(Fonte: do autor)

Na comunicação apresentou dependência modificada com ajuda moderada na compreensão e ajuda mínima na expressão, sendo que ao nível da compreensão na avaliação final a ajuda passou a ser mínima. Na consciência do mundo exterior apenas na resolução de problemas apresentava dependência completa, os restantes níveis encontravam-se com dependência modificada, interação social ajuda mínima e memória ajuda moderada, nenhuma das condições sofreu alterações até à avaliação final (Tabela nº3).

Tabela nº3 – Comunicação e Consciência do mundo exterior A<sub>1</sub>

MIF	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
<b>Comunicação</b>		
<b>Compreensão</b>	3	4
<b>Expressão</b>	4	4
<b>Consciência do mundo exterior</b>		
<b>Interação social</b>	4	4
<b>Resolução de problemas</b>	2	2
<b>Memória</b>	3	3

(Fonte: do autor)

No total, de acordo com os pontos de corte da MIF o estudo A<sub>1</sub> manteve a classificação de dependência modificada com assistência até 50% da atividade. Apresentou um score de MIF de 45 pontos na primeira avaliação e 58 pontos na avaliação final.

### **Estudo de Caso A<sub>2</sub>**

Homem de 82 anos de idade, solteiro. Os dados de saúde revelaram a presença de HTA e doença cerebrovascular não especificada.

O internamento foi motivado por AVC Isquêmico do núcleo capsular e periventricular à direita. Encontrava-se orientado nas três dimensões, sem alterações até à avaliação final. Relativamente às funções de tolerância ao esforço, a marcha era lenta tendo em conta a faixa etária em que está inserido, revelando vários períodos de cansaço durante o percurso. Condição alterada na avaliação final onde revelou maior tolerância ao esforço comparativamente com a avaliação inicial.

De acordo com o diagnóstico que motivou o internamento, no território vertebro-basilar os quadros clínicos podem ser múltiplos dependendo das zonas afetadas, no entanto, entre os sinais e sintomas mais frequentes estão a disartria, a disfagia, o desequilíbrio, parésias e/ou alterações da sensibilidade (Menoita, 2014). Constatou-se neste estudo o défice de discurso classificado como disartria perceptível. As intervenções relativas ao défice no discurso encontram-se descritas no protocolo de intervenção (Apêndice V). O reflexo de deglutição também se encontrava alterado, com variações ao nível dos músculos da mastigação e sensibilidade da face, assimetria facial com desvio da comissura labial à direita, sensibilidade da úvula e palato mole alterados com reflexo de vômito alterado, tom de voz alterado (voz molhada após ingestão de alimentos líquidos), movimentos da cabeça mantidos e protusão da língua também. Apresentava disfagia a líquidos, compensada com espessante de acordo com o protocolo do serviço. No protocolo de intervenção encontra-se descrita a intervenção relativa à disfagia (Apêndice VI).

Ainda em relação aos défices apresentados, a força muscular encontrava-se alterada no hemicorpo esquerdo contralateral à lesão, sendo que o membro superior (Escala de Lower=3/5) apresentava maior alteração que o membro inferior (Escala de Lower = 4/5), com movimento diminuído contra a resistência e gravidade, motricidade fina alterada na extremidade (1º e 2º

dedo) e ainda hipoalgesia na extremidade distal do membro. A intervenção relativa à RFM encontra-se descrita no protocolo de intervenção (Apêndice IV). Não foram constatadas alterações ao nível do tônus (Escala de Ashworth = 0) (Tabela nº4).

Relativamente à coordenação motora apresentava dismetria na prova dedo-nariz à esquerda, sem alterações na prova calcanhar Joelho. A marcha era atáxica caracterizada por movimentos inseguros e cambaleantes com uma base de sustentação larga devido à alteração do equilíbrio verificada. Manifestação clínica frequente no AVC do território vertebro-basilar (Menoita, 2014). Inicialmente apresentou alterações ao nível da posição ortostática no equilíbrio dinâmico, com um equilíbrio aceitável (EEB=33), tendo posteriormente evoluído na avaliação final para um bom equilíbrio (EEB=48). Na avaliação inicial apresentou risco de queda moderado (EQM=40), condição que se manteve apesar da pontuação ter diminuído (EQM=35) (Tabela nº4).

Tabela nº4 – Parâmetros Biofísicos A<sub>2</sub>

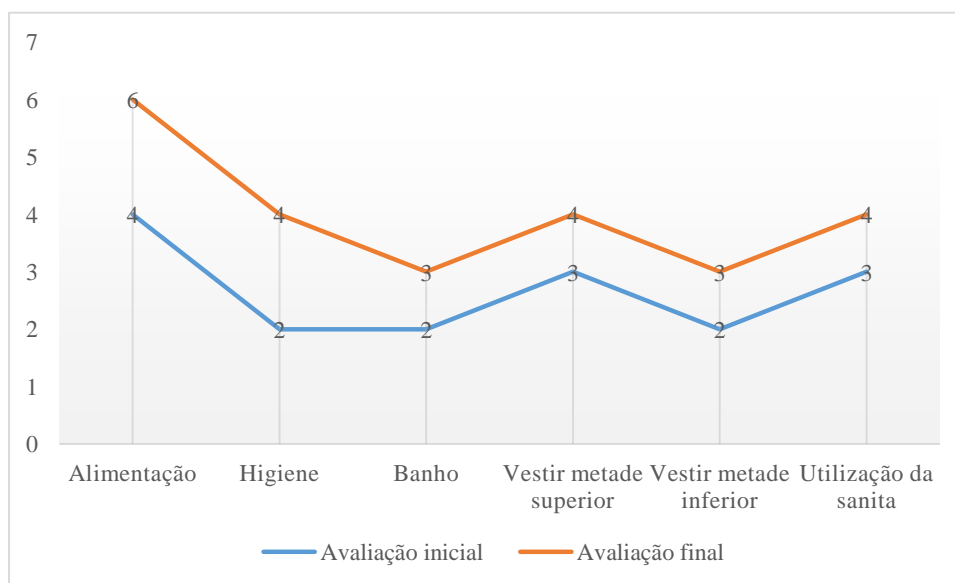
<b>Parâmetros Biofísicos</b>	<b>Avaliação Diagnóstica</b>	<b>Após Intervenção do EEER</b>
<b>Funções de orientação nas três dimensões</b>	Nenhuma dificuldade de orientação nas três dimensões	=
<b>Funções de tolerância ao exercício (escala de Borg modificada)</b>	Anda mais devagar do que outras pessoas da mesma idade devido a falta de ar ou quando caminha num sítio plano tem que parar para respirar	Falta de ar surge quando caminha de maneira apressada num sítio plano
<b>Força Muscular (Escala de Lower)</b>		
MSD	3/5	4/5
MSE	5/5	=
MID	4/5	5/5
MIE	5/5	=
<b>Tônus Muscular (Escala de Ashworth)</b>		
MSD	0	=
MSE	0	=
MID	0	=
MIE	0	=
<b>Escala de Equilíbrio de Berg</b>	33	48
<b>Escala de Quedas de Morse</b>	40	35

(Fonte: do autor)

Na primeira avaliação, A<sub>2</sub> apresentava maioritariamente dependência completa ao nível dos autocuidados: higiene, banho e vestir a metade inferior, ou seja, fazia menos de 50% do

trabalho que a atividade implica, necessitando neste caso de ajuda máxima. Condição que foi alterada após a intervenção de ER, pautada pela demonstração e treino, relativo a ajudas técnicas e outras intervenções. A capacitação para os autocuidados aumentou e foi classificada como dependência modificada com ajuda mínima e ajuda moderada (Figura nº3). Nos parâmetros utilização da sanita e vestir a metade superior a avaliação inicial foi de dependência modificada, executava 50% ou mais do trabalho que a atividade implica, e foi classificada com ajuda moderada, na avaliação final constatou-se que a capacitação para o autocuidado aumentou e foi classificada de ajuda mínima. No autocuidado alimentação, após a avaliação diagnóstica verificou-se que a capacidade para deglutir alimentos líquidos se encontrava alterada, apesar de necessitar apenas de ajuda mínima no autocuidado, conseguindo executar 75% ou mais do trabalho que a atividade implica (Figura nº5).

Figura nº5 – Evolução da capacitação para os autocuidados A<sub>2</sub>



(Fonte: do autor)

Relativamente ao controlo de esfíncteres na avaliação inicial foi classificada de dependência modificada com a necessidade de ajuda moderada. Após a realização de intervenções como: o treino do uso do urinol para evitar a deslocação ao sanitário no período noturno, treino de micção por horário, integrando a ida ao sanitário logo após o primeiro levante da manhã, entre outras intervenções descritas no protocolo de intervenção (Apêndice IV), foi

possível promover uma atividade mais independente. Na avaliação diagnóstica foi classificado com necessidade de supervisão. (Tabela nº5).

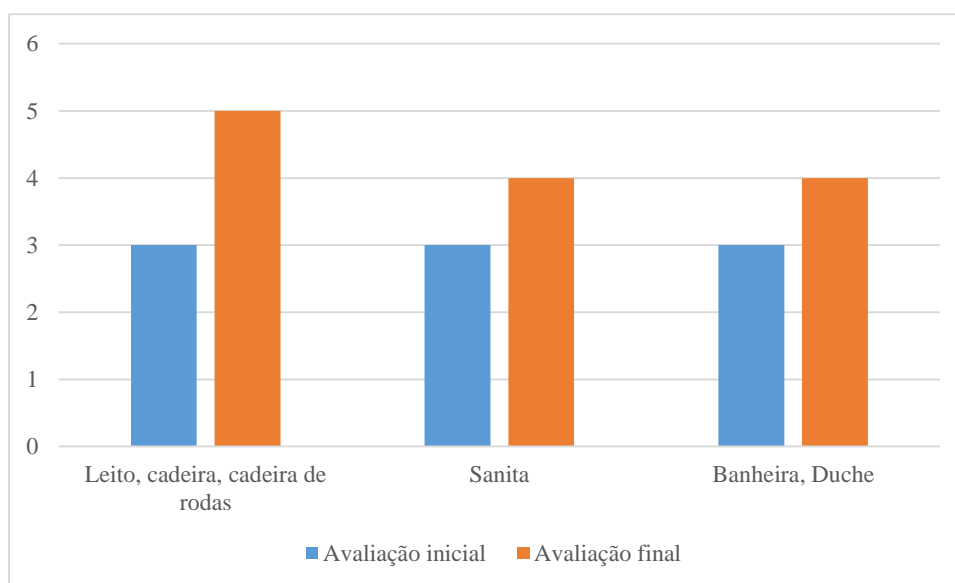
Tabela nº5- Evolução no controlo de esfíncteres A<sub>2</sub>

MIF	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
<b>Controlo de Esfíncteres</b>		
Bexiga	3	5
Intestino	3	5

(Fonte: do autor)

Na mobilidade/transferências na avaliação inicial foi classificada de dependência modificada com a necessidade de ajuda moderada, na avaliação final evoluiu para supervisão nas transferências do leito para a cadeira e vice-versa, e para ajuda mínima na transferência para o duche e sanita (Figura nº6).

Figura nº 6 – Capacitação para os autocuidados de mobilidade e transferência A<sub>2</sub>



(Fonte: do autor)

A locomoção inicialmente foi classificada de dependência modificada na marcha com a necessidade de ajuda moderada nas deslocações, e dependência completa nas escadas com a necessidade de ajuda máxima. Este nível de dependência deve-se ao compromisso do equilíbrio corporal, na posição ortostática apresentava alterações no equilíbrio dinâmico. Com a intervenção de ER através do treino de exercícios que possibilitam reeducar o mecanismo reflexo-postural e reintegrar o esquema corporal, na avaliação final a classificação foi de dependência modificada nas escadas com ajuda moderada e, ajuda mínima na marcha (Tabela nº6).

Tabela nº6 – Locomoção A<sub>2</sub>

<b>MIF</b>	<b>Avaliação Diagnóstica</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Locomoção</b>		
<b>Marcha, cadeira de rodas</b>	3	4
<b>Escadas</b>	2	3

(Fonte: do autor)

A comunicação apresentava dependência modificada com um score de 4 pontos nos parâmetros compreensão e expressão, classificados de ajuda mínima, a pessoa apresentava disartria com discurso perceptível e compreensão mantida. Esta condição foi alterada após um conjunto de intervenções descritas no protocolo de intervenção (Apêndice V), para promover a comunicação no défice do discurso. Na consciência do mundo exterior apenas a resolução de problemas apresentava o score mais baixo com a necessidade de ajuda moderada, esta condição não foi alterada até à avaliação final (Tabela nº7).

Tabela nº7- Comunicação e Consciência do mundo exterior A<sub>2</sub>

MIF	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
<b>Comunicação</b>		
Compreensão	4	5
Expressão	4	5
<b>Consciência do mundo exterior</b>		
Interação social	5	5
Resolução de problemas	3	3
Memória	5	5

(Fonte: do autor)

De acordo com os pontos de corte da MIF, inicialmente A<sub>2</sub> apresentou um score de 57 pontos classificado no total de dependência modificada com assistência até 50% da atividade, e 77 pontos na avaliação final com a mesma condição, mas assistência até 25% da atividade.

### **Estudo de Caso A<sub>3</sub>**

Mulher de 57 anos de idade, casada. Os dados de saúde revelaram fratura do colo do fêmur à direita com colocação de prótese total da anca.

Internada por AVC Isquémico do hemisfério cerebeloso esquerdo. Orientada nas três dimensões, condição que não sofreu alterações até à avaliação final. Inicialmente a marcha era lenta, comparativamente à sua faixa etária com a necessidade de pausas durante o percurso. Na avaliação diagnóstica revelou um aumento da resistência ao esforço, com a necessidade de descansar apenas no padrão de marcha acelerada.

Tendo em conta o diagnóstico que proporcionou o internamento, as ligações do cerebelo com diversas regiões do SNC explicam a sua participação em múltiplas funções cerebrais. O cerebelo tem um papel essencial na coordenação motora participando no controlo do equilíbrio. Sinais e sintomas motores comuns às lesões no cerebelo estão descritos, como o desequilíbrio na marcha e a descoordenação dos movimentos (Bugalho, Correa, & Viana-Baptista, 2006). Assim, destaca-se a alteração no equilíbrio como o défice presente e mais exacerbado. O equilíbrio apresentou um score num limiar muito baixo (EEB=24) ainda que considerado aceitável, sendo o equilíbrio dinâmico na posição ortostática o que se encontrava comprometido

na avaliação inicial. Na avaliação final manteve a condição ainda que a pontuação tivesse tido um aumento de 15 pontos (EEB=39). O risco de queda inicialmente era elevado (EQM=65), condição que não foi também alterada apesar de se ter verificado uma diminuição no score final (EQM=50). A intervenção relativa ao equilíbrio encontra-se descrita no protocolo de intervenção (Apêndice IV).

Não se constatou alterações na força muscular (Escala de Lower=5). O tônus muscular estava mantido (Escala de Ashworth=0) (Tabela nº8).

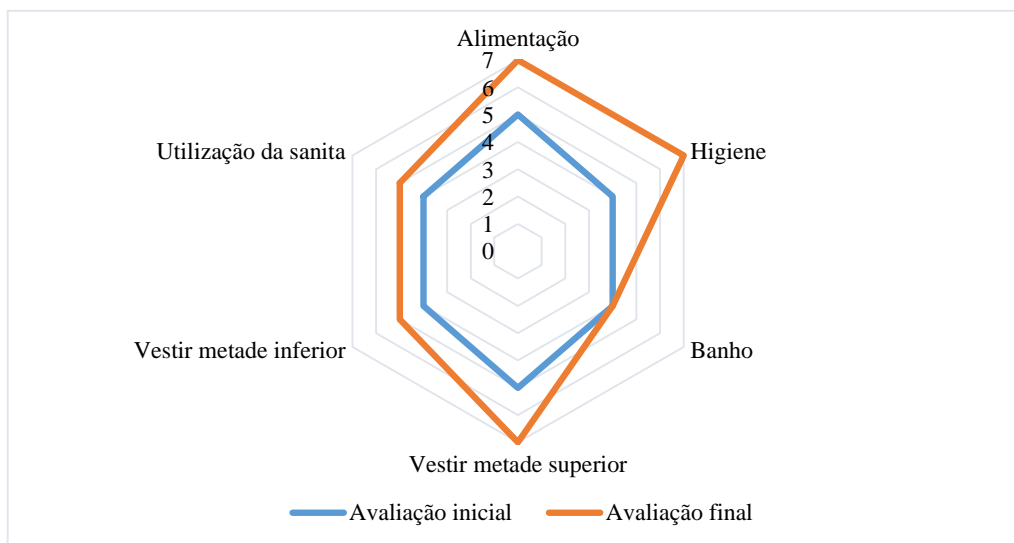
Tabela nº8 – Parâmetros biofísicos A<sub>3</sub>

<b>Parâmetros Biofísicos</b>	<b>Avaliação Diagnóstica</b>	<b>Após Intervenção do EEER</b>
<b>Funções de orientação nas três dimensões</b>	Nenhuma dificuldade de orientação nas três dimensões	=
<b>Funções de tolerância ao exercício</b>	Anda mais devagar do que outras pessoas da mesma idade devido a falta de ar ou quando caminha num sítio plano tem que parar para respirar	Falta de ar surge quando caminha de maneira apressada num sítio plano
<b>Força Muscular (Escala de Lower)</b>		
<b>MSD</b>	5/5	=
<b>MSE</b>	5/5	=
<b>MID</b>	5/5	=
<b>MIE</b>	5/5	=
<b>Tônus Muscular (Escala de Ashworth)</b>		
<b>MSD</b>	0	=
<b>MSE</b>	0	=
<b>MID</b>	0	=
<b>MIE</b>	0	=
<b>Escala de Equilíbrio de Berg</b>	24	39
<b>Escala de Quedas de Morse</b>	65	50

(Fonte: do autor)

Verificou-se na primeira avaliação que a pessoa apresentava maioritariamente dependência modificada ao nível dos autocuidados, executando 50% ou mais do trabalho que a atividade implica, classificada de ajuda moderada no autocuidado: higiene, banho, vestir metade inferior e na utilização da sanita, e supervisão na alimentação e no vestir a metade superior. Neste estudo a avaliação final demonstrou que a capacitação para os autocuidados proporcionou a independência completa em segurança e tempo normal na alimentação, higiene e vestir a metade superior; supervisão no vestir a metade inferior e utilização da sanita, e ajuda mínima apenas no banho (Figura nº7).

Figura nº 7 – Evolução da capacitação para os autocuidados A<sub>3</sub>



(Fonte: do autor)

Relativamente ao controlo de esfíncteres foi classificada em dependência modificada com um score de 5 com a necessidade apenas de supervisão e na avaliação final verificou-se a independência completa nesta condição (Tabela nº9).

Tabela nº9 – Evolução no controlo de esfíncteres A<sub>3</sub>

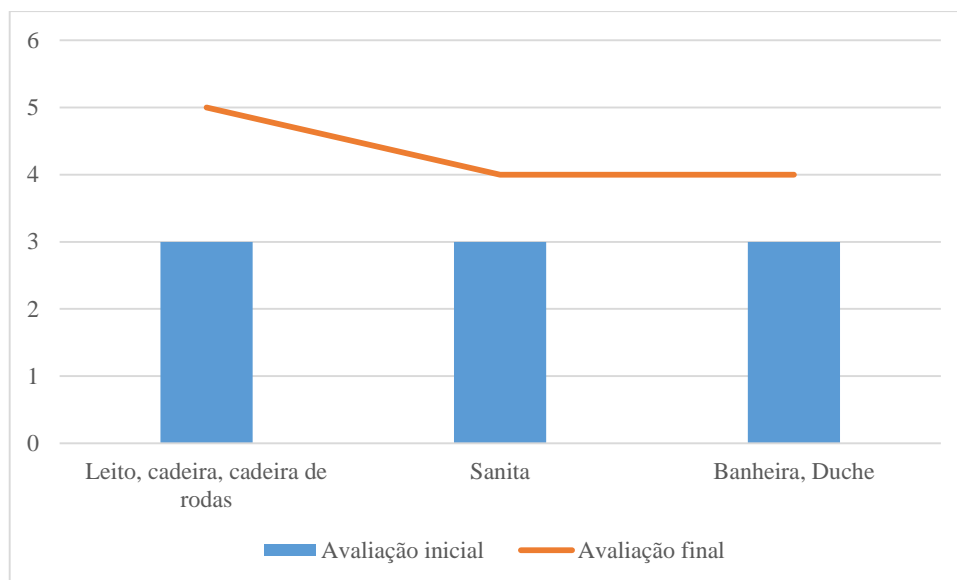
MIF	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
<b>Controlo de Esfíncteres</b>		
Bexiga	5	7
Intestino	5	7

(Fonte: do autor)

As transferências pautavam-se por um nível de dependência modificado classificada como ajuda moderada em todos os parâmetros. Houve a necessidade de reintegrar o esquema corporal e treinar exercícios no leito como o rolamento, a ponte, proporcionando a recuperação do equilíbrio pélvico essencial ao ortostatismo e marcha, a carga no cotovelo para uma elevação no leito mais segura e com menor dispêndio de energia, entre outras intervenções, que facilitam as transferências e a habilidade na realização dos autocuidados. A avaliação final revelou um

nível de dependência com a necessidade de supervisão no leito e cadeira, e ajuda mínima nos restantes parâmetros (Figura nº8).

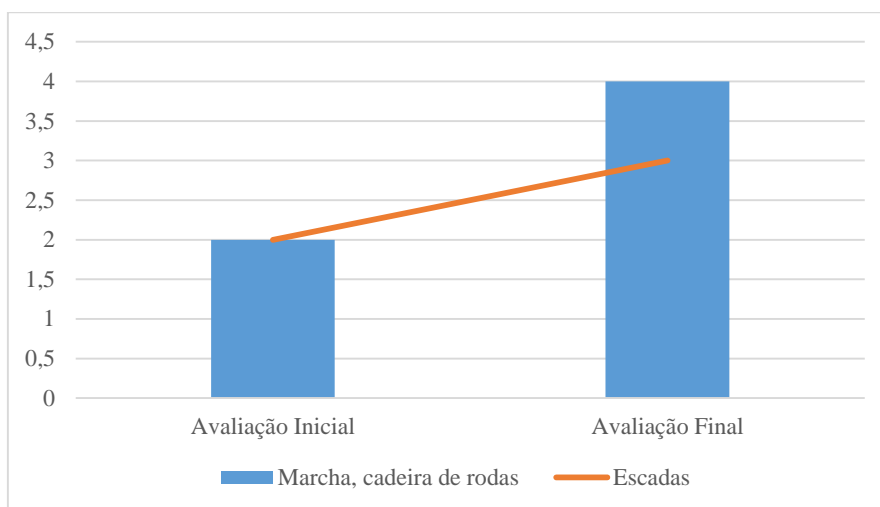
Figura nº8 – Capacitação para os autocuidados de mobilidade e transferência A<sub>3</sub>



(Fonte: do autor)

A locomoção obteve o nível de dependência mais elevado neste estudo, classificada com ajuda máxima conseguindo apenas realizar 25% do trabalho que a atividade implica. Este fator deveu-se em grande parte ao compromisso do equilíbrio e tornou-se vantajoso alternar o treino de marcha com o treino de equilíbrio. Os ganhos relativos a esta condição proporcionaram um nível de dependência modificada com ajuda mínima na marcha e ajuda moderada nas escadas (Figura nº9).

Figura nº9 – Locomoção A<sub>3</sub>



(Fonte: do autor)

Na comunicação apresentava dependência modificada na compreensão com um score de 5 e a necessidade de supervisão, e na expressão independência completa, assim como na consciência do mundo exterior onde só na resolução de problemas apresentava um score de 5 com a necessidade apenas de supervisão, estas condições não foram alteradas (Tabela nº10).

Tabela nº10 – Comunicação e Consciência do mundo exterior A<sub>3</sub>

MIF	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
<b>Comunicação</b>		
Compreensão	5	5
Expressão	7	7
<b>Consciência do mundo exterior</b>		
Interação social	7	7
Resolução de problemas	5	5
Memória	7	7

(Fonte: do autor)

De acordo com a avaliação da MIF, no total apresentava um score de MIF de 80 pontos na primeira avaliação, classificada de dependência modificada com assistência até 25% da atividade, e 100 pontos na avaliação final.

### Estudo de Caso A4

Homem de 79 anos de idade, casado. Sem antecedentes pessoais conhecidos.

O internamento foi motivado pelo diagnóstico de AVC isquémico na artéria cerebral média esquerda. Na avaliação inicial encontrava-se orientado nas três dimensões, condição que não sofreu alterações. Inicialmente a marcha era lenta com a necessidade de pausas durante o percurso, na avaliação diagnóstica revelou um aumento da resistência ao esforço, com a necessidade de descansar apenas quando caminhava de forma mais apressada (Tabela nº11).

Tendo em conta o diagnóstico a que foi sujeito, os AVC's do território carotídeo que se situem na artéria cerebral média podem apresentar manifestações clínicas como a hemiparésia contralateral (Menoita, 2014). De facto, os défices revelaram-se no hemicorpo direito com a força diminuída nos dois membros (Escala de Lower = 4/5), com raio de movimento completo contra a gravidade e resistência moderada. O tónus muscular encontrava-se mantido (Escala de Ashworth = 0) e não sofreu alterações (Tabela nº11).

O equilíbrio dinâmico na posição ortostática estava alterado (EEB = 31), aceitável de acordo com a EEB, na avaliação final o aumento não foi significativo (EEE=38) e a condição manteve-se. O risco de queda inicialmente era elevado (EQM = 50) e na avaliação diagnóstica revelou-se moderado (EQM = 35) (Tabela nº11).

Tabela nº11 – Parâmetros biofísicos A4

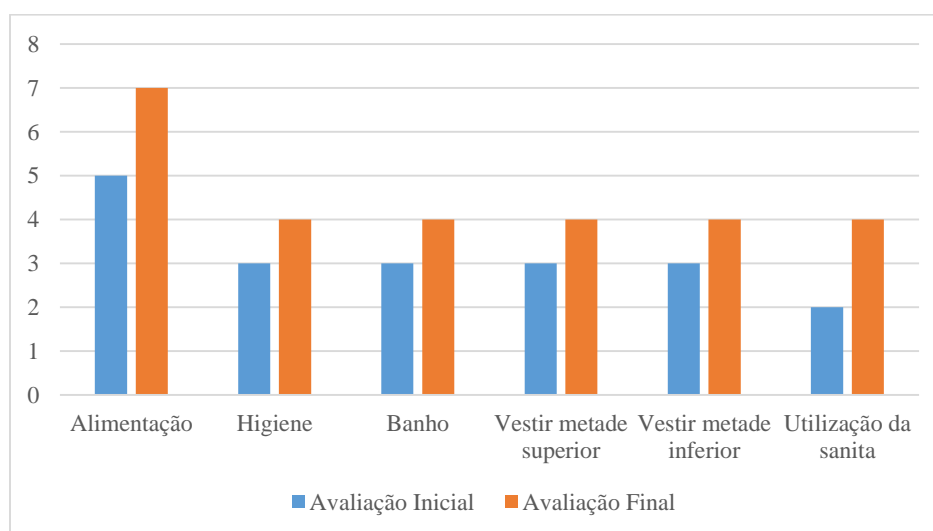
<b>Parâmetros Biofísicos</b>	<b>Avaliação Diagnóstica</b>	<b>Após Intervenção do EEER</b>
<b>Funções de orientação nas três dimensões</b>	Nenhuma dificuldade de orientação nas três dimensões	=
<b>Funções de tolerância ao exercício (escala de Borg modificada)</b>	Anda mais devagar do que outras pessoas da mesma idade devido a falta de ar ou quando caminha num sítio plano tem que parar para respirar	Falta de ar surge quando caminha de maneira apressada num sítio plano
<b>Força Muscular (Escala de Lower)</b>		
<b>MSD</b>	4/5	5/5
<b>MSE</b>	5/5	=
<b>MID</b>	4/5	5/5
<b>MIE</b>	5/5	=
<b>Tónus Muscular (Escala de Ashworth)</b>		
<b>MSD</b>	0	=
<b>MSE</b>	0	=

<b>MID</b>	0	=
<b>MIE</b>	0	=
<b>Escala de Equilíbrio de Berg</b>	31	38
<b>Escala de Quedas de Morse</b>	50	35

(Fonte: do autor)

Nos autocuidados o nível de dependência era maioritariamente modificado, com supervisão na alimentação e ajuda moderada na higiene, banho e vestir metade superior e inferior. A utilização da sanita necessitava de ajuda máxima e consequentemente a pessoa fazia apenas 25% do trabalho que a atividade exigia. Neste caso as ajudas técnicas foram um elemento essencial para a capacitação dos autocuidados, o ensino sobre a utilização das barras de apoio paralelas à sanita tornou-se essencial na sua evolução, e uma estratégia adaptativa para promover a independência da pessoa. Na avaliação final, os autocuidados estavam no nível de dependência modificada, classificada com ajuda mínima em todos, exceto a alimentação que se encontrava no nível de independência completa em segurança e tempo normal (Figura nº10).

Figura nº10 – Evolução da capacitação para os autocuidados A<sub>4</sub>



(Fonte: do autor)

Relativamente ao controlo de esfíncteres a dependência era modificada, classificada com supervisão e esta condição não sofreu alterações (Tabela nº12).

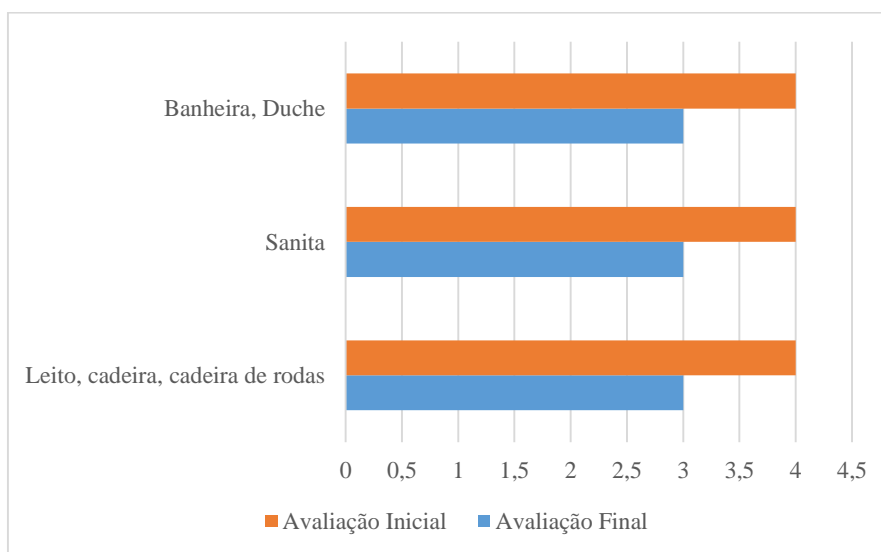
Tabela nº12 – Evolução do controlo de esfíncteres - Estudo de Caso A4

MIF	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
<b>Controlo de Esfíncteres</b>		
Bexiga	5	5
Intestino	5	5

(Fonte: do autor)

Na mobilidade e transferências o nível de dependência concorre com a habilidade para a execução dos autocuidados. Na avaliação inicial a dependência era modificada com ajuda moderada em todos os parâmetros, na avaliação final evoluiu para ajuda mínima (Figura nº11).

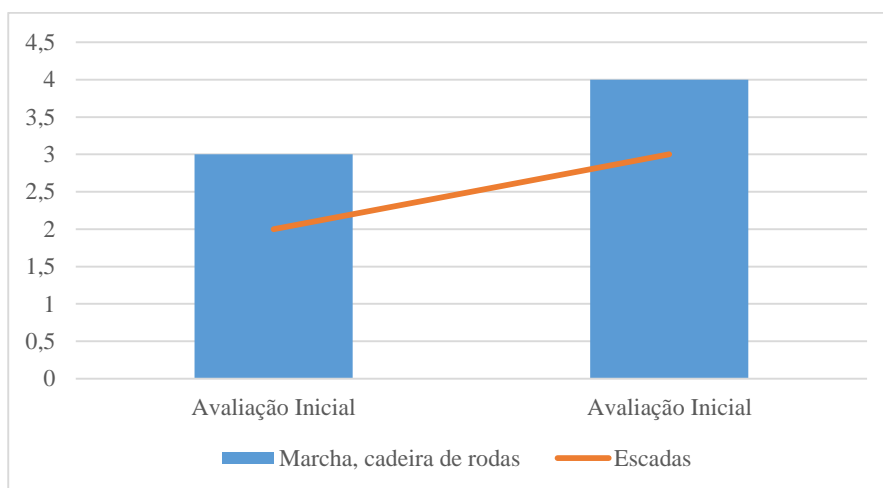
Figura nº11 – Capacitação para os autocuidados de mobilidade e transferência A4



(Fonte: do autor)

Já a locomoção inicialmente foi classificada de dependência modificada na marcha com a necessidade de ajuda moderada nas deslocações, e dependência completa nas escadas com a necessidade de ajuda máxima. O treino de marcha por curtos períodos ao longo do turno demonstrou benefício para a pessoa, com a evolução para ajuda mínima nas deslocações. A utilização do equipamento disponível no serviço como as escadas que se encontram no ginásio permitiu o treino num ambiente seguro e verificou-se a evolução da pessoa para um nível de ajuda moderada (Figura nº12).

Figura nº12 –Locomoção A<sub>4</sub>



(Fonte: do autor)

A comunicação foi classificada com dependência modificada com um score de 4 com a necessidade de ajuda mínima para se expressar ou compreender. Na avaliação final apenas necessitava de supervisão. Os parâmetros da consciência do mundo exterior apresentavam dependência modificada com supervisão na interação social, e ajuda mínima na resolução de problemas e memória, esta condição manteve-se sem alterações (Tabela nº13).

Tabela nº13 – Comunicação e Consciência do mundo exterior - Estudo de Caso A<sub>4</sub>

MIF	Avaliação Diagnóstica	Avaliação Final
Comunicação		

<b>Compreensão</b>	4	5
<b>Expressão</b>	4	5
<b>Consciência do mundo exterior</b>		
<b>Interação social</b>	5	5
<b>Resolução de problemas</b>	4	4
<b>Memória</b>	4	4

(Fonte: do autor)

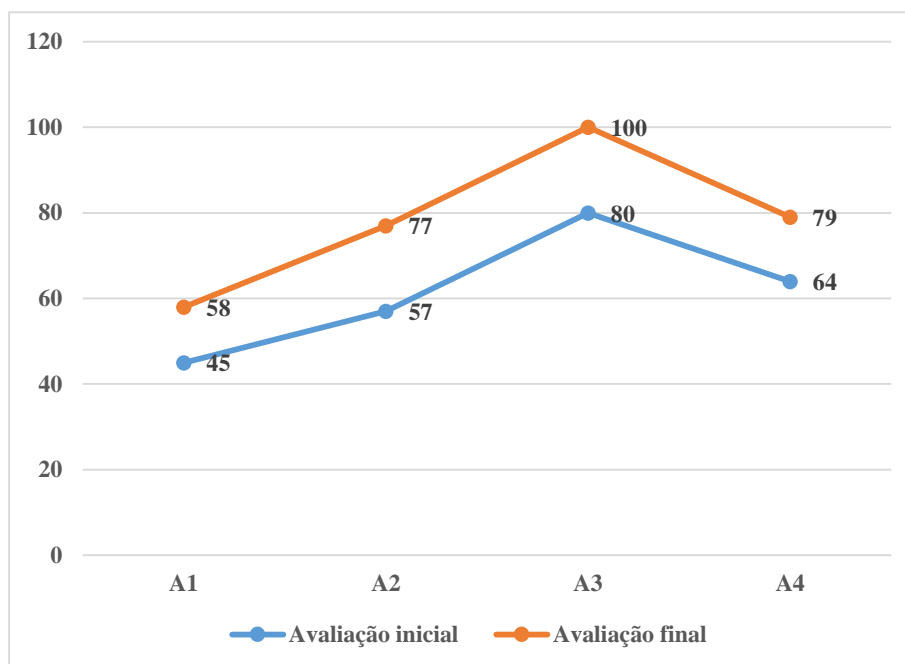
O estudo A4, no total apresentou um score de MIF de 64 pontos na primeira avaliação e 79 pontos na avaliação diagnóstica, a dependência manteve-se modificada com assistência até 25% da atividade nas duas avaliações.

Em síntese, verifica-se que os quatro participantes foram maioritariamente idosos com pluripatologia. Apenas o estudo A<sub>4</sub> não revelou outros antecedentes nos seus dados de saúde. O motivo que levou ao internamento foi o AVC e constatou-se a presença de alterações da funcionalidade em todos os estudos. De acordo com os pontos de corte da MIF verifica-se que a maioria dos participantes atingiu um score de classificação de dependência modificada, com assistência até 25% da atividade. Apenas o participante A<sub>1</sub> manteve o nível de dependência modificada, com assistência até 50% da atividade (Figura nº11). De acordo com o motivo de internamento do caso A<sub>1</sub>, o AVC hemorrágico é o mais grave, com mortalidade até 50% nos 30 dias subsequentes (Menoita, 2014). Apesar de ser o participante mais novo da sua faixa etária, apresentou maior dependência nas duas avaliações, as comorbilidades que apresentava concorreram para a sua capacidade de desempenho nas atividades. Neste sentido a condição de saúde teve maior impacto do que a idade do participante.

O doente descrito no caso A<sub>3</sub> apresentou os melhores resultados nas duas avaliações, facto para o qual pode ter concorrido a idade, foi o participante mais novo, com apenas 57 anos e também a ausência de doenças crónicas ou potencialmente incapacitantes.

Todos os participantes diminuíram o seu nível de dependência inicial, com o aumento do score da MIF que variou entre 13 a 20 pontos (M = 17; DP = 3,08) (Figura nº13).

Figura nº13- MIF antes e após a intervenção de ER em doentes com AVC



(Fonte: do autor)

Na alimentação a média de evolução foi de 1,75 pontos (DP = 0,43). Foi o autocuidado com menor nível de dependência na avaliação inicial e a evolução permitiu que dois participantes atingissem a independência completa, um participante a independência modificada e um participante a supervisão.

No autocuidado: higiene, em média a evolução dos participantes foi de 1,75 pontos (DP = 0,83) e no banho a média foi de 0,75 pontos (DP = 0,43), verificaram-se maiores ganhos na higiene do que no banho devido à maior dificuldade dos participantes na utilização dos dispositivos de ajuda e na adequação da temperatura durante o banho.

No autocuidado: vestuário, os participantes apresentaram maior dificuldade no vestir a metade inferior do que a metade superior. A média de evolução dos participantes foi de 1,25 pontos no vestir a metade superior (DP = 0,43) e 1 ponto no vestir a metade inferior (DP = 0). A evolução mais favorável foi no vestir a metade superior para um nível de dependência menor.

No autocuidado: uso do sanitário, a média de evolução foi de 1,25 pontos (DP = 0,43). Já a evolução no controlo de esfíncteres em média foi de 2,5 pontos (DP = 1,66), para um nível de dependência menor e com menor dificuldade na utilização da sanita.

A capacitação para os autocuidados de mobilidade e transferência teve a seguinte evolução: nas transferências do leito, cadeira e cadeira de rodas a média de evolução foi de 1,5 pontos (DP = 0,5), nas transferências da sanita, banheira e duche, a média de evolução foi de 1 ponto, igual para os dois parâmetros (DP = 0). Relativamente à locomoção, na marcha a média de evolução foi de 1,25 pontos (DP = 0,43), já nas escadas foi de 0,75 pontos (DP = 0,43). Os participantes apresentaram maior dificuldade no subir e descer as escadas do que nas deslocações. A reeducação funcional motora com a realização de treino de marcha, treino de transferências e ultrapassagem de obstáculos possibilitou a evolução apresentada.

A média de evolução nos autocuidados dos participantes, variou entre 0,75 pontos e 1,75 pontos, com evolução mais favorável ao nível dos autocuidados: alimentação, higiene, vestir a metade superior e uso do sanitário. Os resultados apresentados demonstraram sensibilidade aos cuidados de enfermagem de reabilitação, com a evolução favorável dos participantes para níveis de dependência menores, tendo conta as limitações do estudo que decorreram do pequeno número de participantes, do tempo de permanência no campo clínico e do tempo de contacto com cada participante. A monitorização durante o programa de reabilitação é essencial para a avaliação do desempenho da pessoa e a necessidade de cuidados exigida para a realização de uma série de atividades motoras e cognitivas de vida diária (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016).

#### **4.7. Discussão dos Resultados**

Na sequência da apresentação de todos os estudos de caso, a patologia prevalente é o AVC. A lesão cerebral adquirida, como o AVC, é uma das causas mais comuns de dependência a longo prazo (Bender, et al., 2016). É uma afeção neurológica comum, quando considerada isoladamente de outras doenças cerebrovasculares, é a quarta principal causa de morte em todo o mundo e a principal razão para a deficiência em contextos comunitários (Klinke, Hafsteinsdóttir, Hjaltason, & Jónsdóttir, 2015).

Os participantes do estudo eram maioritariamente idosos, com idade compreendidas entre os 69 e os 82anos. Uma participante tinha 57 anos de idade. Os resultados relativos a

pessoas idosas com diagnóstico de AVC foram descritos em vários estudos, onde a faixa etária se encontrava acima de 65 anos. O aumento da idade está associado a maior mortalidade e maior gravidade resultante do AVC, associado a piores resultados funcionais (O'Brien & Xue, 2016).

Os resultados apresentados demonstram uma elevada dependência funcional após o AVC. A intervenção estruturada e dirigida ao treino dos autocuidados, treino do equilíbrio e reeducação funcional motora, contribuiu para a diminuição da dependência funcional, capacitando os participantes para níveis de desempenho entre a ajuda mínima a moderada segundo a MIF.

### **Autocuidados**

A alimentação foi o autocuidado que apresentou menores níveis de dependência em todos os casos e também um dos que apresentou evolução mais favorável. Após a intervenção dois doentes ficaram independentes no autocuidado, um com independência modificada e um com dependência modificada. A atenção relativa a uma adequada nutrição, o apelo às preferências alimentares da pessoa, ajudá-la a perceber as alterações que ocorreram após o acontecimento, são fatores importantes no incentivo deste autocuidado. As alterações posturais decorrentes da hemiparesia<sup>4</sup>, um dos principais determinantes da disfunção motora, condicionam a ação para a realização do autocuidado, razão pela qual os cuidados de ER na mobilização e treino de força dos membros paréticos, posicionamento, utilização de dispositivos como a superfície de trabalho, e ajudas técnicas para a alimentação se revelaram essenciais na capacitação do doente para o autocuidado. Para além disso, o tratamento visa restaurar o estado nutricional, prevenir as complicações da alimentação e nutrição comprometidas e fornecer apoio psicológico e emocional essencial durante a recuperação (Richards & Heering, 2018).

Os resultados da MIF no autocuidado: higiene revelam resultados sensíveis aos cuidados de ER com diminuição da dependência em todos os participantes. Preconizou-se a utilização de produtos de apoio e/ou ajudas técnicas de forma a promover a máxima independência possível a todos os participantes, permitindo uma atividade mais independente com a demonstração e

---

<sup>4</sup>A hemiparesia caracteriza-se pela fraqueza muscular ou paralisia parcial que atinge apenas um dos lados do corpo. A paresia é reconhecida como um fator limitante na reabilitação e tem um impacto negativo no autocuidado, na mobilidade e/ou na atividade de subir e descer as escadas, devido à ativação lenta das unidades motoras e à dificuldade em produzir uma quantidade adequada de força muscular (Gomes, et al., 2017).

treino de técnicas para a utilização das ajudas e a ultrapassagem de obstáculos durante a realização do autocuidado. Após a intervenção um participante atingiu a independência completa em tempo normal, dois participantes ficaram com dependência modificada com ajuda mínima e um participante com ajuda moderada. As ajudas técnicas ou produtos de apoio são meios imprescindíveis ao bem-estar, autonomia, inclusão e qualidade de vida das pessoas, de modo a permitir uma atividade mais independente, com maior conforto, com menor esforço e dor, e com o menor dispêndio de energia (Menoita, 2014).

Couto (2012), no seu estudo sobre autonomia/independência no autocuidado, verificou que o autocuidado que apresentava maiores níveis de dependência na avaliação final era o da higiene. Explicou que esta ideia pode ser corroborada pelo facto de os participantes serem idosos com maior índice de dependência que já detêm dificuldades na realização de determinadas tarefas das suas AVD's como conseguir lavar/secar o corpo, entre outras. Os resultados podem assim ser explicados tendo em conta as características das pessoas.

No autocuidado: vestuário, o parâmetro “vestir metade inferior” apresentou maiores níveis de dependência, comparativamente com os ganhos obtidos na capacitação para vestir a metade superior, no entanto todos os participantes conseguiram evoluir favoravelmente na atividade após intervenções de ER, como a demonstração e o ensino da técnica de adaptação para o vestir e despir, o incentivo para o uso de roupa confortável e calçado adaptado, cruciais para a evolução dos participantes neste autocuidado (Menoita, 2014).

O uso do sanitário demonstrou níveis de dependência elevados que se pautavam pela dificuldade em despir a roupa, posicionar-se na sanita e erguer-se. Foi necessário ensinar e instruir sobre os dispositivos de apoio demonstrando como se utilizam as barras de apoio paralelas à sanita. Após intervenção dois participantes ficaram com dependência modificada e ajuda mínima, um com supervisão e outro com ajuda moderada.

Atividades fora do leito, sentar-se e ficar de pé, estar de pé, caminhar até ao sanitário, realizar transferências no sanitário, são potenciadores de uma participação ativa da pessoa no seu processo de reabilitação e aumentam o seu bem-estar (Aries & Hunter, 2014).

### **Controlo de esfíncteres**

A incontinência após o AVC é um sintoma que pode acompanhar o quadro clínico do diagnóstico. Qualquer disrupção na incorporação das respostas músculo-esqueléticas e neurológicas pode incitar a perda de controlo do normal funcionamento vesical. O conceito de bexiga neurogénica desinibida resulta de sintomas como a urgência miccional com ou sem incontinência, podendo ou não ser acompanhada de urgência noctúria, na ausência de infeção ou outra condição patológica que possa causar estes sintomas, e pode resultar de numerosas causas, incluindo o AVC (Temido & Borges, 2012). Um participante conseguiu a independência completa após a intervenção, dois ficaram com supervisão e um com ajuda moderada.

O algoritmo de abordagem a esta condição, de acordo com a 3ª Consulta Internacional sobre Incontinência<sup>5</sup>, define a avaliação necessária para esta disfunção através da história clínica, exame físico e alguns exames complementares. O tratamento envolve três modalidades, farmacológica, terapia comportamental e cirurgia. Na terapia comportamental estão inseridas as medidas dietéticas, a terapia muscular do pavimento pélvico, a terapia assistida por biofeedback e o treino vesical. Este último proporciona o treino de hábitos de eliminação através da micção por horário, com o intervalo progressivamente aumentado, o objetivo é aumentar a capacidade vesical e diminuir os episódios de incontinência (Temido & Borges, 2012). Ainda neste âmbito, a ida ao sanitário logo após o primeiro levante da manhã e o treino com dispositivos de apoio (urinol ou arrastadeira) para evitar a deslocação ao sanitário no período noturno, são intervenções promotoras da independência da pessoa, da sua evolução funcional, do seu bem-estar e da sua qualidade de vida.

### **Mobilidade/Transferências e Locomoção**

A evolução positiva a este nível foi um fator facilitador na habilidade para a execução dos autocuidados. O treino de transferências entre superfícies, a reeducação do reflexo postural, e todos os outros exercícios apresentados no protocolo de intervenção possibilitaram um desempenho com a menor ajuda possível em todos os casos.

---

<sup>5</sup>3<sup>rd</sup> International Consultation on Incontinence (Temido & Borges, 2012)

A promoção da independência na locomoção é outros dos fatores facilitadores para a habilidade na execução dos autocuidados. A avaliação da marcha, o treino de marcha com a realização de treinos de curta duração várias vezes durante o turno e a e a reaquisição do padrão automático perdido, tendo em conta o dispêndio de energia, são intervenções com benefício para a pessoa.

Aries & Hunter (2014) na sua revisão da literatura constataram a importância que a prática e a repetição de movimentos e exercícios apropriados sejam incorporados às atividades funcionais ou atividades da vida diária de forma a facilitar padrões úteis ao movimento e otimizar a funcionalidade, o papel da equipa de ER é por isso imperativo. Uma adequada intervenção e abordagem denominada como “mobilização precoce” reduz significativamente complicações associadas ao tempo de permanência no leito e proporciona o aumento de efeitos psicológicos positivos na pessoa, em comparação com uma abordagem padrão sem incentivo. Fica claro, a partir destes achados, que as estratégias de reabilitação, e o cuidado interdisciplinar adequado após o AVC, são de vital importância para criar um ambiente estimulante e reeducar a sensação de movimento e autodomínio motor nos membros afetados (Aries & Hunter, 2014).

### **Comunicação e Consciência do mundo exterior**

Neste âmbito apenas um participante manteve a condição que inicialmente apresentou na comunicação e na consciência do mundo exterior, dois participantes ficaram com supervisão na comunicação e mantiveram a condição da avaliação inicial na consciência do mundo exterior, e um participante revelou apenas evolução no parâmetro da compreensão e classificado de ajuda mínima. Em todos os momentos de contacto com os participantes do estudo foi facilitada a expressão das suas angústias, medos e inseguranças. A forma como a pessoa encara o acontecimento e as perspetivas e metas que cria a partir desse momento são cruciais na vivência desta fase de adaptação, com a necessidade de surgirem novas habilidades e novas estruturas de apoio.

É de particular importância que os enfermeiros tenham em atenção determinados fatores, para uma reabilitação bem-sucedida e eficaz que optimize o potencial de recuperação, tais como o ambiente, que deve ser enriquecido e estimulante, e proporcionar a interação social, o envolvimento que inclua a família e/ou os cuidadores promovendo a estimulação sensorial e motora adicional (Aries & Hunter, 2014).

O projeto de intervenção bem como o estágio final e o percurso formativo no ciclo de estudos foram percursores do desenvolvimento de competências profissionais e acadêmicas onde os conhecimentos, as atitudes e as habilidades permitiram o exercício clínico e a abordagem a um problema específico. O capítulo seguinte apresenta a análise reflexiva da aquisição e desenvolvimento dessas competências

## **5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

À Enfermagem reserva-se um papel importante no processo de gestão da doença neste novo século, exige-se uma elevada competência técnica e para isso, o enfermeiro terá de associar às suas competências técnicas todo um conjunto de competências transversais que permitam processos de tomada de decisão eficazes e geradores de valor para a sociedade (Menoita, 2014).

Este capítulo pretende elucidar sobre as competências que foram desenvolvidas ao longo do mestrado e especialização em ER, descrevendo os ganhos relativos às competências comuns de especialista, de EEER e de mestre.

### **5.1. Competências comuns de especialista**

As competências comuns são independentes da área de especialidade, são partilhadas por todos os especialistas e demonstradas através da sua capacidade de educação dos doentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação, que permita a evolução da prática de enfermagem (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2019).

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

O estágio final foi uma experiência de aprendizagem em contexto real na as competências de responsabilidade profissional e ética foram desenvolvidas e supervisionadas pelo ER que acompanhou o estágio. Os conhecimentos necessários as atitudes e as habilidades foram previamente validadas e desta forma salvaguardada a segurança e o elevado nível de cuidados aos doentes.

No âmbito do projeto de intervenção, a garantia da confidencialidade para com a pessoa internada e a sua família, através de consentimento informado, afirma uma prática ética e profissional no campo de intervenção. Em todos os momentos foi imperativo assegurar o respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional. Todas as estratégias delineadas através dos planos de intervenção, foram resultado de decisões feitas em conjunto com a pessoa alvo dos cuidados especializados, com oportunidade de desistir do programa em qualquer momento da intervenção. Para além disso, todas as resoluções tomadas basearam-se na evidência científica, resultado de um investimento feito ao longo do percurso e que demonstrou elevada importância no desafio que é a intervenção especializada. É importante aferir os resultados das decisões tomadas e ter em conta durante o processo de cuidados, de acordo com o preconizado pela deontologia profissional.

#### Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

É reconhecido que a melhoria da qualidade envolve a avaliação de práticas em função de resultados. Preconizou-se uma prática clínica com vista à melhoria da qualidade através do desenvolvimento de objetivos que promovessem a qualidade dos cuidados especializados, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa internada. A análise e revisão das práticas a partir dos seus resultados, permite implementar programas de melhoria contínua, como por exemplo na redução de indicadores do serviço como as úlceras por pressão e as quedas, através de intervenções do âmbito da especialidade, proporcionando a identificação de fatores de melhoria, estratégias e prioridades. O estágio e o projeto de intervenção foram um forte incremento ao desenvolvimento desta competência na relação desenvolvida entre as necessidades de cuidados, a intervenção, os resultados e a sensibilidade destes aos cuidados de ER. O desenvolvimento da competência esteve sempre fortemente alicerçado no acervo de conhecimentos desenvolvidos no ciclo de estudos.

#### Competências do domínio da gestão de cuidados

A gestão dos cuidados preconiza a otimização da equipa de enfermagem e a sua resposta adequada em conjunto com a equipa multidisciplinar. Esta gestão implica que haja a delegação de tarefas e conseqüentemente seja garantida a segurança e a qualidade dos cuidados. No cumprimento das suas funções o enfermeiro poderá delegar parte das tarefas a pessoal competente, com o intuito de gerir os recursos humanos existentes e sempre com a perspetiva

de atingir a excelência dos cuidados. Com o objetivo de tomar uma decisão correta quanto à delegação, são seguidos os cinco certos: a tarefa certa a delegar, as circunstâncias certas para a delegação, a pessoa certa em quem se delega, uma transmissão de informação certa assegurando a compreensão das indicações transmitidas e a orientação e supervisão certa do que foi delegado (Ordem dos Enfermeiros, 2015). São criadas diversas técnicas inerentes à especialidade como a instrução ou a demonstração da tarefa que se delega, o que proporciona uma prática mais segura.

A otimização do processo de cuidados vai ainda de encontro à capacidade que demonstra na assessoria à equipa e o contributo que é dado através das decisões no processo de cuidar e na capacidade de entendimento quando é necessário transferir para outra tipologia de cuidados, o que contribui para um ambiente favorável à prática e motiva a equipa para um desempenho diferenciado.

#### Competências do domínio das aprendizagens

Este domínio parte do pressuposto de que existe uma prática clínica suportada na investigação e no conhecimento na área da especialidade. O processo de decisão clínica e as suas intervenções devem assentar no conhecimento válido e atual que determina a qualidade do programa, emerge a consolidação de saberes a nível científico, ético e pessoal. A capacidade de autoconhecimento possibilita uma prática em que exista a identificação de fatores que podem ser prejudiciais ou favoráveis na relação estabelecida com o doente e também com a equipa. O reconhecimento das limitações profissionais e pessoais torna-se uma mais-valia na forma como o profissional se percebe a si mesmo e influencia a dinâmica dentro da equipa. O domínio da assertividade foi determinante e possibilitou a segurança durante a prática de cuidados especializados, no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.

## 5.2. Competências específicas de EEER

As competências específicas decorrem do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, que resulta das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. São demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

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

Em contexto de internamento hospitalar foram várias as pessoas com quem foi possível contactar, maioritariamente uma população entre os 55 e 85 anos, com comorbilidade associada e limitação física a longo prazo, provocada por um acontecimento neurológico. Derivou uma compilação de unidades de competências que se formulam por avaliações exigentes e que proporcionaram a identificação de fatores facilitadores e inibidores à realização dos autocuidados, a realização de diagnósticos de ER, a formulação de planos de intervenção, a avaliação de resultados e a mensuração de dados.

É seguro transmitir que a diferença se faz por este caminho, demonstrando os resultados dos cuidados especializados e a possibilidade de estes serem continuados. Num serviço dotado de poucas valências de ER, denotou-se o entusiasmo quando foi proposto intervir na capacitação da pessoa para os autocuidados e trabalhar para obter ganhos na sua funcionalidade. Tornou gratificante a experiência e proporcionou uma maior agilidade aquando da prestação de cuidados especializados.

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

A capacitação foi a base do projeto de intervenção, consolidou perspectivas futuras de intervenção e possibilitou elaborar e implementar programas de treino de autocuidados, treino de equilíbrio e reeducação funcional motora, assentes em perspectivas de ensinamentos, demonstrações, sensibilização, identificação e orientação.

A reinserção na vida socioprofissional é maioritariamente uma grande preocupação da pessoa que se encontra com limitação física, da família e da equipa de saúde multidisciplinar. A sociedade evolui lentamente na perspetiva de reinserção, proporcionando sentimentos de angústia e até desespero à pessoa que se encontra com funcionalidade diminuída. Foi importante perceber essa conjuntura e possibilitar estratégias para ultrapassar as dificuldades que advêm dessa condição. A pessoa idosa foi maioritariamente o alvo dos cuidados, tendo em conta que são pessoas a usufruir do estatuto de reformado, têm atividades extra para subsistirem, vivem de uma horta elaborada por os mesmos, desempenham a totalidade das tarefas domésticas sozinhos, e um acontecimento de raiz neurológica que as desarmoniza através da incapacidade a longo prazo que proporciona, vai transformar a vida destas pessoas e forçar um recomeço obrigatório. Tornou-se imprescindível perceber a dinâmica de cada um, identificar pontos sensíveis e ajudar na sua reinserção comunitária.

#### Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

A Reabilitação, como método educativo, tem de ser dinâmica, contínua, gradual, tendo como objetivos a recuperação funcional da pessoa, a sua reintegração na família e sociedade (Menoita, 2014). O EEER deve demonstrar um conhecimento aprofundado relativamente à função motora e cardiorrespiratória. Só assente neste pressuposto é capaz de ensinar a pessoa, instruí-la sobre as técnicas a realizar e treinar com vista à maximização do potencial funcional da mesma e à sua reabilitação. A criação de programas de reabilitação com atividades potencializadoras da funcionalidade tem como base principal o conhecimento do EEER e a sua capacidade de pesquisa, de procura das melhores práticas, dos melhores processos de cuidar. Só assim se garante a prática clínica segura e motiva os doentes que recebem os seus cuidados especializados.

### **5.3. Competências de mestre**

Em termos gerais, as qualificações académicas de segundo ciclo para a enfermagem, enquadram-se nos seguintes domínios: liderança, gestão e administração de serviços de saúde;

ciência e pesquisa em enfermagem; métodos de pesquisa em saúde e, educação e pedagogia em enfermagem. Pode ainda ter componentes interprofissionais ou multidisciplinares. Estas qualificações especializadas não beneficiam do reconhecimento automático, emergem de mecanismos de acreditação e reconhecimento da aprendizagem prévia com experiência na teoria e prática de enfermagem (European Commission, 2011).

Com o mestrado pretende-se alcançar competências que foram adquiridas através de disciplinas de enfermagem em contexto de investigação. Quando comparado com o primeiro ciclo, o mestrado proporciona o desenvolvimento do conhecimento académico de modo a permitir a aplicação da teoria e do método científicos de forma independente, dentro de um contexto académico e profissional (European Commission, 2011).

O Mestre em Enfermagem está capacitado através de competências intelectuais como a comunicação clara e inequívoca de assuntos complexos profissionais ou académicos, formula e analisa questões académicas complexas em enfermagem, de forma independente, sistemática e crítica na especialização em questão. A nível profissional e académico, avalia a adequação de vários métodos de análise relativos a questões complexas em enfermagem, a partir de uma perspetiva profissional e académica, com pesquisa avançada. Demonstra novas competências académicas para além da sua licenciatura, possui uma compreensão abrangente do trabalho de pesquisa relativo à ciência de enfermagem e, portanto, é capaz de ser um membro ativo durante uma pesquisa teórica demonstrando uma visão alargada sobre as implicações de pesquisa numa profissão baseada essencialmente na prática (European Commission, 2011).

Relativamente às componentes práticas, é capaz de justificar decisões que reflitam sobre responsabilidades sociais e éticas, bem como questões de enfermagem e ciências de enfermagem e, se necessário, realizar análises que possibilitem uma base adequada para a tomada de decisões e, ainda, compreende o trabalho de desenvolvimento assente em métodos académicos, teóricos ou experimentais em enfermagem (European Commission, 2011).

Para a obtenção do grau de mestre, preconiza-se que o mestrando possua capacidade e compreensão de nível superior, com conhecimentos desenvolvidos e aprofundados, que sejam um alicerce para o progresso, podendo ser em contexto de investigação. O objetivo está intimamente relacionado com a área de estudo, com a aplicação de conhecimentos integrando-os, e com a capacidade de entendimento e resolução de problemas em situações novas, ao lidar

com questões complexas, em contextos alargados multidisciplinares que implicam responsabilidades éticas e sociais com a necessidade de formulação de juízos clínicos mesmo quando a informação é limitada ou incompleta e obriga a uma reflexão (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016).

O percurso realizado desde o início do mestrado até à sua finalização com o estágio final e o projeto de intervenção, foram um incremento ao desenvolvimento de competências de Mestre, proporcionando o desenvolvimento do conhecimento através da aplicação da teoria na prática clínica e do método científico através da realização do projeto de intervenção profissional, de forma independente em contexto académico, e futuramente em contexto profissional. Assim, o desenvolvimento de qualificações académicas de segundo ciclo esteve desde sempre alicerçado nas disciplinas de enfermagem em contexto de investigação, durante o ciclo de estudos, o que proporcionou uma visão alargada relativa à pesquisa científica necessária e essencial à prática clínica.

## 6. Conclusão

Terminada a apresentação do relatório, importa aferir conclusões relativas a este percurso que foi determinante, pautado por desafios ao longo do seu desenvolvimento, gratificantes e promotores de melhoria a nível pessoal e profissional.

O contexto no qual decorreu o estágio final englobou os cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com alterações neurológicas. A idade da população internada no serviço situava-se entre os 55 anos e 85 anos, na sua grande maioria pessoas com pluri-patologia. Embora haja um incremento na longevidade da população portuguesa, a qualidade dos anos de vida obtidos apresenta ainda algum potencial a melhorar. Esta melhoria dependerá do empenho individual de cada pessoa, enquanto agente da sua própria saúde, e da sociedade como um todo, de forma a que sejam caucionadas as oportunidades para tal, à medida que as pessoas envelhecem (Direção Geral da Saúde, 2017).

A problemática considerada para a estruturação do projeto de intervenção emergiu da análise da população alvo dos cuidados de enfermagem de reabilitação no campo clínico. Assim, face ao contexto onde foi realizado o estágio final, o projeto de intervenção consistiu na capacitação da pessoa para o autocuidado. Pela pesquisa teórica decidiu-se que a capacitação para o autocuidado seria dirigida ao treino de autocuidados, treino de equilíbrio e treino da funcionalidade.

O AVC, foi a patologia neurológica prevalente no estudo, é uma doença que se manifesta a nível mundial, que causa dependência funcional e conseqüentemente limitações motoras, sensitivas, sensoriais, de compreensão e expressão, que alteram a dinâmica de vida de cada pessoa afetada (Menoita, 2014).

Pelo projeto de intervenção desenvolvido no estágio final verificaram-se ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa para os autocuidados. Com a utilização do instrumento MIF foi possível avaliar dados e analisar os ganhos exponenciais em todos os autocuidados e em todos os estudos de caso. Tendo em conta a especificidade de cada estudo e o seu nível de dependência em resultado da sua condição de saúde, foi possível implementar planos de intervenção de enfermagem de reabilitação individualizados, que visaram a qualidade de vida da pessoa e a sua reintegração social.

A capacitação da pessoa com limitação na atividade para os autocuidados teve como objetivos ultrapassar as dificuldades de mobilidade e adaptar as vertentes exequíveis o que só é possível recorrendo a ensinamentos, demonstrações e treinos com a utilização ou não de ajudas técnicas ou dispositivos de compensação, tendo em vista a maximização da capacidade funcional da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Todos os participantes obtiveram um aumento da sua funcionalidade, maximizando o seu desempenho motor e cardiorrespiratório de acordo com a especificidade de cada pessoa, a sua tolerância ao esforço e a sua capacidade física, fatores tidos em conta na intensidade das atividades. Os resultados obtidos confirmam a importância da intervenção de ER e reafirmam as competências específicas do EEER. O processo de recuperação e adaptação a uma incapacidade, permite à pessoa ajustar-se a uma nova vida e a um corpo alterado (Menoita, 2014), através de um plano individualizado e estruturado capacitam-se pessoas com necessidades especiais e limitações da funcionalidade. Contudo, as limitações ao estudo decorreram do pequeno número de participantes, do tempo de permanência no campo clínico e do tempo de contacto com cada participante.

Ainda neste âmbito, a alta clínica precoce é um fator condicionante à intervenção de ER, em contexto de internamento hospitalar. Na realidade, a decisão da alta ainda está muito centralizada na figura médica e não na equipa de saúde. Verifica-se uma política de cuidados de saúde mais direcionada para a doença e tratamento, preconizando uma redução da média de dias de internamento hospitalar (Menoita, 2014), minimizando efeitos adversos. Não permite neste tempo uma reabilitação total da pessoa com dependência, proporcionando a alta, na grande maioria dos casos, com algum grau de dependência em relação à data anterior ao acontecimento que motivou a admissão aos cuidados. A limitação advém assim da elevada probabilidade de os doentes interromperem programas de capacitação. Tendo em conta que a resposta do sistema de saúde é demorada ao nível das organizações prestadoras de cuidados de médio e longo prazo, que atualmente não são em número suficiente para responder à elevada procura, os cuidados iniciados a nível hospitalar são essenciais, mas não são suficientes para responder às necessidades que advêm do acontecimento.

Este é um processo gerador de stress para a pessoa e para a sua família, a situação de dependência requer adaptação, que passa pela aquisição de habilidades, ainda durante o internamento em contexto hospitalar, para lidar com o surgimento de problemas que afetam o

bem-estar e a qualidade de vida da pessoa (Menoita, 2014). É uma mais valia o investimento da ER no processo de capacitação da pessoa para os autocuidados, proporcionando a máxima independência de forma a maximizar o seu potencial funcional.

O contributo da equipa de enfermagem do serviço de medicina onde foi realizado o estágio final, através da sua formação pós-graduada em ER, permite a continuação deste trabalho efetuando melhorias que possam ir de encontro ao cuidador/família e ao processo de alta para o domicílio. Neste sentido, é importante referir que o planeamento do regresso ao domicílio adequado, nunca se conclui na sua totalidade em meio hospitalar. É um processo contínuo e interdisciplinar que não termina com a alta hospitalar, sendo importante ter em conta a equipa de cuidados de saúde primários como um recurso comunitário que assegura uma adequada continuidade de cuidados em contexto familiar (Menoita, 2014).

Propõe-se a realização de mais estudos no âmbito desta temática nomeadamente o processo de capacitação para os autocuidados em contexto de enfermaria hospitalar até à alta para o domicílio, bem como sobre a incidência e os fatores de risco da população, abrangendo outras faixas etárias, uma vez que se verifica cada vez mais que o AVC já não é uma doença predominante apenas na faixa etária idosa mas sim transversal a outras idades.

Concluída esta etapa, faz-se sentir o cansaço, mas também a gratificação e o orgulho ao ver a sua finalização. De todo o processo advêm resultados como a aprendizagem e evolução profissional e pessoal, que concorreram para a interiorização de processos facilitadores na ultrapassagem de dificuldades que abranjam questões complexas com decisões de natureza frágil e que tornam a dia-a-dia profissional recompensante. A prática clínica é tida desde o começo desta etapa, com uma visão mais abrangente e pormenorizada de cada situação clínica que vai surgindo, com vista à capacitação da pessoa, ao seu bem-estar e à sua independência.

## Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde . (2014). *Guia para Avaliação Pós-Ocupação de Edifícios Hospitalares (G06/2014)*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Recomendações Técnicas para Unidades de Internamento*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Apóstolo, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)* . Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Aries, A., & Hunter, S. M. (Junho de 2014). Optimising rehabilitation potential after stroke: a 24-hour interdisciplinary approach. *British Journal of Neuroscience Nursing*, pp. 268-273. Obtido de <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjnn.2014.10.6.268>
- Assembleia Geral da AMM. (outubro de 2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial - Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. Fortaleza, Brasil.
- Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Bender, A., Adrione, C., Fischer, L., Huber, M., Jawny, k., Straube, A., & Mansmann, U. (2016). Long-term Rehabilitation in Patients With Acquired Brain Injury. *Deutsches Ärzteblatt International*, pp. 634-41. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5078863/>
- Berg, K., & Norman, K. (1996). Functional assessment of balance and gait. *Clinics in Geriatrics Medicine*, 12(4), pp. 705-723.
- Bohannon, W., & Smith, B. (1987). *A confiabilidade interavaliadores do Modified Ashworth Scale, de espasticidade muscular, Physical Therapy*. American Physical Therapy Association.
- Branco, T., & Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Bugalho, P., Correa, B., & Viana-Baptista, M. (2006). O papel do cerebelo nas funções cognitivas e comportamentais. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 257-268.

- Carretas, N. (2018). *Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirurgico: ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação - Dissertação de Mestrado*. Évora: Universidade de Évora. Obtido de <https://dspace.uevora.pt/rdpc/browse?type=author>
- Costa-Dias, M. M., Ferreira, P. L., & Oliveira, A. S. (Maio/Junho de 2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista Enfermagem de Referência, Série IV(2)*, pp. 7-17.
- Couto, G. (2012). *Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação - Dissertação de Mestrado*. Escola Superior de Saúde do Porto.
- Diogo, M. J. (2000). O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Revista latino-am.enfermagem-Ribeirão Preto*, 8(1), 75-80. Obtido de <http://www.scielp.br/pdf/rlae/v8n1/12437>
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação - Norma nº 054/2011 de 27/12/2011*. Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável em Portugal 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº12427/2016)*. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito - Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015*. Lisboa.
- Doran, D., & Pringle, D. (2011). *Patient outcomes as accountability* (2 ed.). Sudbury: Jones and Bartlett.
- Estoura, J. (1998). *Exercícios e manobras facilitadoras no tratamento de disfagias*. São Paulo: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica Motricidade Oral - fonoaudiologia hospitalar.
- European Commission. (2011). *Tuning Educational Structures in Europe - Referenc points for the design and delivery of degree programmes in Nursing*. Bilbao: Deusto University Press.

- Fleck, M. A. (2000). *The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives*, 5(1). Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>
- Fleck, S., & Kraemer, W. (1999). *Fundamentos de treino de força muscular* (2ª ed.). Porto Alegre.
- Florentino, T. (2012). *Enfermagem de Reabilitação à Pessoa Submetida a Cirurgia Ortopédica - Melhoria da Qualidade dos Cuidados. Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Enfermagem de Reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Fonseca, C., & Lopes, M. (2014). *Modelo do Autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem - Tese de doutoramento em Enfermagem*. Portugal: Universidade de Lisboa.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gomes, W. L., Scalha, T. B., Bovi, A. N., Mello e Castro, W., Pennacchi, A., Gomes, G. A., . . . Lima, N. (13 de Dezembro de 2017). Muscle strengthening of knee extensors in hemiparetics: prospective and longitudinal study. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*. Obtido de <http://www.mtprehabjournal.com/doi/10.17784/mtprehabjournal.2017.15.531>
- Hengendorfer, E., Vaes, B., Mathei, C., Pottelbergh, G. V., & Degryse, J.-M. (14 de Junho de 2017). Correlates of dyspnoea and its association with adverse outcomes in a cohort of adults aged 80 and over. *Oxford University Press*, pp. 994-1000. doi:10.1093/ageing/afx095
- Klinke, M. E., Hafsteinsdóttir, T. B., Hjaltason, H., & Jónsdóttir, H. (3 de Abril de 2015). Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, pp. 1375-1403. Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915001054?via%3Dihub>

- Leitão, M., & Florindo, M. (Março de 2017). A importância das estratégias posturais dinâmicas na capacidade de realizar o primeiro passo para a marcha após acidente vascular cerebral. *Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 9, pp. 15-24. Obtido de <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/>
- Lopes, M. (2005). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, pp. 220-228.
- Martins, M. (2002). *Uma Crise Acidental na Família - o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Medical Research Council. (2019). *UK Research and innovation*. Obtido de MRC Medical Research Council - Leading science for better health: <https://mrc.ukri.org/research/facilities-and-resources-for-researchers/mrc-scales/mrc-muscle-scale/>
- Menoita, E. (2014). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2016). Decreto de Lei nº63/2016 de 13 de setembro - Grau de Mestre. *Diário da República*.
- Myamoto, S. T. (abril de 2004). *Brazilian version of the Berg scale*, 37(9), pp. 1411-1421.
- O'Brien, S. R., & Xue, Y. (13 de Fevereiro de 2016). Inpatient Rehabilitation Outcomes in Patients With Stroke Aged 85 Years or Older. *Research Report*, pp. 1381-1388. Obtido de <https://academic.oup.com/ptj>
- Ordem dos Enfermeiros . (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados de Saúde Gerais*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões da Qualidade do Enfermeiro Especialista de Reabilitação*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Regulamento n.º533/2014 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República II série - N.º233, 3047.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Santo Tirso: Norprint Artes Gráficas.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby.
- Orsini, M. (2012). *Reabilitação nas Doenças Neuromusculares - Abordagem Interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Overstall, P. (2003). The use of balance training in elderly people with falls. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, pp. 153-161. Obtido de <https://www.cambridge.org/core/journals/reviews-in-clinical-gerontology/article/use-of-balance-training-in-elderly-people-with-falls/AA9C5F79E49B74DDAA3E8BAE4DBABAB2>
- Palmieri, R., Ingersoll, C., Stone, M., & Krause, B. (2002). *Center-of-pressure parameters used in the assessment of postural control*, 11, pp. 51-66. Obtido de <https://journals.humankinetics.com/doi/pdf/10.1123/jsr.11.1.51>
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. (nov/dez de 2014). *Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem*, Série IV(3), pp. 157-164.
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º140/2019 - Diário da República.
- Reis, G., & Bule, M. J. (2018). Capacitação e Atividade de Vida. Em *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação da Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 1-9).
- Richards, S., & Heering, H. (22 de Junho de 2018). Stroke Complications Related to Nutrition. *QUICK LESSON*. Obtido de <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=5&sid=98bfed88-ced1-472b-8502-b338d813d45b%40sdc-v-sessmgr06>

- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). *O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climep Editores.
- Silva, A., Almeida, G. J., Cassilhas, R. C., Cohen, M., Peccin, M. S., Tufik, S., & Mello, M. T. (2007). Revista Brasileira de Medicina e Esporte. *Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos*, pp. 88-93.
- Silva, I. J., Oliveira, M. F., Silva, S., Polaro, S. H., Radunz, V., Santos, E. K., & Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. (R. d. USP, Ed.) pp. 697-703.
- Temido, P., & Borges, R. (Maio de 2012). Bexiga Hiperactiva. (A. P. Urologia, Ed.) *Urologia em Medicina Família*. Obtido de <https://apurologia.pt/outras-publicacoes/>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5 ed.). Loures: Lusociência.
- Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. (2013). *Missão, Visão e Valores*. Santiago do Cacém. Obtido de <http://www.hlalentejano.min-saude.pt/>
- Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano. (2015). *Relatório de Contas 2014*. Santiago do Cacém. Obtido de <http://www.hlalentejano.min-saude.pt/>
- Yates, F. E., Benton, L., & Beck, J. (1993). Risk assessment and early detection of functional declines. Em J. J. Schroots (Ed.), *Aging, Health and Competence* (pp. 53-63). Amsterdam: Elsevier.
- Yin, R. (2001). *Estudo de Caso: planeamento e métodos* (2th ed.). (D. Grassi, Trad.) Porto Alegre: Bookman.

## **ANEXOS**

## **Anexo I**

### **Medida de Independência Funcional**

Medida de Independência Funcional

APELIDO _____	NOME _____			
_____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº _____	<input type="text"/>
DIAGNÓSTICO _____				
_____				

**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL**

<b>NIVEIS</b>	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)	<b>SEM AJUDA</b>
	<b>Dependência modificada</b> 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) <b>Dependência completa</b> 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	<b>AJUDA</b>

	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	4M	12M	
	DATA					
<b>AUTO-CUIDADOS</b>						
A. Alimentação		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Higiene pessoal		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Banho		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Vestir metade superior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Vestir metade inferior		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Utilização da sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>CONTROLO DOS ESFINCTERES</b>						
G. Bexiga		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Intestino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>MOBILIDADE</b>						
<b>TRANSFERÊNCIAS</b>						
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. Sanita		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. Banheira, Duche		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>LOCOMOÇÃO</b>						
L. Marcha/Cadeira de Rodas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. Escadas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>COMUNICAÇÃO</b>						
N. Compreensão		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O. Expressão		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR</b>						
P. Interação social		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. Resolução dos problemas		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. Memória		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>TOTAL</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**NOTA:** Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Fonte: MIF (Direção Geral da Saúde, 2011)

## **Anexo II**

### **Escala de Lower**

Escala de Lower

Avaliação		
	5/5	Movimento normal contra a gravidade e resistência;
	4/5	Raio de movimento completo contra a resistência moderada e contra a gravidade. A pessoa consegue elevar o membro e tem alguma resistência em relação à sua própria força;
	3/5	Raio de movimento completo apenas contra a gravidade, não contra a resistência;
	2/5	Tem movimento das extremidades, mas não contra gravidade. A pessoa consegue mover o membro da base da cama;
	1/5	Observa-se contração palpável e/ou visível sem movimento;
	0/5	Sem contração muscular e sem movimento;

Fonte: (Menoita, 2014)

## **Anexo III**

### **Escala de Ashworth**

Escala de Ashworth

Avaliação		
	0	Nenhum aumento do tônus muscular;
	1	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por uma tensão momentânea ou por resistência mínima, no final da amplitude do movimento articular, quando a região é movida em flexão ou extensão
	1+	Leve aumento do tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos de metade da amplitude do movimento articular restante;
	2	Aumento mais marcante do tônus muscular, durante a maior parte da amplitude do movimento, mas a região é movida facilmente;
	3	Considerável aumento do tônus muscular o movimento passivo é difícil;
	4	Parte afetada rígida em flexão ou extensão.

Fonte: (Menoita, 2014)

## **Anexo IV**

### **Escala de Equilíbrio de Berg**

### Escala de Equilíbrio de Berg

#### 1. POSIÇÃO SENTADO PARA POSIÇÃO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.

- ( ) 4 capaz de permanecer em pé sem o auxílio das mãos e estabilizar de maneira independente
- ( ) 3 capaz de permanecer em pé independentemente usando as mãos
- ( ) 2 capaz de permanecer em pé usando as mão após várias tentativas
- ( ) 1 necessidade de ajuda mínima para ficar em pé ou estabilizar
- ( ) 0 necessidade de moderada ou máxima assistência para permanecer em pé

#### 2. EM PÉ SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se segurar em nada.

- ( ) 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos
- ( ) 3 capaz de permanecer em pé durante 2 minutos com supervisão
- ( ) 2 capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte
- ( ) 1 necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte
- ( ) 0 incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência

Se o sujeito for capaz de permanecer em pé por 2 minutos sem apoio, marque pontuação máxima no item 3 e siga diretamente para o item 4.

#### 3. SENTADO SEM SUPORTE PARA AS COSTAS, MAS COM OS PÉS APOIADOS SOBRE O CHÃO OU SOBRE UM BANCO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

- ( ) 4 capaz de sentar com segurança por 2 minutos
- ( ) 3 capaz de sentar com por 2 minutos sob supervisão
- ( ) 2 capaz de sentar durante 30 segundos
- ( ) 1 capaz de sentar durante 10 segundos
- ( ) 0 incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos

#### 4. EM PÉ PARA SENTADO

INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

- ( ) 4 senta com segurança com o mínimo uso das mãos
- ( ) 3 controla descida utilizando as mãos
- ( ) 2 apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida
- ( ) 1 senta independentemente mas apresenta descida descontrolada
- ( ) 0 necessita de ajuda para sentar

#### 5. TRANSFERÊNCIAS

INSTRUÇÕES: Pedir ao sujeito para passar de uma cadeira com descanso de braços para outra sem descanso de braços (ou uma cama)

- ( ) 4 capaz de passar com segurança com o mínimo uso das mãos
- ( ) 3 capaz de passar com segurança com uso das mãos evidente
- ( ) 2 capaz de passar com pistas verbais e/ou supervisão
- ( ) 1 necessidade de assistência de uma pessoa

( ) 0 necessidade de assistência de duas pessoas ou supervisão para segurança

#### 6. EM PÉ SEM SUPORTE COM OLHOS FECHADOS

INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e permaneça parado por 10 segundos

- ( ) 4 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos
- ( ) 3 capaz de permanecer em pé com segurança por 10 segundos com supervisão
- ( ) 2 capaz de permanecer em pé durante 3 segundos
- ( ) 1 incapaz de manter os olhos fechados por 3 segundos mas permanecer em pé
- ( ) 0 necessidade de ajuda para evitar queda

#### 7. EM PÉ SEM SUPORTE COM OS PÉS JUNTOS

INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se segurar

- ( ) 4 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto
- ( ) 3 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente com segurança por 1 minuto, com supervisão
- ( ) 2 capaz de permanecer em pé com os pés juntos independentemente e se manter por 30 segundos
- ( ) 1 necessidade de ajuda para manter a posição mas capaz de ficar em pé por 15 segundos com os pés juntos
- ( ) 0 necessidade de ajuda para manter a posição mas incapaz de se manter por 15 segundos

#### 8. ALCANCE A FRENTE COM OS BRAÇOS EXTENDIDOS PERMANECENDO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Mantenha os braços estendidos a 90 graus. Estenda os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (o examinador coloca uma régua no final dos dedos quando os braços estão a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registrada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação para frente possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar rotação do tronco.)

- ( ) 4 capaz de alcançar com confiabilidade acima de 25cm
- ( ) 3 capaz de alcançar acima de 12,5cm
- ( ) 2 capaz de alcançar acima de 5cm
- ( ) 1 capaz de alcançar mas com necessidade de supervisão
- ( ) 0 perda de equilíbrio durante as tentativas / necessidade de suporte externo

#### 9. APANHAR UM OBJETO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO EM PÉ

INSTRUÇÕES: Pegar um sapato/chinelo localizado a frente de seus pés

- ( ) 4 capaz de apanhar o chinelo facilmente e com segurança
- ( ) 3 capaz de apanhar o chinelo mas necessita supervisão

( ) 2 incapaz de apanhar o chinelo mas alcança 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e manter o equilíbrio de maneira independente

( ) 1 incapaz de apanhar e necessita supervisão enquanto tenta

( ) 0 incapaz de tentar / necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

#### 10. EM PÉ, VIRAR E OLHAR PARA TRÁS SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO

INSTRUÇÕES: Virar e olhar para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o direito. O examinador pode pegar um objeto para olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a virar-se.

( ) 4 olha para trás por ambos os lados com mudança de peso adequada

( ) 3 olha para trás por ambos por apenas um dos lados, o outro lado mostra menor mudança de peso

( ) 2 apenas vira para os dois lados mas mantém o equilíbrio

( ) 1 necessita de supervisão ao virar

( ) 0 necessita assistência para evitar perda de equilíbrio ou queda

#### 11. VIRAR 360 GRAUS

INSTRUÇÕES: Virar completamente fazendo um círculo completo. Pausa. Fazer o mesmo na outra direção

( ) 4 capaz de virar 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos

( ) 3 capaz de virar 360 graus com segurança para apenas um lado em 4 segundos ou menos

( ) 2 capaz de virar 360 graus com segurança mas lentamente

( ) 1 necessita de supervisão ou orientação verbal

( ) 0 necessita de assistência enquanto vira

#### 12. COLOCAR PÉS ALTERNADOS SOBRE DEGRAU OU BANCO PERMANECENDO EM PÉ E SEM APOIO

INSTRUÇÕES: Colocar cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

( ) 4 capaz de ficar em pé independentemente e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos

( ) 3 capaz de ficar em pé independentemente e completar 8 passos em mais de 20 segundos

( ) 2 capaz de completar 4 passos sem ajuda mas com supervisão

( ) 1 capaz de completar mais de 2 passos necessitando de mínima assistência

( ) 0 necessita de assistência para prevenir queda / incapaz de tentar

#### 13. PERMANECER EM PÉ SEM APOIO COM OUTRO PÉ A FRENTE

INSTRUÇÕES: (DEMONSTRAR PARA O SUJEITO) Colocar um pé diretamente em frente do outro. Se você perceber que não pode colocar o pé diretamente na frente, tente dar um passo largo o suficiente para que o calcanhar de seu pé permaneça a frente do dedo de seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento do passo poderá exceder o comprimento do outro pé e a largura da base de apoio pode se aproximar da posição normal de passo do sujeito).

( ) 4 capaz de posicionar o pé independentemente e manter por 30 segundos

( ) 3 capaz de posicionar o pé para frente do outro independentemente e manter por 30

segundos

( ) 2 capaz de dar um pequeno passo independentemente e manter por 30 segundos

( ) 1 necessidade de ajuda para dar o passo mas pode manter por 15 segundos

( ) 0 perda de equilíbrio enquanto dá o passo ou enquanto fica de pé

#### 14. PERMANECER EM PÉ APOIADO EM UMA PERNA

INSTRUÇÕES: Permaneça apoiado em uma perna o quanto você puder sem se apoiar

( ) 4 capaz de levantar a perna independentemente e manter por mais de 10 segundos

( ) 3 capaz de levantar a perna independentemente e manter entre 5 e 10 segundos

( ) 2 capaz de levantar a perna independentemente e manter por 3 segundos ou mais

( ) 1 tenta levantar a perna e é incapaz de manter 3 segundos, mas permanece em pé independentemente

( ) 0 incapaz de tentar ou precisa de assistência para evitar queda

PONTUAÇÃO TOTAL: máximo 56

41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom

21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio

0 – 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído

(Fonte: (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2016))

## **Anexo V**

### **Escala de Quedas de Morse**

Escala de Quedas de Morse

<b>Avaliação</b>		
<b>Antecedentes de Quedas</b>	Sim	
	Não	
<b>Diagnóstico Secundário</b>	Sim	
	Não	
<b>Apoio para deambulação</b>	Apoia-se na mobília	
	Canadianas/Bengala/Andarilho	
	Nenhum/Apoiado/Acamado	
<b>Medicação e/ou Heparina Intravenosa</b>	Sim	
	Não	
<b>Marcha</b>	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	
	Desequilíbrio fácil	
	Défice de marcha	
<b>Estado Mental</b>	Consciente das suas limitações	
	Não consciente das suas limitações	
<b>Classificação</b>		
<b>1- Antecedentes de Queda</b>	Tem pontuação 25 se o doente sofreu alguma queda no presente internamento ou caiu pela primeira vez e/ou caiu imediatamente antes da admissão (últimos 3 meses), por causas fisiológicas.	
<b>2 - Diagnóstico Secundário</b>	Tem pontuação 15 se mais do que um diagnóstico está identificado no processo clínico.	
<b>3 - Apoio para deambulação</b>	Tem pontuação 0 se o doente deambula sem ajuda de um auxiliar de marcha (pode ser assistido pelo enfermeiro), deambula em cadeira de rodas ou está acamado. Tem pontuação 15 se o doente deambula com ajuda de um auxiliar de marcha. Tem pontuação 30 se o doente deambula apoiando-se na mobília.	
<b>4 - Medicação e/ou heparina intravenosa</b>	Pontuação 0 se o doente não faz medicação e/ou heparina endovenosa. Pontuação 20 se o doente faz medicação e/ou heparina endovenosa.	
<b>5 - Marcha</b>	Pontuação 0 se o doente deambula com a cabeça ereta, sem hesitações, deambula em cadeira de rodas ou está acamado. Pontuação 10 se doente caminha inclinado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, apoiando-se na mobília. Os passos são curtos e o doente arrasta os pés. Pontuação 20 se o doente tem dificuldade em levantar-se da cadeira, realizando várias tentativas, balançando-se. A cabeça do doente está inclinada e o campo de visão abrange só o chão. Caminha agarrado às mobílias ou amparado em pessoas (não consegue caminhar sem ajuda).	
<b>6 - Estado Mental</b>	Pontuação 0 se o doente está consciente das suas limitações. Pontuação 15 se doente não está consciente das suas limitações.	

(Fonte (Barbosa, Carvalho, & Cruz, 2015))

## **Anexo VI**

### **Autorização do Conselho de Administração da ULS**

22/03/2019

Gmail - Pedido de Avaliação do Projeto de Intervenção Profissional - Mestrado de Enfermagem



Maria Inês Guerreiro <minesguerreiro19@gmail.com>

---

## Pedido de Avaliação do Projeto de Intervenção Profissional - Mestrado de Enfermagem

---

Maria Inês Guerreiro <minesguerreiro19@gmail.com>

2 de setembro de 2018 às 13:42

Para: ULSLA.secretariado.administracao@ulsla.min-saude.pt

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de  
Administração da ULSLA, EPE





Maria Inês Queirós Guerreiro, enfermeira a frequentar o Mestrado de Enfermagem- Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, venho por este meio solicitar a avaliação do projeto de intervenção profissional - **Enfermagem de Reabilitação na capacitação da Pessoa para os autocuidados**, pela comissão ética da ULSLA, no âmbito do estágio final do mestrado a realizar no serviço de Medicina B desta instituição, a decorrer no período de 17 de setembro a 25 de novembro de 2018 e a ser implementado durante este período.

Segue em anexo o projeto de intervenção e as declarações necessárias de acordo com o Documento-Guia da AR.Salentejo sobre análise de projetos de investigação clínica disponibilizado no site da ULSLA.

Com os melhores cumprimentos  
Maria Inês Queirós Guerreiro

---

### 4 anexos

-  Declaração\_diretor de serviço.pdf  
74K
-  Declaração\_Investigador Principal.pdf  
83K
-  Declaração\_Orientador.pdf  
630K
-  Projeto de Intervenção\_Maria\_Inês\_Guerreiro.pdf  
405K



Maria Inês Guerreiro <minesguerreiro19@gmail.com>

---

**Fw: parecer do Conselho de Administração - estágio final de mestrado -  
Enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa para os autocuidados (2)**

Maria Inês Queiros Guerreiro <maria.i.guerreiro@ulsia.min-saude.pt>  
Para: "minesguerreiro19@gmail.com" <minesguerreiro19@gmail.com>

27 de março de 2019 às 09:37

---

**De:** Ada Lopes

**Enviado:** 6 de novembro de 2018 17:17

**Para:** Maria Inês Queiros Guerreiro

**Cc:** Ana Cardoso

**Assunto:** FW: parecer do Conselho de Administração - estágio final de mestrado - Enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa para os autocuidados (2)

Exma. Senhora

Enfª Maria Inês Queirós Guerreiro

Informa-se que após parecer da Comissão de Ética para a Saúde de 23-10-2018, o Conselho de Administração deliberou em reunião de 31-10-2018 autorizar o solicitado.

Com os melhores cumprimentos,  
O Secretariado do Conselho de Administração  
Ada Lopes

## **APÊNDICES**

**Apêndice I**  
**Projeto de Intervenção Profissional**



## A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para os Autocuidados

---

“os cuidados de Enfermagem de Reabilitação constituem uma área da intervenção especializada que decorre de um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos. Têm por foco de atenção a manutenção e promoção do bem-estar e da qualidade de vida, a recuperação da funcionalidade, tanto quanto possível, através da promoção do autocuidado, da prevenção de complicações e da maximização de capacidades”.

O autocuidado foi mencionado pela primeira vez na enfermagem em 1958 por Dorothea Elizabeth Orem, enfermeira, que formulou a sua teoria sobre o “*deficit de autocuidado*” no geral, dividindo esta em três teorias que se relacionam, a teoria do autocuidado, que descreve o autocuidado, a teoria do deficit do autocuidado, que demonstra como é possível a enfermagem apoiar e ajudar as pessoas, e a teoria dos sistemas de enfermagem que demonstra a interação e o relacionamento que deve existir para que haja respetivamente enfermagem (Silva, *et al.*, 2008).

O autocuidado define-se como uma atividade da pessoa, tomada pela mesma, direcionada para um objetivo e desenvolvida a favor da vida, da saúde e do bem-estar. O seu propósito passa pelo uso de uma ação de cuidado a contribuir essencialmente para o desenvolvimento humano, seguindo uma linha modelo (Orem, 2001). Quando existe o comprometimento de determinadas condições para o autocuidado existe *deficit do autocuidado*. Assim, os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem englobam todos aqueles que são significativos, onde existe intervenção de enfermagem, com evidência empírica que demonstre a ação do enfermeiro e o seu resultado favorável a contribuir para uma maior autonomia da pessoa (Doran, 2011).

Couto (2012), refere a importância que a intervenção do EEER tem na melhoria imperativa da autonomia da pessoa fragilizada nos autocuidados, promovendo a sua qualidade de vida e readaptação à nova condição adquirida. O processo de re aquisição e adaptação a uma incapacidade, possibilita que a pessoa se ajuste a um novo sentido de vida e a um corpo que sofreu modificações (Menoita, 2014). Quer seja em contexto hospitalar ou na comunidade são referidos ganhos na autonomia da pessoa aquando da intervenção do EEER.

O mesmo autor, ao analisar a intervenção de enfermeiro de reabilitação no domicílio, constata a modificação que existe na pessoa e no seu cuidador após a consciencialização da situação de saúde, a pessoa integra uma nova perspectiva em que com o EEER vê uma oportunidade de ultrapassar dificuldades que foram adquiridas readaptando-se.

Carretas (2018), em âmbito hospitalar demonstra resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação em pessoas com dependência física adquirida, através da capacitação da pessoa para os autocuidados diminuindo e/ou restituindo o máximo de autonomia possível, através de intervenções estruturadas com a utilização de instrumentos confiáveis e homologados como por exemplo a MIF (Medida de Independência Funcional). Sugere ainda mais estudos neste âmbito com a ambição de uma maior e melhor visualização do trabalho e incessante investimento profissional do EEER.

Contudo, é preconizado hoje em dia uma redução no número médio de dias de internamento o que leva à precocidade no domínio da alta. Neste sentido a reabilitação não é realizada na totalidade e a pessoa poderá regressar ao seu domicílio com um nível de dependência elevado, fator gerador de stress para a pessoa e para o seu cuidador. (Menoita, 2014)

O cuidador terá que adquirir conhecimentos, capacidades e habilidades para poder ultrapassar as dificuldades, que advêm da incapacidade da pessoa, ao nível dos autocuidados. É de extrema importância a intervenção precoce do EEER na preparação para o regresso ao domicílio, com a capacitação da pessoa dependente promovendo a sua readaptação funcional e intervindo junto do seu cuidador também. (Menoita, 2014)

**Objetivos:** Assim, o projeto de intervenção profissional a desenvolver durante o Estágio Final tem como objetivos:

- i. Caracterizar a funcionalidade em doentes com alterações neurológicas;
- ii. Implementar planos de reeducação para os autocuidados em doentes com alterações neurológicas;
- iii. Identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Reabilitação, Autocuidados.

**Keywords:** Nursing, Rehabilitation, Self-care.

### Plano

**Metodologia:** A metodologia de cuidados é inserida na teoria de médio-alcance de Lopes (2006) que designa dois componentes fundamentais, o “processo de avaliação diagnóstica” com a colheita de dados, avaliação ou reavaliação do processo e ainda o acompanhamento da prestação de cuidados; e o “processo de intervenção terapêutica de enfermagem” com a interação concomitante de sentimentos e informação entre enfermeiro, doente e família.

Será utilizado o método de Robert Yin para estudos de caso em que a essência será o assunto discutido, distinguindo características ao longo da fase de pesquisa como a definição do problema, o delineamento da pesquisa, a colheita de dados, a recolha de dados e a composição e apresentação dos resultados (Yin, 2001).

**Instrumentos de Colheita de Dados:** Como instrumento de colheita de dados decidiu-se utilizar a Medida de Independência Funcional (MIF). A MIF, versão Portuguesa, que a Direcção-Geral da Saúde (DGS, 2011) recomenda na sua norma nº 054/2011 de 27/12/2011, possibilita a avaliação do grau de capacidade/incapacidade funcional, desempenho da pessoa, a necessidade de cuidados para a realização de variadas tarefas motoras e cognitivas da vida diária permitindo mensurar os resultados das intervenções de reabilitação (DGS, 2011).

A MIF integra uma escala com sete níveis que representam graus de independência funcional, variando da independência completa à dependência completa. É constituída por 18 itens distribuídos em seis domínios: Autocuidados; Controle de Esfíncteres, Mobilidade, Locomoção, Comunicação e Consciência do Mundo Exterior. Em cada item pode ser avaliada a funcionalidade, com uma escala de sete níveis de pontuação, que vai desde de um ponto (dependência completa) a sete pontos (independência completa). A pontuação máxima é de 126 pontos que corresponde independência completa e o mínimo de 18 pontos que representa dependência completa nas áreas avaliadas.

Serão também recolhidos dados para caracterização socio- demográfica e parâmetros biofísicos dos participantes, de modo a integrar a caracterização da funcionalidade.

**Participantes:** Utentes internados no Serviço de Medicina com alterações neurológicas assistidos por EEER, no período de 17 de setembro a 23 de novembro de 2018.

**Procedimentos de recolha de dados:** A recolha de dados é efetuada a cada 2 dias de cuidados face ao tempo médio de internamento. A avaliação inicial permite elaborar os diagnósticos de enfermagem a partir dos quais se estabelece o plano individual de cuidados de enfermagem de reabilitação. A Implementação do plano decorre com supervisão de EEER designado.

As avaliações intercalares monitorizam e controlam a evolução bem como sustentam as alterações ao plano de intervenção.

A avaliação final ocorre com a alta clínica ou, em caso de perda de contacto com o participante.

**Tratamento de Dados:** Análise descritiva dos casos.

**Considerações Éticas:** Garantindo os princípios éticos implícitos em qualquer intervenção que envolva seres humanos, sendo esta de certa forma uma intromissão nas suas vidas, procuraremos não ser mais intrusivos que o necessário, respeitando a autonomia dos participantes e dos seus valores ou crenças na implementação da intervenção e na recolha dos dados (Apêndice III).

**Cronograma**

	Agosto			Setembro		Outubro				Novembro			
	1-5	6-12	13-19	17-23	24-30	1-7	8-14	15-21	22-28	29-4	5-11	12-18	19-25
<b>Elaboração do projeto intervenção profissional</b>													
<b>Submissão do projeto à Comissão Ética da ULSLA, EPE</b>													
<b>Integração no serviço de Medicina</b>													
<b>Seleção dos participantes</b>													
<b>Implementação e avaliação de planos de cuidados de enfermagem de reabilitação</b>													
<b>Revisão da Literatura</b>													
<b>Relatório de Estágio</b>													

**Referências Bibliográficas**

- Carretas, N. (2018). Modelo de autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação. Universidade de Évora.
- Couto, G. (2012). Autonomia/Independência no Autocuidado Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação – Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Saúde do Porto.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2011). Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. *Direcção-Geral de Saúde, 054/2011, 1–19.* Disponível em file:///C:/Users/Ant%C3%B3nio%20Lista/Downloads/i016752%20(11).pdf
- Doran, D. M., & Pringle, D. (2011). Patient outcomes as accountability. In D. Doran (Ed.), *Nursing outcomes: The state of the science* (2nd ed., pp. 1–27). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Fonseca, C., Lopes, M. (2014). Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem. Universidade de Lisboa, 195.
- Fonseca, C. (2014). Modelo do Autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem. Dissertação de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Yin, R. (2001). Estudo de Caso: planeamento e métodos. Trad. Daniel Grassi – 2.ed.- Porto Alegre: Bookman. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/victorcastrouguitar/yin-estudo-de-caso>
- Lopes, M. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Formasau. Coimbra. p 325-335
- Menoita, E. (2014). Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento Dos Padrões Da Qualidade Do Enfermeiro Especialista De Reabilitação. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: Mosby

Orem DE. Nursing: concepts of practice. New York: McGraw-Hill; 1971

Pontes, A., Leitão, I., Ramos I. (2007). Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com alzheimer. Revista Brasileira de Enfermagem, maio-jun.

Seima, M., Lenardt, M., Caldas, C. (2014). Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com alzheimer. Revista Brasileira de Enfermagem. mar-abr; 67(2): 233-40.

Silva, I. et al. (2008). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Revista Escola de Enfermagem, USP.

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (2013), Unidade Local de Saúde – Missão, visão e valores. Santiago do Cacém. Disponível em: <http://www.hlalentejano.min-saude.pt/>

Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (2015), Relatório de Contas 2014. Santiago do Cacém. Disponível em: <http://www.hlalentejano.min-saude.pt/>

**Apêndice do Projeto de Intervenção**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu, Maria Inês Queirós Guerreiro, aluna do Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Reabilitação, estou a implementar um Projeto de Intervenção intitulado de *Enfermagem de Reabilitação na capacitação da Pessoa para os autocuidados* que tem como objetivos: caracterizar a funcionalidade em doentes com alterações neurológicas, implementar planos de reeducação para os autocuidados em doentes com alterações neurológicas, identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação.

Este Projeto de Intervenção contempla a implementação de um plano de intervenções de forma capacitar a pessoa para os autocuidados com maior défice.

Peço-lhe o seu consentimento para participar neste Projeto e garanto-lhe o cumprimento dos princípios da confidencialidade e da proteção dos dados recolhidos e disponibilizo-me para prestar qualquer esclarecimento que entenda necessário. Em qualquer fase do desenvolvimento do projeto tem o direito a desistir sem que para tal seja necessário apresentar justificação.

Os resultados do projeto serão divulgados sem qualquer identificação dos participantes e com anonimização do contexto onde foram recolhidos.

*Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.*

*Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários*

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

\_\_\_\_\_ (data)      Assinatura \_\_\_\_\_

Se não for o próprio a assinar por incapacidade:

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

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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

Agradeço a sua colaboração

Orientadora: Professora Adjunta Maria José Abrantes Bule

Contacto: mjosebule@uevora.pt

Investigadora: Maria Inês Queirós Guerreiro

**Apêndice II**  
**Formulário**

**Formulário**

Notas:		MIF			
		Autocuidados			
		1ª Av.	2ª Av.	3ª Av.	
		Alimentação			
		Higiene			
		Banho			
		Vestir metade superior			
		Vestir metade inferior			
<b>Parâmetros Biofísicos</b>		Utilização da Sanita			
<b>Funções de orientação nas três dimensões (Pessoa, espaço e tempo):</b>		<b>Controlo de Esfíncteres</b>			
- Nenhuma dificuldade de orientação nas três dimensões		Bexiga			
- Dificuldades de orientação em relação a uma dimensão		Intestino			
- Dificuldades de orientação em relação a duas dimensões		<b>Mobilidade Transferências</b>			
- Dificuldades de orientação em todas as dimensões		Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas			
		Sanita			
<b>Funções de tolerância ao exercício (escala de Borg modificada):</b>		Banheira, Duche			
- Falta de ar surge quando realiza atividade física intensa (ex. correr)		<b>Locomoção</b>			
- Falta de ar surge quando caminha de maneira apressada num sítio plano		Marcha, Cadeira de Rodas			
- Anda mais devagar do que outras pessoas da mesma idade devido a falta de ar ou quando caminha num sítio plano tem que parar para respirar		Escadas			
		<b>Comunicação</b>			
- Após andar alguns metros ou alguns minutos num sítio plano tem que parar para respirar		Compreensão			
- Falta de ar impede que saia da sua casa ou surge falta de ar quando troca de roupa.		Expressão			
<b>Força Muscular Escala de Lower</b>		<b>Consciência do mundo exterior</b>			
MSD		Interação social			
MSE		Resolução de Problemas			
MID		Memória			
MIE		<b>Total</b>			
<b>Espasticidade/Tónus Muscular Escala de Ashworth</b>		<b>Níveis</b>	7 Independência completa (em segurança em tempo normal)		<b>Sem ajuda</b>
MSD			6 Independência modificada (dispositivo)		
MSE			<b>Dependência modificada</b>		<b>Ajuda</b>
MID			5 Supervisão		
MIE			4 Ajuda mínima (indivíduo >= 75%)		
		3 Ajuda moderada (indivíduo >= 50%)			
<b>Equilíbrio</b>		<b>Dependência completa</b>			
Berg		2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%)			
<b>Risco de Queda</b>		1 Ajuda total (indivíduo <=25%)			
Morse					

(Fonte: do autor)

## **Apêndice III**

### **Dados Sociodemográficos dos participantes**

### Dados Sociodemográficos Dos Participantes

<b>1 - Género</b>	
Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>
<b>2 – Idade (anos completos)_____</b>	
<b>3 – Estado civil</b>	
Solteiro	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>
União de Facto	<input type="checkbox"/>
<b>4 – Diagnóstico de admissão aos cuidados_____</b>	
<b>5 – Outras patologias</b>	
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>
Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>
Músculo-Esquelética	<input type="checkbox"/>
Respiratória	<input type="checkbox"/>
Outra_____	<input type="checkbox"/>

(Fonte: do autor)

**Apêndice IV**  
**Protocolo de Intervenção**

<b>Protocolo de Intervenção</b>	
<b>Intervenção do EEER</b>	<b>Objetivo</b>
<b>Autocuidados</b>	
<p><b>Autocuidado: Alimentação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstrar e incentivar o posicionamento correto durante a refeição (a pessoa sentada com o tronco ereto);</li> <li>- Instruir sobre ajudas técnicas;</li> <li>- Adequar ajudas técnicas (superfície de trabalho ou mesa de apoio com altura adequada);</li> <li>- Posicionar o membro superior afetado sobre a mesa;</li> <li>- Treinar a utilização dos talheres e a condução dos alimentos à boca com a mão não dominante;</li> <li>- Assistir na utilização dos talheres e a condução dos alimentos à boca com a mão não dominante;</li> <li>- Treinar a utilização de dispositivos de compensação: chávenas e copos de configuração especial, talheres adaptados, pratos côncavos ou com proteção lateral;</li> <li>- Demonstrar disponibilidade para ensinar a pessoa, incentivar e motivar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar complicações respiratórias devido à aspiração de alimentos por o posicionamento incorreto;</li> <li>- Facilitar a apreensão e o corte dos alimentos;</li> <li>- Promover a autonomia no autocuidado;</li> </ul>
<p><b>Autocuidado: Higiene</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Providenciar a higiene na casa de banho; -</li> </ul> <p>Supervisionar o desempenho no autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se abre as torneiras e adequa a temperatura;</li> <li>- se entra e sai do chuveiro</li> <li>- se lava regularmente as mãos</li> <li>- se lava todas as zonas do corpo;</li> <li>- se seca todas as zonas do corpo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a independência no autocuidado;</li> <li>- Manter/ aumentar a força, a amplitude de movimentos e a coordenação motora;</li> <li>- Manter/aumentar a tolerância ao esforço</li> <li>- Prevenir eventos adversos;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstrar como utilizar os produtos de apoio (banco/cadeira de banho, barras de apoio);</li> <li>- Treinar a utilização de produtos de apoio;</li> <li>- Demonstrar a abordagem a obstáculos;</li> <li>- Treinar a ultrapassar obstáculos;</li> <li>- Demonstrar o uso de espelho para as rotinas de arranjo pessoal;</li> <li>- Treinar o uso de espelho para as rotinas de arranjo pessoal;</li> <li>- Treinar a lavar/secar o hemicorpo afetado;</li> <li>- Assistir/treinar a lavar/secar o hemicorpo sã;</li> <li>- Propor ajudas técnicas para o autocuidado: esponja com cabo, luva para o banho, espremedor para a pasta de dentes;</li> <li>- Assegurar ambiente e técnicas seguras.</li> </ul>	
<p><b>Autocuidado: Vestuário</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar conhecimento sobre técnica de adaptação para o autocuidado;</li> <li>- Ensinar sobre técnica de adaptação para o autocuidado;</li> <li>- Demonstrar/instruir técnica de vestir/despir;</li> <li>- Treinar técnica para vestir/despir na casa de banho;</li> <li>- Instruir sobre o uso de roupa confortável, larga com botões grandes, fecho <i>éclair</i> ou velcro;</li> <li>- Incentivar o uso de sapatos adaptados, com presilhas de velcro ou cordões elásticos;</li> <li>-Propor ajudas técnicas para o autocuidado: abotoadeira, calçadeira, pinças;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a independência no autocuidado;</li> <li>- Ajudar a tomar consciência do membro afetado como parte integrante do seu corpo;</li> <li>- Manter/aumentar a força, a amplitude de movimentos e a coordenação motora;</li> <li>- Manter/aumentar a tolerância ao esforço;</li> <li>- Prevenir eventos adversos.</li> </ul>

<p><b>Autocuidado: Ir ao Sanitário</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Providenciar a eliminação no sanitário;</li> <li>- Avaliar capacidade para usar dispositivo auxiliar para o autocuidado;</li> <li>- Avaliar a capacidade para usar técnica de adaptação para o autocuidado:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Despir a roupa, posicionar-se na sanita, realizar a higiene íntima após urinar/evacuar, erguer-se na sanita utilizando dispositivo de apoio, vestir a roupa.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a independência no autocuidado;</li> <li>- Manter/aumentar a força, a amplitude de movimentos e a coordenação motora;</li> <li>- Manter/aumentar a tolerância ao esforço;</li> <li>- Prevenir eventos adversos.</li> </ul>
<p><b>Controlo de Esfíncteres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Treinar hábitos de eliminação:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar ida à casa de banho logo após o primeiro levante na manhã.</li> <li>- Treinar os hábitos urinários através de micções por horário;</li> <li>- Assistir na eliminação vesical e intestinal na casa de banho;</li> <li>- Treinar o uso de dispositivos de apoio;</li> <li>- Treinar exercícios terapêuticos facilitadores do autocuidado: ponte, rolamentos;</li> <li>- Treinar o uso do urinol/arrastadeira;</li> <li>- Assistir na higiene após eliminação.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normalizar a frequência urinária;</li> <li>- Melhorar o controlo sobre a urgência;</li> <li>- Aumentar a capacidade vesical, diminuir os episódios de incontinência;</li> <li>- Prolongar os intervalos entre micções e devolver ao doente a confiança no controlo da bexiga.</li> </ul>
<p><b>Equilíbrio</b></p>	
<p><b>Equilíbrio Corporal Comprometido:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar equilíbrio corporal:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- se tem equilíbrio dinâmico sentado;</li> <li>- se tem equilíbrio estático sentado;</li> <li>- se tem equilíbrio dinâmico em pé;</li> <li>- se tem equilíbrio estático em pé;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reeducar o mecanismo reflexo-postural;</li> <li>- Estimular movimentos do lado afetado;</li> <li>- Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco;</li> <li>- Estimular a sensibilidade postural;</li> <li>- Reintegrar o esquema corporal;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>- se adota posições viciosas;</li><li>- se apresenta deformidades na coluna;</li><li>- se apresenta dismetria dedo/nariz;</li><li>- se apresenta dismetria calcanhar/joelho;</li><li>- se suporta o próprio peso em diferentes posições.</li></ul> <p>- Monitorizar equilíbrio corporal através da EEB;</p> <p>- Estimular a manter equilíbrio corporal:</p> <p>- Corrigir a postura;</p> <p>- Executar técnica de treino de equilíbrio (Ordem dos Enfermeiros, 2015):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- alternância de carga nos membros inferiores;</li><li>- apoio unipodal;</li><li>- contorno de obstáculos;</li><li>- exercícios de coordenação de movimentos;</li><li>- facilitação cruzada;</li></ul> <p>- Treinar o equilíbrio na posição ortostática:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Equilíbrio estático: ficar em pé sem apoio durante pelo menos 30 segundos, manter-se em pé sem apoio e com os pés juntos, ficar em pé sem apoio com um pé à frente do outro;</li><li>- Equilíbrio dinâmico: da posição de sentado para a posição de pé, da posição de pé para a posição de sentado, transferências entre superfícies, inclinar-se para a frente com o braço estendido ao mesmo tempo que se mantém de pé, apanhar um objeto do chão a partir da posição de pé;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Facilitar o autocuidado;</li><li>- Preparar para a marcha;</li></ul>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar um ambiente e técnicas seguras.</li> </ul>	
<b>Reeducação Funcional Motora</b>	
<p><b>Transferir-se:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corrigir a postura;</li> <li>- Vigiar o alinhamento corporal;</li> <li>- Assistir nas transferências entre superfícies pelo lado afetado;</li> <li>- Treinar as transferências entre superfícies pelo lado afetado;</li> <li>- Treinar rolamento para o lado da afetado;</li> <li>- Treinar a ponte (recuperação do equilíbrio pélvico essencial ao ortostatismo e marcha);</li> <li>- Treinar carga sobre o cotovelo;</li> <li>- Treinar sentar e levantar no leito;</li> <li>- Ensinar a assumir a posição ereta em segurança.</li> <li>- Treinar giro 180° em segurança;</li> <li>- Ensinar a sentar na cadeira ou cadeira de rodas pelo lado afetado;</li> <li>- Assegurar um ambiente e técnicas seguras;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reeducar o mecanismo reflexo-postural;</li> <li>- Estimular movimentos do lado afetado;</li> <li>- Estimular a ação voluntária dos músculos do tronco;</li> <li>- Reeducar o reflexo postural do lado afetado;</li> <li>- Estimular a sensibilidade postural;</li> <li>- Reintegrar o esquema corporal;</li> <li>- Facilitar o autocuidado;</li> </ul>
<p><b>Andar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para andar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- se anda com passadas eficazes a diferentes ritmos;</li> <li>- se anda em aclives e declives;</li> <li>- se sobe e desce degraus.</li> </ul> </li> <li>- Assistir a pessoa a andar;</li> <li>- Demonstrar técnica de adaptação para andar;</li> <li>- Treinar técnica de adaptação para andar (<b>4x durante o turno</b>);</li> <li>- Realizar treinos de curta duração e várias vezes durante o turno com benefício para a pessoa (Martins, 2002)</li> <li>- Treinar manobras: girar, sentar, levantar e contorno de obstáculos (<b>4x durante o turno</b>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Readquirir o padrão automático perdido;</li> <li>- Promover a independência a nível da locomoção e segurança com dispêndio de energia razoável.</li> </ul>

**Apêndice V**  
**Protocolo de Intervenção - Disartria**

<b>Intervenção de ER</b>	
<b>Diagnóstico de ER: Disartria</b>	<b>Objetivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar capacidade para comunicar:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- se comunica eficazmente;</li> <li>- se compreende a comunicação verbal e não-verbal;</li> <li>- se consegue manter uma comunicação presencial.</li> </ul> </li> <li>- Incentivar a comunicação;</li> <li>- Treinar a comunicação:</li> <li>- Executar exercícios de repetição, com palavras simples e sequências de números;</li> <li>- Realizar exercícios para reeducação dos músculos da face: sorrir, assobiar, encher a boca de ar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a comunicação no déficit de discurso;</li> <li>- Reeducação dos músculos da face:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- sorrir: reforçar o músculo risorius;</li> <li>- assobiar: reforçar os músculos bucinador, orbicular dos lábios e quadrado do mento;</li> <li>- encher a boca de ar: reforçar os músculos bucinador, orbicular dos lábios e quadrado do mento;</li> <li>- Melhorar o tônus muscular;</li> <li>- Aumentar a resistência muscular;</li> </ul> </li> <li>- Prevenir efeitos adversos.</li> </ul>

**Apêndice VI**  
**Protocolo de Intervenção - Disfagia**

<b>Intervenção de ER</b>	
<b>Diagnóstico de ER: Deglutição alterada por disfagia</b>	<b>Objetivos</b>
<p>-Avaliar capacidade de deglutição:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- se tem alterações na qualidade da voz;</li> <li>- se tem alterações na articulação das palavras;</li> <li>- se deglute alimentos de consistência pastosa;</li> <li>- se degluti alimentos sólidos;</li> <li>- se deglute a própria saliva;</li> <li>- se deglute líquidos;</li> <li>- se movimenta a língua e os lábios;</li> <li>- se mantém controlo postural da cabeça;</li> <li>- se tem reflexo de vômito;</li> <li>- se tem reflexo de deglutição;</li> <li>- se sente os alimentos na boca/sensibilidade da mucosa oral;</li> <li>- se tem desvio da comissura labial;</li> </ul> <p>- Executar técnica de deglutição;</p> <p>- Treinar exercícios para aumentar força dos lábios, <b>2 séries com 5 repetições</b>: “sorrir”, “mostrar os dentes”, “assobiar”, “encher a boca de ar”, “depressão do lábio inferior” (Menoita, 2014);</p> <p>- Treinar exercícios para aumentar a resistência da língua <b>2 séries com 5 repetições</b> (Menoita, 2014):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lateralizar a língua;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o tónus muscular;</li> <li>- Aumentar a resistência muscular;</li> <li>- Melhorar a precisão e a funcionalidade das partes moles envolvidas no processo de deglutição;</li> <li>- Estimulação das vias aferentes para um reflexo de deglutição mais eficaz;</li> <li>- Melhorar o controlo do bolo alimentar dentro da cavidade oral;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>- elevar a língua em direção ao palato duro;</li><li>- protrair a língua;</li><li>- retrain a língua;</li><li>- Exercícios para o palato mole (Menoita, 2014), <b>2 séries de 5 repetições:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- soprar;</li><li>- sugar;</li><li>- emitir sons como “aaa, ããã” (Estoura, 1998);</li></ul></li><li>- Instruir sobre dispositivo auxiliar para compensar a disfagia;</li><li>- Demonstrar posicionamento aquando das refeições:</li><li>- Instruir no posicionamento durante a alimentação;</li></ul>	
--	--

## **Apêndice VII**

### **Protocolo de Intervenção – Movimento Muscular**

<b>Intervenção de ER</b>	
<b>Diagnóstico de ER: Movimento Muscular Diminuído</b>	<b>Objetivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstrar e instruir técnicas de exercício muscular e articular: auto mobilizações, mobilizações ativas assistidas e mobilizações ativas resistidas no membro afetado (<b>2 a 3 vezes dia, 10xcada movimentos</b>) (Branco &amp; Santos, 2010)</li> <li>- Motricidade fina:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- treinar pinça fina com objetos de pequenos tamanhos e irregulares;</li> </ul> </li> <li>- Treinar técnicas de exercício muscular e articular:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- sentar-se e levantar-se sem se apoiar =&gt; 4 vezes;</li> <li>- sentado levantar a perna até à altura da cintura &gt; 6 a 8 vezes;</li> <li>- com os pés apoiados: baloiçar &gt; 10 segundos;</li> <li>- extensão do tronco com as mãos na cintura para a direita e para a esquerda &gt; 20 vezes;</li> </ul> </li> <li>- No leito:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-rolamento para o lado são e para o lado afetado e rotação controlada da anca;</li> <li>- ponte.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajudar a tomar consciência do membro afetado como parte integrante do seu corpo;</li> <li>- Evitar a instalação da espasticidade;</li> <li>- Estimular a sensibilidade proprioceptiva;</li> <li>- Reeducar o mecanismo reflexo-postural;</li> <li>- Melhorar o equilíbrio;</li> <li>- Facilitar as atividades no leito;</li> <li>- Preparar a pessoa para a posição de sentada e ortostática;</li> </ul>

## **Apêndice VIII**

### **Protocolo de Intervenção – Défice Sensorial**

<b>Intervenção de ER</b>	
<b>Diagnóstico de ER: Déficit Sensorial Sensitivo</b>	<b>Objetivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar sensibilidade: sensibilidade tátil grossa, sensibilidade tátil fina, sensibilidade térmica, sensibilidade dolorosa, sensibilidade vibratória, sensibilidade postural;</li> <li>- Executar estimulação sensitiva: alternar aplicação de calor com aplicação de frio;</li> <li>- Demonstrar estratégias adaptativas para o déficit sensorial (como a adequação da temperatura da água na realização da higiene); - Treinar estratégias adaptativas para o déficit sensorial;</li> <li>- Assegurar um ambiente e técnicas seguras:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ensinar a avaliar a temperatura com a mão direita;</li> <li>- ensinar a monitorizar temperatura da mão esquerda;</li> <li>- ensinar a vigiar a pele e unhas.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a sensibilidade dolorosa (hipoalgesia presente);</li> <li>- Promover ambiente seguro.</li> </ul>

## **Apêndice IX**

### **A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa para os Autocuidados**

## **A Enfermagem de Reabilitação na Capacitação da Pessoa Para os Autocuidados**

**Maria Inês Queirós Guerreiro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Licenciatura em Enfermagem. Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem- Especialidade em Enfermagem de Reabilitação. UCSP [REDACTED], EPE. Portugal.

**Maria José Bule<sup>2</sup>**

<sup>2</sup>Doutorada em Ciências da Educação. Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus – Universidade de Évora (ESESJD – Évora).

### **Resumo**

**Objetivos:** Demonstrar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na capacitação da pessoa para os autocuidados.

**Métodos:** Estudo descritivo cujos participantes são utentes internados num serviço de Medicina Interna, com afeções neurológicas e alterações da função motora e do autocuidado, alvos de cuidados de enfermagem de reabilitação, com potencial de recuperação.

**Resultados:** Através de um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação estruturado e individualizado, demonstraram-se resultados sensíveis aos cuidados de ER.

**Conclusão:** A evolução mais favorável foi ao nível dos autocuidados: alimentação, higiene, vestir a metade superior e uso do sanitário. Os resultados apresentados demonstram sensibilidade aos cuidados de ER com a evolução favorável dos participantes para níveis de dependência menores. Confirmam a importância da intervenção de ER e reafirmam as competências específicas EEER.

**Palavras-Chave:** Enfermagem, Reabilitação, Autocuidados.